



## RASSEGNA STAMPA

### 06-12-2016

1. LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO La battaglia contro i tumori “Si può vincere”
2. NUOVO QUOTIDIANO DI PUGLIA “Si può vincere il cancro”: tutte le storie in un libro
3. REPUBBLICA SALUTE Tumore polmone: 1,6 mln morti anno. Sempre più a rischio le donne
4. REPUBBLICA SALUTE “Fumo, rischi aumentano anche con una sola sigaretta al giorno”
5. REPUBBLICA BLOG Tumori, siamo tutti coinvolti
6. ANSA Tumori: quello a testicolo il più diffuso in uomini under 40
7. HEALTHDESK Tumore al seno: sconfiggere il cancro mettendolo a digiuno
8. QUOTIDIANO SANITÀ Importanti risultati dallo studio Gallium di fase III nel linfoma NH
9. PHARMASTAR Linfoma non-Hodgkin: più sopravvivenza con obinutuzumab verso rituximab
10. HEALTHDESK Un’arma più efficace contro la forma più comune di linfoma non-Hodgkin
11. CORRIERE SALUTE Leucemia mieloide cronica: non più cure a vita per i malati
12. PHARMASTAR Mieloma multiplo, minor rischio di neuropatia periferica con lenalidomide
13. CORRIERE AGENDA ITALIA La donna che trovò i segreti del sistema immunitario
14. ANSA Algoritmo predice decesso e consiglia cure palliative
15. ANSA In un pugno di noci o noccioline l'elisir per il cuore, anche anti tumore
16. ADNKRONOS Un pugno di noci al giorno 'scudo' contro il cancro e malattie del cuore
17. SOLE 24 ORE SANITA' Healthy ageing, il made in Italy premiato dall'Ue
18. SOLE 24 ORE SANITA' Testo unico per l'amianto
19. QUOTIDIANO SANITÀ Influenza. Report Ocse: in Italia si vaccina solo il 55% degli anziani.
20. QUOTIDIANO SANITÀ Sepsi. Uccide 5,3 mln di persone. Inghilterra e Germania scatta allerta
21. SOLE 24 ORE SANITA' Ogni giorno due medici Ssn in meno
22. QUOTIDIANO SANITÀ Il No stravinca col 59,11%. E Renzi si dimette.
23. QUOTIDIANO SANITÀ Convenzione Medicina generale. Nuova bozza Sisac.
24. CORRIERE DELLA SERA Così l'infermiera killer preparava i delitti «Ho fatto un corso...»
25. SOLE 24 ORE SANITA' Il castello che crolla per il Ssn, dai manager ai 5mila dirigenti
26. SOLE 24 ORE SANITA' Tutti sul web ma la fonte resta il medico di base

h

**SANITÀ** «OGGI NON SI PUÒ PIÙ PARLARE DI MALE INCURABILE» DICE L'ASSOCIAZIONE ITALIANA ONCOLOGIA MEDICA, CIRCA IL 60% GUARISCE

## La battaglia contro i tumori «Si può vincere»

Le storie dei pazienti che hanno sconfitto la malattia in un libro, sarà presentato il 14

● «Si può vincere» è il titolo del libro che racconta le storie dei pazienti che hanno sconfitto il cancro. La pubblicazione sarà presentata a Brindisi, nella Sala Riunioni, 6° piano, di Oncologia Medica dell'Ospedale Perrino il 14 dicembre alle 10.30.

Oggi in Puglia vivono circa 162.500 persone dopo la diagnosi di tumore e quasi due terzi possono affermare di essersi lasciati alle spalle la malattia.

Alla fine degli anni Settanta solo poco più del 30% dei pazienti sconfiggeva il cancro.

Negli anni Novanta quasi il 47%, oggi circa il 60%. Sono risultati importanti, per questo non si può più parlare di male incurabile. Il merito è da ricondurre alle campagne di prevenzione che consentono di individuare la malattia in fase precoce e a terapie sempre più efficaci.

L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) ha raccolto nel libro «Si può vincere», le storie di pazienti che hanno sconfitto la malattia grazie a una nuova arma, l'immuno-oncologia.

Il libro, che include la prefazione del Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, è presentato ai cittadini e alle Istituzioni in un tour nazionale di 10 tappe: la settima proprio a Brindisi. Alla conferenza stampa di presentazione del volume con la partecipazione, fra gli altri, del prof. **Saverio Cinieri**, tesoriere nazionale Aiom e Direttore del Dipartimento di Oncologia medica e Responsabile della Breast Unit dell'Ospedale Perrino, e **Giuseppe Pasqualone**, Direttore Generale Asl Brindisi.



