



RASSEGNA STAMPA

25-11-2016

1. SALUTE DOMANI Tumore polmone: difficile mantenere il lavoro per il 40% dei familiari
2. PHARMASTAR Ca al seno iniziale, nessun beneficio con chemio 'dose-dense'
3. LA STAMPA SALUTE Tumore ovarico, donne più protette con test genetico
4. DOCTOR33 Neoplasia orale e orofaringea, radioterapia post-operatoria aiuta pazienti giovani
5. PHARMASTAR Ca renale, beneficio di nivolumab può persistere anche dopo stop
6. PHARMASTAR Ca renale metastatico, uso di FANS associato a sopravvivenza più breve
7. PHARMASTAR Blinatumomab promettente per la leucemia linfoblastica acuta pediatrica
8. HEALTHDESK Mieloma multiplo: ok dell'Aifa a lenalidomide prima linea
9. TRENINO Lorenzin: protonterapia presto a regime entro l'anno
10. ASKANNEWS Terapia del dolore: "Italia ha legge modello che nessuno conosce"
11. ANSA Tumori, biopsia liquida identifica rischio in soggetti sani
12. HEALTHDESK Giornata del volontario: Lilt premia gli "amici speciali" dei malati
13. REPUBBLICA SALUTE Terapie per diabete e tumori, Biovelocita lancia le prime startup
14. ADNKRONOS Dall'idea all'impresa. BiovelocITA scommette su due cervelli italiani
15. SOLE 24 ORE Biovelocita lancia startup contro diabete e tumore
16. SANITÀ24 SOLE 24ORE Manovra 2017, passa l'emendamento sui biosimilari
17. ANSA Censis, in 50 anni italiani più longevi ma restano differenze

18. ANSKANEWS Italiani e salute, Censis racconta 50 anni di cambiamenti
19. REPUBBLICA SALUTE Italiani più sani e longevi grazie alla prevenzione, divario fra Nord e Sud
20. ADNKRONOS Influenza, 260mila italiani a letto: picco previsto a fine gennaio
21. QUOTIDIANO SANITÀ Influenza. Appello dal Congresso nazionale Simg
22. HEALTHDESK L'influenza ha già messo a letto 260 mila italiani. Il picco a fine gennaio
23. REPUBBLICA SALUTE Elena Cattaneo: prevenzione può salvare la vita ai vostri figli
24. QUOTIDIANO SANITÀ Obbligo vaccinazioni. Saitta: Necessaria legge nazionale.
25. QUOTIDIANO SANITÀ Violenza contro le donne. Stanziamento di 31 milioni per centri anti violenza e piano straordinario. Ok da Stato-Regioni
26. QUOTIDIANO SANITÀ Manovra. Commissione Bilancio approva
27. QUOTIDIANO SANITÀ 'Dopo di noi'. La Legge è operativa. Ok a decreto attuativo
28. GIORNALE E in 11 milioni non hanno soldi per le terapie
29. CORRIERE DEL MEZZOGIORNO BARI Spariscono i 50 milioni per Taranto - L'Ilva e i 50 milioni perduti da Taranto
30. NUOVO QUOTIDIANO TARANTO Taranto, studio epidemiologico choc E arrivano i dati per Brindisi e Lecce

<http://www.salutedomani.com/article/>

TUMORE POLMONE: DIFFICILE MANTENERE IL LAVORO PER IL 40% DEI FAMILIARI DEI PAZIENTI



In occasione dell'evento "*Il nemico sconosciuto: i costi socio-economici del tumore al polmone in Italia*", svoltosi oggi a Roma, è stato presentato in anteprima "**REDUCING THE BURDEN: The economic and social costs of lung cancer in Italy**".

È uno studio realizzato da **The Economist Intelligence Unit** con il supporto incondizionato di Roche e che ha coinvolto numerosi esperti italiani e internazionali provenienti da diverse aree disciplinari per analizzare il peso sociale ed economico del tumore al polmone. Una patologia che, considerando le cifre fornite da Eurostat, è a maggior impatto sociale in Europa e in Italia: 280.000 decessi nell'Unione Europea, ovvero il tumore a più alto tasso di mortalità. In Italia è la prima causa di morte per tumore per gli uomini e la terza per le donne.

"Siamo felici di essere riusciti a sostenere questo importante studio e di poterlo presentare alla stampa italiana all'interno di questo incontro. - ha dichiarato **Francesco Frattini, Chief of Staff & Director of Communications Roche Spa.** - Roche Lung Cancer Observatory è un progetto che ha l'obiettivo di informare e favorire una discussione a tuttotondo sul tumore al polmone che possa prendere spunto sia da dati Italiani sia da quelli europei cercando partnership importanti come nel caso del The Economist. Grazie a questo autorevole partner, infatti, siamo in grado di avere una fotografia dei costi economici e sociali della malattia e far emergere i punti salienti su cui tutti i principali stakeholder nazionali ed internazionali dovrebbero impegnarsi: la prevenzione, la sostenibilità e la

partnership."

Un dato importante che emerge dallo studio presentato è quello relativo ai "costi indiretti", ovvero quelli che molto spesso sono a carico delle famiglie: 6.000€ circa a paziente in Italia, 4.000 € circa in Spagna, 3.000 € in Francia e solo 1.000 € in Germania (*Fonte Ispor*)

Secondo **Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia Sanitaria all'Università di Tor Vergata ed Research Director del EEHTA del CEIS** *"una parte importante dei costi è rappresentata dai cosiddetti Costi informali, tanto dei caregivers familiari che dei non familiari, ovvero le spese contabilizzate al di fuori dei trattamenti medici e dei ricoveri quali i Costi per il trasporto e l'assistenza domiciliare che costituiscono le voci più rappresentative ed onerose."*

Sempre secondo le statistiche, nel nostro Paese la percentuale di mortalità è del 51,7% ogni 100.000 malati, contro una media UE del 55,5% e di poco al di sopra della Germania (50,9%). A dimostrazione dell'altissimo livello dei nostri centri oncologici, anche se nel nostro Paese, permane il ritardo (mediamente di un anno) con cui i farmaci innovativi si rendono disponibili per i pazienti, rispetto all'approvazione europea.

Al di là dei numeri, due sono i concetti chiave che emergono dallo studio: **informazione e approccio sistemico**. Essi rappresentano il primo passo per dare risposte concrete ad una situazione generale in cui ciascun attore fa la sua parte al massimo delle proprie possibilità, ma che può e deve essere costantemente perfezionabile. Partendo dal presupposto fondamentale che il fumo incide sulla malattia per l'80%, se si vuole ridurre il numero di casi l'informazione gioca un ruolo cruciale, in particolare nei confronti dei più giovani.

I dati evidenziati da **Carmine Pinto, Presidente dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM)** evidenziano come *"dal 1999 ad oggi la percentuale dei malati di tumore al polmone è calata del 1-2%, in maniera del tutto analoga alla diminuzione del consumo di sigarette. A questo dato positivo, si contrappone un aumento del 2,6% nella popolazione femminile. Per le donne, infatti, sembra 'più facile iniziare' a fumare e più difficile smettere. Per questo sono necessarie campagne di informazione e prevenzione mirate e non generiche. Soprattutto, nei confronti delle più giovani"*.

Marina Garassino, Responsabile della Struttura Semplice di Oncologia Medica Toraco Polmonare presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale di Tumori di Milano, sostiene infatti come sia *"necessario pensare a campagne di informazione su teenager che ormai iniziano a fumare tra i 13 e 14 anni e sono i potenziali pazienti di domani. Questo lo si può solo ottenere con campagne informative mirate e pensate per questo target di persone. Sicuramente Internet e i Social giocano un ruolo fondamentale"*

Anche dal punto di vista dell'approccio organizzativo, dallo studio emergono alcuni spunti di riflessione: il concetto di modello sistemico viene letto con due modalità diverse ma integrate. Da un lato, come evidenziato da **Stefania Vallone, presidente di Lung Cancer Europe (LUCE)**, *"l'esigenza di puntare sull'individuazione dei centri di eccellenza che possano fare da hub; in questo modo, concentrando i pazienti in poli ad alto livello di innovazione, si possono ridurre i costi delle terapie innovative"*; dall'altro auspicando alla *"creazione di team di cura interdisciplinari o meglio ancora delle vere e proprie Lung Unit che vedano l'apporto di oncologi, specialisti di medicina interna, tossicologi, biologi molecolari, medici patologi e psicologi"* per rispondere in maniera sempre più integrata

all'intera gamma dei complessi bisogni dei pazienti.

*“Patologia complessa – come sottolinea **Federico Cappuzzo, Direttore Oncologia Medica AUSL Romagna, Ravenna** – che solo negli ultimi anni ha visto l'arrivo di importanti terapie come l'immunoterapia o i farmaci a bersaglio molecolare che per la loro gestione necessariamente hanno bisogno di un approccio multidisciplinare. L'anatomopatologo, ad esempio, è ormai diventata una figura che sempre più noi oncologi interpelliamo e che ci aiuta ad indirizzare l'uso di alcune di queste terapie innovative sui pazienti che ne possono beneficiare”.*

<http://www.pharmastar.it>

Ca al seno iniziale, nessun beneficio con chemio 'dose-dense' personalizzata

Nelle pazienti con un cancro al seno in stadio iniziale ad alto rischio, una chemioterapia con intensificazione della dose ('dose-dense') personalizzata non si è associata un miglioramento significativo della sopravvivenza libera da recidiva (RFS) rispetto alla chemioterapia adiuvante standard nello studio multicentrico internazionale di fase III PANTHER (Pan-European Tailored Chemotherapy), appena pubblicato su JAMA.



Nelle pazienti con un cancro al seno in stadio iniziale ad alto rischio, una chemioterapia con intensificazione della dose ('dose-dense') personalizzata non si è associata un miglioramento significativo della sopravvivenza libera da recidiva (RFS) rispetto alla chemioterapia adiuvante standard nello studio multicentrico internazionale di fase III PANTHER (Pan-European Tailored Chemotherapy), appena pubblicato su JAMA. Inoltre, come peraltro atteso, gli eventi avversi sono stati più frequenti nel gruppo trattato con il regime 'dose-dense'.

"Dosi più alte di antracicline aumentano l'efficacia relativa della chemioterapia adiuvante", spiegano nell'introduzione del lavoro gli autori, coordinati da Theodoros Foukakis, del Cancer Center Karolinska di Stoccolma. "Tuttavia, la possibilità di aumentare il dosaggio delle antracicline è limitato dalla presenza di effetti cardiotossici e dallo sviluppo di neoplasie

ematologiche secondarie ad alte dosi cumulative. La terapia 'dose-dense', definita come la somministrazione della chemioterapia a intervalli più ravvicinati senza aumentare la dose cumulativa, è stata quindi proposta come mezzo per migliorare l'efficacia".

Per calcolare il dosaggio della maggior parte degli agenti chemioterapici, si utilizza la superficie corporea, ma questo porta a una grossa variabilità sia di efficacia sia degli eventi avversi nei diversi pazienti.

Nello studio PANTHER, Foukakis e i colleghi hanno quindi provato a valutare la possibilità di migliorare gli outcome rispetto all'algoritmo standard di 3 settimane utilizzando un algoritmo 'dose-dense' personalizzato in un gruppo di donne con un cancro al seno iniziale ad alto rischio di recidiva dopo l'intervento chirurgico.

A tale scopo, hanno arruolato in 86 centri di Svezia, Austria e Germania 2017 donne che erano state sottoposte a un intervento di asportazione di un tumore al seno non metastatico con linfonodi positivi o con linfonodi negativi, ma comunque ad alto rischio di recidiva, e le hanno assegnate in parti uguali alla chemioterapia adiuvante standard o alla chemioterapia 'dose-dense' personalizzata.

Il trattamento standard consisteva in tre cicli di fluorouracile più epirubicina (100 mg/m²) e ciclofosfamide (500 mg/m²) ogni 3 settimane, seguiti da tre cicli di docetaxel (100 mg/m²) ogni 3 settimane, mentre il trattamento 'dose-dense' era costituito da quattro cicli di epirubicina (38–120 mg/m²) e ciclofosfamide 'dose-dense' (450–1200 mg/m²) in modo personalizzato in base al nadir dei leucociti ogni 2 settimane, seguiti da quattro cicli di docetaxel 'dose-dense' (60–100 mg/m²) in modo personalizzato ogni 2 settimane.

L'endpoint primario dello studio era l'RFS di cancro al seno. Dopo un follow-up mediano di 5,3 anni sono state registrate 269 recidive: 118 nel gruppo sottoposto al regime 'dose-dense' e 151 in quello trattato con la terapia standard. L'RFS a 5 anni è risultata rispettivamente dell'88,7% contro 85% (HR 0,79; IC al 95% 0,61- 1,01; log-rank P = 0,06).

Dopo 5 anni, la sopravvivenza globale (OS) nelle pazienti sottoposte alla terapia 'dose-dense' è risultata del 92,1% contro 90,2% nel gruppo trattato con la chemioterapia standard (P = 0,09), mentre la sopravvivenza libera da malattia a distanza è risultata rispettivamente dell'89,4% contro 86,7% (P = 0,17), ma in entrambi i casi la differenza tra i due gruppi non ha raggiunto la significatività statistica.

Solo la sopravvivenza libera da eventi (EFS) a 5 anni è risultata significativamente superiore nelle pazienti trattate con il regime 'dose-dense' personalizzato: 86,7% contro 82,1% (HR, 0,79; IC al 95% 0,63-0,99; P = 0,04).

Il regime 'dose dense' non ha mostrato vantaggi nemmeno sul fronte della sicurezza e tollerabilità. Infatti, l'incidenza degli effetti avversi non ematologici di grado 3/4 è stata superiore nel gruppo sottoposto alla chemioterapia 'dose-dense' personalizzata rispetto al gruppo di controllo (53% contro 37%). Gli eventi avversi di grado 3/4 più comuni in entrambi i gruppi sono stati l'affaticamento, il dolore muscolo-scheletrico e l'infezione neutropenica.

Il numero di tumori secondari è risultato simile tra i due gruppi: 18 nel gruppo che ha fatto la chemioterapia 'dose-dense' e 19 nel gruppo di controllo, tra cui cinque casi di sindrome mielodisplastica o leucemia mieloide acuta tra i due gruppi.

La qualità della vita legata alla salute è stata valutata in 1629 pazienti. Al basale non c'erano differenze tra i due gruppi, ma dopo il trattamento gli autori hanno trovato differenze significative a favore del gruppo sottoposto alla chemioterapia standard in 13 delle 15 variabili del questionario EORTC QLQ-C30, mentre il funzionamento sessuale e gli effetti avversi della chemioterapia valutati mediante il questionario EORTC QLQ-BR-23 sono risultati peggiori nel gruppo trattato con la chemio 'dose-dense'.

"L'aumento delle dosi ha portato, come previsto, a un peggioramento delle misure relative alla qualità della vita legata alla salute durante il trattamento e a un aumento degli effetti avversi di grado 3 o 4, ma non ci sono stati decessi dovuti alle tossicità e né alcun aumento delle neoplasie maligne secondarie" scrivono gli autori.

Sulla base di questi risultati Foukakis e i colleghi concludono che nella popolazione studiata l'utilizzo di una chemioterapia 'dose-dense' personalizzata non ha portato a un miglioramento statisticamente significativo della RFS e si è associata a una maggiore frequenza di tossicità non ematologiche.

T. Foukakis, et al. Effect of Tailored Dose-Dense Chemotherapy vs Standard 3-Weekly Adjuvant Chemotherapy on Recurrence-Free Survival Among Women With High-Risk Early Breast Cancer. A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;316(18):1888-1896.

doi:10.1001/jama.2016.15865

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

Tumore ovarico, donne più protette con test genetico

Serve a valutare eventuali variazioni dei geni Brca (1 e 2) responsabili del 15/25% delle nuove diagnosi. Tre progetti per promuovere l'accesso all'esame in tutte le regioni



FABIO DI TODARO

Tremila morti ogni anno. Poco meno di cinquemila nuove diagnosi. Sono i numeri italiani del [tumore dell'ovaio](#), una malattia che in otto casi su dieci viene scoperta quando ha già percorso troppa strada e lascia poche opportunità di cura. Ma se finora nessun esame ha dato garanzie per essere esteso all'intera popolazione femminile (screening), c'è un'opportunità che secondo gli specialisti e le associazioni dei pazienti meriterebbe di essere diffusa almeno tra le parenti delle donne già colpite da un carcinoma ovarico o da un tumore al seno.

