



RASSEGNA STAMPA

02-12-2016

1. QUOTIDIANO SANITÀ Tumore testicolo. A Roma esperti a confronto su neoplasia maschile più diffusa tra i 15 e i 40 anni
2. HEALTH DESK Tumore del testicolo: se lo riconosci lo sconfiggi
3. QUOTIDIANO SANITÀ Commissione Europea. Rischio melanoma con i lettini solari
4. POPSCI.IT Commissione Europea: rischio melanoma con i lettini solari
5. AVVENIRE Tumori. Al Fatebenefratelli i ragazzi vanno a scuola di fattori di rischio e alimentazione
6. HEALTH DESK Prendere le impronte digitali ai tumori per costruire vaccini personalizzati
7. GIORNO Dieci giorni per una diagnosi al polmone Sperimentazione riuscita all' Istituto tumori
8. LAREPUBBLICA.IT Cancro e fertilità, le novità per le pazienti
9. CORRIERE.IT Tumori del sangue, arrivano (davvero) i «farmaci intelligenti»
10. ILSOLE24ORE.COM La beffa dei Lea: arriveranno in ritardo nel 2017
11. DOCTOR 33 Mobilità sanitaria, entro l'anno Regioni varano accordi bilaterali e tetti
12. LA VERITA' I nostri ospedali, che manna per gli europei
13. MESSAGGERO Gb, primo via libera a figli con 3 genitori - Gran Bretagna, primo ok ai figli nati da tre genitori
14. SECOLO XIX Aids, 37 milioni di sieropositivi al mondo. Meno casi in Italia
15. TEMPO Arriva nelle farmacie il test per l'Hiv
16. MESSAGGERO Aids, il piano del ministero per aiutare i più giovani
17. AFFARITALIANI.IT Epatite C, l'ultima drammatica follia: acquistare in India farmaci equivalenti

Giovedì 01 DICEMBRE 2016

Tumore testicolo. A Roma esperti a confronto su neoplasia maschile più diffusa tra i 15 e i 40 anni

Una diagnosi precoce oggi consente la guarigione nel 90% dei casi. Tecniche chirurgiche che risparmiano l'organo e la crioconservazione del seme preservano la fertilità futura del maschio. Oggi e domani a Roma esperti internazionali fanno il punto sugli avanzamenti diagnostici e terapeutici dei tumori testicolari nell'ambito del Corso di aggiornamento internazionale.

È la forma di tumore più diffusa tra le persone di sesso maschile tra i 15 e 40 anni di età. Ma nel tumore del testicolo molto è cambiato in questi anni: tecniche di imaging che lo identificano precocemente, modalità chirurgiche che risparmiano l'organo e crioconservazione del seme a garanzia della futura fertilità, hanno rivoluzionato l'approccio terapeutico e l'aspettativa di vita dei pazienti. Oggi, a 10 anni dalla diagnosi, la guarigione viene raggiunta nel 90% dei casi.

Per discutere degli avanzamenti nella diagnostica e nelle terapie del tumore del testicolo esperti internazionali si confrontano oggi e domani a Roma nell'ambito del Corso educativo di aggiornamento "The Multidisciplinary Approach to Testicular Cancer" promosso dall'European Academy Of Andrology (EAA) in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza Università di Roma, designato dall'EAA come Centro di riferimento nazionale della patologia oncologica testicolare, per la quale l'Italia è capofila.

"Siamo orgogliosi di organizzare questo Corso internazionale nella veste di Centro di riferimento nazionale designato dall'Accademia Europea di Andrologia - afferma Andrea Lenzi, Presidente della Società Italiana di Endocrinologia e Direttore della Sezione di Fisiopatologia Medica del Dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza Università di Roma -. Il nostro compito è promuovere scambi internazionali con almeno 20 Centri di altri Paesi intorno a cui fanno capo esperti in Endocrinologia, Andrologia e le altre specialità coinvolte nell'approccio multidisciplinare di questo tumore. Nel corso delle due giornate saranno approfondite diverse tematiche: dai difetti genetici e molecolari alla base di questa patologia oncologica, alle cause note e a quelle di recente scoperta; si parlerà di diagnostica ecografica e delle principali novità nel campo dell'imaging, delle soluzioni terapeutiche dei casi più gravi, delle tecniche di preservazione della fertilità e dei disturbi della funzione sessuale nelle coppie in cui il partner ha avuto una diagnosi di tumore testicolare".

Sono diversi i fattori di rischio per il tumore del testicolo: dal criptorchidismo (mancata discesa dei testicoli nello scroto), alla sindrome di Klinefelter (alterazioni dei cromosomi), alla familiarità e a un precedente tumore del testicolo che aumenta di 20-50 volte il rischio di un secondo tumore, senza trascurare i fattori ambientali come l'esposizione agli EDC (Endocrine Disrupting Chemicals) quali i pesticidi, l'infertilità che triplica il rischio e il fumo che lo raddoppia. Il tumore del testicolo si manifesta di solito con un ingrossamento duro e dolente ad uno dei testicoli e con un senso di pesantezza inguinale.

La diagnosi precoce può salvare la vita: promuovere lo screening per scoprire tempestivamente il nodulo è l'obiettivo della campagna di sensibilizzazione "Amico andrologo" (www.amicoandrologo.it) rivolta alla popolazione maschile per la cura della salute sessuale e riproduttiva.

"In questi anni abbiamo assistito a importanti innovazioni nel trattamento di questo tumore: oggi non si asporta più il testicolo ma solo il nodulo e si può inoltre congelare il seme che potrebbe essere danneggiato durante i trattamenti con chemioterapia e radioterapia - spiega Lenzi - ma contro questo tumore l'arma migliore resta la diagnosi precoce: per le persone di sesso maschile l'autopalpazione frequente dei testicoli dovrebbe una pratica abituale, così come le donne hanno imparato a farla per il seno. I controlli andrebbero eseguiti periodicamente nell'età pediatrica e a partire dai 15 anni dall'endocrinologo-andrologo, le figure specialistiche che accompagnano le varie età della vita sessuale e riproduttiva del maschio. La prevenzione primaria è il solo strumento che permette di scoprire precocemente segni e sintomi allarmanti e di fare una diagnosi certa con l'ecografia".

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

PREVENZIONE

Tumore del testicolo: se lo riconosci lo sconfiggi

Il principio è sempre valido: la diagnosi precoce può salvare la vita. Anche nel caso del tumore al testicolo un esame tempestivo può evitare il peggio. Promuovere lo screening è l'obiettivo della campagna di sensibilizzazione **“Amico andrologo”** rivolta alla popolazione maschile per la cura della salute sessuale e riproduttiva.

«In questi anni abbiamo assistito a importanti innovazioni nel trattamento di questo tumore: oggi non si asporta più il testicolo ma solo il nodulo e si può inoltre congelare il seme che potrebbe essere danneggiato durante i trattamenti con chemioterapia e radioterapia – spiega Andrea Lenzi, Presidente della Società Italiana di Endocrinologia e Direttore della Sezione di Fisiopatologia Medica del Dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza Università di Roma – ma contro questo tumore l'arma migliore resta la diagnosi precoce: per le persone di sesso maschile l'autopalpazione frequente dei testicoli dovrebbe diventare una pratica abituale, così come le donne hanno imparato a farla per il seno».

Si è parlato di avanzamenti diagnostici e terapeutici dei tumori ai testicolari nell'ambito del Corso di aggiornamento internazionale promosso dall'European Academy of Andrology in collaborazione con il Centro di riferimento nazionale del Dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza (Roma 30 novembre- 1° dicembre).

Giovedì 01 DICEMBRE 2016

Commissione Europea. Rischio melanoma con i lettini solari

Un comitato scientifico indipendente ha confermato i rischi di melanoma derivanti dall'esposizione ai raggi ultravioletti, in particolare nei lettini solari. E la Commissione Europea aggiorna il parere espresso nel 2006. [IL DOCUMENTO](#)

L'esposizione alle radiazioni UV, in particolare quelle dei lettini solari, sarebbe fortemente associata con il melanoma e il carcinoma a cellule squamose, specialmente quando la prima esposizione avviene in giovane età. Inoltre, i raggi UV sarebbero moderatamente associati con il carcinoma delle cellule basali e il melanoma oculare, oltre che responsabili di un numero significativo di casi di cancro della pelle associati con esordio precoce di melanoma. È il parere espresso dalla Commissione Europea e dal Comitato Scientifico su Salute, Ambiente e Rischi Emergenti (SCHEER), pubblicato il 30 novembre.

Secondo gli esperti del SCHEER, dunque, non ci sarebbe una soglia limite sicura per l'esposizione. Inoltre, dal momento che i rischi sono maggiori dei benefici, non ci sarebbe nessun bisogno di utilizzare i lettini solari per indurre la produzione di vitamina D. Il parere espresso non è altro che un aggiornamento della posizione presa dalla Commissione nel 2006, che affermava che gli apparecchi abbronzanti a base di UV per uso cosmetico sono probabilmente legati all'aumento del rischio di melanoma maligno della pelle e al possibile sviluppo di melanoma oculare. Nel 2009, poi, l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha rivisto tutte le evidenze sugli effetti cancerogeni dei raggi UV dai lettini solari e ha classificato l'utilizzo di questi apparecchi come cancerogeni per l'uomo, inserendoli nel gruppo 1.