Martedì  
6 dicembre 2016  
Anno XVI N. 337  
€ 1,20\*

## LA PRESENTAZIONE

### “Si può vincere il cancro”: tutte le storie in un libro

● “Si può vincere”, le storie dei pazienti che hanno sconfitto il cancro. Questo il tema sarà affrontato durante l’incontro, che avrà inizio alle 10.30, che si terrà mercoledì prossimo, 14 dicembre nella sala riunioni del reparto di oncologia medica dell’ospedale Perrino di Brindisi. L’associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) ha raccolto nel libro “Si può vincere”, le storie di pazienti che hanno sconfitto la malattia grazie a una nuova arma, l’immuno-oncologia.

Il libro, che include la prefazione del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, è presentato ai cittadini e alle istituzioni in un tour nazionale di 10 tappe. A prendere parte all’evento ci sarà il dottor Saverio Cinieri, tesoriere nazionale Aiom e direttore del dipartimento di Oncologia medica e Responsabile della Breast Unit dell’Ospedale Perrino, e il dottor Giuseppe Pasqualone, Direttore Generale Asl Brindisi.

L’incontro è aperto e rivolto a tutta la cittadinanza.

[www.la.repubblica.it/](http://www.la.repubblica.it/)

## Tumore polmone: 1,6 mln morti anno. Sempre più a rischio le donne

*Previsto un raddoppio nel 2035. Prima causa di morte per cancro nelle americane. Più fragile chi incomincia da adolescente. I dati dal congresso Iaslc in corso a Vienna*

dalla nostra inviata ELVIRA NASELLI



**VIENNA** - È sempre stato considerato una malattia tipicamente maschile. Ma il tumore ai polmoni non discrimina, e infatti negli ultimi dieci anni è diventato la prima causa di morte per cancro nelle donne americane, sorpassando il tumore al seno. E la seconda tra le europee, la terza tra le italiane. La Danimarca ha il primato dei numeri più alti, seguita da Canada e Stati Uniti, paese quest'ultimo dove i nuovi casi negli ultimi 37 anni sono diminuiti del 28 per cento negli uomini e aumentati del 98 tra le donne. Novantotto, sì, che vuol dire praticamente il doppio.

**Le teenager.** E anche il presidente dell'Uruguay, che ha oggi raccontato ai delegati della diciassettesima edizione del congresso Iaslc (associazione internazionale per lo studio del tumore ai polmoni), in corso a Vienna, della vittoria del suo paese contro la multinazionale Philip Morris, che protestava per le misure anti tabacco intraprese dal piccolo paese sudamericano, ammette sconsolato che la priorità sono le donne. Donne che hanno cominciato a fumare perché era considerato chic e che adesso non smettono. Del resto anche da noi il problema sono le donne, soprattutto le teenager. Che cominciano perché fa

"grande" e poi continuano.

**I numeri.** Del resto i numeri diffusi a Vienna parlano chiaro. Il tumore ai polmoni resta il più comune cancro negli uomini in tutto il mondo (1,2 milioni di casi), con percentuali più alte di incidenza nell'Europa dell'est e centrale (53,5 su 100.000) e nell'Asia dell'est (50,4 su 100.000). Nelle donne l'incidenza è minore, la più alta è nell'America del nord (33,8), nel Nord Europa (23,7) e nell'Asia dell'est (19,2). E aumenteranno anche le morti: secondo lo Iaslc passeranno dai 1,6 milioni del 2012 ai 3 milioni del 2035, e questi numeri riguarderanno in gran parte anche le donne.

**Le specificità.** È proprio nelle donne il cancro si presenta con alcune specificità: una maggiore frequenza di adenocarcinoma (64 per cento nelle donne e 48 negli uomini) e una percentuale più alta di non fumatrici tra quelle che si ammalano (30 per cento contro il 10 maschile), percentuale che sale dell'80 per cento in Asia (e correlato all'uso del forno a carbone). Per fortuna le donne hanno una prognosi generalmente migliore e i loro tumori sono più sensibili alla chemioterapia. Secondo alcuni studi c'è infatti un collegamento tra ormoni femminili e cancro ai polmoni: in particolare menopausa precoce, meno di tre gravidanze, ciclo mestruale breve, ricorso alla terapia ormonale e una storia familiare di tumori sensibili agli ormoni.

**Il fumo.** Questo però non deve allontanare dall'obiettivo numero uno, ribadito in ogni modo dagli oltre seimila ricercatori arrivati a Vienna da oltre cento paesi: combattere il fumo di sigaretta, che pesa per il 90 per cento dei casi di tumore al polmone negli uomini e del 70 nelle donne che, d'altro canto, sembrano più sensibili ai carcinogeni tanto che allo stesso numero di sigarette consumate sviluppano più cancro degli uomini, cosa che probabilmente si spiega in parte con una minore espressione di alcuni geni riparatori del Dna. Fumo ma anche fattori ambientali, visto che in Danimarca si sono registrati più casi nelle donne che guidano autobus e tram.