Si tratta del **test genetico per valutare eventuali variazioni dei geni Brca** (1 e 2), responsabili di una quota compresa tra il 15 e il 25% delle nuove diagnosi di tumore dell'ovaio. L'accesso al test per le pazienti diagnosticate con tumore ovarico e per le loro parenti di primo grado dovrebbe essere un diritto garantito in modo omogeneo in tutte le Regioni italiane, secondo le Raccomandazioni delle principali Società Scientifiche. Ma in molti casi non è ancora così.

TRE PROGETTI PER MIGLIORARE L'ACCESSO AL TEST GENETICO

Nasce da questa esigenza la campagna lanciata dall'associazione di pazienti Acto Onlus, dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Donne (Onda) e dall'Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari dell'università Cattolica (Altems), che reclamano la necessità di **riconoscere in tutta Italia l'accessibilità al test genetico per la diagnosi precoce del tumore ovarico**, in modo da individuare le terapie personalizzate più appropriate, sia per la prevenzione dei loro familiari. Perché, per dirla con le parole di Nicoletta Colombo, direttore del programma di ginecologia oncologica dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, «non è più accettabile che in un ambulatorio di oncologia entrino una madre e la sua giovane figlia con tre tumori in due che si potevano prevenire se si fosse fatto un semplice prelievo di sangue per il test genetico Brca, del quale non erano informate nonostante la loro storia».

Cita un caso realmente accaduto la specialista, per spiegare quanto importante sia il rischio iscritto nei geni per questa malattia. Le mutazioni dei geni Brca aumentano infatti del 46 per cento il rischio di sviluppare il carcinoma ovarico. Da qui la volontà di lanciare tre progetti per diffondere la conoscenza e soprattutto l'accessibilità al test genetico.

SITUAZIONE MIGLIORE AL NORD, MA LA LOMBARDIA E' INDIETRO

La prima iniziativa, voluta da Acto Onlus, è una campagna informativa, resa virale grazie al contributo dei social network: «Io scelgo di sapere» il suo nome. Spiega Nicoletta Cerana, presidente dell'associazione: «Secondo una nostra indagine circa il 60 per cento delle italiane non conosce questa malattia e il 75 per cento il test Brca», la cui importanza è oggi riconosciuta dalle principali società scientifiche italiane, europee e statunitensi. Eppure l'offerta non è analoga in tutte le regioni. Primeggiano Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Veneto, mentre è indietro la Lombardia, «che riconosce il test soltanto a determinate condizioni».

Disomogeneità e ostacoli che punta ad accertare Onda, «per scattare una fotografia puntuale dei test genetici in Italia», dichiara la presidente Francesca Merzagora. Di mezzo ci sono anche i conti, la cui quadratura è sempre più complessa. A questo aspetto guarda l'Altems, che punta a valutare la sostenibilità dell'esame, se garantito a tutte le parenti delle donne che hanno già scoperto di avere un carcinoma ovarico. «È essenziale far comprendere alle pazienti che sapere di essere portatrici della mutazione genetica Brca, oltre a permettere la scelta del trattamento più adatto, può aprire all'interno della propria famiglia un percorso utile - aggiunge Stefania Gori, direttore dell'unità di oncologia medica dell'ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar (Verona) e presidente eletto dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) -. Così si può arrivare all'identificazione di **familiari sane che potrebbero intraprendere percorsi di sorveglianza attiva o di chirurgia profilattica**, evitando così di ammalarsi di tumore».

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

Neoplasia orale e orofaringea, radioterapia post-operatoria aiuta i pazienti più giovani



La radioterapia adiuvante post-operatoria aumenta la sopravvivenza soprattutto nei pazienti più giovani con carcinoma a cellule squamose (Scc) della cavità orale e orofaringea in stadio T2N1, ossia con piccoli tumori primari e un linfonodo intaccato. Sono questi i risultati di uno studio coordinato da Vasu Divi del Dipartimento di otorinolaringoiatria alla Stanford University di Palo Alto in California e pubblicato su *Jama Otolaryngology Head and Neck Surgery*. «L'associazione tra chirurgia e radioterapia post-operatoria oppure chemioradioterapia post-operatoria è consigliata nei pazienti ad alto rischio di prognosi negativa» spiegano i ricercatori, che per giungere alle loro conclusioni hanno esaminato in modo retrospettivo le informazioni archiviate nel National Scc Database dal 2004 al 2013.

«Tra i criteri di esclusione c'erano la somministrazione della radioterapia neoadiuvante, di qualsiasi tipo di chemioterapia o di qualsiasi trattamento palliativo» sottolineano gli autori, precisando che la radioterapia adiuvante post-operatoria è stata usata nel 50,4% dei 1.467 pazienti con carcinoma a cellule squamose della cavità orale e nel 56,8% dei 790 soggetti con carcinoma a cellule squamose orofaringeo. E dopo avere eseguito i necessari calcoli statistici per eventuali fattori di confondimento, i ricercatori hanno scoperto che la radioterapia adiuvante post-operatoria si associa a un miglioramento della sopravvivenza generale nei pazienti con carcinoma a cellule squamose sia orale sia orofaringeo, specie nei più giovani.

«Viceversa, i dati sull'efficacia e tollerabilità della radioterapia adiuvante post-operatoria nei pazienti anziani sono limitati» riprende Divi, sottolineando che le linee guida del National Comprehensive Cancer Network (Nccn) suggeriscono di considerare la radioterapia adiuvante postoperatoria nei soggetti con carcinoma a cellule squamose orale, mentre non la raccomandano più in caso di carcinoma a cellule squamose orofaringeo. «Un eventuale aggiornamento delle linee guida potrebbe riguardare la distinzione dei pazienti con malattia in stadio T2N1» aggiungono i ricercatori, concludendo tuttavia che questi dati, retrospettivi, vanno interpretati con cautela prima di essere confermati da ulteriori studi prospettici».

Jama Otolaryngol Head Neck Surg. 2016. doi: 10.1001/jamaoto.2016.3519

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27832255>

<http://www.pharmastar.it>

Ca renale, beneficio di nivolumab può persistere anche in caso di stop per tossicità immunocorrelate

I pazienti con un carcinoma a cellule renali metastatico che hanno interrotto l'immunoterapia con l'inibitore del checkpoint immunitario PD-1 nivolumab a causa di eventi avversi immuno-correlati possono continuare a trarne beneficio anche dopo la sospensione della terapia.



I pazienti con un carcinoma a cellule renali metastatico che hanno interrotto l'immunoterapia con l'inibitore del checkpoint immunitario PD-1 nivolumab a causa di eventi avversi immuno-correlati possono continuare a trarne beneficio anche dopo la sospensione della terapia. Lo evidenzia un piccolo studio presentato a Miami in occasione dell'ultimo International Kidney Cancer Symposium (IKCS). Un risultato importante alla luce dell'attuale scarsità di informazioni sugli effetti a lungo termine dell'immunoterapia con inibitori dei checkpoint immunitari e dei costi proibitivi di una terapia continuativa con questi agenti.

"Nivolumab ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza globale e i tassi di risposta complessiva nei pazienti con carcinoma a cellule renali refrattario agli inibitori del VEGF" ha ricordato Dylan Martini, del Dana-Farber Cancer Institute di Boston, presentando i dati. L'attuale standard, ha aggiunto l'oncologo, prevede di somministrare nivolumab in modo

continuativo fino alla progressione della malattia o fino alla comparsa di una tossicità intollerabile. Tuttavia, in un ampio studio l'8% dei pazienti ha interrotto l'assunzione dell'anti-PD1 a causa di eventi avversi immuno-correlati. Ma per quanto tempo questi pazienti possono rimanere senza terapia? A questa domanda ha cercato di rispondere il lavoro presentato da Martini all'IKCS.

Lo studio ha riguardato 9 pazienti appartenenti a tutte le categorie di rischio IMDC identificati nel database dei pazienti del Dana-Farber, di cui sette avevano un'istologia a cellule chiare.

Sette pazienti hanno raggiunto una risposta parziale come migliore risposta alla terapia, uno ha avuto una risposta completa e un altro ha mostrato una stabilizzazione della malattia; il tempo mediano di sospensione della terapia con nivolumab è risultato di 6 mesi.

Cinque pazienti hanno dimostrato di essere "responder duraturi", nel senso che sono rimasti in remissione dopo l'interruzione della terapia con nivolumab a causa di un evento avverso immuno-correlato. In questi pazienti, la durata della sospensione della terapia variava da 6 fino a 44 mesi. Due responder duraturi erano stati trattati con nivolumab rispettivamente per soli 4 mesi e 5 mesi e dopo la sospensione sono riusciti a mantenere la risposta rispettivamente per 19 e 10 mesi.

Due pazienti sono stati ritenuti "progressori eventuali"; si trattava, cioè, di pazienti i cui tumori non hanno mostrato segni di progressione per un certo intervallo dopo la sospensione di nivolumab e poi hanno ripreso a crescere. Il tempo libero da terapia in questi pazienti è stato rispettivamente di 6 e 5 mesi. I due pazienti rimanenti sono stati classificati come "progressori immediati" perché hanno mostrato segni di progressione entro 2 mesi dalla sospensione della terapia con nivolumab.

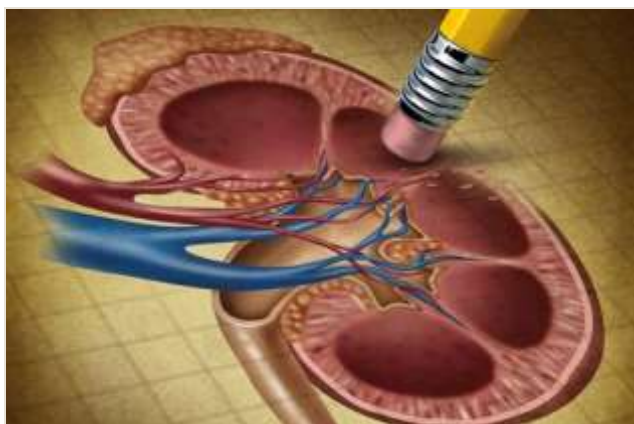
Martini ha sottolineato nella discussione come siano ora necessari studi più ampi per capire meglio la persistenza del beneficio clinico nei pazienti con carcinoma a cellule renali che sospendono un agente immunoterapico a causa di eventi avversi immuno-correlati.

In un'altra presentazione all'IKCS. Neeraj Agarwal, dell'Huntsman Cancer Institute di Salt Lake City, nello Utah, ha detto che negli studi clinici si ha spesso una segnalazione non ottimale degli eventi avversi, e degli eventi avversi immuno-correlati in particolare. L'oncologo ha anche sottolineato come, sebbene gli inibitori di PD-1 come nivolumab o di PD-L1 possano avere eventi avversi immuno-correlati abbastanza rari, l'entità degli eventi avversi nel mondo reale dovrebbe essere molto più elevata..

<http://www.pharmastar.it>

Ca renale metastatico, uso di FANS associato a sopravvivenza più breve

I pazienti con carcinoma a cellule renali metastatico che fanno uso di FANS diversi dall'aspirina sembrano avere una sopravvivenza globale (OS) rispetto a quelli assumono aspirina e a quelli che non assumono alcun FANS. A suggerirlo sono i risultati di una nuova analisi retrospettiva presentata di recente al Kidney International Cancer Symposium, a Miami.



I pazienti con carcinoma a cellule renali metastatico che fanno uso di FANS diversi dall'aspirina sembrano avere una sopravvivenza globale (OS) rispetto a quelli assumono aspirina e a quelli che non assumono alcun FANS. A suggerirlo sono i risultati di una nuova analisi retrospettiva presentata di recente al Kidney International Cancer Symposium, a Miami.

"I FANS sono tra i farmaci più comunemente utilizzati a livello internazionale" ha ricordato Rana McKay, del Dana-Farber Cancer Institute di Boston. Sempre più spesso, gli studi suggeriscono che l'aspirina e altri FANS possono ridurre sia l'incidenza del cancro sia i decessi dovuti al cancro, ma il loro ruolo nel carcinoma a cellule renali, e in particolare nella malattia metastatica finora non era stato studiato a fondo.

Lo studio presentato al congresso è un'analisi dei dati combinati di 4736 pazienti con

carcinoma a cellule renali metastatico trattati in studi di fase II e III sponsorizzati da Pfizer tra il 2003 e il 2011. I pazienti sono stati raggruppati in quattro coorti: coloro che utilizzavano aspirina (457 pazienti); utilizzatori di FANS diversi dall'aspirina (639 pazienti); utilizzatori di aspirina più FANS diversi dall'aspirina (61 pazienti); soggetti che non assumevano né FANS né aspirina (3579 pazienti).

Questi gruppi presentavano al basale alcune differenze. Il gruppo che prendeva l'aspirina tendeva ad essere più anziano rispetto a chi prendeva altri FANS o chi non ne prendeva affatto, e l'uso di aspirina era maggiore negli Stati Uniti che nel resto del mondo. La presenza di metastasi epatiche e ossee, invece, era più comune tra gli utilizzatori di FANS diversi dall'aspirina, mentre i pazienti a rischio alto secondo il sistema prognostico IMDC erano più rappresentati fra coloro che facevano uso di FANS diversi dall'aspirina da soli o combinati con l'aspirina rispetto a coloro che assumevano solo l'aspirina o non assumevano alcun FANS.

L'OS mediana nel gruppo che non assumeva FANS di alcun tipo e che è stato utilizzato come gruppo di riferimento è risultata di 21,1 mesi. Nel gruppo che faceva uso della sola aspirina, l'OS mediana è risultata simile: 23,6 mesi (HR 1,00; IC al 95% 0,86-1,18; P = 0,9567). Fra coloro che assumevano aspirina e altri FANS, invece, l'OS mediana è risultata inferiore: 15,2 mesi (HR 1,43; IC al 95% 0,99-2,06; p = 0,0515). Ma il gruppo in cui l'OS mediana è risultata più bassa in assoluto - 11,6 mesi - è stato quello di chi assumeva FANS diversi dall'aspirina (HR 1,47; IC al 95% 1,31-1,65; P < 0,0001). Il risultato, ha riferito la McKay, non è cambiato nemmeno dopo che i dati sono stati sottoposti ad analisi multivariata.

L'OS mediana più bassa tra i pazienti che assumevano FANS diversi dall'aspirina è risultata tale sia in quelli sottoposti a una terapia di prima linea e sia in quelli sottoposti a terapia di seconda linea, e sia nei pazienti trattati con farmaci mirati anti-VEGF sia in quelli trattati con inibitori di mTOR.

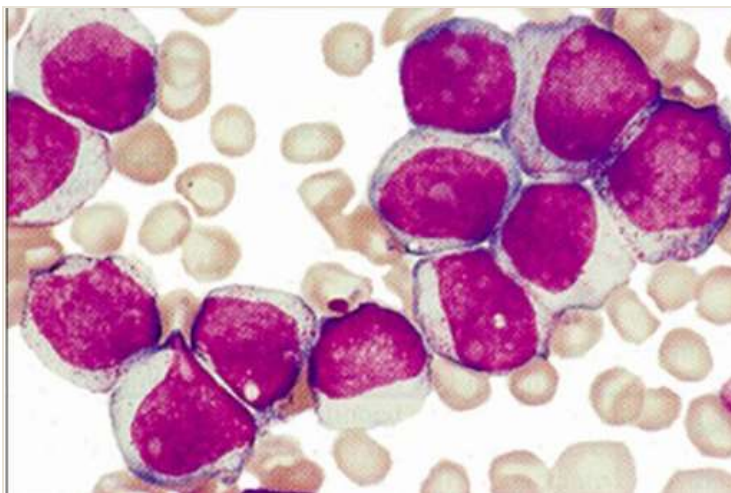
Il gruppo dei pazienti che prendevano FANS diversi dall'aspirina ha mostrato anche percentuali di risposta obiettiva peggiori: 16% contro 25% nell'intera coorte, 28% nel gruppo che prendeva solo l'aspirina, 20% in quello che prendeva aspirina e altri FANS e 26% in quello che non prendeva alcun FANS.