La Commissione avrebbe quindi richiesto un aggiornamento del parere espresso nel 2006 da parte di scienziati indipendenti, arrivando alle conclusioni pubblicate ieri.

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

Commissione Europea: rischio melanoma con i lettini solari



L'esposizione alle radiazioni UV, in particolare quelle dei lettini solari, sarebbe fortemente associata con il melanoma e il carcinoma a cellule squamose, specialmente quando la prima esposizione avviene in giovane età. Inoltre, i raggi UV sarebbero moderatamente associati con il carcinoma delle cellule basali e il melanoma oculare, oltre che responsabili di un numero significativo di casi di cancro della pelle associati con esordio precoce di melanoma. È il parere espresso dalla Commissione Europea e dal Comitato Scientifico su Salute, Ambiente e Rischi Emergenti (SCHEER), pubblicato il 30 novembre.

Secondo gli esperti del SCHEER, dunque, non ci sarebbe una soglia limite sicura per **l'esposizione. Inoltre, dal momento che i rischi sono maggiori dei benefici**, non ci sarebbe nessun bisogno di utilizzare i lettini solari per indurre la produzione di vitamina D. Il parere espresso non è altro che un aggiornamento della posizione presa dalla Commissione nel 2006, che affermava che gli apparecchi abbronzanti a base di UV per uso cosmetico sono **probabilmente legati all'aumento del rischio di melanoma maligno della pelle e al possibile sviluppo di melanoma oculare. Nel 2009, poi, l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha rivisto tutte le evidenze sugli effetti cancerogeni dei raggi UV dai lettini solari e ha classificato l'utilizzo di questi apparecchi come cancerogeni per l'uomo, inserendoli nel gruppo 1.** La Commissione avrebbe quindi richiesto un aggiornamento del parere espresso nel 2006 da parte di scienziati indipendenti, arrivando alle conclusioni pubblicate ieri.

Tumori. Al Fatebenefratelli i ragazzi vanno a scuola di fattori di rischio e alimentazione

Roma. Imparare ad ascoltare il proprio corpo e conoscere i più corretti stili di vita per prevenire i tumori, un tabù per i giovani. Proprio a 200 ragazzi tra i 16 e i 21 anni di due licei romani è stato dedicato il percorso educativo organizzato dalla fondazione Fatebenefratelli e condotto da medici, psicologi e assistenti sociali dell'ospedale dell'Isola Tiberina nelle scuole superiori. Momento d'incontro che ieri è culminato nella realizzazione di un progetto comunicativo di tutela della salute indirizzato ai propri coetanei. Nel corso degli incontri con gli operatori ospedalieri, gli studenti hanno potuto capire come ascoltare i segnali del loro corpo, la relazione tra emozioni e salute, toccando anche l'argomento quasi sconosciuto delle malattie oncologiche. Agli studenti si è cercato di far capire «il ruolo attivo che debbono avere nel mantenimento del proprio stato di salute – spiega Domenico Corsi, direttore di Oncologia al Fatebenefratelli – per poter prendere decisioni consapevoli rispetto ai fattori di rischio legati ai tumori».



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

CANCRO

Prendere le impronte digitali ai tumori per costruire vaccini personalizzati

Un progetto futuristico si propone di identificare i neoantigeni specifici dei tumori per indirizzare contro di essi per le terapie del futuro. Che saranno non solo specifiche per tumore ma varieranno da persona a persona

C'è anche l'Italia in quello che si candida a essere uno dei più avanzati progetti di ricerca mondiali nella lotta ai tumori.

È la Fondazione NIBIT (con l'Immunoterapia Oncologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese diretta da Michele Maio l'unico centro in Europa a fornire anche campioni di tessuto per la ricerca) che è stata arruolata nella Tumor neoantigEn SeLection Alliance (TESLA), un'alleanza globale che sarà impegnata nei prossimi a sfruttare i neoantigeni come bersagli per le terapie del futuro.

I neoantigeni sono marker presenti sulla superficie delle cellule tumorali ma assenti nel tessuto normale: per questo motivo sono considerati potenziali target per i farmaci. Comunemente derivano da mutazioni che si verificano nel corso della rapida divisione e moltiplicazione delle cellule tumorali. Il sistema immunitario può riconoscere questi marker come "estranei" e di conseguenza colpire la cellula tumorale per distruggerla: per questa ragione la ricerca di questi marker tumorali sta diventando sempre più un importante filone di ricerca che gli scienziati ritengono possa essere la chiave per sviluppare una nuova generazione di immunoterapie contro il cancro, personalizzate e mirate. I neoantigeni non sono infatti solo specifici per ogni tumore, ma variano da persona a persona come delle vere e proprie impronte digitali. Identificarli significa dunque posare le basi di una nuova classe di vaccini anticancro altamente personalizzati, potenzialmente dotati di una significativa

efficacia e con effetti collaterali ridotti.

Ed è questo che vuole fare TESLA. L'iniziativa prende il via dal Parker Institute for Cancer Immunotherapy, creato poco più di sei mesi fa grazie al co-fondatore di Facebook e Napster Sean Parker (per chi avesse visto il film *The Social Network* è il personaggio impersonato da Justin Timberlake), e dal Cancer Research Institute; coinvolge 30 tra i principali gruppi di ricerca del mondo sui neoantigeni del cancro, sia dal mondo accademico che dalle aziende.

«Mettere assieme i migliori gruppi e centri di ricerca sui neoantigeni per accelerare la scoperta di immunoterapie tumorali personalizzate è proprio il tipo di collaborazione di ricerca che avevo immaginato quando ho inaugurato il Parker Institute», ha detto Sean Parker. «Questa alleanza non si avvarrà solamente degli enormi talenti di ognuno dei ricercatori ma sfrutterà anche il potere della bioinformatica, che ritengo sarà fondamentale per guidare l'innovazione».

Nel concreto, l'obiettivo dell'iniziativa è di permettere ai ricercatori di testare e migliorare gli algoritmi matematici usati per analizzare il DNA tumorale e le sequenze RNA al fine di identificare i neoantigeni verosimilmente presenti nel tumore di ogni paziente e maggiormente visibili al sistema immunitario. Il progetto si focalizzerà inizialmente su tumori come il melanoma avanzato, il tumore del colon-retto e il tumore del polmone non a piccole cellule, che tendono ad avere numeri più alti di mutazioni, e quindi più neoantigeni. Nel tempo, l'iniziativa cercherà di estendere la rilevanza dei vaccini diretti contro i neoantigeni del cancro ad una gamma di tumori più vasta. «Questo progetto rappresenta lo spirito di collaborazione e partnership tra mondo accademico, industria e organizzazioni no profit, che il Parker Institute sta cercando di favorire ed è un ottimo esempio di come stiamo cercando di abbattere gli ostacoli tradizionali per portare la scienza multidisciplinare innovativa ad arrivare più velocemente a sviluppare cure per i pazienti oncologici», ha affermato Jeffrey Bluestone, presidente e amministratore delegato del Parker Institute of Cancer Immunotherapy.

«Il Cancer Research Institute e il Parker Institute sono convinti che il sistema immunitario sia una piattaforma tecnologica che può essere utile per trasformare tutti i tumori in malattie curabili», ha aggiunto Adam Kolom, vice presidente della Business Development and Strategic Partnerships del Parker Institute e Clinical Accelerator Program Director del Cancer Research Institute. «Riteniamo che mettendo insieme i migliori laboratori del mondo che stanno sviluppando software predittivi dei neoantigeni, potremo realizzare più velocemente la promessa di sviluppare una nuova generazione di immunoterapie personalizzate contro il cancro».

I ricercatori hanno dichiarato di essere entusiasti di lavorare insieme in questa Alleanza, per

risolvere uno dei problemi più complessi dell'immunoterapia.

«Questo progetto è davvero straordinario poiché ha le potenzialità per aiutarci a identificare con maggiore precisione le proteine anomale contenute in ogni tumore, che possono essere usate come target dell'immunoterapia personalizzata contro il cancro», ha detto Robert D. Schreiber, direttore dell'Andrew M. and Jane M. Bursky Center for Human Immunology & Immunotherapy Programs alla Washington University School of Medicine di St. Louis.

«Crediamo che questo genere di medicina di precisione, usato da solo o con altre forme di immunoterapia, migliorerà significativamente la nostra capacità di trattare i pazienti con il cancro in modo più efficace e con meno effetti collaterali rispetto agli attuali trattamenti».