**Le terapie.** Ad oggi non ci sono raccomandazioni di strategie terapeutiche diverse differenziate per sesso, si ribadisce all'incontro di Vienna. Ma la maggiore incidenza di alterazioni molecolari nelle donne spinge - o dovrebbe spingere - ad un uso maggiore di terapia targettizzata. E in futuro i trattamenti potrebbero prevedere l'aggiunta di farmaci antiormonali, ipotesi che si sta verificando in alcuni trial in corso. È importante approfondire le conoscenze della diversa biologia del tumore che permetterà anche di identificare alterazioni genetiche specifiche oppure anche profili ormonali che possono essere utilizzati come obiettivi da colpire per contrastare la malattia.

www.la.repubblica.it/

## "Fumo, rischi aumentano anche con una sola sigaretta al giorno"

*Basta un minimo consumo per aumentare le probabilità di ammalarsi di tumore al polmone. Che risulta fatale da 9 a 12 volte di più rispetto ai non fumatori*

di GIULIA ALICE FORNARO



FUMARE anche solo una sigaretta al giorno per tutta la vita aumenta del 64% il rischio di morte prematura rispetto ai non fumatori. Se invece le sigarette salgono a 10 al giorno il rischio sale all'87%. Ma il rischio crolla se si smette da giovani. Sono i nuovi dati del *National Cancer Institute* (NCI) appena pubblicati su [JAMA Internal Medicine](#).

**Il tumore al polmone.** Ed è il tumore al polmone la causa principale di queste morti. Un legame che non diminuisce linearmente con il numero di sigarette: rispetto ai non fumatori, un aumento di 12 volte di morte per questo tumore riguarda chi fuma da una a 10 sigarette al giorno. Ma per chi fuma in media meno di una sigaretta al giorno il rischio rimane comunque di 9 volte più alto.

[LEGGI: Tumore polmone: 1,6 mln morti anno. Sempre più a rischio le donne](#)

**Altre malattie fatali.** Inoltre fino a 10 sigarette al giorno sale anche il rischio di decesso per malattie

respiratorie (di sei volte) e per malattie cardiovascolari (una volta e mezza).

**Lo studio.** La ricerca ha coinvolto 290.000 persone di età compresa tra i 59 e gli 82 anni a cui è stato chiesto quali fossero le loro abitudini come fumatori durante 9 periodi della loro vita: a partire da meno di 15 anni fino ai 70 anni di età (per i più anziani). Tra coloro che fumavano ancora (il 7,7% del totale), solo 159 hanno dichiarato di consumare meno di una sigaretta al giorno.

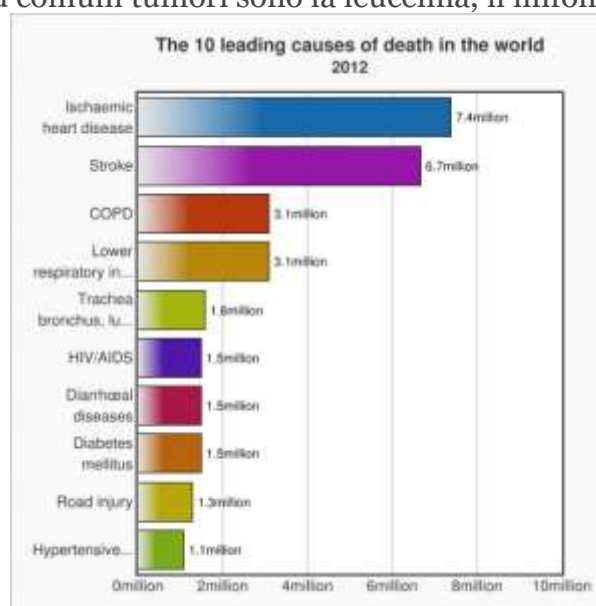
**I limiti.** E se una prima limitazione di questo studio è la bassa statistica che offre questo ultimo dato, gli stessi ricercatori avvertono su altri due caveat della ricerca: ha riguardato solo bianchi oltre una certa età e si è basato sui ricordi dei partecipanti, il che potrebbe introdurre un certo grado di incertezza. Inoltre, tra i fumatori meno frequenti (meno di una sigaretta al giorno) non è stata verificata la differenza degli effetti tra frequenze diverse: ogni due giorni, una volta alla settimana, ecc.

**Bastano poche sigarette.** "Il messaggio che però risulta chiaro da questo studio è che non esistono livelli sotto i quali il tabacco non abbia effetti anche molto negativi sulla salute. E fornisce un'ulteriore evidenza che smettere del tutto porta benefici a tutti i fumatori, anche a quelli meno frequenti", afferma concludendo **Maki Inoue-Choi**, autrice dello studio.