"Il nostro studio è il più ampio realizzato fino ad oggi ad aver valutato l'impatto dei FANS sugli outcome nei pazienti con carcinoma renale metastatico" ha detto la McKay. L'oncologa ha aggiunto che ora sarebbero auspicabili ulteriori studi osservazionali per validare questi risultati, oltre che studi preclinici per chiarire il meccanismo che potrebbe essere alla base degli outcome peggiori nei pazienti che assumono FANS diversi dall'aspirina.

<http://www.pharmastar.it>

Blinatumomab promettente per la leucemia linfoblastica acuta a precursori delle cellule B pediatrica

L'anticorpo bispecifico blinatumomab ha dimostrato di avere un'attività antileucemica in pazienti pediatrici con leucemia linfoblastica acuta da precursori delle cellule B recidivata o refrattaria in uno studio di fase I/II pubblicato di recente sul Journal of Clinical Oncology.



L'anticorpo bispecifico blinatumomab ha dimostrato di avere un'attività antileucemica in pazienti pediatrici con leucemia linfoblastica acuta da precursori delle cellule B recidivata o refrattaria in uno studio di fase I/II pubblicato di recente sul Journal of Clinical Oncology.

Proprio sulla base dei risultati di questo studio, blinatumomab ha avuto l'ok nel settembre scorso dalla Food and Drug Administration, con procedura di approvazione accelerata, per il trattamento dei pazienti pediatrici con leucemia linfoblastica acuta da precursori delle cellule B cromosoma Philadelphia-negativa (Ph-) recidivata o refrattaria.

Prima di questa approvazione, i bambini con questa neoplasia trattati con la combinazione di chemioterapia e trapianto avevano una prognosi infausta. In uno studio su pazienti adulti con la stessa leucemia recidivata o refrattaria il trattamento con blinatumomab in monoterapia, ha

portato a ottenere una percentuale di risposta del 43%.

Gli autori, guidati da Arend von Stackelberg, della Charité Campus Virchow-Klinikum di Berlino, hanno quindi provato a testarne le potenzialità anche nella popolazione pediatrica in uno studio di fase I/II. In particolare, hanno arruolato 49 pazienti al di sotto dei 18 anni nella fase I, che prevedeva l'escalation del dosaggio, e 44 pazienti nella fase II, che prevedeva cicli di trattamento di 6 settimane. Gli endpoint primari erano la dose massima tollerata (nella fase I) e i tassi di remissione completa entro i primi due cicli (nella fase II).

Durante la fase I, quattro pazienti hanno manifestato una tossicità dose-limitante nel primo ciclo, tre hanno sviluppato una sindrome da rilascio di citochine di grado 4 e uno un'insufficienza respiratoria fatale. La dose massima tollerata è risultata essere 15 mcg/m² al giorno.

Per lo studio di fase II, i partecipanti sono stati trattati con 5 mcg/m² al giorno per la prima settimana e poi con 15 mcg/m² al giorno. Nel complesso 70 pazienti hanno ricevuto la dose raccomandata; di questi, 27 (il 39%) ha raggiunto una remissione completa entro i primi due cicli di trattamento e in questo gruppo più della metà (il 52%) ha ottenuto una risposta completa con malattia minima residua (MRD) negativa. Dei pazienti che hanno risposto al trattamento con la dose raccomandata, quattro erano ancora in remissione alla fine dei 2 anni di follow-up.

"Blinatumomab ha mostrato un'attività antileucemica in tutti i gruppi di età, compresi i pazienti con meno di 2 anni, e anche nei pazienti con citogenetica sfavorevole" scrivono von Stackelberg e i colleghi. "Data la popolazione di pazienti pesantemente pretrattati, consideriamo il tasso di risposta completa ottenuto clinicamente soddisfacente, in particolare alla luce delle tossicità osservate".

Un'analisi sui sottogruppi ha evidenziato un tasso di remissione completa del 56% nei pazienti con meno del 50% di blasti nel midollo osseo al basale contro 33% in quelli con il 50% o più di blasti. Inoltre, due dei tre pazienti con malattia Philadelphia+ e uno dei quattro pazienti con ipodiploidia hanno raggiunto la remissione completa.

Gli eventi avversi più frequenti di grado 3 o superiore sono stati l'anemia (36%), la trombocitopenia (21%) e l'ipopotassiemia (17%). Inoltre, tre pazienti (4%) hanno avuto una sindrome da rilascio di citochine di grado 3 e uno (1%) l'ha avuta di grado 4, mentre due (3%) hanno interrotto il trattamento dopo aver avuto episodi convulsivi di grado 2.

"Questo studio offre evidenze a supporto di un'ulteriore valutazione di blinatumomab nei bambini con leucemia linfoblastica acuta da precursori delle cellule B, compresi quelli alla prima recidiva o con una malattia di nuova diagnosi ad alto rischio di fallimento del

trattamento a causa di una MRD di entità significativa o di una citogenetica sfavorevole" concludono i ricercatori.

A. von Stackelberg, et al. Phase I/Phase II Study of Blinatumomab in Pediatric Patients With Relapsed/Refractory Acute Lymphoblastic Leukemia. *J Clin. Oncol.* 2016; doi: 10.1200/JCO.2016.67.3301.

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

FARMACI

Mieloma multiplo: ok dell'Aifa a lenalidomide come terapia di prima linea

L'Agenzia italiana del farmaco ha approvato la rimborsabilità di Lenalidomide (Revlimid), primo farmaco orale approvato per il trattamento del mieloma multiplo, anche per i pazienti di nuova diagnosi che non possono essere sottoposti a trapianto. Il farmaco commercializzato da Celgene era già autorizzato e rimborsato, in associazione a desametasone per il trattamento di persone con mieloma multiplo sottoposte ad almeno una precedente terapia.

In Europa, nel 2012, questo tumore è stato diagnosticato a circa 38.900 persone e 24.300 sono decedute nello stesso anno. Nel 2015 in Italia si sono registrati in Italia 5.200 nuovi casi. L'età mediana di insorgenza del mieloma multiplo è di settanta anni e circa la metà dei pazienti con nuova diagnosi non è candidabile a trattamenti aggressivi come la chemioterapia ad alte dosi associata a trapianto di cellule staminali, standard di cura per i più giovani.

«I vantaggi derivanti da una terapia di prima linea con Revlimid e desametasone sono molteplici», afferma Michele Cavo, Direttore dell'Istituto di Ematologia "Seràgnoli" dell'Università degli Studi di Bologna. «In primo luogo, al paziente viene offerta la possibilità di ricevere una classe di farmaci (gli immunomodulanti) differente dagli agenti farmacologici più comunemente utilizzati sino a questo momento. In secondo luogo, la combinazione di Revlimid e desametasone si è dimostrata essere attiva, sia in termini di aumento della risposta che di significativo prolungamento della sopravvivenza globale. In terzo luogo, Revlimid ha un buon profilo di tollerabilità; in particolare è priva di alcuni importanti effetti collaterali legati ad alcune delle più comuni terapie disponibili sino ad ora, come ad esempio la tossicità neurologica. In ultimo, questa nuova opportunità di terapia migliora la qualità di vita dei pazienti in quanto l'assunzione orale, a domicilio, di Revlimid riduce il numero di accessi ospedalieri che sino ad oggi erano richiesti alla maggior parte dei

pazienti».

La decisione della Commissione Europea per l'utilizzo di Revlimid nel trattamento del mieloma multiplo di nuova diagnosi si è basata sui risultati di due studi registrativi: MM-020 (noto anche come studio FIRST) e MM-015. La rimborsabilità in Italia di Revlimid nella nuova indicazione si è basata sullo studio di fase III MM-020 FIRST, multicentrico, in aperto e randomizzato, condotto su 1.623 pazienti con nuova diagnosi e non candidabili al trapianto di cellule staminali.



PARLA LA MINISTRA

Lorenzin: protonterapia presto a regime

«Protonterapia a regime entro l'anno». Parola della ministra Lorenzin che oggi sarà a Trento.

■ CHIARA BERT A PAGINA 17

«Protonterapia a regime entro l'anno»

La ministra Lorenzin oggi in visita alla struttura di Trento. E sul punto nascita di Arco: «Non ci sono ragioni per derogare»

di Chiara Bert

▶ TRENTO

Ministra Lorenzin, venerdì (oggi, ndr) lei visiterà a Trento il Centro di protonterapia, un'opera costata 114 milioni di euro e per questo molto discussa. Solo da pochi mesi è stata raggiunta l'intesa Stato-Regioni sull'inserimento delle cure nei Livelli essenziali di assistenza per dieci prestazioni. Quanto servirà perché il pagamento da parte dello Stato possa diventare operativo e quindi il Centro possa accettare pazienti da altre regioni italiane (non convenzionate)?

Ho voluto fortemente i nuovi Lea, dopo 15 anni che non venivano aggiornati, per garantire l'accesso alle migliori prestazioni sanitarie per tutti i cittadini. La possibilità di garantire la protonterapia ai pazienti provenienti da tutta Italia (sempre che siano affetti dalle 10 forme tumorali individuate nella nota 97) sarà assicurata nel momento in cui entreranno in vigore il decreto del Presidente del Consiglio di aggiornamento dei Lea e il decreto ministeriale di fissazione delle tariffe delle prestazioni ambulatoriali inserite ex novo. Ora sono in commissione alla Camera per l'ultimo atto. Ci auguriamo che entrambi i provvedimenti possano concludere il loro iter entro la fine dell'anno.

L'intesa di settembre prevede anche l'impegno entro febbraio a discutere, nella Commissione Lea, la possibilità di inserire nei Livelli essenziali di assistenza anche quei tumori benigni o maligni (indipendentemente dalla sede e dall'istologia) per i quali l'adroterapia garantisce una miglior distribuzione della dose. Pensa che questa scadenza potrà essere rispettata e ci sono i fondi per garantir-

nel'operatività?

Una grande novità è che ho voluto l'aggiornamento annuale dei Lea, per poter rispondere tempestivamente alle novità che la scienza ci propone. La Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea sta già lavorando su questo tema e al suo interno è stato costituito un apposito sottogruppo che formulerà una proposta entro il termine previsto dall'Intesa, il 28 febbraio 2017.

Anche recentemente il Suo Ministero è stato di nuovo investito, dai deputati trentini Ottobre e Fraccaro, del tema della chiusura del punto nascita di Arco. Sono state raccolte dodicimila firme per la sua apertura e c'è chi ha ipotizzato di presentare una nuova richiesta di deroga al Ministero. Cosa risponde?

La sicurezza dei punti nascita della Provincia di Trento è un tema che ho già avuto modo di affrontare di recente nella risposta, nel corso del Question time alla Camera dei deputati. Ribadisco che la procedura espletata dall'organo tecnico "Comitato percorso nascita nazionale" ha seguito ogni indicazione contenuta nel "Protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività i punti nascita". Inoltre, gli unici dati oggetto di esame possono essere quelli forniti dalla Provincia, il solo soggetto legittimato a chiedere la deroga ai sensi del citato protocollo. In base a tutta la documentazione presentata, dunque, non sussistono valide ragioni allo stato attuale per mettere in discussione la correttezza di tali dati o per ritenere che alle partorienti e ai neonati, che avrebbero potuto usufruire del punto nascita di Arco, non siano assicurati ad oggi adeguati standard di sicurezza e tutela della salute.

Tra poco più di una settimana si vota sul referendum costituzionale. In Trentino Alto Adige si è molto discusso di una riforma che qui viene giudicata di impronta centralista. Qual è la sua opinione su questo aspetto?

Per le regioni a statuto speciale non cambiano le competenze fino a quando non adegueranno i loro statuti. Cambia invece molto per il resto del nostro Paese che grazie a questa riforma guadagnerà in efficienza e velocità nelle decisioni che renderanno lo Stato più moderno e reattivo. Tutto ciò avrà ricadute economiche per tutti, quindi anche per il Trentino.

Lei pensa che la vittoria del No segnerebbe la fine del governo Renzi e della maggioranza di governo. E teme contraccolpi pesanti per l'Italia?

La domanda giusta è cosa succede il 4: io penso che vincerà il Sì perché un'occasione così importante di migliorare la Costituzione, ridurre il numero dei parlamentari e le spese per mantenerli, creare il Senato delle autonomie, archiviare questo infinito ping pong delle leggi tra Camera e Senato, leggi che finiscono spesso per non venire mai approvate, l'abolizione del Cnel, non capiterà più per anni ed anni. L'Europa ci guarda, conta sulle nostre riforme e sulla nostra capacità di modernizzare il Paese.



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

Terapia del dolore: "Italia ha legge modello che nessuno conosce"

Parla il prof Guido Fanelli, tra gli estensori della 38 del 2010

Terapia del dolore: "Italia ha legge modello che nessuno conosce"

Crotone (askanews) - "Questa legge nel 2011 è stata presa dalle Nazioni Unite come legge modello per tutto il mondo e in Italia non la conosciamo": a parlare da Crotone è Guido Fanelli, professore ordinario di anestesia, rianimazione e terapia del dolore dell'Università di Parma, uno degli estensori della legge in questione: la 38 del 15 marzo del 2010 sulle "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Fanelli è fra i protagonisti del "NienteMale Roadshow", un evento itinerante nelle province italiane per informare i cittadini dell'esistenza di una rete di assistenza a cui si possono rivolgere per trovare soluzioni contro il dolore.

"Il dolore che vogliamo combattere è il dolore benigno - spiega - il mal di schiena, quello che dura per mesi. Il 26 per cento degli italiani soffre di mal di schiena e colpisce la fascia di età produttiva. L'impiegato della posta, il professore, chiunque"

Per avere un'idea, il dolore oncologico rappresenta solo il 5 per cento del dolore cronico generale. "Sì il dolore da cancro, che sfortunatamente si automantiene, ma il nemico che noi vogliamo combattere è quello che colpisce chi deve essere libero di fare la spesa senza dolore. E' un diritto a non soffrire". Per combattere il dolore, secondo Fanelli, serve un cambiamento di mentalità sui farmaci: "L'Italia - spiega - è uno strano paese dove per qualsiasi cosa danno un Fans. Noi siamo i primi consumatori mondiali di Fans, 500 milioni di euro all'anno. Gli oppioidi 130 milioni di euro. C'è un'evidente discrepanza con il resto del mondo in cui è il contrario. Noi consumiamo pro capite, 1,67 euro di oppioide contro i 10 della Germania e i tre della Spagna. E' un approccio culturale e di informazione, queste manifestazioni servono per divulgare tutto ciò". "Qui - conclude Fanelli - c'è bisogno di coinvolgere Crotone e tutta l'Italia della periferia. L'articolo 32 della costituzione dice che il diritto alla salute vale per tutti sia per quello che abita a Crotone sia per quello che abita a Milano".

<http://www.ansa.it>

Tumori, biopsia liquida identifica rischio in soggetti sani

Al via piattaforma, analizza geni e mutazioni



Familiarità, stili di vita, abitudini professionali. Chi, pur essendo in salute, è a rischio tumori per uno di questi fattori, da oggi può effettuare uno screening precocissimo per individuare l'eventuale probabilità di ammalarsi. A renderlo possibile è una piattaforma che consente di effettuare una biopsia liquida anche su individui sani, in modo da valutare la suscettibilità a 100 diverse neoplasie prima che si manifestino con sintomi. Messa a punto da Bioscience, spin off dell'Università di Roma Tor Vergata, è stata presentata oggi a Roma.