Dieci giorni per una diagnosi al polmone Sperimentazione riuscita all'Istituto tumori

Un modello di presa in carico dei pazienti con sospetto cancro toracico

IL BOARD

ONCOLOGO, PNEUMOLOGO
E CHIRURGO TORACICO
VALUTANO INSIEME I CASI

SENZA PRENOTARE

UN «CASE MANAGER»
ORGANIZZA TUTTI GLI ESAMI
NEL GIRO DI UNA SETTIMANA



IL DG
LUIGI CAJAZZO

**È un sistema organizzativo
per «prendersi cura»
del malato: come Irccs
vogliamo contribuire
alla riforma della sanità**

di GIULIA BONEZZI

- MILANO -

ALL'ISTITUTO nazionale dei tumori, un tempio delle sperimentazioni, da maggio ce n'è una che in sei mesi ha ridotto da otto settimane a dieci giorni i tempi per una diagnosi di cancro del polmone, del timo, di mesotelioma. Si chiama «Cat» e non è un farmaco o un intervento, ma un «Centro accoglienza neoplasie toraciche»: un modello di gestione del paziente. In media sei a settimana, dunque quasi 150 sinora, ci arrivano con un sospetto che viene subito valutato da un board di almeno tre medici: oncologo, pneumologo, chirurgo toracico, cui si possono aggiungere figure come il medico nucleare, lo psicologo. E c'è un «case manager», un segretario che organizza, in una settimana, gli esami necessari alla diagnosi (non sempre è tumore). Poi il paziente torna dal board e insieme si decide il piano terapeutico, che parte nel giro di venti giorni dall'arrivo; il suo medico di base è invitato e informato tramite lettera e sistema informatico a lui accessibile, se il malato lo consente.

L'APPROCCIO multidisciplinare - che significa curare «non la malattia ma il malato», chiarisce Filippo de Braud, direttore del di-

partimento di Oncologia medica - è «uno standard pratico» che appartiene al dna di chi lavora in via Venezian; il passo in più, spiega il direttore generale Luigi Cajazzo che ha subito implementato il progetto, è «formalizzarlo» in un «percorso veloce di presa in carico». Sì, quella al centro della riforma sanitaria, cui «anche questo, che è un Irccs specialistico, è chiamato a partecipare». Con le sue competenze, e per iniziare ha scelto una patologia in cui è punto di riferimento mondiale: al congresso della Ialsc - società internazionale, e multidisciplinare, dei massimi esperti di tumore del polmone, dai ricercatori di base ai chirurghi - che inizia domenica a Vienna il direttore della Chirurgia toracica Ugo Pastorino riceve il premio alla carriera e ben sei medici dell'Int sono relatori. Tra loro Marina Garassino, responsabile dell'oncologia medica toracica: la sua tesi di master alla Bocconi è il punto di partenza del Cat. Un'«analisi del bisogno»: i pazienti arrivano all'Istituto da molti canali, chi via visita con un oncologo, chi passando dallo pneumologo per una bronchite cronica; esami a volte da rifare, comunque da prenotare, malati che «arrivavano alla diagnosi con disagio e in tempi non brevissimi», e il tempo con-

ta moltissimo, con queste patologie. Il board ha altri vantaggi, ad esempio lo pneumologo può «agganciare» il malato per una terapia antifumo: «In sei mesi al Cat sono arrivati 31 fumatori che non avevano smesso neanche con un nodulo sospetto», spiega Roberto Boffi, responsabile della Fisiopatologia respiratoria e del Centro antifumo. Dieci, alla seconda visita, avevano mollato il tabacco, che rende più tossiche alcune terapie e inefficaci altre, le più innovative. Al Cat si accede chiamando il Cup ma previa valutazione del case manager: si selezionano le persone alle quali può servire, proprio come nelle sperimentazioni cliniche, e non tutte sono poi curate in Istituto, seimila ricoveri su 20mila l'anno da fuori Lombardia. Chi può fare terapie standard è incoraggiato a seguirle vicino casa, se lombardo nella rete oncologica Rol, se di fuori in uno dei 52 ospedali partner dell'Int nel network «Insieme per le neoplasie toraciche». Chi dev'essere tenuto in via Venezian viene indirizzato, al chirurgo, all'oncologo, al radioterapista o alle cure palliative. Un modello esportabile ad altri ospedali e altre patologie: è un contributo di ricerca dell'Istituto («pubblico», sottolinea il dg Cajazzo) al progresso del sistema sanitario.



D | SALUTE seno

la Repubblica

in collaborazione con



Home > Notizie > Cancro e fertilità, le novità per le pazienti

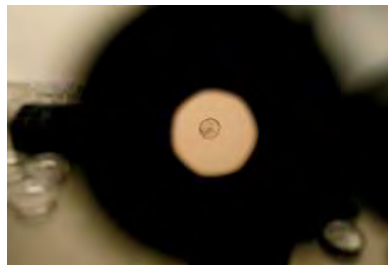
NOTIZIE

Cancro e fertilità, le novità per le pazienti

"Procreazione medicalmente assistita. La soddisfazione del desiderio di genitorialità, anche per i pazienti oncologici". È il titolo dell'incontro che si è tenuto lo scorso 15 novembre, al Senato. Ecco cosa è emerso

Tiziana Moriconi

Solo pochi anni fa, le **donne giovani** che si ammalavano di **tumore** e che uscivano dalla malattia avevano poche speranze di diventare genitori, a causa, soprattutto, delle cure che in molti casi portano all'**infertilità**. Ma molto è cambiato e sta cambiando, anche culturalmente: c'è molta più consapevolezza tra le pazienti, nella classe medica e a livello istituzionale. È uno dei messaggi emersi dal convegno "**Procreazione medicalmente assistita. La soddisfazione del desiderio di genitorialità, anche per i pazienti oncologici**", che si è svolto lo scorso 15 novembre in Senato.



FARMACI GRATUITI PER LE PAZIENTI. "Mi sono ammalata 24 anni fa di tumore al seno. All'epoca avere il sogno di una futura genitorialità era impensabile", racconta l'avvocato **Elisabetta Iannelli**, Segretario nazionale della **Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo)**, che ha aperto il workshop: "Da allora sono stati fatti molti passi avanti. L'ultimo, importantissimo per le giovani che si ammalano, è la possibilità di **accedere gratuitamente ai farmaci per la preservazione della fertilità femminile**. Mi riferisco in particolare agli **analoghi LH-RH**, che agiscono mettendo a riposo le ovaie, proteggendole così dalla tossicità della chemioterapia". La **determina dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) 1073/2016** (in G.U. serie generale n.201 del 29/8/2016) ha infatti modificato la nota 74 ampliandone l'indicazione alle 'donne di età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente'. "Come Favo e Aimag abbiamo lavorato molto per ottenere questo risultato, di cui siamo particolarmente orgogliosi – continua Iannelli – perché anche solo la speranza di poter diventare madri dopo una diagnosi oncologica è di per sé speranza di vita".

[GUARDA L'INTERVISTA VIDEO SUL FARMACO](#)

LA MAPPA DEI CENTRI DI ONCOFERTILITÀ. Un altro passo avanti importante è il censimento dei **poli di oncofertilità**: i centri di **Procreazione medicalmente assistita** italiani che, in collaborazione con le unità oncologiche, prevedono percorsi dedicati alla preservazione della fertilità per le giovani pazienti. **Giulia Scaravelli**, responsabile del **Registro nazionale della Pma**, Cneps Istituto Superiore di Sanità, è la persona che si sta occupando di creare una mappa di questi centri, insieme all'**Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici (Aimag)**: "È importante sottolineare che si tratta solo di una fotografia, non esaustiva, per prendere atto di quello che oggi esiste in Italia. Queste prime 14 strutture che abbiamo censito fra i centri di PMA non sono state istituite dal Ministero della salute, né sono in qualche modo certificate. Quello che possiamo dire con certezza è che hanno tutte un servizio dedicato alla preservazione della fertilità delle pazienti oncologiche con un counselling adeguato ed un team multidisciplinare, nel quale oncologi, medici della riproduzione, psicologi ed oncoematologi lavorano insieme per dare cure, informazioni e supporto alle donne. Sono tutte strutture pubbliche o private convenzionate, tranne una in Sicilia, che è privata. La mappa sarà presto sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità e le informazioni verranno aggiornate periodicamente. Finora, per sensibilizzare i medici sulla necessità di istituire percorsi ad hoc abbiamo **organizzato dei corsi a Roma ed in diverse regioni italiane** che speriamo di poter replicare in tutto il territorio nazionale".

IL DOCUMENTO PER I DECISORI POLITICI. Ancora, un recente cambio di passo è stato segnato dall'incontro di tre società scientifiche: "**L'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom)**, la **Società italiana di endocrinologia** e quella di **Ginecologia e Ostetricia** hanno messo a punto un documento di sole tre pagine destinato ai decisori politici e alle istituzioni, per garantire ai pazienti dei percorsi sicuri e facilmente accessibili", ha sottolineato **Enrico Vizza**, direttore della Ginecologia oncologica dell'Irccs Regina Elena di Roma.