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

## Tumori, siamo tutti coinvolti

Su *Jama Oncology* sono apparse le stime globali dei casi di cancro nel mondo nel 2015: 17,5 milioni di casi e 8,7 milioni di morti. Il report (frutto della Global Burden of Disease Cancer Collaboration) è stato redatto da una équipe guidata da Christina Fitzmaurice, Università di Washington, sulla base dei dati dei registri sui tumori nazionali e relazioni mediche. Così emerge che tra il 2005 e il 2015 i casi di cancro sarebbero aumentati del 33%, soprattutto a causa dell'invecchiamento della popolazione; globalmente le probabilità di sviluppare un tumore durante la nostra esistenza sarebbero 1 a 3 per gli uomini e 1 a 4 per le donne. Inutile nascondersi di fronte a queste cifre, non bisogna voltarsi dall'altra parte ma guardare la realtà, siamo tutti coinvolti, come diceva De André. Le cure progrediscono, la diagnosi precoce cambia radicalmente l'approccio alla malattia, la prevenzione diventa fondamentale. Il tumore alla prostata resta il tumore più diffuso tra gli uomini (1,6 milioni di pazienti) ma è il cancro al sistema respiratorio ad essere quello con maggiori decessi sempre tra gli uomini (1,2 milioni di decessi nel 2015 per polmoni-bronchi-trachea; nei dati Oms 2012 e dal congresso Iaslc, associazione internazionale per lo studio del tumore ai polmoni, in corso a Vienna si stimano 1,6 milioni decessi tra uomini e donne: vedi articolo di Elvira Naselli [http://www.repubblica.it/salute/medicina/2016/12/05/news/tumore\\_polmone\\_1\\_6 mln\\_morti\\_anno\\_sempre\\_piu\\_donne-153512648/](http://www.repubblica.it/salute/medicina/2016/12/05/news/tumore_polmone_1_6 mln_morti_anno_sempre_piu_donne-153512648/)). Per le donne il cancro al seno è il più diffuso (2,4 milioni di casi) ma anche quello che guida, nonostante i progressi, la classifica della mortalità tra il sesso femminile. Nell'età pediatrica i più comuni tumori sono la leucemia, il linfoma non Hodgkin,



i tumori al cervello e al sistema nervoso.



<http://www.ansa.it>

## Tumori: quello a testicolo il più diffuso in uomini under 40

*Lenzi, diagnosi precoce permette di guarire nel 90% dei casi*



ROMA - È il tumore più diffuso tra i giovani uomini sotto i 40 anni ma oggi, grazie a nuove tecniche di imaging e interventi microinvasivo, su dieci persone che vengono colpite da tumore al testicolo, 10 sopravvivono. A fare il punto sugli avanzamenti nella diagnostica e nelle terapie, ma anche sulle nuove tecniche di conservazione del seme, è il Corso educativo di aggiornamento "The Multidisciplinary Approach to Testicular Cancer", promosso dall'European Academy Of Andrology, in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza Università di Roma.

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. Tra i fattori di rischio, oltre alla familiarità, anche l'esposizione a pesticidi, l'infertilità (che triplica il rischio), il fumo (che lo raddoppia), patologie come il criptorchidismo (mancata discesa dei testicoli nello scroto), e, soprattutto, l'aver avuto un precedente tumore del testicolo, che aumenta fino a 50 volte il rischio di una recidiva.

"Contro questo tumore l'arma migliore resta la diagnosi precoce, che permette oggi la guarigione nel 90% dei casi", spiega Andrea Lenzi, presidente della Società Italiana di Endocrinologia e Direttore della Sezione di Fisiopatologia Medica del Dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza. "Per le persone di sesso maschile - prosegue - l'autopalpazione frequente dei testicoli dovrebbe essere una pratica abituale, così come le donne hanno imparato a farla per il seno". Promuovere lo screening per scoprire tempestivamente il nodulo è l'obiettivo della campagna di sensibilizzazione "Amico andrologo" ([www.amicoandrologo.it](http://www.amicoandrologo.it)).

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

## LO STUDIO

# *Tumore al seno: sconfiggere il cancro mettendolo a digiuno*

Le medicine già esistono, ma sono usate per altri scopi. Un antidiabetico e un antibiotico inibiscono il metabolismo mitocondriale, che è proprio quello usato dalle cellule tumorali per alimentarsi. Ricercatori della Thomas Jefferson University suggeriscono di usarle come terapie anticancro

A volte, per fare scoperte importanti basta farsi le domande giuste. È quello che hanno fatto i ricercatori della **Thomas Jefferson University** che si sono chiesti come facessero le cellule tumorali del cancro alla mammella a bruciare calorie. Il quesito ha scoperchiato un vaso di Pandora da cui potrebbero venire fuori nuove terapie. Sì perché gli scienziati hanno dimostrato che le cellule del tumore al seno usano un sistema diverso per trasformare il carburante in energia rispetto alle cellule sane.

«La nostra scoperta fa parte di un filone che mostra un crescente interesse nello studio delle funzioni metaboliche del cancro - dice Ubaldo Martinez-Outschoorn, del Department of Medical Oncology della Thomas Jefferson University - Più capiamo sul modo in cui il cancro cresce e si alimenta, più saremo in grado di tagliare il rifornimento di energia di cui ha bisogno per sopravvivere». Per staccare la spina al cancro, bisogna però prima capire dove è attaccata quella spina, che tipo di corrente vi passa e quale tragitto segue.