Il percorso della piattaforma Sced (Solid Cancer Early Detection) non sostituisce la biopsia tradizionale ma può diventare uno strumento di screening super precoce. Mediante un semplice prelievo di sangue, esegue la mappatura e il monitoraggio di oltre 50 geni e 2800 mutazioni note nei tumori solidi. "La maggior parte sono asintomatici nelle prime fasi - afferma Luca Quagliata dell'Istituto di Medicina dell'Università di Basilea - nonostante ciò rilasciano costantemente nel sangue tracce di DNA tumorale" o, in altri casi, "gruppi di cellule tumorali si staccano dalla massa primaria e restano in circolazione: questo test offre la possibilità di analizzare entrambe". Fino ad oggi si utilizzava solo dopo la diagnosi, per monitorare la comparsa di mutazioni di resistenza alle terapie anti-tumore. Bioscience Genomics è la prima ad applicarla anche su

soggetti sani ma a rischio. Il prelievo di sangue può essere effettuato ovunque, ma va inviato presso i laboratori di Roma, Milano e San Marino. Qui il Dna libero circolante viene sequenziato, alla ricerca della mutazione genetica e della sua eventuale tendenza ad aumentare nel tempo. "Nonostante oggi sia considerato un test per il follow up dei malati - prevede Giuseppe Novelli, genetista dell'Università di Tor Vergata - in pochi anni, potrà diventare il gold standard nella diagnostica in oncologia".

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

L'INIZIATIVA

Giornata del volontario: Lilt premia gli “amici speciali” dei malati oncologici

Si celebra il 24 novembre, a Milano, la 32° Giornata del Volontario e per l'occasione la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - LILT di Milano ha organizzato il premio “Un Amico Speciale”, il riconoscimento dedicato alle tante persone che quotidianamente dedicano il proprio tempo ai malati oncologici.

«Solo nel 2016 hanno dedicato oltre 117mila ore al volontariato, un impegno che nell'82 per cento dei casi dura da cinque anni e nel 12 per cento addirittura da dieci», spiega Marco Alloisio, Presidente di LILT Milano. «Proprio per questo, da sempre, li accompagniamo e sosteniamo, anche grazie alla nostra scuola di formazione e qualificazione del volontariato in Oncologia, perché possano affiancare al loro grande spirito umanitario, un percorso formativo e un tirocinio».

Il mondo del volontariato, come lo racconta LILT, si specializza e assume nuove forme: dal volontariato aziendale all'ambito scolastico, sono oltre 700 persone che, con grande passione, prestano servizio per l'Associazione in diverse attività come l'assistenza ai malati, in ospedale o a domicilio, negli spazi prevenzione, o l'organizzazione delle campagne di sensibilizzazione e delle attività di raccolta fondi.

Un dato 2016 registrato dall'Associazione è legato al progressivo “ringiovanimento” dei volontari. Il gruppo dei nuovi arrivati, infatti, ha un'età media di circa 52 anni. Inoltre, grazie al Progetto Giovani, che quest'anno ha visto il coinvolgimento di 8 ragazzi, aumenta la presenza dei giovanissimi.

«L'aiuto e la dedizione dei più giovani sono importantissimi; nonostante siano impegnati a scuola per gran parte della giornata e dell'anno, i ragazzi trovano il tempo per supportarci nelle nostre iniziative», dice Simonetta Sborea, responsabile del Settore Volontariato di LILT Milano. «Siamo in contatto con alcuni licei milanesi per permettere agli studenti di

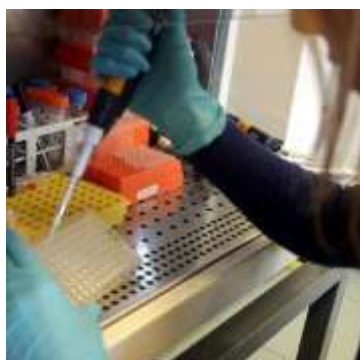
vivere un'esperienza cosiddetta di "alternanza scuola/lavoro" che dia loro un "assaggio" di vita lavorativa unita all'attività di volontariato. Esistono, poi, forme di volontariato aziendale, ne sono un esempio i dipendenti della Banca Popolare di Milano che ci aiuteranno, anche quest'anno, durante il periodo natalizio».

www.la.repubblica.it/

Terapie per diabete e tumori, Biovelocita lancia le prime startup biotech

A un anno dalla fondazione, l'acceleratore che trasforma ricerca medica in azienda presenta due progetti con San Raffaele e Ifom. Il fondatore Spinelli: "In Italia è difficile, ma presto arriveranno altri investitori"

di FILIPPO SANTELLI



ROMA - Un ormone chiave nell'insorgere del diabete. E un meccanismo attraverso cui l'organismo ripara i tratti di Dna danneggiati. Sono le scoperte di due team di ricerca italiani, uno del San Raffaele e uno dell'Ifom, le prime che BiovelocITA proverà a portare sul mercato. E' questa la missione dell'[acceleratore biotech](#) lanciato lo scorso anno da **Silvano Spinelli**, già protagonista della vendita multimilionaria della molecola antitumorale Eos: trasformare ricerche scientifiche in impresa e condurle fino alla validazione. Su queste due investirà 2,5 milioni di euro sui sette raccolti finora, affiancando alla squadra scientifica le competenze manageriali che mancano.

La prima parte del lungo percorso che porta all'individuazione di un nuovo farmaco. "In quest'anno abbiamo monitorato una quarantina di ricerche, è stato difficile trovare quelle adatte", ammette Spinelli. Non tanto per la qualità scientifica, che in Italia è di alto livello, quanto per la difficoltà nel definire i detentori della proprietà intellettuale e trasmetterla alla nuova azienda. Non a caso i primi due progetti partono con due tra gli istituti italiani più aperti al trasferimento tecnologico, San Raffaele e Ifom-leo. E

con due accordi di tipo diverso.

Il primo nasce da una ricerca coordinata al San Raffaele di Milano dal professor **Paolo Fiorina**, che ha individuato un ormone (l'IGFBP3) che nelle persone affette da diabete viene prodotto in quantità eccessiva, portando alla distruzione delle cellule staminali dell'intestino. "Il diabete colpisce il 10% della popolazione dei Paesi occidentali", spiega il professore. L'obiettivo di Entera, la startup partecipata anche dal team di ricercache BiovelocITA ha creato e che riceve in licenza esclusiva mondiale la proprietà intellettuale, è completare la validazione sugli animali, la cosiddetta pre-clinica. "Entro due anni potremmo avere una molecola interessante per una grande multinazionale farmaceutica che desidera allargare i suoi prodotti sul diabete", spiega Spinelli. Oppure, con dei capitali stranieri, si potrà decidere di continuare con la più costosa (ma se vincente anche più redditizia) validazione sull'uomo.

Il percorso dell'altra tecnologia, più di frontiera, è meno definito. La scoperta, fatta all'Ifom nel laboratorio del dottor **Fabrizio d'Adda di Fagagna**, riguarda i meccanismi attraverso i quali il Dna segnala dei danni e attiva le riparazioni. Una dinamica che potrebbe essere applicata a nuovi farmaci antitumorali, capaci di attaccare in maniera selettiva le cellule malate. BiovelocITA ci investe un milione di euro per portare avanti per 18 mesi la ricerca, e poi nel caso di successo fondare un'azienda dedicata.

Ora si tratta di allargare il portafoglio di progetti, visto che in campo farmacologico la possibilità che le ricerche non conducano a terapie efficaci è molto alto. "Ne abbiamo altri vicini a essere varati", dice l'imprenditore. Ma per farlo dovrà raccogliere più fondi: l'obiettivo è arrivare a 15 milioni, al momento BiovelocITA è ancora ferma ai 7 versati dai primi soci e dai partner francesi di Sofinnova: "Non è semplice trovarli, tra gli investitori istituzionali non c'è molta esperienza di questo settore", spiega Spinelli. Convinto però che la stabilizzazione degli sgravi per chi investe in startup, [prevista dalla legge di Bilancio](#), aiuteranno a reclutare, "specie i grandi patrimoni familiari che vogliono diversificare".

[@filipposantelli](#)

<http://www.adnkronos.com>

Dall'idea all'impresa. BiovelocITA scommette su due cervelli italiani

2,5 mln in 18 mesi per la lotta a diabete, cancro e malattie da invecchiamento



Un investimento di circa 2,5 milioni di euro in 18 mesi per passare dall'idea all'impresa. Trasformando scoperte scientifiche figlie della ricerca di base in progetti di frontiera con valenza industriale, in grado di evolvere in start-up e produrre terapie innovative. **L'Italia scommette sull'Italia grazie a BiovelocITA, il primo acceleratore tricolore dedicato al biotech,** che a un anno di vita ha messo in portafoglio **i primi 2 progetti** e li presenta oggi a Milano. Uno punta sugli studi di **Paolo Fiorina**, verrà condotto all'**Ircs ospedale San Raffaele** e ha per bersaglio l'enteropatia diabetica di cui soffre l'80% delle persone colpite dalla malattia del sangue dolce. L'altro nasce da una scoperta targata **Ifom** (Istituto Firc di oncologia molecolare) nel laboratorio di **Fabrizio d'Adda di Fagagna**, parte dal Dna e mira a contrastare il cancro e le patologie associate all'invecchiamento.

Operativo dall'ottobre 2015, l'acceleratore BiovelocITA è una Srl fondata da **Silvano Spinelli, Gabriella Camboni** e **Sofinnova Partners**, società di venture capital attiva a livello internazionale nel settore delle life science. Il presidente è Spinelli e l'amministratore delegato Camboni, già 'genitori' di Eos - società venduta nel 2013 all'americana Clovis Oncology per 470 milioni di dollari - e ancora prima di Novuspharma, quotata sul Nuovo Mercato nel 2000. Modelli vincenti di biotecnologie in salsa italiana.

BiovelocITA ha festeggiato il suo primo compleanno forte di **una disponibilità finanziaria di oltre 7 milioni di euro**, messi sul piatto dai fondatori, da un gruppo di investitori privati presentati da Banor Sim Spa e da Atlante Seed, fondo gestito da Imi

Fondi Chiusi Sgr, società del gruppo Intesa Sanpaolo. E dopo i primi 2 progetti finanziati **lo scouting continua**, con vari progetti al vaglio e l'**apertura del capitale a nuovi soci disposti a raccogliere la sfida**. "In Italia - afferma Camboni - **non è semplice creare un ponte che riesca a collegare ricerca e industria**, lo scienziato che fa una scoperta dai risultati potenzialmente eccezionali con chi sia in grado di sostenere il suo progredire fino a renderla concreta. E' proprio questo il punto focale nel quale noi interveniamo, intercettando e sostenendo i più meritevoli progetti di studio nelle life science".

Per sviluppare **il primo progetto**, BiovelocITA ha fondato la **start-up Enthera**. La missione è tradurre in farmaco uno studio pubblicato nel 2015 su 'Cell Stem Cell' da Fiorina, medico e ricercatore del San Raffaele di Milano e del Boston Children's Hospital della Harvard Medical School statunitense. Il lavoro ha svelato che l'ormone **Igfbp3**, prodotto dal fegato, ha un ruolo chiave nelle **complicanze intestinali associate al diabete**. La sostanza, ribattezzata enterostaminina e prodotta in eccesso nei diabetici, si lega alle cellule staminali presenti sulla superficie dell'intestino attraverso un recettore chiamato **Tmem219**. Un 'incastro' che attiva un segnale di morte nelle staminali intestinali, provocando infiammazione e compromettendo la capacità dell'intestino di assorbire i nutrienti.

Il team di Fiorina ha riprodotto 'in provetta' la parte esterna del recettore Tmem219, una porzione denominata **ecto-Tmem219**, rendendola solubile e quindi iniettabile. L'idea è quella di 'ingannare' l'ormone Igfbp3, che si legherebbe a questo falso bersaglio risparmiando le staminali intestinali. Nei modelli animali trattati con questo 'pseudorecettore' scudo si sono osservati netti miglioramenti della funzione di assorbimento intestinale. Ora si tratta di proseguire la ricerca, avanzando nell'iter di sperimentazione per sperare di trasferirla in clinica.

Enthera, società partecipata da Fiorina e dalla sua équipe, otterrà una licenza esclusiva a livello mondiale dall'ospedale San Raffaele, detentore della proprietà intellettuale. Gli studi continueranno principalmente nei laboratori di via Olgettina, e sul progetto verranno investiti circa 1,5 milioni di euro nell'arco di 18 mesi. "Il diabete è una malattia cronica devastante - ricorda lo scienziato, bergamasco di nascita, classe 1967 - Ne soffrono circa il 10% della popolazione dei Paesi occidentali e oltre il 20% in alcuni Paesi in via di sviluppo. Contrastarlo è uno degli obiettivi prioritari della scienza medica, e oggi il traguardo non pare più irraggiungibile". Enthera ha "tutte le potenzialità per trasformare la nostra scoperta in un farmaco importante nella cura del diabete e delle sue complicazioni cliniche".

Il secondo progetto scelto da BiovelocITA muove invece i passi da uno studio pubblicato nel 2012 su 'Nature' dal team di d'Adda di Fagagna, nato a Udine nel 1966, e rientrato in Italia dopo 7 anni al Gurdon Institute di Cambridge in Gb proprio per avviare nel 2003 all'Ifom di Milano il gruppo di ricerca 'Risposta al danno al Dna e senescenza cellulare'. Un campo, quello delle **'sentinelle' che presiedono alla salute**

del codice della vita, nel quale lo scienziato è all'avanguardia a livello internazionale.

Si calcola che tutti i giorni ogni singola cellula umana abbia bisogno di rilevare e riparare decine di danni al Dna. Il sistema 'detector' deputato ad accertarsi che ciò avvenga è un set di proteine chiamato **Ddr**. Se il Dna non viene aggiustato correttamente, il Ddr manda la cellula 'in pensione': il suo ciclo vitale si interrompe e la cellula entra in fase di senescenza. Tutto questo avviene perché i frammenti di Dna danneggiato vengono trascritti in piccoli Rna non codificanti, detti **Ddrna**, con la funzione di reclutare le proteine che mettono la cellula in stadio di senescenza. I Ddrna rappresentano quindi un elemento fondamentale per tutelare il Dna da trasformazioni che potrebbero scatenare tumori (per esempio il **glioblastoma multiforme**, il cancro cerebrale più comune) o malattie collegate all'invecchiamento (**cirrosi epatica e altre forme di infiammazione cronica**).

"Il nostro progetto - commenta d'Adda di Fagagna - apre una prospettiva completamente nuova per interpretare i processi di invecchiamento e i meccanismi di trasformazione e progressione tumorale associati ai danni del Dna". Grazie alla collaborazione con BiovelocITA "potremo accelerare notevolmente il processo traslazionale che collega la scoperta scientifica allo sviluppo di nuovi farmaci". Secondo gli **accordi negoziati con TTFactor**, società di trasferimento tecnologico fondata da Ifom e Istituto europeo di oncologia, al termine del piano di ricerca che prevede l'investimento di circa 1 milione di euro in 18 mesi, la licenza esclusiva sui diritti commerciali verrà conferita a uno spin-off partecipato da Ifom e BiovelocITA. "L'accordo con BiovelocITA - dichiara il Ceo di TTFactor, **Daniela Bellomo** - offre ai nostri ricercatori una possibilità concreta di espandere i risultati delle scoperte generate in uno dei laboratori di Ifom o di Ieo verso una concreta applicazione clinica".

BiovelocIta lancia startup contro diabete e tumore

Dalla nascita un anno fa già raccolti sette milioni

Marco Passarello

■ L'invecchiamento della popolazione sta causando un progressivo aumento delle spese sanitarie e un ulteriore rafforzamento dell'importanza della ricerca medica nella nostra società. L'Italia si trova nella paradossale situazione di avere ricercatori di prim'ordine (abbiamo il numero di pubblicazioni per ricercatore più alto d'Europa), cui corrisponde però uno scarso numero di brevetti e un'attrattività per gli investimenti tra le più basse. È in questo contesto che va a inserirsi BiovelocITA, primo acceleratore italiano dedicato alle aziende biotech, fondato un anno fa da Silvano Spinelli, Gabriella Camboni e Sofinnova Partners, società di venture capital nel settore delle life sciences. La sua mission è di trasformare scoperte scientifiche in progetti di ricerca con valenza industriale, e facilitare il loro processo di evoluzione in startup: ha già raccolto oltre 7 milioni di euro dai fondatori e da altri investitori italiani. Ieri la società ha annunciato due collaborazioni con scienziati italiani.