Ricerca centri e associazioni

Per trovare cure mediche e informazioni cerca i punti di assistenza vicini alla tua città

In collaborazione con Senonetwork

CERCA

In cosa possiamo aiutarti

Antipatico

Dossier: il tumore al seno

1. IDENTIKIT DEL TUMORE AL SENO
2. LA PREVENZIONE
3. LA DIAGNOSI
4. LA CURA
5. I TEST GENOMICI
6. DOPO IL CANCRO
7. LA GRAVIDANZA

I nostri blog

DOTTORE, MI PARLI

I protocolli per il cancro al seno "triplo negativo"

IL TUO CORPO

Allenarsi all'ottimismo e alla speranza

LETTO SU INTERNET

Linfonodi positivi: lo svuotamento ascellare può essere evitato?

LOTTARE, VIVERE E SORRIDERE

Orgoglio pelato. Il mio.

L'INDAGINE LIFE. Anche l'opinione pubblica appare molto favorevole alle tecniche di fecondazione *in vitro*: otto italiani su dieci sono per il ricorso alla Pma in caso di infertilità. Si parla di **High IVF Evaluation 2016** con i dati dell'indagine europea "**LIFE - Listening in: IVF and Fertility in Europe**", condotta dall'azienda farmaceutica Teva e presentata durante il convegno. La ricerca ha coinvolto circa seimila persone ed è stata svolta in Italia, Francia, Germania, Spagna, Svezia e Regno Unito.

Oggi si può preservare la fertilità in diversi modi, tra cui la crioconservazione degli ovociti e successivamente con le tecniche di fecondazione in vitro (Fivet e Icsi). Secondo l'indagine, questa procedura è vista in modo positivo soprattutto per ragioni mediche (84% degli intervistati totali, il 78% di quelli italiani), ma anche per ragioni sociali (60% e 57% rispettivamente).

I NUOVI LEA. Sempre secondo l'indagine, la stragrande maggioranza degli intervistati (oltre il 93%) ritiene che le tecniche dovrebbero essere sovvenzionate con fondi pubblici. Nel nostro paese, i **nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza)**, aggiornati dopo circa 15 anni, comprendono la **fecondazione *in vitro*** sia **omologa** (con spermatozoi e ovociti della coppia) sia **eterologa** (con spermatozoi o ovociti di una persona donatrice esterna alla coppia): un segnale che dimostra come oggi l'**infertilità** sia finalmente riconosciuta a tutti gli effetti una **patologia**.

PER APPROFONDIRE: "AVERE UN FIGLIO DOPO UN TUMORE"

30 novembre 2016

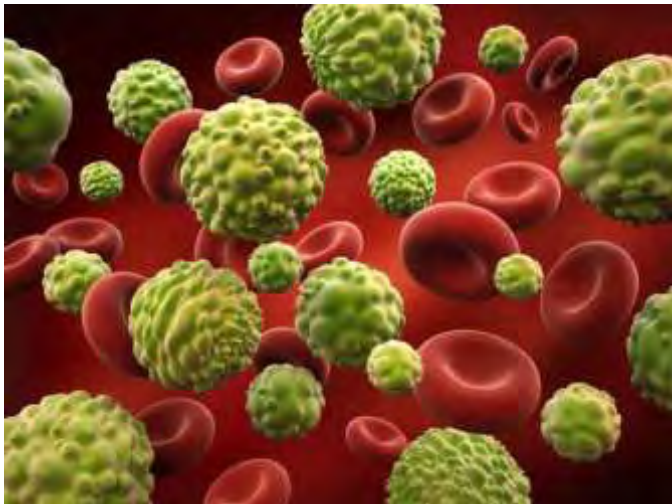
©RIPRODUZIONE RISERVATA

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

CONGRESSO AMERICANO DI EMATOLOGIA

Tumori del sangue, arrivano (davvero) i «farmaci intelligenti»

Dal 3 dicembre esperti riuniti in California. Novità nella bioingegneria che sta rivoluzionando il modo di somministrare i farmaci e le terapie «chemio free»

di Vera Martinella

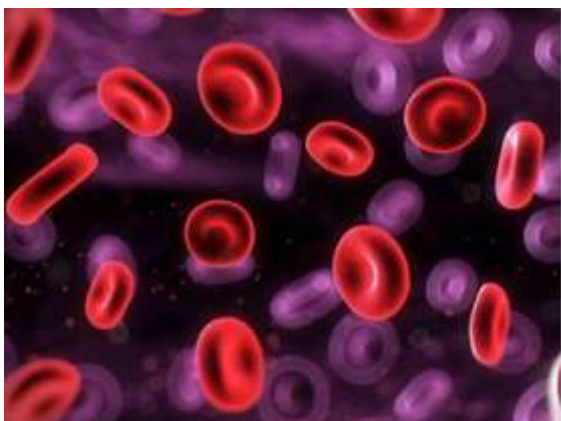
Presi singolarmente sono poco frequenti, ma i tumori del sangue considerati nel loro insieme interessano quasi 32mila italiani ogni anno. E sono in aumento, perché sono in gran parte legati **all'età che avanza. Alcune forme restano ancora difficili da sconfiggere, per altre sono stati fatti grandi passi avanti: ad oggi ci sono speranze di guarigione per 4 pazienti su 10, mentre un numero sempre maggiore di malati riesce a convivere con una malattia che, grazie ai progressi nelle terapie, diventa cronica anche per anni.** «Il futuro, sempre più vicino, è quello di arrivare davvero a trattamenti personalizzati - spiega Fabrizio Pane, presidente della Società Italiana di Ematologia (SIE), in apertura del Congresso Americano di Ematologia (ASH) che inizia il 3 dicembre a San Diego, in California - . **Sono infatti in crescita le terapie “chemio free”, che non prevedono l'utilizzo di chemioterapia, e sono quindi meno tossiche, più semplici da tollerare e compatibili con le attività della normale vita quotidiana. Così come si stanno facendo grandi passi avanti grazie all'arrivo di innovazioni nel campo della bioingegneria che stanno rivoluzionando il modo di somministrare i farmaci».**

Professor Pane, quali sono i tumori del sangue più frequenti e chi è più a rischio di ammalarsi?

«I tumori del sangue possono essere classificati in tre grandi categorie: leucemie, linfomi e

mielomi. Alcuni si possono manifestare in forma più aggressiva o acuta, mentre altri tipi hanno un esordio più insidioso e un decorso cronico. Non è però detto che le forme croniche di leucemia o i linfomi a decorso indolente non siano pericolosi e pertanto non vanno sottovalutate. La maggiore incidenza di queste malattie riguarda le persone più anziane, con **l'unica eccezione della leucemia linfoide acuta che ha un picco di incidenza nei bambini e rappresenta quindi la neoplasia più frequente dell'infanzia».**

[Tumori del sangue: quali sono e come si riconoscono](#)



[Diagnosi di tumore al sangue in aumento](#)

Quali sono le principali novità che verranno presentate a San Diego?

«Negli ultimi anni con la genetica abbiamo fatto importanti progressi nella distinzione dei numerosi sottotipi di tumori del sangue. Man mano che le tecnologie migliorano e i nostri studi avanzano, conosciamo sempre meglio i vari meccanismi che scatenano un certo tipo di neoplasia o capiamo perché si instaura, in determinati pazienti, una resistenza alle terapie che per altri sono efficaci. Grazie a tutto questo stanno arrivando sempre più **farmaci “intelligenti”** che, sulla scia delle tecniche della medicina di precisione, sono sempre più personalizzati e mirati sul singolo paziente».

Oltre a genetica e medicina di precisione, ci sono novità anche nel campo **dell'immunoterapia**, considerata la nuova arma nella lotta al cancro?

«L'immunoterapia mira a stimolare il sistema immunitario dei malati contro le cellule cancerose. In pratica le nostre naturali difese vengono potenziate attraverso anticorpi o vaccini (per lo più creati in laboratorio sulla base delle cellule cancerose estratte dal singolo paziente) **che “insegnano” così all'organismo come aggredire le cellule malate. Una strategia che appare efficace contro diversi tumori del sangue».**

Un terzo grande settore «in fermento» appare essere quello delle innovazioni in bioingegneria: durante questo congresso Ash 2016 ci sono moltissimi studi che documentano progressi...

«In effetti tra le presentazioni più attese ce ne sono alcune che promettono di cambiare le attuali **strategie di cura grazie all'arrivo di nanotecnologie e farmaci progettati** per concentrare la **terapia in quell'area del corpo dove è più necessaria. L'obiettivo è sempre quello di superare la “vecchia” chemioterapia e le sue tossicità a favore dei malati, con cure che siano allo stesso tempo molto efficaci e il più possibile mirate a distruggere solo le cellule malate. Risparmiando i tessuti sani, con grande vantaggio per la qualità di vita dei pazienti».**

E sul fronte della prevenzione dei tumori del sangue, ci sono novità?

«Purtroppo no. In molti casi le cause delle neoplasie ematologiche restano sconosciute, per cui non sappiamo neppure come evitare di ammalarci. È però importante non sottovalutare **eventuali campanelli d'allarme, in modo da poter giungere tempestivamente a una diagnosi**, perché iniziare precocemente le terapie può tradursi in maggiori probabilità di guarire».

Quindi, quali sintomi devono insospettire?