I ricercatori, che hanno pubblicato i risultati dello studio sul **Journal of Biological Chemistry**, hanno puntato l'attenzione su un punto ben preciso. Tutto dipenderebbe dalla proteina Tigar (l'acronimo sta per "Tp53 inducible glycolysis and apoptosis regulator"), già nota a Martinez-Outschoorn e ai suoi colleghi per indurre dei cambiamenti nel metabolismo delle cellule del tumore.

I ricercatori hanno osservato cosa accade nei topi: le cellule tumorali degli animali malati di

cancro al seno con un livello più alto del normale di proteina Tigar erano più aggressive e crescevano più in fretta di quelle con una normale quantità di Tigar. Il fatto è piuttosto strano.

Perché la Tigar agisce proprio ostacolando il normale processo biochimico di rifornimento energetico, ossia quello che trasforma lo zucchero in carburante attraverso la glicolisi. Le cellule con alti livelli di Tigar quindi non ricorrono alla glicolisi per alimentarsi. Di cosa si servono?

Martinez-Outschoorn e i suoi colleghi hanno dimostrato che le cellule con alti livelli di Tigar modificano il sistema di rifornimento energetico, abbandonano la glicolisi e si rivolgono al mitocondrio per avere energia. I cambiamenti nel metabolismo provocati da Tigar coinvolgono anche le cellule che circondano e sostengono le cellule tumorali, ma avvengono in senso opposto. Piuttosto che aumentare la dipendenza dalla produzione energetica del mitocondrio, Tigar rende queste cellule dipendenti dalla glicolisi e aumenta la crescita del tumore.

«Il fatto che il 70-80 per cento dei tumori al seno presentino alti livelli di Tigar rappresenta una opportunità - dice Martinez-Outschoorn - esistono già alcune terapie che bloccano il metabolismo del mitocondrio che potremmo usare per mettere le cellule del cancro a digiuno».

Per trovare i farmaci giusti non si deve andare lontano. Due molecole già in commercio per altri scopi, come la metformina usata per il diabete e l'antibiotico doxiciclina sono già noti per bloccare il metabolismo dei mitocondri. Gli scienziati hanno usato questi farmaci per interrompere il rifornimento di energia delle cellule con alti livelli di Tigar e hanno notato una riduzione dell'aggressività della malattia. Se ulteriori studi confermassero questa proprietà, i tempi per l'utilizzo di queste terapie non dovrebbero essere troppo lunghi.

«Visto che questi farmaci sono già approvati - Martinez-Outschoorn hanno passato il tes di sicurezza sugli esseri umani. Se veramente possono aiutare a ridurre la crescita dei tumori, come noi i nsotri studi preliminari suggeriscono, potrebbero venire usati in combinazione con altri trattamenti, molto prima rispetto a nuove medicine».

È in partenza un primo trial clinico per testare l'efficacia della metformina e della doxiciclina nelle donne con tumore al seno prima dell'operazione. L'obiettivo è capire se queste molecole che inibiscono il metabolismo mitocondriale hanno un effetto sull'evoluzione del tumore.

Lunedì 05 DICEMBRE 2016

## Linfomi. Importanti risultati dallo studio Gallium di fase III nella cura del linfoma non-Hodgkin

***Per la prima volta un farmaco - obinutuzumab - dimostra un aumento della sopravvivenza libera da progressione nel linfoma non Hodgkin indolente, rispetto al trattamento standard a base di rituximab. Il linfoma follicolare è la forma più comune di linfoma non Hodgkin (LNH) indolente (a crescita lenta) e rappresenta circa un caso ogni cinque di LNH.1 È considerato incurabile e le recidive sono frequenti.***

Lo studio registrativo di fase III GALLIUM, presentato in sessione plenaria al 58° Congresso annuale della Società americana di ematologia (ASH) dimostra come, nei pazienti colpiti da linfoma follicolare non precedentemente trattato, obinutuzumab associato a chemioterapia e successivamente somministrato in monoterapia riduca del 34 per cento il rischio di peggioramento della malattia o la morte, raggiungendo anticipatamente l'endpoint primario dello studio: sopravvivenza libera da progressione (PFS) valutata dallo sperimentatore. Il dato è stato ottenuto nel confronto con la terapia standard a base di rituximab associata a chemioterapia seguito da rituximab in monoterapia (hazard ratio [HR] = 0,66; intervallo di confidenza [IC] al 95% 0,51-0,85; p = 0,0012). Gli eventi avversi osservati tanto con obinutuzumab quanto con rituximab si sono rivelati in linea con gli studi precedenti.

“Il linfoma follicolare, la forma più comune di linfoma non Hodgkin a crescita lenta, è un tumore del sangue non curabile, caratterizzato da cicli di remissione e peggioramento della malattia, che diventa più difficile da trattare a ogni recidiva”, ha dichiarato **Sandra Horning**, M.D., Chief Medical Officer e Head of Global Product Development di Roche. “Ad oggi, questo studio sul trattamento a base di obinutuzumab è il primo e unico di fase III ad aver dimostrato un aumento della sopravvivenza libera da progressione rispetto al trattamento a base di rituximab, l'attuale terapia standard, nel linfoma follicolare non precedentemente trattato”.