La prima è Enthera, società biotech che trasformerà in terapia i risultati ottenuti dal team del professor Paolo Fiorina dell'Ospedale San Raffaele di Milano. Il loro studio ha portato alla scoperta di un nuovo ruolo dell'ormone IGF1, prodotto dal fegato, nelle patologie intestinali, nell'insorgenza del diabete e di altre complicanze croniche del diabete stesso. Enthera otterrà una licenza esclusiva a livello mondiale dall'Ospedale San Raffaele, detentore della proprietà intellettuale. Verranno investiti nella ricerca circa 1,5 milioni di euro in 18 mesi. L'obiettivo è aprire la strada a rivoluzionarie terapie mediche per la cura del diabete e delle sue compli-

canze. La società sarà controllata da BiovelocITA con la partecipazione del professor Fiorina e del suo team.

La seconda collaborazione nasce da una scoperta avvenuta nel laboratorio Ifom (Istituto FIRC di Oncologia Molecolare) del dottor Fabrizio d'Adda di Fagagna, che riguarda le cellule il cui DNA viene danneggiato dall'insorgere del cancro o dall'invecchiamento. È stato evidenziato il meccanismo con cui il danno viene segnalato alla cellula che tenta di ripararlo, che passa attraverso specifiche molecole di RNA prodotte nel tratto di DNA danneggiato. Il progetto prevede di applicare questa scoperta allo studio di nuovi farmaci che potrebbero essere efficaci in alcune forme di tumore. Ma potrebbero aprirsi altre aree di applicazione, tra cui la cura di alcune malattie legate all'invecchiamento. Un accordo con TTFactor, la società di trasferimento tecnologico fondata da Ifom e Ieo, prevede l'impiego di circa un milione di euro in 18 mesi, e la creazione di uno spin-off partecipato da IFOM e BiovelocITA con licenza esclusiva sui diritti commerciali.

In generale, sono numerose le startup italiane che si fanno avanti puntando su tecnologie innovative in campo medico. Tra quelle che ci sono sembrate più interessanti citiamo aXurge, dedicata alla chirurgia cardiovascolare e Medea. Quest'ultima, creata da Vincenzo Telesca, propone Medea.inCare, piattaforma di telemedicina multidisciplinare che permette ai pazienti di svolgere da soli un gran numero di esami diagnostici, creando una cartella clinica online con firma di medici specialisti entro le 12-24 ore. L'obiettivo di offrire servizi qualificati anche a chi vive in zone rurali con scarse infrastrutture.



<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

IN PARLAMENTO

Manovra 2017, passa l'emendamento sui biosimilari: base d'asta sul prezzo medio di mercato. La modifica targata M5S. Farmindustria: «I farmaci non sono tutti uguali»

di *Rosanna Magnano*



La base d'asta per le procedure pubbliche di acquisto dei farmaci biologici a brevetto scaduto e per i quali siano presenti sul mercato i relativi farmaci biosimilari non sarà più «il prezzo massimo di cessione al Servizio sanitario nazionale del farmaco biologico di riferimento» ma quello medio di mercato dei farmaci generici biosimilari. È questo il principale risultato di un emendamento alla Manovra 2017 approvato in Commissione Bilancio, che corregge le norme previste nel Ddl di bilancio in seguito ai rilievi sollevati dall'Antitrust. La modifica è quella presentata dal Governo - emendamento del relatore **Mauro Guerra** (Pd) - con un subemendamento sulla base d'asta a firma di **Matteo Mantero** del Movimento 5 Stelle.

Sui farmaci biosimilari il Movimento 5 Stelle è “riuscito a strappare in corner una modifica estremamente importante e migliorativa - si legge in una nota del M5S - rispetto al provvedimento presentato dal Governo, che consentirà alle casse delle Regioni di risparmiare cifre importanti. Per il prezzo di partenza dell'accordo quadro sui farmaci biosimilari, infatti, non si partirà più, come inizialmente previsto, da quello massimo del farmaco biologico di riferimento - spiegano - ma da quello medio di mercato dei farmaci generici biosimilari. Un cambiamento di meccanismo che evidentemente può consentire un risparmio alle Regioni». Secondo i pentastellati, «l'articolo in questione è ancora molto migliorabile, sia realizzando gare al posto degli accordi quadro sia mettendo in gara farmaci con principi attivi diversi, ma con la stessa efficacia terapeutica. Ad ogni modo, abbiamo già fatto un notevole passo avanti rispetto al punto di

partenza».

Tra le altre modifiche, si stabilisce che l'esistenza di un rapporto di biosimilarità tra un farmaco biosimilare e il suo biologico di riferimento sussiste solo se accertato dall'Ema o dall'Aifa (non più solo l'Ema come nel testo originario), tenuto conto delle rispettive competenze. E le procedure pubbliche di acquisto devono svolgersi mediante accordi quadro con tutti gli operatori economici quando i medicinali sono più di tre a base del medesimo principio attivo (nel testo originario della manovra il numero tre non era citato). Il medico resta comunque libero di prescrivere il farmaco biologico ritenuto idoneo a garantire la continuità terapeutica ai pazienti. In caso di scadenza del brevetto di un farmaco biologico durante il periodo di validità del contratto di fornitura, l'ente appaltante entro 60 giorni (e non più 30 come previsto nel vecchio testo) dall'immissione in commercio di uno o più farmaci biosimilari contenenti il medesimo principio attivo apre il confronto concorrenziale tra questi e il farmaco originatore.

Scaccabarozzi (Farindustria): «La soluzione non è dire che i farmaci sono tutti uguali»

Critico il commento del presidente di Farindustria **Massimo Scaccabarozzi**: «La soluzione non è dire che i farmaci sono tutti uguali, e se tutti abbassano la pressione uno vale l'altro: a ogni paziente va dato il prodotto giusto e va rimesso al centro il concetto di salute, senza guardare solo all'economicità. Mi preoccupa sentir dire che i medicinali sono tutti uguali: se devo prendere un biosimilare perché acquistato a gara, e ho una reazione immunologica che il mio medico poteva prevedere, sono preoccupato». Scaccabarozzi ha espresso la sua posizione intervenendo oggi a Roma alla presentazione di una ricerca del Censis e ha ribadito il valore dell'innovazione farmaceutica. «I salti di salute che sono stati fatti negli anni grazie ai farmaci - ha ricordato Scaccabarozzi - sono stati numerosi. E dalla scoperta del genoma i tempi si sono velocizzati: oggi ci sono 7.000 medicinali in sviluppo che arriveranno nei prossimi 10 anni, portando uno tsunami di nuove cure. Se abbiamo guadagnato 6 ore al giorno di vita è perché, ad esempio, un malato di Hiv oggi è sullo stesso piano di un malato di diabete, grazie ai farmaci. Le degenze medie sono passate da 26 giorni negli anni '60 a 8 nel 2012. I salti che faremo nei prossimi cinquant'anni saranno ancora superiori, ma dobbiamo cambiare paradigma, tornando a considerare la salute dei cittadini e non solo il lato economico. E bisognerebbe cominciare a eliminare tutte le differenze che ci sono da Nord a Sud, perché non è giusto che alcuni si possono curare e velocemente e altri a volte non si possono curare».

<http://www.ansa.it>

Censis, in 50 anni italiani più longevi ma restano differenze

Con avvento web informazione sanitaria più confusa



ROMA - Negli ultimi 50 anni, in Italia molte malattie infettive sono state debellate, è aumentata la longevità della popolazione, è cresciuta l'attenzione per esami di screening e controlli preventivi. Resta però il problema della sostenibilità della spesa pubblica e delle differenze territoriali. Intanto con il web l'informazione sanitaria rischia di diventare più confusa e si registra una pericolosa discontinuità nel ruolo di prevenzione attribuito alle vaccinazioni.

A ripercorrere il rapporto tra gli italiani ed il sistema salute è la ricerca 'Gli italiani e la salute', realizzata dal Censis con il contributo di Farmindustria, presentata oggi.

Nella riflessione sullo sviluppo della società italiana dell'ultimo cinquantennio realizzata dal Censis con le 50 edizioni del 'Rapporto sulla situazione sociale del Paese' è iscritta anche l'evoluzione del rapporto degli italiani con la salute e la prevenzione. La ricerca, hanno spiegato gli autori, ne ripercorre appunto le tappe principali.

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

Italiani e salute, Censis racconta 50 anni di cambiamenti

Dagli anni Sessanta ad oggi

Roma, 24 nov. (askanews) - Malattie infettive debellate, longevità della popolazione, maggiore attenzione per esami di screening e controlli preventivi. Resta il problema della sostenibilità della spesa pubblica e delle differenze territoriali. Intanto con il web l'informazione sanitaria rischia di diventare più confusa e si registra una pericolosa discontinuità nel ruolo di prevenzione attribuito alle vaccinazioni. Il Censis racconta il rapporto tra gli italiani e la salute attraverso le 50 edizioni del "Rapporto sulla situazione sociale del Paese" nella ricerca "Gli italiani e la salute", realizzata con il contributo di Farindustria.

Gli anni '60. La popolazione aumenta dai 47 milioni del 1950 ai 54 milioni alla fine degli anni '60. Si riduce la mortalità infantile, da 43,9 per 1.000 nati vivi nel 1960 a 30,8 nel 1969. Boom del Pil: +85,5% in termini reali tra il 1960 e il 1970. E si assiste a una transizione epidemiologica: le morti causate da malattie infettive si riducono drasticamente (dal 15,2% nel 1930 al 2,9% nel 1960), aumentano quelle causate da tumori (dal 5,1% al 16%) e quelle dovute a problemi del sistema circolatorio (dal 12,3% al 30%). La sanità delle mutue conta un numero di assicurati che cresce in modo dirimpante: la percentuale passa dal 33% della popolazione nel 1950 all'82% nel 1966. La prevenzione attraverso la vaccinazione acquisisce sempre più rilevanza. Vengono introdotte le principali vaccinazioni dell'infanzia: pertosse (1961), poliomielite (introdotta nel 1964 e resa obbligatoria nel 1966), antitetanica (1968 per i nuovi nati, già disponibile dal 1963 per alcune categorie professionali).

Gli anni '70. Il Paese continua ad essere protagonista di una impetuosa fase di crescita demografica ed economica. La popolazione raggiunge i 56 milioni nel 1979 e aumenta la speranza di vita alla nascita (70,5 anni per gli uomini e 77,3 per le donne nel 1979). Pil e redditi marcano speditamente (il reddito segna nel decennio un +61%). La sanità delle mutue si trova a fare i conti con un numero di assicurati sempre più elevato, che nel 1976 raggiunge i 54 milioni, pari al 95% della popolazione. È in questo contesto che si inserisce l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (1978), nato per garantire una copertura universalistica e pubblica della salute dei cittadini volta a superare il sistema frammentato e categoriale delle mutue, e assicurare una gestione regionale e territoriale programmata. Si introduce il nuovo vaccino contro il morbillo (1976), mentre diventano evidenti gli effetti positivi delle prime campagne vaccinali: l'incidenza della pertosse si riduce dai 76,2 casi per 100.000 abitanti del 1961 ai 12,7 del 1981.(Segue)

www.la.repubblica.it/

Italiani più sani e longevi grazie alla prevenzione, ma resta il divario fra Nord e Sud

I dati del Censis sulla salute dal 1960 a oggi dice che siamo ancora un Paese a due velocità. Da Milano a Palermo tutti giudicano inadeguati i servizi medici e in diminuzione la loro qualità e cresce la polemica sul ruolo dei vaccini introdotti per la prima volta negli anni Sessanta



ROMA - Rispetto al 1960 siamo più sani, più longevi (il 22% ha superato i 65 anni), decisamente più attenti ad esami e abituati a controlli preventivi, ma l'Italia resta sempre un Paese a due velocità, col Sud penalizzato anche dal punto di vista sanitario. In un anno, 13,5 milioni di italiani dichiarano di aver saltato la lista di attesa ricorrendo a conoscenze, amicizie, raccomandazioni, facendo regali o pagando.

Al Sud gli abitanti fanno meno test, meno check-up rispetto a chi vive qualche centinaio di chilometri più sù. Senza contare che tutti, da Milano a Palermo, giudicano inadeguati i servizi medici e in diminuzione la loro qualità, mentre cresce la polemica sul ruolo di prevenzione dei vaccini introdotti per la prima volta negli anni Sessanta.

A fotografare l'Italia che cambia, nei comportamenti e nell'idea di salute dal dopoguerra, è il dossier presentato oggi che analizza il nostro Paese attraverso i 50 rapporti Censis elaborati nel corso del tempo. Cinquant'anni di storia raccontati attraverso il nostro rapporto con la salute: dalle vaccinazioni alla creazione di un sistema sanitario nazionale, dalla scoperta degli esami preventivi ai tagli nelle

prestazioni mediche, alla realtà odierna che vede un italiano su due giudicare inadeguati i servizi sanitari.

Nelle nostre Regioni infatti cresce la percezione che si vada riducendo la qualità dell'assistenza sanitaria: il 49,2% giudica inadeguati i servizi (al Sud si arriva al 72,2%). Aumenta invece l'attenzione femminile per gli esami di screening e i controlli preventivi: nel 2013 il 67,4% delle donne di 40 anni e oltre si è sottoposto alla mammografia e il 73,4% di quelle con 25 anni e oltre al pap-test. Rimangono comunque accentuate le differenze territoriali: al Sud si scende infatti, rispettivamente, al 52,1% e al 58,4.

Gli anni '60. Sono quelli del boom economico, quando il prodotto interno lordo cresce dell'85% e finalmente si riduce la mortalità infantile che passa da 43,9 per mille nati vivi nel 1960 a 30,8 nel 1969. Cambiano le malattie, i motivi per cui si muore, come cambiano gli stili di vita, l'alimentazione. Se prima erano soprattutto le malattie infettive ad uccidere, (dal 15,2% nel 1930 al 2,9% nel 1960), aumentano quelle causate da tumori (dal 5,1% al 16%) e quelle dovute a problemi del sistema circolatorio (dal 12,3% al 30%). Gli anni sessanta sono quelli in cui vengono introdotte le principali vaccinazioni dell'infanzia.

Gli anni '70. Gli italiani salgono a 56 milioni nel 1979 e aumenta la speranza di vita (70,5 anni per gli uomini e 77,3 per le donne nel 1979). Pil e redditi segnano un netto più 61 per cento e il 94 % della popolazione si iscrive alla mutua. Nuove vaccinazioni obbligatorie vengono introdotte, (nel 1982 la quarta obbligatoria, quella contro l'epatite B) e la copertura contro la poliomielite raggiunge il 95% nel 1986.

Gli anni '90. La crescita demografica comincia a perdere colpi, a rallentare, mentre cresce la popolazione anziana e cambia la struttura della società. Nel 1993 i minorenni sono il 18,3 così come i 65enni e oltre (18,2%) mentre sale in modo significativo il numero di cittadini stranieri. Tra il 1990 e il 2000 la spesa privata delle famiglie per la salute: +146%. Così cresce la prevenzione: nel 1994 il 37,5% delle donne di 40 anni e oltre ha effettuato la mammografia, il 52,2% delle donne di 25 anni e oltre il pap-test.

Gli anni 2000. Per la prima volta il reddito netto delle famiglie registra un andamento negativo: -0,7% nel decennio. La dimensione individuale diventa centrale nel rapporto degli italiani con la salute. Il 22 % è convinto che siano importanti anche le condizioni dell'ambiente. Le coperture vaccinali obbligatorie per i nuovi nati superano il 96%.