«È importante parlare con un medico in presenza di febbre o febbri ricorrenti (in particolare pomeridiana o notturna) e un senso di debolezza che perdurano senza cause apparenti per più di due settimane; perdita di appetito e dimagrimento improvviso e ingiustificato; formazione di ematomi o lividi spontanei; sanguinamenti e ulcerazioni che non guariscono (come le ferite e le infezioni del cavo orale); gonfiore indolore di un linfonodo superficiale del collo, ascellare o inguinale».

Per finire, quali restano i tumore del sangue più difficili da trattare e quali invece quelli da cui si guarisce più spesso?

«Abbiamo ancora da migliorare molto la nostra capacità di cura delle leucemie acute, in particolare quelle che insorgono nei soggetti anziani in cui è poco praticabile la strada del trapianto di midollo. Abbiamo, invece, numerose soddisfazioni terapeutiche nella leucemia **mieloide cronica, con la possibilità di “cronicizzare” la malattia mediante una terapia orale** in quasi tutti i pazienti; nella leucemia promielocitica acuta, un tempo malattia molto temibile, ma che viene ora curata e guarita in una percentuale altissima di pazienti anche mediante terapie **“chemio free”, e nei linfomi di Hodgkin**».

<http://www.sanita24.ilsola24ore.com/>

La beffa dei Lea: arriveranno in ritardo nel 2017 e le Regioni rischiano i fondi. Dirindin (Pd): «Troppo tempo perso»



La partita. La beffa - o l'inganno - è dietro l'angolo. Causa il ritardo del suo iter, il Dpcm dei nuovi Lea difficilmente entrerà in vigore entro l'anno, e gli italiani potranno aspettare ancora che le promesse diventino realtà. Anche perché, una volta in Gazzetta, prima di essere applicata la riforma tanto attesa e finalmente in vista - va riconosciuto - serviranno altri adempimenti: ad esempio le nuove tariffe. Il rischio è che si vada avanti ancora per mesi nel 2017, salvo quelle Regioni che già qualcosa fanno e che magari andranno ancora avanti. Ma non solo: a rischiare sono anche le Regioni che potrebbero perdere gli 800 mln previsti già per il 2016. O magari glieli chiederanno indietro i fondi ricevuti (già con la manovra?), se li hanno avuti in dodicesimi. Aprendo un nuovo contenzioso col Governo. D'altra parte, si osserva all'Economia, perché se i nuovi Lea non sono stati applicati - e comunque in parte e solo poche Regioni - i governatori dovrebbero incassare le somme vincolate con la manovra 2016, e che si ripeteranno nel 2017?

La senatrice **Nerina Dirindin** (Pd), relatrice al Senato per il parere sul Dpcm, dove ieri sono state svolte diverse audizioni, tra cui quelle di Regioni ed Economia, è piuttosto scettica, diciamo così. E prevede uno slittamento dei tempi d'applicazione e un "braccino corto" dell'Economia sulle risorse, come ha fatto prospettare la rappresentante di via XX Settembre ieri in commissione. Risultato: «Gli 800 milioni vincolati con la legge di Stabilità all'aggiornamento dei Lea - prevede Dirindin - non potranno essere erogati per

il 2016». Aspettiamoci quanto meno richieste di chiarimenti al Governo in sede di parere. E battaglie sulla manovra 2017.

Senatrice Dirindin, allora finalmente ci siamo con i Lea?

Finalmente siamo in dirittura di arrivo. Un provvedimento atteso, che colma un ritardo di 15 anni su una materia di competenza esclusiva dello Stato. Un provvedimento che, una volta effettivamente attuato in tutte le Regioni, potrà migliorare l'assistenza sanitaria offerta alle persone. Ma...

Ma?

Purtroppo il testo difficilmente potrà entrare in vigore entro la fine del 2016. Il testo ora all'esame delle commissioni parlamentari competenti è infatti arrivato in Parlamento a ridosso della fine dell'anno. Nel rispetto della procedura prevista dalla legge, il testo (nella versione aggiornata rispetto a quello già elaborata nel 2015) è stato prima trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni il 7 agosto 2016, poi approvato dalla stessa Conferenza nella seduta del 7 settembre. Dal 7 settembre al 9 novembre è rimasto fermo alla Presidenza del Consiglio, nonostante il ministro Lorenzin avesse assicurato in audizione alla Camera il 5 ottobre che «è imminente la trasmissione del testo, da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri, al Parlamento». E nonostante le numerose sollecitazioni da parte di parlamentari preoccupati del dilatarsi dei tempi, sono passati ben due mesi.

Tempo perso: e ora?

La tempistica del provvedimento è motivo di amarezza per una serie di ragioni. Primo perché, come confermato ieri in occasione delle audizioni alla Commissione sanità del Senato, gli 800 milioni vincolati con la legge di Stabilità all'aggiornamento dei Lea non potranno essere erogati per il 2016. Vero è che il riparto per il 2016 comprendeva già anche gli 800 milioni, ma, in coerenza con la normativa vigente, tali somme non sono ancora state erogate nè potranno mai essere erogate. Una opportunità persa: se il percorso fosse stato meno lungo, almeno quota parte avrebbe potuto essere erogata, per gli ultimi mesi dell'anno, in modo da dare un po' di respiro alle regioni più in difficoltà. Il timore è che le Regioni abbiano dato per scontato la disponibilità degli 800 milioni: è ciò che abbiamo chiesto ieri in audizione ai tecnici delle Regioni e al coordinatore degli assessori.

Il secondo ostacolo?

Il più pesante, quello sul piano pratico: si impedisce a molte persone di beneficiare sin da subito delle importanti novità introdotte con il provvedimento. Vero è che le Regioni che hanno già autonomamente aggiornato la loro offerta assistenziale (in attesa del provvedimento nazionale) potranno continuare a farlo, ma le differenze fra Regioni continueranno a permanere ancora per molti mesi. Ad esempio, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in 4 - Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana - hanno un nomenclatore regionale già sostanzialmente sovrapponibile a quello che dovrà essere adottato in tutto il Paese. I cittadini delle altre Regioni continueranno invece molto probabilmente ad attendere la definitiva approvazione dell'aggiornamento dei Lea.

L'attuazione del Dpcm, peraltro, non sarà una passeggiata...

Infatti. Il provvedimento ha sollevato molte aspettative che bisognerà spiegare ai cittadini: l'epidurale, la fecondazione assistita, le malattie rare, le vaccinazioni non sono che alcune delle innovazioni più volte annunciate come già concretamente introdotte.

Ma purtroppo ancora una volta non è così. Anche perché dopo l'approvazione dei nuovi Lea sono necessari altri provvedimenti che richiederanno tempi non proprio brevi.

Insomma, una lunga via crucis che sta per terminare ma che nel 2016 avrebbe potuto essere accelerata, nell'interesse della collettività.

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

Mobilità sanitaria, entro l'anno Regioni varano accordi bilaterali e tetti



Alta specialità, dialisi, medicina nucleare: su queste prestazioni non ci saranno tetti a frenare l'offerta delle strutture pubbliche e private accreditate delle regioni italiane "hi tech" su pazienti provenienti da altre regioni. Lo prevede lo schema per accordi bilaterali tra regioni promosso dalla Conferenza delle Regioni il 24 novembre scorso, con un mese circa di ritardo rispetto all'annuncio dato due mesi fa, a chiusura dell'accordo interregionale sulla mobilità sanitaria 2014-2015. L'accordo di settembre sulla mobilità sanitaria, per inciso, prevede per gli erogatori di prestazioni privati accreditati - a seguito di un incremento della produzione dell'11% contro un calo nel pubblico del 3% - una sorta di ripiano come quello cui è sottoposta l'industria farmaceutica nel caso una regione sfiori il budget. Il ripiano qui consiste in un taglio forfettario del 50% sull'incremento registrato nelle prestazioni "a non alta complessità" eseguite a partire dal 2014 non solo verso i residenti ma anche verso i pazienti provenienti da altre regioni.

Adesso, a meglio definire che cosa sia l'alta complessità, sopravviene lo schema di riferimento per gli accordi bilaterali tra regioni, accordi che andrebbero definiti tutti entro il 31 dicembre 2016. Che si possano concludere accordi tra regioni per definire i criteri di compensazione delle spese sostenute per i viaggi attraverso l'Italia dei pazienti è previsto dalla legge 502/92 e dal patto salute 2001, nonché dal patto salute 2010 a consuntivo di un periodo costellato da eccessivi spostamenti di pazienti, comportamenti opportunistici di Asl e strutture sia dal lato dell'offerta sia da quello della domanda, dalla necessità di porre tetti all'offerta di prestazioni. Lo schema bilaterale va incontro

all'esigenza di non coprire più di tanto le prestazioni di cui un paziente potrebbe fruire nella propria regione e di porvi dei tetti.