“Lo studio Gallium è un importante passo avanti nella terapia dei pazienti affetti da linfoma follicolare. Tali pazienti hanno una ottima probabilità di risposta alla terapia, ma purtroppo le ricadute sono frequenti e si manifestano anche dopo parecchio tempo dalla fine della terapia – ha commentato **Umberto Vitolo**, Direttore SC Ematologia, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Alcuni ampi studi hanno dimostrato che una recidiva entro i primi due anni dalla fine della terapia riduce significativamente la sopravvivenza di questi pazienti. E' quindi importante ridurre il rischio di recidiva. Nello studio Gallium, la sostituzione di rituximab con il nuovo anticorpo monoclonale antiCD20 obinutuzumab ha dimostrato, sempre in associazione a vari tipi di chemioterapia, una riduzione del rischio di recidiva del 34%. Tale riduzione è probabilmente dovuta al raggiungimento di una remissione di miglior qualità. Questa associazione rappresenta quindi una nuova opportunità per i pazienti affetti da linfoma follicolare in particolare per quelli considerati a rischio più elevato per le caratteristiche della malattia”.

Lo studio GALLIUM rappresenta il terzo studio positivo di fase III condotto con obinutuzumab, dopo lo studio CLL11, in pazienti affetti da leucemia linfatica cronica (LLC) non precedentemente trattata, e lo studio GADOLIN, in pazienti con linfoma non Hodgkin indolente (a crescita lenta) andati incontro a progressione della malattia durante o entro sei mesi dalla precedente terapia a base di rituximab. I risultati dello studio GALLIUM verranno presentati alle autorità sanitarie di tutto il mondo per valutare l'approvazione del farmaco in questa indicazione.

<http://www.pharmastar.it>

## Linfoma non-Hodgkin: più sopravvivenza con obinutuzumab verso rituximab nello studio GALLIUM presentato all'ASH

Per la prima volta un farmaco - obinutuzumab - dimostra un aumento della sopravvivenza libera da progressione nel linfoma non Hodgkin indolente, rispetto al trattamento standard a base di rituximab. Il linfoma follicolare è la forma più comune di linfoma non Hodgkin (LNH) indolente (a crescita lenta) e rappresenta circa un caso ogni cinque di LNH.<sup>1</sup> È considerato incurabile e le recidive sono frequenti. A livello internazionale, si stima che il linfoma follicolare venga diagnosticato a oltre 75.000 persone ogni anno.



Lo studio registrativo di fase III GALLIUM, presentato in sessione plenaria al 58° Congresso annuale della Società americana di ematologia (ASH) dimostra come, nei pazienti colpiti da linfoma follicolare non precedentemente trattato, obinutuzumab associato a chemioterapia e successivamente somministrato in monoterapia riduca del 34 per cento il rischio di peggioramento della malattia o la morte, raggiungendo anticipatamente l'endpoint primario dello studio: sopravvivenza libera da progressione (PFS) valutata dallo sperimentatore.

Il dato è stato ottenuto nel confronto con la terapia standard a base di rituximab associata a chemioterapia seguito da rituximab in monoterapia (hazard ratio [HR] = 0,66; intervallo di confidenza [IC] al 95% 0,51-0,85; p = 0,0012). Gli eventi avversi osservati tanto con

obinutuzumab quanto con rituximab si sono rivelati in linea con gli studi precedenti.

“Lo studio Gallium è un importante passo avanti nella terapia dei pazienti affetti da linfoma follicolare. Tali pazienti hanno una ottima probabilità di risposta alla terapia, ma purtroppo le ricadute sono frequenti e si manifestano anche dopo parecchio tempo dalla fine della terapia – ha commentato il prof. **Umberto Vitolo**, Direttore SC Ematologia, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Alcuni ampi studi hanno dimostrato che una recidiva entro i primi due anni dalla fine della terapia riduce significativamente la sopravvivenza di questi pazienti. E’ quindi importante ridurre il rischio di recidiva. Nello studio Gallium, la sostituzione di rituximab con il nuovo anticorpo monoclonale antiCD20 obinutuzumab ha dimostrato, sempre in associazione a vari tipi di chemioterapia, una riduzione del rischio di recidiva del 34%. Tale riduzione è probabilmente dovuta al raggiungimento di una remissione di miglior qualità. Questa associazione rappresenta quindi una nuova opportunità per i pazienti affetti da linfoma follicolare in particolare per quelli considerati a rischio più elevato per le caratteristiche della malattia”.