Gli anni 2009-2016. La popolazione di 65 anni e oltre continua a crescere e raggiunge il 22% nel 2015. Tra gli italiani è sempre più diffusa la percezione che nella propria Regione si vada riducendo la qualità dell'assistenza sanitaria: il 49,2% giudica inadeguati i servizi sanitari (al Sud si arriva al 72,2%). Aumenta l'attenzione femminile per gli esami di screening e i controlli preventivi: nel 2013 il 67,4% delle donne di 40 anni e oltre si è sottoposto alla mammografia e il 73,4% di quelle con 25 anni e oltre al pap-test. Rimangono comunque accentuate le differenze territoriali: al Sud si scende, rispettivamente, al 52,1% e al 58,4%. Ma una grande discontinuità riguarda la prevenzione. Nel 2014 la soglia minima di copertura al

95%, in grado di assicurare l'immunità di gregge", non è raggiunta per la maggior parte delle vaccinazioni dell'età pediatrica.

La trasparenza contro sprechi, frodi e corruzione. Per il 71,4% degli italiani ci sono troppi sprechi in sanità, con il 19% convinto che alcuni accertamenti diagnostici e visite specialistiche a loro prescritti siano inutili. Il 71,3% ritiene ci siano sprechi nell'assistenza sociale (ad esempio, pensioni d'invalidità ingiustificate). L'86,8% conosce persone che godono di prestazioni a cui non hanno diritto. È il quadro di un welfare in cui i cittadini "si arrangiano": in un anno, 13,5 milioni di italiani dichiarano di aver saltato la lista di attesa con raccomandazioni o pagando. Per questo per la maggioranza degli italiani è urgente e necessaria la trasparenza: l'81,5% dei cittadini valuta positivamente la possibilità di avere una comunicazione trasparente dei costi delle proprie prestazioni sanitarie.

<http://www.adnkronos.com>

Influenza, 260mila italiani a letto: picco previsto a fine gennaio



Febbre alta, dolori alle ossa, spossatezza. L'influenza stagionale colpirà quest'anno circa 5 milioni di italiani. Ma già da metà ottobre 260.000 connazionali hanno contratto la malattia e altri 850.000 sono incappati in sindromi respiratorie acute. Se non ci saranno variazioni significative, **il picco dell'infezione è previsto per la fine di gennaio e l'inizio di febbraio.** Per questo, dal 33esimo Congresso nazionale della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg), che comincia oggi a Firenze, i medici di famiglia lanciano un appello perché tutti i cittadini si vaccinino contro una patologia che ogni anno provoca una media di 8.000 decessi.

"La vaccinazione deve essere rivolta a tutti perché più i cittadini si vaccinano maggiore è la protezione generale - afferma Claudio Cricelli presidente nazionale Simg - E' l'effetto gregge, che ci consente di contenere la diffusione del virus, di salvaguardare la salute, soprattutto delle categorie a rischio, e ridurre i costi indiretti, quantificabili in 1,6 miliardi ogni stagione influenzale. Ovviamente devono immunizzarsi i cittadini affetti da patologie croniche, cardiovascolari e respiratorie, anziani, bambini, donne in gravidanza. Per queste persone il vaccino è gratuito e basta recarsi al più presto dal proprio medico di famiglia. Tutti gli altri possono acquistarlo in farmacia".

"Purtroppo i tassi di vaccinazione nel nostro Paese sono in costante diminuzione - aggiunge Ovidio Brignoli, vice presidente nazionale Simg - E' un dato preoccupante che deve far riflettere tutti. Noi medici di famiglia siamo quelli più a stretto contatto con i

cittadini e quindi dobbiamo incentivare il più possibile il ricorso all'immunizzazione. E dobbiamo dare per primi il buon esempio vaccinandoci. Tuttavia solo il 7% dei medici si protegge, un dato decisamente troppo basso. Ci auguriamo che quest'anno ci sia un incremento delle vaccinazioni anche per gli operatori sanitari".

"In Italia funziona la rete nazionale Influnet composta da oltre 1.000 medici di medicina generale e pediatri coordinati dall'Istituto superiore di sanità - conclude Aurelio Sessa, responsabile Simg del settore - Questi operatori effettuano una sorveglianza epidemiologica e virologica settimanale che monitorizza in tempo reale l'andamento dell'influenza su tutto il territorio nazionale. Da metà ottobre a fine aprile di ogni anno. Questa rete è coordinata anche a livello europeo con altri 24.000 medici sentinella perché l'influenza, insieme a Aids e tubercolosi, è fra le patologie che devono essere costantemente sorvegliate come suggerito dall'Organizzazione mondiale della sanità".

Giovedì 24 NOVEMBRE 2016

Influenza. Appello dal Congresso nazionale Simg: “Tutti i cittadini devono vaccinarsi. Medici in primis, visto che lo fa solo 7%”

“Si chiama ‘effetto gregge’ che ci consente di contenere la diffusione del virus, di salvaguardare la salute, soprattutto delle categorie a rischio, e ridurre i costi indiretti, quantificabili in 1,6 miliardi ogni stagione influenzale”, motiva il presidente Cricelli. Per la Simg i medici dovrebbero dare il buon esempio e vaccinarsi, “ma lo fa solo il 7% lo fa”.

“L’influenza stagionale colpirà quest’anno 5 milioni di italiani. Da metà ottobre 260.000 italiani hanno contratto la malattia e altri 850.000 da sindromi respiratorie acute. Se non ci saranno variazioni significative il picco dell’infezione è previsto per la fine di gennaio e l’inizio di febbraio. C’è ancora tempo”. I medici di famiglia del Simg lanciano un appello affinché “tutti i cittadini si vaccinino contro una patologia che ogni anno provoca una media di 8.000 decessi”. E lo fanno in apertura dal 33° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg) che comincia oggi a Firenze. L’evento, dal titolo “Ritorno al Futuro: nuove generazioni, nuove idee e nuove cure per le Cure Primarie del nostro Paese”, vede quest’anno la partecipazione di oltre 3.000 camici bianchi da tutta la Penisola.

“La vaccinazione deve essere rivolta a tutti perché più i cittadini si vaccinano maggiore è la protezione generale - afferma **Claudio Cricelli** Presidente Nazionale Simg -. Questo si chiama ‘effetto gregge’ che ci consente di contenere la diffusione del virus, di salvaguardare la salute, soprattutto delle categorie a rischio, e ridurre i costi indiretti, quantificabili in 1,6 miliardi ogni stagione influenzale. Ovviamente, devono immunizzarsi i cittadini affetti da patologie croniche, cardiovascolari e respiratorie, anziani, bambini, donne in gravidanza. Per queste persone il vaccino è gratuito e basta recarsi al più presto dal proprio medico di famiglia. Tutti gli altri possono acquistarlo in farmacia”.

“Purtroppo i tassi di vaccinazione nel nostro Paese sono in costante diminuzione - aggiunge **Ovidio Brignoli** Vice Presidente Nazionale Simg -. E’ un dato preoccupante che deve far riflettere tutti. Noi medici di famiglia siamo quelli più a stretto contatto con i cittadini e quindi dobbiamo incentivare il più possibile il ricorso all’immunizzazione. E dobbiamo dare per primi il buon esempio vaccinandoci. Tuttavia solo il 7% dei medici si protegge, un dato decisamente troppo basso. Ci auguriamo che quest’anno ci sia un incremento delle vaccinazioni anche per gli operatori sanitari”.

“In Italia funziona la rete nazionale Influnet composta da oltre 1.000 medici di medicina generale e pediatri coordinati dall’Istituto Superiore di Sanità - conclude **Aurelio Sessa** responsabile Simg del settore -. Questi operatori effettuano una sorveglianza epidemiologica e virologica settimanale che monitorizza in tempo reale l’andamento dell’influenza su tutto il territorio nazionale. Da metà ottobre a fine aprile di ogni anno. Questa rete è coordinata anche a livello europeo con altri 24mila medici sentinella perché l’influenza, insieme a Aids e tubercolosi, è fra le patologie che devono essere costantemente sorvegliate come suggerito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms)”.

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

CONGRESSO SIMG

L'influenza ha già messo a letto 260 mila italiani. Il picco a fine gennaio

L'influenza stagionale colpirà quest'anno 5 milioni di italiani, tra i quali ci sono i 260 mila che hanno già contratto la malattia; e altri 850 mila colpiti da sindromi respiratorie acute. Se non ci saranno variazioni significative, il picco dell'infezione è previsto per la fine di gennaio e l'inizio di febbraio del prossimo anno.

Da Firenze, dove è in corso il congresso nazionale della Simg, la Società italiana di medicina generale e delle cure primarie, i medici di famiglia lanciano l'appello a vaccinarsi. «La vaccinazione deve essere rivolta a tutti perché più i cittadini si vaccinano maggiore è la protezione generale» ricorda Claudio Cricelli, presidente nazionale Simg. «Questo si chiama "effetto gregge" - spiega - che ci consente di contenere la diffusione del virus, di salvaguardare la salute, soprattutto delle categorie a rischio, e ridurre i costi indiretti, quantificabili in 1,6 miliardi ogni stagione influenzale. Ovviamente, devono immunizzarsi i cittadini affetti da patologie croniche, cardiovascolari e respiratorie, anziani, bambini, donne in gravidanza. Per queste persone il vaccino è gratuito e basta recarsi al più presto dal proprio medico di famiglia. Tutti gli altri possono acquistarlo in farmacia».

Purtroppo i tassi di vaccinazione nel nostro Paese sono in costante diminuzione: «È un dato preoccupante - avverte Ovidio Brignoli, vicepresidente Simg - che deve far riflettere tutti. Noi medici di famiglia siamo quelli più a stretto contatto con i cittadini e quindi dobbiamo incentivare il più possibile il ricorso all'immunizzazione. E dobbiamo dare per primi il buon esempio vaccinandoci». Purtroppo, però, solo il 7% dei medici si protegge: «un dato decisamente troppo basso. Ci auguriamo che quest'anno ci sia un incremento delle vaccinazioni anche per gli operatori sanitari».

In Italia è attiva la rete nazionale Influnet composta da oltre mille medici di Medicina generale e pediatri coordinati dall'Istituto superiore di sanità, che, come ricorda infine

Aurelio Sessa, responsabile Simg del settore, effettuano una sorveglianza epidemiologica e virologica settimanale che monitorizza in tempo reale l'andamento dell'influenza su tutto il territorio nazionale.

www.la.repubblica.it/

Elena Cattaneo: "Alle famiglie dico solo: la prevenzione può salvare la vita dei vostri figli"

"Colpiti dalla meningite nonostante il vaccino", ora il super-ceppo spaventa la Toscana. Parla la farmacologa, biologa e senatrice a vita dal 2013

di MICHELE BOCCI



FIRENZE. La senatrice Elena Cattaneo, farmacologa e biologa, da anni si batte per salvaguardare la cultura scientifica in Italia.

È giusto vaccinarsi anche se la protezione non è garantita per tutti?

"Dobbiamo convivere con l'idea che, così come non esiste il rischio zero in nessuna attività umana, non c'è nemmeno il farmaco che funziona al 100 per cento. La realtà, e ancor più la biologia, è complicata. Ad esempio sappiamo che per ogni trattamento farmacologico c'è sempre una porzione di popolazione che non trae beneficio. Sui vaccini tale percentuale di non rispondenti varia a seconda del tipo. Nel caso di quelli contro la meningite il numero limitato di persone immunizzate che ha contratto la malattia, in forma comunque non aggressiva grazie al vaccino, rientra nelle statistiche del circa 6 per cento di non rispondenti, come è stato confermato dal noto vaccinologo Rino Rappuoli".

Come si sollecita la vaccinazione?

"Non bisogna sfidare i genitori esitanti o contrari con informazioni correttive. Vi sono diversi esperimenti di psicologia cognitiva che suggeriscono che sia più utile spostare la percezione del rischio dalle errate paure su sicurezza e efficacia dei vaccini verso il reale rischio delle malattie infettive se calano le coperture".

Perché ci sono sospetti sui vaccini?

"Sta scomparendo la percezione sociale delle malattie infettive, non il rischio. Questa generazione di genitori ha avuto la fortuna di non avere in classe compagni colpiti da vaiolo o polio. Questo non significa che i rispettivi patogeni siano spariti ma solo che sono sotto controllo grazie alle coperture vaccinali al 95 per cento. Se queste calano, le malattie tornano. Poi negli ultimi anni si è rotto il patto sociale con le istituzioni, la politica, e più in generale, le competenze, di cui paradossalmente non ci si fida, ahimè, più. A ciò si aggiunga Internet, strumento di per sé utilissimo ma pieno di insidie. Proprio di questo si è parlato oggi (ieri, ndr) in Senato in un bell'incontro organizzato da Repubblica Salute con gli studenti liceali che, informati dei vantaggi della vaccinazione contro il virus del papilloma responsabile di gravi, ma prevenibili, tumori, al microfono hanno espresso la volontà di vaccinarsi".

È giusta la decisione dell'Emilia di non ammettere all'asilo i non vaccinati?

"Sì perché si è creato un calo patologico e ora vanno tutelati i cittadini. Le persone debbono decidere e convincersi del proprio destino biologico con gli argomenti e le prove, ma quando emergono problemi o rischi di ordine sanitario, come è il caso del calo sensibile delle vaccinazioni, le istituzioni hanno il dovere di intervenire, anche drasticamente, per il bene comune di tutti i cittadini. È un errore pensare alla vaccinazione come a un atto privato o individuale".

Giovedì 24 NOVEMBRE 2016

Obbligo vaccinazioni. Saitta: “Necessaria legge nazionale. Lorenzin valuti fattibilità”

Così l'assessore alla sanità della Regione Piemonte interviene sul dibattito di questi giorni e sulla decisione di alcune Regioni di introdurre l'obbligo di vaccinazione per i bimbi che si iscrivono all'asilo nido. Per Saitta l'obiettivo è "garantire uniformità ed omogeneità sul territorio".

L'assessore alla sanità della Regione Piemonte, **Antonio Saitta**, interviene sul dibattito di questi giorni e sulla decisione di alcune Regioni di introdurre l'obbligo di vaccinazione per i bimbi che si iscrivono all'asilo nido.

"E' indubbio che occorra una riflessione seria su un tema che coinvolge le famiglie e la salute dei loro figli. Purtroppo, negli ultimi anni, si è diffuso un ingiustificato allarmismo sui presunti effetti negativi di alcune vaccinazioni, senza che vi sia nessuna evidenza scientifica. Un fenomeno alimentato dal web e dai social network che disorienta molte famiglie e rischia di portare alla ricomparsa di malattie che erano ormai quasi debellate. Su questo occorre una risposta che passa attraverso una corretta informazione alla popolazione ed una costante sensibilizzazione culturale, anche con il coinvolgimento degli operatori sanitari, medici e pediatri - ha spiegato -. Per estendere la copertura vaccinale, più che iniziative sporadiche ed in ordine sparso di singole Regioni il cui unico effetto è creare differenze tra una zona e l'altra dell'Italia, è necessario che vi sia una regolamentazione omogenea ed uniforme in tutto il territorio.

L'assessore alla Sanità della Regione Piemonte, anche nel suo ruolo istituzionale di coordinatore degli assessori regionali, si rivolge al ministro della Sanità perché valuti la possibilità di promuovere un'iniziativa legislativa nazionale sull'obbligo di vaccinazione.

In Piemonte la situazione della copertura vaccinale è migliore che nelle altre regioni, anche se in generale le coperture vaccinali piemontesi mostrano un decremento, evidente già a partire dall'anno 2014, ma ancora più marcato nell'ultimo anno.

Nel 2015, per quanto riguarda il ciclo di base: difterite, tetano, pertosse, polio, epatite B, haemophilus influenzae B (Hib), il 95% di copertura (che è l'obiettivo) è stato superato solo dalla vaccinazione contro la polio e da quella contro il tetano, mentre la vaccinazione contro l'Hib ha raggiunto il 93,8% di copertura.

Discorso a parte merita la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia (MPR), nei confronti della quale il 95% di copertura non è mai stato raggiunto; la copertura vaccinale più elevata si è raggiunta negli anni 2009 e 2010 (93%), fino a scendere all'89% nel 2015.