Per quanto attiene ai ricoveri ordinari non saranno posti tetti alla mobilità sanitaria per le alte specialità che comprendono l'oncologia, la chirurgia dei trapianti, l'unità spinale, i grandi ustionati, l'emergenza urgenza (traumi ed incidenti stradali) e Drg ad alta complessità. Il resto dell'attività specialistica è soggetto a tetti, ma non tutto. Si paga tutta l'attività erogata per medicina nucleare, oncologia (chemioterapia e radioterapia) e dialisi. Le regioni possono imporre tetti a Tc, Rmn ed altre attività diagnostiche e cliniche specificando eventuali attività per le quali decidessero di non porre tetti. Le regioni si accordano anche su come regolare l'accesso alla specialistica ambulatoriale, per la quale sono posti paletti più severi, ed includono nella determinazione di un tetto i farmaci "file F". La tariffazione da utilizzare è quella fissata a seguito del Patto salute 2014-16 con delibera 10 luglio 2014. «I tetti economici sono specifici per livello assistenziale. Possono essere trasferiti importi economici da un livello all'altro solo in relazione a spostamenti di attività da ricovero ospedaliero ad attività ambulatoriale per effetto di normativa nazionale o indicazioni regionali». Le regioni si impegnano a scambiarsi dati sui ricoveri a sei e nove mesi di attività dall'avvio dell'accordo nonché a consuntivo entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di rendicontazione.

I nostri ospedali, che manna per gli europei

Ogni anno le Regioni italiane del Centronord spendono oltre 67 milioni di euro per curare i cittadini comunitari. Quelli che gravano di più sulle nostre finanze sono di gran lunga i romeni, seguiti, a sorpresa, da tedeschi, francesi e britannici

*I concittadini
di Angela Merkel,
sempre pronti
a bacchettarci
per i conti
in disordine,
amano venire
a farsi curare
nelle nostre cliniche
E ci costano
la bellezza
di 6 milioni l'anno*

*Se l'invasione da Est
si poteva prevedere,
colpisce molto di più
che si facciano
ricoverare da noi
anche svedesi,
danesi, austriaci,
olandesi e persino
i cittadini
di un Paese
ricchissimo
come il Lussemburgo*

di **PIETRO VERNIZZI**

■ Per curare gli stranieri degli altri Paesi Ue le cinque grandi regioni italiane del centronord hanno speso 68 milioni e 262.152 euro nel 2014 e 67 milioni 605.421 euro nel 2015. Una cifra record nel momento in cui la conferenza Stato-Regioni soltanto lunedì ha deciso di porre un tetto alla mobilità tra le diverse Regioni italiane. Nel frattempo la spesa sanitaria per i romeni che vengono a farsi curare nel nostro Paese ha superato ogni limite: si tratta di ben 35 milioni e 697.391 euro nel 2014 e 34 milioni e 631.155 nel 2015.

Una cifra che il governo italiano deve cercare poi di farsi rimborsare dallo Stato d'origine, per trasferirla quindi in sede di riparto alle singole Regioni.

Anche i tedeschi, sempre pronti a bacchettarci per i conti in disordine, poi amano venire a farsi curare nei nostri ospedali per un valore che è stato di 6 milioni e 348.727 euro nel 2014 e 6 milioni e 714.714 euro nel 2015. Il terzo Paese a gravare di più sulla nostra spesa sanitaria è la Francia con 4 milioni e 579.070 euro nel 2014 e 4 milioni e 294.409 euro nel 2015. I dati sono stati forniti dalle giunte regionali di Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Toscana, le più interessate dal fenomeno della mobilità europea. I britannici a loro volta sono ve-

nuti a farsi curare in Italia per una somma pari a 4 milioni e 87.477 euro nel 2014 e 4 milioni e 208.134 nel 2015.

Scorrendo le cifre stupisce soprattutto il fatto che i cittadini degli stati del Nord Europa, considerati un esempio virtuoso rispetto all'inefficienza italiana, preferiscano poi affidarsi ai nostri medici anziché a quelli del loro Paese. Per curare gli olandesi la nostra spesa sanitaria è stata pari a 1 milione e 327.902 euro nel 2014 e 1 milione e 503.380 euro nel 2015. Ma a venire in Italia sono anche belgi (1 milione e 475.088 euro nel 2015), austriaci (956.213 euro), svedesi (510.476), danesi (491.138), irlandesi (320.167) e lussemburghesi (120.947).

Ad approfittare di più del sistema sanitario italiano sono però i cittadini dell'Est Europa. A spiccare è la Polonia, i cui cittadini da soli hanno usufruito delle nostre cure mediche per 4 milioni e 76.109 euro nel 2014 e 3 milioni e 741.228 nel 2015. Non scherza neanche la Bulgaria con 2 milioni e 205.086 euro nel 2014 e 1 milione e 855.269 nel 2014, seguita da Croazia (1 milione e 499.795 euro nel 2015), Ungheria (518.866 euro), Slovenia (509.819), Repubblica Slovacca (441.484) e Repubblica Ceca (355.629).

Alla fine i pazienti che vengono a farsi curare di meno

in Italia sono quelli degli altri Paesi del Sud Europa, i cui sistemi sanitari sono più simili al nostro. Fa eccezione la Spagna, ai cui cittadini abbiamo offerto assistenza per 1 milione e 527.923 euro nel 2014 e 1 milione e 459.740 nel 2015. Ma per gli altri Stati scendiamo sotto la soglia psicologica di 1 milione di euro: per i greci, ad esempio, abbiamo speso 905.835 euro nel 2015.

Tra le Regioni italiane quella preferita dagli stranieri degli altri Paesi Ue è la Toscana, che ha speso in totale 33 milioni e 221.935 euro nel 2014 e 33 milioni e 507.051 nel 2015. Molto gettonati anche gli ospedali della Lombardia, la cui spesa per la mobilità europea è stata di 12 milioni e 495.992 euro nel 2014 e 12 milioni e 844.478 nel 2015. Al terzo posto il Veneto con 9 milioni e 19.360 euro nel 2014 e 9 milioni e 800.489 nel 2015. Quindi vengono rispettivamente l'Emilia Romagna con 8 milioni e 797.346 euro nel 2014 e 8 milioni e 69.706 nel 2015, nonché il Piemonte con 4 milioni e 727.519 euro nel 2014 e 3 milioni e 383.687 nel 2015.

I pazienti romeni costituiscono la prima voce di spesa per mobilità in tutte le Regioni considerate. Nel 2015 sono costati 21 milioni e 18.457 euro alla Toscana, 6 milioni e 701.675 alla Lombardia, 3 milioni e 191.205 al Veneto, 2 milioni e 425.108 all'Emilia Romagna e 1 mi-



lione e 294.710 al Piemonte.

Per quanto riguarda gli altri Paesi la provenienza della mobilità sanitaria varia molto a seconda delle singole Regioni. In Veneto per esempio è elevata la spesa per i tedeschi (2 milioni e 322.235 euro) e gli austriaci (530.083). I polacchi invece preferiscono la Toscana, che si trova a spendere per loro 2 milioni e 368.190 euro. I cittadini croati costano alla sanità lombarda 630.111 euro. Emilia Romagna è particolarmente alta la provenienza dal Belgio per un valore di 572.564 euro, mentre per i francesi il Piemonte esborsa 606.817 euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE SPESE PAESE PER PAESE

ANNO 2014				ANNO 2015			
Paese	Euro	Paese	Euro	Paese	Euro	Paese	Euro
Romania	35.697.390,69	Svezia	459.319,53	Romania	34.631.155,49	Slovenia	509.819,28
Germania	6.348.726,66	Portogallo	451.875,42	Germania	6.714.713,87	Danimarca	491.137,71
Francia	4.579.069,56	Ungheria	417.087,33	Francia	4.294.409,47	Rep. Slovacca	441.484,05
Regno Unito	4.087.476,53	Danimarca	285.178,53	Regno Unito	4.208.133,64	Rep. Ceca	355.628,60
Polonia	4.076.109,00	Slovenia	236.054,55	Polonia	3.741.228,44	Irlanda-eire	320.167,25
Bulgaria	2.205.086,26	Irlanda	227.526,36	Bulgaria	1.855.268,59	Portogallo	294.064,93
Spagna	1.527.922,91	Lituania	208.323,30	Paesi Bassi	1.503.379,96	Lituania	247.620,38
Belgio	1.479.942,18	Lussemburgo	154.364,92	Croazia	1.499.795,47	Finlandia	142.969,68
Paesi Bassi	1.327.902,03	Finlandia	125.803,02	Belgio	1.475.087,86	Lettonia	130.902,77
Croazia	1.101.404,14	Lettonia	124.556,13	Spagna	1.459.739,59	Lussemburgo	120.946,94
Austria	1.088.646,59	Estonia	97.012,84	Austria	965.212,57	Estonia	113.826,37
Grecia	854.096,24	Malta	80.165,90	Grecia	905.835,06	Malta	83.277
Rep. Slovacca	519.308,82	Cipro	25.701,21	Ungheria	518.866,26	Cipro	70.285
Rep. Ceca	476.102,41	Totale	68.262.153,40	Svezia	510.476,23	Totale	67.605.432,46



Ricerca genetica

Gb, primo via libera a figli con 3 genitori

Cristina Marconi

Un bambino con il Dna di tre persone. Ossia, tecnicamente, un bambino con tre genitori.