Lo studio GALLIUM rappresenta il terzo studio positivo di fase III condotto con obinutuzumab, dopo lo studio CLL11, in pazienti affetti da leucemia linfatica cronica (LLC) non precedentemente trattata, e lo studio GADOLIN, in pazienti con linfoma non Hodgkin indolente (a crescita lenta) andati incontro a progressione della malattia durante o entro sei mesi dalla precedente terapia a base di rituximab. I risultati dello studio GALLIUM verranno presentati alle autorità sanitarie di tutto il mondo per valutare l’approvazione del farmaco in questa indicazione.

### **Lo studio GALLIUM**

Lo studio GALLIUM (NCT01332968) è una sperimentazione internazionale di fase III in aperto, multicentrica, randomizzata e a due bracci volta a esaminare l’efficacia e la sicurezza di obinutuzumab più chemioterapia seguito da obinutuzumab in monoterapia per un periodo massimo di due anni in un confronto diretto con rituximab più chemioterapia seguito da rituximab in monoterapia. I regimi chemioterapici utilizzati sono stati CHOP, CVP o bendamustina e sono stati scelti da ogni centro sperimentale partecipante prima di iniziare l’arruolamento. Lo studio GALLIUM ha coinvolto 1.401 pazienti con linfoma non Hodgkin indolente (iLNH) non precedentemente trattato, dei quali 1202 erano affetti da linfoma follicolare. L’endpoint primario dello studio era la PFS valutata dallo sperimentatore nei pazienti con linfoma follicolare, mentre gli endpoint secondari includevano PFS valutata da un comitato di revisione indipendente (IRC), PFS nella popolazione globale dello studio (iLNH), tasso di risposta (risposta globale [ORR] e risposta completa [CR]), sopravvivenza globale (OS) e sicurezza. Lo studio GALLIUM viene condotto in collaborazione con il Gruppo tedesco di studio del linfoma di basso grado (GLSG; Germania), il Gruppo di studio di ematologia e oncologia della Germania dell’est (OSHO; Germania) e l’Istituto nazionale britannico della ricerca sul cancro (NCRI; Regno Unito).

I principali risultati dello studio GALLIUM in sintesi:

| Gruppo di studio                                       |  |  |
|--|--|--|
| <b>Gruppo di trattamento</b>                           | Pazienti affetti da linfoma follicolare non precedentemente trattato |  |
|  | obinutuzumab + chemioterapia, seguito da obinutuzumab in monoterapia | rituximab + chemioterapia, seguito da rituximab in monoterapia |
| <b>N =</b>   | 601  | 601  |
| <b>PFS(endpoint primario e secondario)<sup>1</sup></b> |  |  |
| <b>PFS</b>   | Sperimentatore: HR = 0,66 (0,51, 0,85), p = 0,0012                   |  |
|  | Indipendente: HR = 0,71 (0,54, 0,93), p = 0,0138                     |  |
| <b>Tasso di PFS</b>                                    | Sperimentatore: 80,0%  | Sperimentatore: 73,3%  |
| <b>a 3 anni</b>  | Indipendente: 81,9%  | Indipendente: 77,9%  |
| <b>OS (endpoint secondario)</b>                        |  |  |
| <b>OS</b>  | HR = 0,75 (0,49, 1,17), p=0,21                                       |  |
| <b>Tasso di OS a 3 anni</b>                            | 94%  | 92,1%  |

| Tempo al trattamento successivo (TTNT; endpoint secondario)  |   |       |
|--|---|-------|
| <b>TTNT</b>  | HR = 0,68 (0,51, 0,91), p = 0,0094  |       |
| <b>TTNT a 3 anni</b>   | 87,1%   | 81,2% |
| <b>Tassi di risposta (alla fine dell'induzione; endpoint secondari)<sup>2</sup></b>  |   |       |
| <b>ORR</b>   | 88,5%   | 86,9% |
| <b>CR</b>  | 19,5%   | 23,8% |
| <b>Risposta parziale (PR)</b>  | 69,1%   | 63,1% |
| <b>Malattia minima residua (MRD; endpoint esplorativo) [Pott et al.]</b>   |   |       |
| <b>N =</b>   | 351   | 345   |
| <b>Negatività per MRD<sup>3</sup> (nel sangue e/o nel midollo osseo alla fine del trattamento conobinutuzumab o rituximab + chemioterapia)</b> | 92,0%   | 84,9% |
|  | p = 0,0041  |       |
| <b>Sicurezza (endpoint secondario)</b>   |   |       |
| <b>N =</b>   | 595   | 597   |
| <b>Eventi avversi (AE)</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Gli AE osservati con obinutuzumab e rituximab si sono rivelati compatibili con quelli registrati in sperimentazioni cliniche condotte in precedenza nelle quali i singoli agenti sono stati associati a varie chemioterapie.</li> <li>· Il tasso globale di AE di grado 3 o superiore riscontrato nei bracciobinutuzumab e rituximab si è attestato rispettivamente al 74,6% e al 67,8%.</li> <li>· Gli AE di grado uguale o superiore a 3 più comuni che si sono verificati con maggiore frequenza nel braccio obinutuzumab rispetto al braccio rituximab sono stati bassa conta di globuli bianchi (neutropenia, 43,9% versus 37,9%; leucopenia, 8,6% versus 8,4%), bassa conta di globuli bianchi associata a febbre (neutropenia febbrile, 6,9% versus 4,9%), reazioni correlate all'infusione<sup>4</sup> (12,4% versus 6,7%), bassa conta di piastrine (trombocitopenia, 6,1% versus 2,7%), infezioni</li> </ul> |       |