Visto il calo di copertura registrato negli ultimi anni, oltre alle attività di formazione e informazione che già si stanno facendo, la Regione ha assegnato ai direttori generali delle Aziende sanitarie, tra gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, anche il raggiungimento di coperture vaccinali pari o superiori al 95% per il ciclo di base e per MPR nei nuovi nati, calcolate a 24 mesi di età.

Giovedì 24 NOVEMBRE 2016

Violenza contro le donne. Stanziamento di 31 milioni per centri anti violenza e piano straordinario. Ok da Stato-Regioni

Via libera definitivo nel pomeriggio in Stato-Regioni ai [provvedimenti](#). Bonaccini: “Diamo un segnale concreto in vista della Giornata mondiale contro la violenza delle donne”.

“Il 25 novembre è la ‘Giornata mondiale contro la violenza sulle donne’ e - al di là delle parole e delle espressioni di circostanza - credo che Regioni e Governo abbiano fatto oggi qualcosa di estremamente utile e concreto. La Conferenza delle Regioni ha infatti approvato all'unanimità la ripartizione delle risorse destinate ai centri anti violenza, alle case rifugio e alle specifiche linee di intervento del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere”, lo ha dichiarato il Presidente della Conferenza delle Regioni, **Stefano Bonaccini, commentando in mattinata** le intese che sono state poi espresse nella Conferenza Stato-Regioni di oggi pomeriggio che ha dato il via libera definitivo al riparto dei due fondi.

“Un complesso di interventi che abbiamo condiviso con il Governo e voglio ringraziare la ministra Maria Elena Boschi che ha dimostrato la massima disponibilità a collaborare con le Regioni per sviluppare sul territorio azioni sinergiche.

Si tratta - ha spiegato Bonaccini - complessivamente di 31 milioni ([VEDI I TESTI](#)) – relativi ad anni pregressi e al biennio 2015-16 destinati a diversi scopi.

Prima di tutto, come ho detto, ai centri anti violenza e alle case rifugio. Poi, nell'ambito del piano, alla formazione, avvalendosi anche della professionalità delle operatrici dei centri anti violenza nei dipartimenti di emergenza e pronto soccorso degli ospedali. In secondo luogo all'inserimento lavorativo delle donne vittime di violenza. Terza priorità l'autonomia abitativa. Infine i sistemi informativi relativi al monitoraggio dei dati sul fenomeno della violenza di genere”.

Giovedì 24 NOVEMBRE 2016

Manovra. Commissione Bilancio approva. Per la sanità sì a emendamento del Governo su fondi vincolati nel Fsn per rinnovo contratto e convenzioni. Salta il prezzo massimo come base d'asta per le gare dei farmaci biologici

Continuerà a non essere consentita la sostituibilità automatica tra farmaco biologico di riferimento e un suo biosimilare. Soddisfatti Pd e M5S, mentre Si parla di un "regalo ingiustificato" all'industria farmaceutica. Via libera anche all'[emendamento governativo](#) che prevede una riserva di fondi per il rinnovo di contratti e convenzioni in sanità a carico del Fondo sanitario. Aumentati gli stanziamenti per il Fondo autismo. [Sì ai presidenti di Regione "Commissari"](#). Il testo va ora all'esame dell'Aula. [EMENDAMENTO BIOSIMILARI](#)

La Commissione Bilancio della Camera ha concluso l'esame della legge di Bilancio 2017 e il testo passa ora all'esame dell'Aula dove è attesa l'approvazione entro lunedì prossimo. Per la sanità si segnala **la modifica alla base d'asta per le procedure pubbliche di acquisto dei farmaci biologici** che non sarà più parametrata sul prezzo massimo di cessione al Servizio sanitario nazionale del farmaco biologico di riferimento. Lo prevede un emendamento approvato che corregge le norme previste in Manovra in seguito ai rilievi sollevati dall'Antitrust.

Nel nuovo testo si stabilisce che le procedure di acquisto dovranno svolgersi "mediante utilizzo di accordi quadro con tutti gli operatori economici quando i medicinali sono più di tre a base del medesimo principio attivo". Continuerà inoltre a non essere consentita la sostituibilità automatica tra farmaco biologico di riferimento e un suo biosimilare.

Si stabilisce inoltre che l'esistenza di un rapporto di biosimilarità tra un farmaco biosimilare e il suo biologico di riferimento sussiste solo se accertato dall'Ema o dall'Aifa, non più solo l'Ema, tenuto conto delle rispettive competenze.

Soddisfatta per la modifica la capogruppo Pd in commissione Affari Sociali, **Donata Lenzi**: "Esprimo apprezzamento per l'approvazione dell'emendamento sul tema delle gare di acquisto sui farmaci biosimilari che raccoglie le osservazioni fatte dall'Antitrust e che risulta più chiara e atta a favorire una buona concorrenza tra le aziende".

Parzialmente soddisfatto anche il M5S: "Sui farmaci biosimilari il Movimento 5 Stelle è riuscito a strappare, in corner, grazie ad un subemendamento a prima firma **Matteo Mantero**, una modifica estremamente importante e migliorativa rispetto al provvedimento presentato dal governo, che consentirà alle casse delle Regioni di risparmiare cifre importanti", hanno commentato i deputati pentastellati in commissione Affari Sociali.

"Per il prezzo di partenza dell'accordo quadro sui farmaci biosimilari, infatti, non si partirà più, come inizialmente previsto, da quello massimo del farmaco biologico di riferimento ma da quello medio di mercato dei farmaci generici biosimilari. Un cambiamento di meccanismo che evidentemente può consentire un risparmio alle Regioni. Aggiungiamo che l'articolo in questione è ancora molto migliorabile, sia realizzando gare al posto degli accordi quadro, sia mettendo in gara farmaci con principi attivi diversi ma con la stessa efficacia terapeutica. Ad ogni modo, abbiamo già fatto un notevole passo avanti rispetto al punto di partenza",

concludono.

Di tutt'altro avviso, invece, **Marisa Nicchi (Si)**, che ha parlato di "regalo ingiustificato" all'industria farmaceutica. "Le misure contenute nella legge di Bilancio sui farmaci biosimilari sono un regalo all'industria farmaceutica e un danno per gli italiani. L'articolo 59 comma 11 sui farmaci biotecnologici sembra scritto a tavolino dal potere delle case farmaceutiche - ha spiegato -. Questa norma costituisce un ingiustificato regalo alle aziende farmaceutiche perché impedisce alle regioni di effettuare gare d'acquisto sulla base del principio dell'equivalenza terapeutica, che consentirebbe risparmi di spesa per le regioni mettendo sullo stesso piano farmaci sostanzialmente uguali. Il governo – conclude Nicchi - non ha ascoltato le regioni, tirando dritto per la sua strada, senza accettare i principi di equivalenza, e impedendo la possibilità di assimilare farmaci biologici a quelli similari”.

Via libera anche all'[emendamento governativo](#) con il quale si stabilisce che le risorse per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale verranno da una quota vincolata a carico del Fondo sanitario nazionale. Decade dunque l'ipotesi annunciata negli scorsi giorni dal ministro Lorenzin di una messa in carico degli oneri contrattuali sul fondo generale della Pa ossia riservato ai rinnovi per tutta la pubblica amministrazione.

E poi si all'emendamento che ha ripristinato la possibilità per i presidenti di Regione in piano di rientro dal deficit sanitario di [ricoprire anche l'incarico di Commissario ad acta](#).

Infine, vengono **aumentati gli stanziamenti per il Fondo autismo** grazie ad un emendamento del Movimento 5 stelle: “Lo scorso anno grazie a un nostro emendamento alla Legge di Stabilità furono stati stanziati 5 milioni destinati al Fondo per la cura dei soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico. Quei soldi però non erano stati mai sbloccati. La conseguenza di questo ritardo è che, se in legge di Bilancio non fosse stato confermato quello specifico stanziamento, i fondi sarebbero andati persi. Fortunatamente il buonsenso ha prevalso ed è stato approvato il nostro emendamento, a prima firma Silvia Giordano, con il quale chiedevamo che proprio la conferma di quello stanziamento, aggiungendo i tanto attesi 5 milioni alla somma già prevista per il 2017. Auspichiamo che il prossimo anno i fondi vengano sbloccati rapidamente e che, dunque, stavolta possano usufruirne i cittadini affetti da questi disturbi e le famiglie che sono al loro fianco”, hanno commentato i deputati M5S in commissione Affari Sociali.

Giovanni Rodriquez

Mercoledì 23 NOVEMBRE 2016

‘Dopo di noi’. La Legge è operativa. Ok a decreto attuativo

Firmato dai Ministri Poletti, Lorenzin e Padoan il decreto che fissa i requisiti per l'accesso alle prestazioni a carico dell'apposito Fondo istituito dalla legge e stabilisce la ripartizione tra le Regioni delle risorse per l'anno 2016 pari a 90 milioni di euro. Sul decreto era stata raggiunta l'[intesa nella Conferenza Unificata](#). Ecco cosa prevede la legge.

“[La legge 'Dopo di noi'](#) che garantisce assistenza alle persone con disabilità gravi e prive del sostegno familiare diventa concretamente operativa”. Ne dà notizia in una nota il Ministero della Salute.

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, **Giuliano Poletti**, il Ministro della salute, **Beatrice Lorenzin** e il Ministro dell'economia e delle finanze, **Pier Carlo Padoan**, hanno firmato il decreto attuativo che fissa i requisiti per l'accesso alle prestazioni a carico dell'apposito Fondo istituito dalla legge e stabilisce la ripartizione tra le Regioni delle risorse per l'anno 2016 pari a 90 milioni di euro. Sul decreto era stata raggiunta l'intesa nella Conferenza Unificata.

“Il provvedimento – si legge - giunge nel pieno rispetto dei tempi poiché la legge ‘Dopo di noi’, entrata in vigore il 25 giugno scorso, ha previsto sei mesi per il completamento del decreto attuativo. E’ il segnale della sensibilità e dell’impegno profuso da tutti i soggetti coinvolti per garantire un sostegno reale alle persone con disabilità, nel rispetto delle loro scelte, promuovendo l’inclusione sociale e favorendo percorsi di abilitazione e di sviluppo di competenza per la gestione della vita quotidiana.

Ma vediamo cosa prevede la legge sul 'Dopo di noi'.

L'articolo 1 esplicita le finalità del disegno di legge, inteso a favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità, in attuazione dei principi di cui agli articoli 2, 3, 30, 32 e 38 della Costituzione, agli articoli 24 e 26 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e agli articoli 3 e 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia ai sensi della L. n. 18 del 2009.

In particolare, il disegno di legge disciplina:

- misure di assistenza, cura e protezione in favore delle persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare, in quanto mancanti dei genitori o perché gli stessi non sono in grado di "fornire l'adeguato sostegno genitoriale" - quest'ultima locuzione è stata inserita dalla 11a Commissione del Senato, in luogo del riferimento all'impossibilità di "sostenere le responsabilità" dell'assistenza - (articolo 1, comma 2). Le predette misure sono integrate nel progetto individuale per le persone disabili di cui all'articolo 14 della L. 8 novembre 2000, n. 328, e sono assicurate attraverso la progressiva presa in carico della persona già durante l'esistenza in vita dei genitori; come specificato dalla 11a Commissione del Senato, tali misure sono definite con il coinvolgimento dei soggetti interessati e nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi;

- misure di agevolazione per i seguenti negozi o atti giuridici, se destinati in favore di disabili gravi(2) : erogazioni da parte di soggetti privati; stipulazione di polizze assicurative; costituzione di trusts; costituzione di vincoli di destinazione di beni immobili o di beni mobili iscritti in pubblici registri; costituzione di fondi speciali, composti di beni sottoposti a vincolo di destinazione e disciplinati con contratto di affidamento fiduciario anche in favore di alcune organizzazioni non lucrative di utilità sociale (articolo 1, comma 3).

Il comma 1 **dell'articolo 2** prevede che le prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale ai

disabili gravi privi del sostegno familiare, di cui al precedente articolo 1, comma 2, siano definite nell'ambito del procedimento di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) e degli obiettivi di servizio relativi ai settori assistenziali diversi da quello sanitario. Tale procedimento (ai sensi del richiamato art. 13 del D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68) consta, tra l'altro, di una legge statale e, nelle more di adozione di quest'ultima, di un'intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali.

Il comma 2 dell'articolo 2 stabilisce che, nelle more del completamento del suddetto procedimento di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e previa intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali, definisca gli obiettivi di servizio per le prestazioni da erogare ai disabili in oggetto, con decreto da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, nei limiti delle risorse disponibili a valere sul Fondo istituito dal successivo articolo 3.

Inoltre, una norma inserita dalla 11a Commissione del Senato nel comma 1 dell'articolo 2 prevede che le regioni e le province autonome (nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente) assicurino l'assistenza sanitaria e sociale ai disabili gravi privi del sostegno familiare (di cui all'articolo 1, comma 2) anche mediante l'integrazione tra le relative prestazioni e la collaborazione con i comuni e garantiscano i macrolivelli di assistenza ospedaliera, di assistenza territoriale e di prevenzione.

L'articolo 3 istituisce il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con una dotazione di 90 milioni di euro per il 2016, di 38,3 milioni per il 2017 e di 56,1 milioni annui a decorrere dal 2018.

L'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo è subordinato alla sussistenza di requisiti da individuare con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute, previa intesa nella suddetta sede di Conferenza unificata. Con la medesima procedura si provvede annualmente alla ripartizione delle risorse del Fondo. Si prevede, inoltre, che le regioni adottino indirizzi di programmazione e definiscano: i criteri e le modalità per l'erogazione dei finanziamenti; le modalità per la pubblicità dei finanziamenti erogati e per la verifica dell'attuazione delle attività svolte; le ipotesi di revoca dei finanziamenti concessi.

L'articolo 4 specifica che il Fondo è destinato, in particolare, alle seguenti tipologie di intervento, in favore dei disabili gravi privi del sostegno familiare:

- attivazione e potenziamento di programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e che tengano conto delle migliori opportunità offerte dalle nuove tecnologie, al fine di impedire l'isolamento delle persone con disabilità;
 - realizzazione di interventi per la permanenza temporanea in soluzioni abitative extrafamiliari, per fronteggiare eventuali situazioni di emergenza;
 - realizzazione di interventi innovativi di residenzialità, volti alla creazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare e di co-housing, che possono comprendere il pagamento degli oneri di acquisto, locazione, ristrutturazione e messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità;
 - sviluppo di programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile.
- Viene, infine, sancita la possibilità di compartecipazione delle regioni, degli enti locali, degli enti del terzo settore, nonché di altri soggetti di diritto privato con comprovata esperienza nell'assistenza ai disabili e delle famiglie che si associano per le medesime finalità, al finanziamento dei programmi e all'attuazione dei predetti interventi, nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle rispettive competenze.

L'articolo 5 eleva il limite di detrazione dall'imposta IRPEF da 530 a 750 euro per le polizze assicurative aventi per oggetto il rischio di morte, qualora queste ultime siano destinate alla tutela delle persone con disabilità grave.

L'articolo 6 disciplina le esenzioni ed agevolazioni tributarie per i seguenti negozi giuridici, se destinati in favore di disabili gravi:

- costituzione di trusts;
- costituzione di vincoli di destinazione di beni immobili o di beni mobili iscritti in pubblici registri, mediante atto in forma pubblica, ai sensi dell'art. 2645-ter del codice civile (con conseguente limitazione dell'impiego dei beni

conferiti e dei loro frutti per il solo scopo sottostante il vincolo);

- costituzione di fondi speciali, composti di beni sottoposti a vincolo di destinazione e disciplinati con contratto di affidamento fiduciario. L'affidatario può essere costituito anche da un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS), che operi prevalentemente nel settore della beneficenza.

Le fattispecie relative ai vincoli di destinazione ed ai fondi speciali sono state inserite dalla 11a Commissione del Senato.