A pag. 13

Gran Bretagna, primo ok ai figli nati da tre genitori

►Concepimento in provetta con Dna diversi: ►Questa tecnica di "fertilizzazione" potrebbe via libera da parte del comitato di esperti azzerrare la trasmissione di malattie ereditarie

**LA SOLUZIONE
SPERIMENTALE
PREVEDE
LA PRESENZA
DI UN PAPA
E DUE MAMME**

**MA SECONDO
ALCUNI STUDI
NON È DETTO
CHE LA PROCEDURA
VADA SEMPRE
A BUON FINE**

IL CASO

LONDRA Un bambino con il Dna di tre persone. Ossia, tecnicamente, un bambino con tre genitori. Potrebbe essere possibile già dalla primavera prossima nel Regno Unito dove, dopo due decenni di ricerche in tutto il mondo, le autorità decideranno il 15 dicembre in via definitiva se far partire i primi test clinici per sostituire le strutture mitocondriali difettose della madre con quelle sane provenienti da una donatrice, nella speranza di impedire la trasmissione di alcune malattie potenzialmente molto gravi. Già nel 2015 il governo britannico era stato il primo al mondo a legalizzare la terapia di sostituzione mitocondriale, ma l'Autorità sulla fecondazione e l'embriologia umana, Hfea, aveva chiesto di lasciare ancora un po' di tempo agli scienziati per portare avanti le loro ricerche.

TERAPIA PRONTA

L'annuncio è arrivato mercoledì scorso: la terapia è pronta e potrebbe essere disponibile

in maniera limitata a marzo o ad aprile. "Pensiamo che un approccio cauto all'uso della donazione mitocondriale nella terapia in questione sia la giusta via di mezzo per offrire l'accesso a questa emozionante nuova procedura per le coppie con un rischio reale di avere un figlio con malattie mitocondriali, facendo al tempo stesso tutto il possibile per assicurare che la terapia sia sicura e efficace", ha spiegato il dottor Andrew Greenfield, presidente del gruppo di esperti che ha esaminato la questione e membro del consiglio dell'Hfea.

LE CELLULE

I mitocondri, centrali energetiche delle cellule, sono strutture dotate di un proprio Dna e sono ereditati per via materna. In una cellula ce ne possono essere migliaia e non sono loro a determinare né l'aspetto né le caratteristiche individuali di una persona. Le malattie mitocondriali colpiscono circa un bambino su 4mila e vanno di solito ad incidere, con gravità variabile, sugli organi e i tessuti che consuma-

no più energia, fra cui cervello, cuore, muscoli, pancreas e reni. La terapia di sostituzione mitocondriale prevede che i ricercatori trasferiscano il genoma nucleare di un ovocita con mitocondri mutanti nell'ovocita di un donatore sano.

Questo può avvenire sia prima che dopo la fecondazione. Secondo alcuni studi, tra cui uno pubblicato proprio ieri da un'università dell'Oregon, non è detto che la procedura vada sempre a buon fine, poiché esiste sempre il rischio che un piccolo numero di mitocondri mutanti, normalmente meno del 2%, venga anch'esso trasferito, con un effetto detto di 'carry-over', e che possa prevalere sui mitocondri sani della donatrice in base al fenomeno di 'reversione'.



«Non è perfetto, esiste il rischio che qualcosa vada storto», ha scritto il genetista Shoukhrat Mitalipov. E gli esperti sono concordi nel ritenere che chi farà ricorso alla terapia deve essere consapevole del fatto che non ci sono, almeno per ora, garanzie di successo per la salute del bambino e, in teoria, per quella delle generazioni successive. Una delle possibili soluzioni è quella di selezionare solo donatori altamente compatibili, anche se non è detto che basti.

GIÀ IN USO

In attesa che il Regno Unito dia la via libera ufficiale alla terapia, che inizialmente riguarderà solo pochissime coppie il cui percorso verrà seguito passo dopo passo e raccontato alla comunità scientifica, alcuni specialisti della fertilità stanno già offrendo il trattamento nei paesi dove la legge sulle modificazioni degli embrioni umani è meno severa, come il Messico e l'Ucraina.

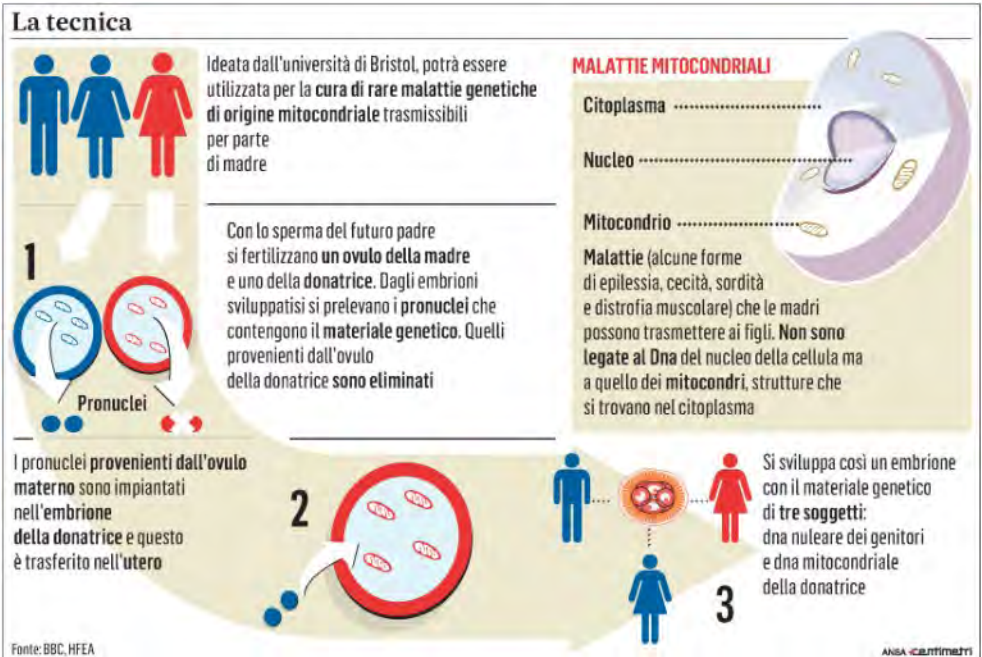
Il professor John Zhang di un centro per la fertilità di New York sostiene di aver già portato avanti una terapia di sostituzione mitocondriale in Messico per evitare la cosiddetta sindrome di Leigh, che porta tra le altre cose all'interruzione dello sviluppo psicomotorio e alla morte entro i due anni. Il bambino nato ha circa otto mesi, per il momento, sembra sano.

SITUAZIONE RISCHIOSA

Anche in Cina sarebbe nato un bambino, mentre in Ucraina ci sarebbero due donne incinte con questa tecnica. Una situazione rischiosa e al di fuori di quel rigoroso controllo scientifico che il Regno Unito, se approvasse definitivamente la terapia di sostituzione mitocondriale tra due settimane, vorrebbe invece affermare.

Cristina Marconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I DATI

Aids, 37 milioni di sieropositivi al mondo Meno casi in Italia

ROMA. Sono 36,7 milioni le persone con Hiv nel mondo, mentre i casi in Italia registrano un calo anche se le nuove diagnosi di infezione nel 2015 hanno registrato la cifra di 3.450. Sono i dati diffusi ieri dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, in occasione della giornata mondiale contro l'Aids. L'Hiv continua a rappresentare un problema di sanità pubblica e nel 2015 in Italia si sono registrate 3.444 nuove diagnosi di infezione da Hiv, pari a 5,7 nuovi casi per centomila residenti. Dal 2010 l'incidenza è in costante lieve diminuzione. Nel periodo 2009-15, le nuove diagnosi di Hiv sono state 27.143. Con queste cifre, l'Italia si pone al 13° posto in Europa per numero di infezioni. Negli anni, inoltre, si è osservato un cambiamento delle modalità di trasmissione: diminuisce la proporzione di consumatori di sostanze per via iniettiva, ma aumenta la proporzione dei casi attribuibili a trasmissione sessuale. Nel 2015, inoltre, il 32,4% delle persone con una nuova diagnosi di infezione di Hiv aveva eseguito il test. Per quanto riguarda invece i casi di Aids conclamato, nel 2015 ne sono stati diagnosticati in Italia 789, pari ad un'incidenza di 1,4 nuovi casi per 100.000 residenti.