Il comma 2 specifica che le esenzioni ed agevolazioni di cui all'articolo 6 sono ammesse a condizione che il negozio giuridico persegua come finalità esclusiva (espressamente indicata nell'atto) l'inclusione sociale, la cura e l'assistenza di uno o più disabili gravi beneficiari. Il comma 3 stabilisce le ulteriori condizioni che devono sussistere, congiuntamente, per fruire delle medesime esenzioni ed agevolazioni. In particolare, si richiede che il negozio giuridico:

- sia fatto per atto pubblico;

- identifichi in modo univoco i soggetti coinvolti ed i rispettivi ruoli, descriva funzionalità e bisogni dei disabili beneficiari, indichi le attività assistenziali necessarie a garantire la cura e la soddisfazione dei bisogni degli stessi soggetti, comprese le attività volte a ridurre il rischio di istituzionalizzazione;

- individui gli obblighi del trustee, del gestore o del fiduciario, rispetto al progetto di vita e agli obiettivi di benessere che deve promuovere in favore del disabile grave, nonché gli obblighi e le modalità di rendicontazione;

- contempli come beneficiari esclusivamente persone con disabilità grave;

- destini i beni esclusivamente alla realizzazione delle finalità assistenziali oggetto del medesimo negozio giuridico;

- identifichi il soggetto preposto al controllo delle obbligazioni imposte a carico del trustee, del gestore o del fiduciario;

- stabilisca il termine finale di durata del trust o del vincolo di destinazione o del fondo speciale nella data della morte del disabile e definisca la destinazione del patrimonio residuo.

Il comma 1 dispone che i beni ed i diritti oggetto dei negozi giuridici in esame siano esenti dall'imposta sulle successioni e donazioni, mentre il successivo comma 6 prevede che per i trasferimenti di beni e diritti in favore dei trusts o dei fondi speciali in esame e per gli atti di costituzione dei suddetti vincoli di destinazione le imposte di registro, ipotecarie e catastali si applichino in misura fissa; tali esenzioni ed agevolazioni sono concesse a decorrere dal 1° gennaio 2017 (comma 10).

Il comma 7 dispone che gli atti, i documenti, le istanze, i contratti, nonché le copie dichiarate conformi, gli estratti, le certificazioni, le dichiarazioni e le attestazioni posti in essere o richiesti dal trustee, dal gestore o dal fiduciario siano esenti dall'imposta di bollo; anche tale esenzione si applica a decorrere dal 1° gennaio 2017 (comma 10).

Il comma 4 - inserito dalla 11a Commissione del Senato - prevede (sempre per il periodo decorrente dal 1° gennaio 2017, ai sensi del comma 10) che, in caso di premorienza del beneficiario rispetto ai soggetti che abbiano stipulato il negozio giuridico, i trasferimenti dei beni e di diritti reali in favore dei suddetti soggetti godano dell'esenzione dall'imposta sulle successioni e donazioni e le imposte di registro, ipotecarie e catastali si applichino in misura fissa. Resta ferma l'imposta sulle successioni e donazioni per i trasferimenti - alla morte del beneficiario - dei beni e di diritti reali in favore di altri soggetti, diversi da quelli che abbiano stipulato il negozio giuridico (comma 5, anch'esso inserito dalla 11a Commissione del Senato); in tal caso, l'imposta è applicata facendo riferimento all'eventuale rapporto di parentela o di coniugio intercorrente tra disponente, fiduciante e destinatari del patrimonio residuo.

Il comma 8 prevede che, in caso di conferimento di immobili, o di diritti reali sugli stessi immobili, nei trusts o nei fondi speciali in esame, i comuni possano stabilire per i soggetti passivi aliquote ridotte, franchigie o esenzioni ai fini dell'imposta municipale propria, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il comma 9 riconosce, a decorrere dal periodo di imposta 2016 (comma 10), la deducibilità dal reddito complessivo del soggetto privato (anche diverso dalle persone fisiche) delle erogazioni liberali, delle donazioni

e degli altri atti a titolo gratuito effettuati nei confronti dei trusts o dei fondi speciali in esame, entro il duplice limite del 20% del reddito complessivo dichiarato e di 100.000 euro annui.

Il comma 11 demanda le modalità di attuazione del presente articolo 6 ad un decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame.

L'articolo 7 demanda alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, l'avvio di campagne informative intese alla diffusione della conoscenza delle disposizioni recate dal provvedimento in esame e delle altre forme di sostegno per i disabili gravi privi del sostegno familiare, nonché alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla finalità di favorire l'inclusione sociale dei disabili.

L'articolo 8 prevede che il Ministro del lavoro e delle politiche sociali trasmetta alle Camere, entro il 30 giugno di ciascun anno, una relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni in esame e sull'impiego delle risorse finanziarie di cui all'articolo 9. La relazione deve altresì illustrare l'effettivo andamento delle minori entrate - rispetto alla normativa previgente - derivanti dalle medesime disposizioni, anche al fine di evidenziare gli eventuali scostamenti rispetto alle previsioni.

Il comma 1 **dell'articolo 9** provvede alla copertura finanziaria degli oneri derivanti dal presente disegno di legge. La copertura è costituita, in via principale, dall'integrale impiego delle risorse - pari a 90 milioni di euro annui - del Fondo destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi recanti misure per il sostegno di persone con disabilità grave, prive di sostegno familiare (Fondo istituito dall'art. 1, comma 400, della L. 28 dicembre 2015, n. 208).

Il successivo comma 2 - inserito dalla 11a Commissione del Senato - dispone che le eventuali risorse derivanti da una differenza strutturale tra la misura della suddetta copertura e le effettive minori entrate (determinate dalla presente legge) confluiscono, a decorrere dall'anno di quantificazione, nel Fondo di cui al precedente articolo 3.

L'articolo 10 prevede che la legge in esame entri in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

IL RAPPORTO DEL CENSIS

E in 11 milioni non hanno soldi per le terapie

9

I milioni di cittadini che nel 2012 non potevano permettersi l'accesso alle cure. Sono 11 nel 2016

Roma Gli italiani non possono più permettersi la propria salute. Se nel 2012 erano 9 i milioni di cittadini costretti a fare a meno di cure e prestazioni sanitarie nel 2016 sono saliti a 11. Altri due milioni di pazienti privati del diritto alla salute tutelato dalla nostra Costituzione perché la quota pubblica di sanità si riduce mentre aumentano i costi a carico del cittadino. Questo il dato più preoccupante che emerge dalla ricerca del Censis «Gli italiani e la salute», realizzata con il contributo di Farindustria, che ripercorre mezzo secolo di storia attraverso le analisi del Censis sul rapporto tra i cittadini, il loro benessere e il servizio sanitario nazionale. Abbiamo guadagnato 12 anni di vita ma dopo i 65 anni la maggioranza di cittadini diventa un malato cronico e con il progressivo invecchiamento della popolazione il sistema traballa pericolosamente.

Il presidente del Censis, Giuseppe De Rita, sottolinea come sia cambiata la percezione della propria salute che oggi è incentrata sui bisogni soggetti-

vi e la personalizzazione delle cure. Una salute «in soggettiva» che mette in crisi un sistema generalista già indebolito dalla inadeguatezza dei fondi.

Si parte dai «favolosi» anni '60: boom di nascite e pure boom della spesa sanitaria delle mutue. Aumentano i medici e gli ospedali e la mortalità infantile si dimezza: dal 63 al 30 per cento. Si introducono le prime vaccinazioni obbligatorie. Si passa attraverso gli anni '70 che vedono la nascita del sistema sanitario nazionale, si introduce il vaccino contro il morbillo e nel '79 l'Oms annuncia l'eradicazione del vaiolo. Già negli anni '80 il sistema comincia ad entrare in crisi perché aumenta la richiesta di prevenzione e di salute ma l'offerta si livella progressivamente verso il basso. Gli anni '90 fino alle soglie del nuovo millennio sono ricchi di scoperte importanti nel campo farmaceutico. Comincia ad aumentare la spesa privata per la salute e il paziente assume un ruolo più attivo.

La crisi morde a partire dal 2010. I tagli alla spesa sanitaria pesano ed entrano in crisi le vaccinazioni anche perché il rapporto di fiducia con il proprio medico ed il Ssn è incrinato e spesso si ha più fiducia nel web. Nel 2015 si registra il numero più basso di nati dall'Unità d'Italia: 485.780 e un saldo negativo con i decessi di 161.791 unità.

FA



La città inquinata La Commissione bilancio della Camera disattende l'impegno della ministra **Lorenzin** con Emiliano

Spariscono i 50 milioni per Taranto

Criticità sanitarie, bocciato l'emendamento. L'ira del Pd: non lavoriamo più per il Sì

La commissione Bilancio della Camera ha bocciato l'emendamento alla legge che avrebbe consentito alla Puglia di spendere 50 milioni di euro per meglio affrontare le criticità sanitarie provocate a Taranto dall'inquinamento ambientale dell'Ilva. Viene meno, così, l'impegno assunto qualche giorno fa dalla ministra **Lorenzin** con Emiliano. Sconcertato Lacarra, segretario regionale del Pd. Il segretario ionico Carriero: «Non lavorerò più per il Sì». a pagina 2

L'Ilva e i 50 milioni perduti da Taranto

La Commissione bilancio boccia l'emendamento per gli interventi sanitari. Viene meno così l'impegno di **Lorenzin** con Emiliano

Marco Lacarra (Pd)

Sono sconcertato e con l'amaro in bocca

BARI La commissione Bilancio della Camera ha bocciato l'emendamento alla legge di Bilancio che avrebbe consentito alla Puglia di spendere 50 milioni di euro, in deroga al decreto ministeriale 70, per meglio affrontare le criticità sanitarie provocate dall'inquinamento nella città di Taranto. Una possibilità, questa, che sembrava più vicina dopo le rassicurazioni date lo scorso 12 novembre a Bari dal ministro per

la Sanità, **Beatrice Lorenzin**. Il ministro disse ai giornalisti, dopo aver rassicurato il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano, che «da parte del governo c'è sicuramente apertura ad aiutare la Puglia».

Per il segretario regionale del Pd, Marco Lacarra, la bocciatura dell'emendamento che «sottrae 50 milioni alla Puglia «è sconcertante e ci lascia con l'amaro in bocca», spiega in una nota. «Quei 50 milioni di euro supplementari di spesa che fino all'ultimo abbiamo sperato di ottenere dal governo, sarebbero stati necessari per mettere in campo azioni ed interventi concreti per far fronte a tutte le criticità dell'apparato sanitario di Taranto».

«In questi mesi sulla deroga si

sono espresse a favore le comunità locali - aggiunge Lacarra - il Consiglio regionale nella sua interezza, i parlamentari locali e tutti i livelli del Partito Democratico. Eravamo convinti di aver portato a casa il risultato visto che nelle scorse settimane, in visita in Puglia, si erano espressi favorevolmente il sottosegretario Vito



De Filippo e il ministro **Beatrice Lorenzin**».

Una giornata in Commissione Bilancio della Camera cominciata con l'approvazione di un emendamento tramite il quale eventuali somme confiscate nell'ambito di procedimenti penali per reati ambientali nei confronti delle società del gruppo Ilva, tra cui il processo «Ambiente svenduto», dovranno essere destinate al finanziamento di interventi di risanamento e bonifica ambientale degli stabilimenti che fanno capo alla medesima società. «Le somme di cui eventualmente sia disposta - si legge - la confisca nell'ambito di procedimenti penali per reati ambientali o connessi all'attuazione dell'autorizzazione integrata ambientale nei confronti delle società del Gruppo Ilva e delle persone giuridiche che prima del commissariamento abbiano esercitato attività di gestione, amministrazione o direzione e coordinamento di tali società sono destinate al finanziamento di interventi di decontaminazione e bonifica ambientale degli stabilimenti di interesse strategico nazionale delle stesse società».

Passa in Commissione anche la richiesta del governo, al fine di evitare una procedura Ue per aiuti di Stato, di incrementare il tasso sul prestito ponte da 300 milioni all'azienda siderurgica (disposto con i due decreti «salva-Ilva»).

Ma Lacarra non vede solo il buio all'orizzonte. «Nutriamo ancora la speranza che il governo possa intervenire per garantire sostegno al sistema sanitario di Taranto e della sua provincia - conclude il segretario regionale del Pd - siamo sicuri che nessuno possa chiudere gli occhi di fronte ad una situazione drammatica come quella di Taranto».

Carlo Testa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Taranto Sullo sfondo una ciminiera dell'Ilva in piena azione



La ministra **Lorenzin** aveva rassicurato Emiliano sull'erogazione dei fondi

L'ANALISI

Tumori, un primo report già realizzato dalla Regione. Che va avanti

Taranto, studio epidemiologico choc E arrivano i dati per Brindisi e Lecce

26%

i maggiori ricoveri di bimbi
 al Paolo VI a Taranto

87,5

il tasso di tumori al polmone
 ogni 100mila nel Salento

● Lo studio epidemiologico choc risale a quasi due mesi fa, frutto di lunga elaborazione e concentrato sull'area tarantina. Un dossier realizzato da Dipartimento di Promozione della salute della Regione, Ares, Asl di Taranto e Dipartimento di epidemiologia del Lazio: tra i numeri salienti spiccano l'eccesso di ricoveri (fino al 26%) dei bambini dei quartieri Tamburi e Paolo VI, la maggiore mortalità per tumore polmonare (+5%) e infarto del miocardio (+10%) dovuta all'esposizione alle polveri (pm10), con gli indici che schizzano rispettivamente al +17% e al +29% a causa dell'anidride solforosa (So2). Il report è brandito da Michele Emiliano come "arma" per chiedere più attenzione verso le urgenze sanitarie e ambientali dell'area jonica, anche in virtù di un processo di decarbonizzazione dell'Ilva.

In generale, lo studio evidenzia la perfetta congruenza tra le curve della produzione Ilva e della mortalità: nelle scorse settimane è stato acquisito anche dal [ministero della Salute](#), dopo un colloquio tra il ministro [Beatrice Lorenzin](#) e il sindaco del capoluogo tarantino Ippazio Stefano.

La Regione però non si fer-

ma qui. E annuncia due studi analoghi anche per Brindisi e Lecce. Nel primo caso il dossier "in cottura" seguirà la stessa metodologia applicata al caso Taranto, e riguarderà l'intero circondario salentino, dunque anche i comuni del nord leccese. «Nei soggetti con esposizioni ai livelli di Pm10 più elevati (tra il 90° e il 95° percentile) - spiegano le anticipazioni del dossier - si è riscontrata una mortalità annua significativamente più elevata per tutti i tumori (+8%), tra questi spiccano il cancro del pancreas (+11%), e il cancro della vescica (+16%), malattie respiratorie (+12%), eventi coronarici acuti, cioè decessi per infarto cardiaco (+11%). Lo studio conclude che le emissioni industriali sono associate con la mortalità della coorte residente nell'area». Per la provincia di Lecce invece lo studio si baserà su un'altra metodologia (lo studio caso-controllo) in collaborazione con Repo (la Rete per la prevenzione oncologica leccese) e con l'Istituto di fisiologia clinica di Pisa questionari "strutturati" e concentrati sull'incidenza del tumore al polmone.

Proprio sul Salento però l'allarme è stato lanciato da Gianmarco Surico, direttore del reparto di Oncologia al Vito Fazzi di Lecce, nell'ambito di una delle recenti tavole rotonde sulla decarbonizzazione alla pugliese: «C'è un tasso standardizzato di 87,5 pazienti ogni 100mila abitanti, contro una media nazionale di 79 pazienti» in relazione ai tumori al polmone. «Sono convinto della stretta correlazione tra aumento dei tumori ed emissioni nell'aria - ha poi puntualizzato Surico - e per questo ho sposato in pieno la posizione della Regione sulla decarbonizzazione». «Quello che è cambiato negli ultimi anni è il tipo di tumore polmonare: si tratta di adenocarcinoma correlati con le polveri pesanti. Nel Salento, finalmente, c'è oggi una battaglia di civiltà. Le vite che il carbone sacrifica non hanno prezzo. Siamo qui come testimoni di quello che avviene giornalmente nei nostri ospedali e di quello che la popolazione tarantina e, più in generale salentina, è costretta a subire a causa alla presenza del carbone. La Regione Puglia finalmente sta affrontando in maniera diretta questo problema e ci auguriamo lo faccia anche lo Stato italiano».

F.G.G.