Arriva nelle farmacie il test per l'Hiv

Il «Fai da te» da ieri in Italia. Costa venti euro e ha una affidabilità vicina al 100% In Sud Africa dopo 7 anni vaccino anti-Aids sperimentato su soggetti sani

■ Per la prima volta da sette anni, in Sud Africa sarà testato su persone sane un candidato vaccino contro il virus dell'Aids. Lo ha riferito il centro di ricerca sudafricano Samrc. Il nuovo vaccino, basato su un preparato già testato in Thailandia, ha mostrato un'efficacia di circa il 30%. Allo studio clinico, che si chiama Hvtn 702, 5.400 adulti partecipano volontariamente, ma al momento non è noto quando inizierà il trial. Secondo il programma delle Nazioni Unite per l'Aids Unaid, l'anno scorso circa il 19% della popolazione del Sud Africa tra 15 e 49 anni è stato infettato con l'Hiv. Al trial clinico RV144 in Thailandia hanno partecipato 16mila volontari. Un gruppo è stato vaccinato e all'altro è stato dato un placebo. Nel corso di tre anni e mezzo, il gruppo vaccinato ha ridotto del 31,2% il rischio di contrarre l'infezione. In Italia intanto arriva un test diagnostico per l'Hiv acquistabile in farmacie. Costerà 20 euro e servirà per scoprire a casa propria se si è sieropositivi o meno, grazie a un dispositivo che da oggi è nelle farmacie. Non ci vorrà una ricetta del medico per averlo, esattamente come per il test di gravidanza. Si fa attraverso un prelievo del sangue con una piccola puntura al polpastrello. Già dopo 15 minuti sono disponibili i risultati. Tra il momento del contatto a rischio e quindi del presunto contagio e l'analisi devono passare almeno 90 giorni. La sensibilità e l'attendibilità nella rilevazione dell'infezione è vicina al 100%. Gli errori possono essere dei «falsi positivi» cioè delle positività al virus che in realtà non ci sono. Questo problema è superato dal fatto che quando viene rilevata la presenza dell'Hiv con l'autotest è comunque necessario confermare la diagnosi con le analisi di laboratorio prima di avviare qualunque cura o terapia. E comunque è necessario, dopo il risultato, contattare subito un medico.

Pi. Se.

Info

Ieri si è celebrata la giornata mondiale contro l'Aids. L'Unicef ha pubblicato un rapporto secondo cui i decessi causati nel mondo da questa malattia su soggetti in età adolescenziale (10-19 anni) nel 2015 sono stati 41 mila, l'87% dei quali nell'Africa subsahariana. Inoltre, secondo l'Unicef,

nonostante la prevenzione abbia evitato milioni di contagi dal 2000 al 2015 (soprattutto grazie alla prevenzione sulla trasmissione materna), da oggi al 2030 - se non verranno effettuati ulteriori progressi per aggiungere gli adolescenti - è previsto un aumento del 60% dei casi: i nuovi positivi aumenteranno fino a 400mila l'anno, rispetto ai 250mila del 2015





Un corteo anti-aids

Aids, il piano del ministero per aiutare i più giovani

L'EMERGENZA

ROMA L' Aids non è una malattia scomparsa ed oggi ad essere più minacciati sono i giovanissimi, bambini ed adolescenti. Tanto che, avverte l'Unicef, nel mondo ogni due minuti, un giovane un giovane si contagia. Cifre allarmanti rese note nella giornata mondiale contro l' Aids, mentre il ministero della Salute italiano mette in campo un nuovo piano anti virus. Preoccupante l'allarme lanciato dall'Unicef nel settimo rapporto «For Every Child: End Aids»: se entro il 2030 non verranno effettuati ulteriori progressi per raggiungere gli adolescenti, i nuovi casi di contagio da Hiv in questa fascia aumenteranno fino a 400 mila ogni anno, rispetto ai 250 mila del 2015 in tutto il mondo, con un aumento totale del 60% di nuovi casi. L' Aids resta dunque una delle cause principali di morte tra i giovanissimi: nel 2015, rileva l'Unicef, ha causato 41 mila vittime tra i ragazzi tra 10 e 19 anni.



Epatite C, l'ultima drammatica follia: acquistare in India farmaci equivalenti



[Guarda la gallery](#)

Epatite C: l'ultima follia degli italiani in cerca di risparmi per le nuove terapie è quella di acquistare "farmaci equivalenti" in India. E secondo i dati forniti da Ivan Gardini, presidente di Epac Onlus, sarebbero almeno 500 i malati volati dall'altra parte del mondo.

"Secondo una nostra recente indagine - spiega Gardini - e condotta su 86 centri autorizzati alla prescrizione dei nuovi farmaci per la cura dell'epatite Crisulta che circa 500 italiani sono

andati in India ad acquistare i farmaci equivalenti ma se consideriamo anche quanti non lo dichiarano, ne stimiamo oltre un migliaio. I pazienti acquistano i farmaci all'estero perché si sentono in un vicolo cieco, nessuno è in grado di poter dire quando saranno curati. Fare una programmazione senza limitazioni di accesso significa poter dire a queste persone quando saranno curate e fa una differenza enorme. **Ad oggi ne curiamo circa 30mila l'anno e con gli 1,5 miliardi spalmati in un triennio previsti in legge di Bilancio, anche il Ministro Lorenzin si è posta l'obiettivo di voler curare 50.000 pazienti l'anno: questo potrebbe far sì che possano cadere le barriere di accesso, e restare comunque nei limiti del budget annuale stanziato prevedendo delle priorità di cura, come ad esempio chi ha una co infezione con altri virus, sindrome metabolica, diabete o altre comorbidità.** La programmazione va rivista anche per far sì che le risorse stanziate siano pienamente sfruttate. "Esistono infatti, - aggiunge - centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci che stanno finendo di trattare pazienti con malattia avanzata, ma hanno numerose persone in attesa con malattia meno avanzata che, secondo i criteri attuali, non possono curare".

Ma le associazioni dei pazienti Aned (Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto), Epac (Pazienti con epatite e malattie del fegato), FedEmo (Federazione Associazioni Emofilici), L'Isola di Arran (Associazione impegnata nella lotta all'emarginazione legata alla droga), Nadir (Pazienti con HIV) e Plus (Persone LGBT Sieropositive) unite nella rete "Senza la C vanno oltre: chiedono di "Eliminare le barriere di accesso", "garantire la cura a tutti i malati", "fermare l'esodo che porta tanti ad andare a curarsi all'estero"

Nata nel 2014 come una campagna di consapevolezza e sensibilizzazione sull'HCV realizzata congiuntamente dalle 6 associazioni dei pazienti, Senza la C da oggi diventa 'rete' per realizzare attività condivise di sensibilizzazione sia del grande pubblico che delle Istituzioni con l'obiettivo comune di dare libero accesso alle terapie anti HCV a tutti i malati. Obiettivo ribadito in una lettera aperta indirizzata al Presidente del Consiglio Matteo Renzi, al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e al Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) Mario Melazzini. Nella lettera si plaude l'istituzione in Legge di Bilancio di un fondo dedicato ai farmaci anti-HCV ma si chiede anche di rivedere i parametri che limitano l'accesso ai nuovi farmaci solo ai malati gravi. L'iniziativa è sostenuta dalla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (Simit) per il cui

▶ AITV

IT TAXI
L'app gratuita di URI e 3570 per richiedere un taxi in tutta Italia

5 € DI BONUS SULLA CORSA DALL'AEROPORTO DI FIUMICINO. COME? USA IT TAXI E INSERISCI QUESTO CODICE F3570

Semplicemente la migliore tradizione culinaria italiana

Via di Colle Rosato 8/b (P.le della Radio)
345 47 28 755 • 06 45 47 79 84



In Vetrina



📷 **Irina Shayk incinta: l'ex di Cristiano Ronaldo aspetta un bimbo da...**

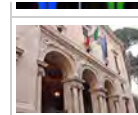
NEWS	FOTO	VIDEO
Più letti del giorno	Più letti della settimana	Più letti del mese
	Elizabeth Ruiz, video di sesso col campione dello sport. Scandalo a luci rosse	
	Victoria's Secret, che spettacolo. Ecco gli Angeli più sexy. FOTO	
	Ecco che cosa c'è dopo la morte. La tesi choc dello scienziato	

presidente Antonio Chirianni l'ampliamento dei criteri di accesso alle cure "rappresenta un investimento i cui risparmi si vedranno nel lungo termine. I pazienti che eliminano il virus, non solo non sono costretti ad assumere farmaci a vita, ma ricorreranno molto meno agli ambulatori e ai ricoveri (anche per trapianti), con conseguenti risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale".

HiPDF Evaluation 12/01/2016



SHOPPING PER VOI



**Ragazzi, abbiamo scherzato!
Il Cnel non sarà abolito!**



**Kate Middleton, abito
"riciclato" alla cerimonia
funebre. FOTO**



Zurich Connect ti permette di risparmiare sull'assicurazione auto senza compromessi sulla qualità del servizio. [Scopri la polizza auto e fai un preventivo](#)



SHOPPING PER VOI



Dal 1934 Canali realizza raffinati abiti da uomo di alta moda sartoriale. Scopri la nuova collezione **Canali**.

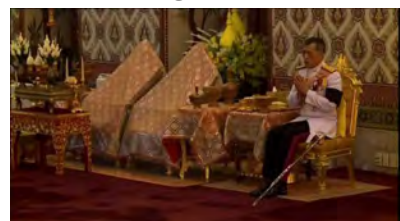


Provincia

Tipologia

TROVA

Il video del giorno



**Thailandia, cerimonia buddista
per il principe prima di essere re**