|  |   |
|--|---|
|  | (20,0% <i>versus</i> 15,6%) e neoplasie secondarie (4,7% <i>versus</i> 2,7%). |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
|  | · Il 4,0% dei soggetti appartenenti al braccio obinutuzumab ha manifestato AE fatali, contro il 3,4% dei pazienti del braccio rituximab. |
|--|--|

1 L'endpoint primario è la PFS valutata dallo sperimentatore; follow-up mediano di 34,5 mesi

2 Misurati mediante tomografia computerizzata (TC)

3 Con negatività per MRD si intende che non è possibile rilevare alcun tumore nel sangue o nel midollo osseo tramite un test specifico ad alta sensibilità

4 Da intendersi come qualsiasi AE che si manifesta durante o entro 24 ore dall'infusione di obinutuzumab o rituximab e ritenuto correlato al farmaco

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

## CANCRO

# ***Un'arma più efficace contro la forma più comune di linfoma non-Hodgkin***

L'anticorpo monoclonale obinutuzumab, associato a chemioterapia e successivamente somministrato in monoterapia, riduce del 34 per cento rispetto al farmaco attualmente in uso (rituximab) il rischio di peggioramento della malattia o la morte in pazienti colpiti da linfoma follicolare non precedentemente trattato e aumenta la sopravvivenza libera da progressione.

È questo il dato principale dello studio registrativo di fase III GALLIUM, presentato in sessione plenaria al 58° Congresso annuale della Società americana di ematologia (ASH).

«Il linfoma follicolare, la forma più comune di linfoma non Hodgkin a crescita lenta, è un tumore del sangue non curabile, caratterizzato da cicli di remissione e peggioramento della malattia, che diventa più difficile da trattare a ogni recidiva», ha dichiarato Sandra Horning, chief medical officer e head of Global Product Development di Roche. «Ad oggi, questo studio sul trattamento a base di obinutuzumab è il primo e unico di fase III ad aver dimostrato un aumento della sopravvivenza libera da progressione rispetto al trattamento a base di rituximab, l'attuale terapia standard, nel linfoma follicolare non precedentemente trattato».

«Lo studio Gallium è un importante passo avanti nella terapia dei pazienti affetti da linfoma follicolare. Questi pazienti hanno una ottima probabilità di risposta alla terapia, ma purtroppo le ricadute sono frequenti e si manifestano anche dopo parecchio tempo dalla fine della terapia», ha commentato Umberto Vitolo, direttore della struttura complessa di Ematologia dell'Azienda ospedaliero universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino. «Alcuni ampi studi hanno dimostrato che una recidiva entro i primi due anni dalla fine della terapia riduce significativamente la sopravvivenza di questi pazienti. È quindi

importante ridurre il rischio di recidiva. Nello studio Gallium, la sostituzione di rituximab con il nuovo anticorpo monoclonale antiCD20 obinutuzumab ha dimostrato, sempre in associazione a vari tipi di chemioterapia, una riduzione del rischio di recidiva del 34 per cento. Questa riduzione è probabilmente dovuta al raggiungimento di una remissione di miglior qualità. Questa associazione rappresenta quindi una nuova opportunità per i pazienti affetti da linfoma follicolare in particolare per quelli considerati a rischio più elevato per le caratteristiche della malattia».

Obinutuzumab è un anticorpo monoclonale ingegnerizzato disegnato per legarsi all'antigene CD20, una proteina presente solo sulle cellule B. Il farmaco colpisce e distrugge in maniera mirata le cellule B sia direttamente, sia attraverso il sistema immunitario dell'organismo.

Obinutuzumab è attualmente approvato in oltre 80 Paesi in associazione a clorambucile per il trattamento dei pazienti affetti da leucemia linfatica cronica precedentemente non trattata.

A febbraio del 2016, obinutuzumab è stato approvato dalla Food and Drug Administration statunitense per il trattamento dei pazienti con linfoma follicolare non responsivi a un regime contenente rituximab o andati incontro a ricomparsa della malattia dopo tale terapia. A giugno del 2016 anche la Commissione Europea ha approvato il farmaco con la medesima indicazione.

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

CONGRESSO AMERICANO DI EMATOLOGIA

## Leucemia mieloide cronica: non più cure a vita per i malati

*Era letale, oggi oltre l'80 per cento dei pazienti è vivo a 10 anni dalla diagnosi. Grazie a farmaci efficaci, studi confermano che si può sospendere la terapia o ridurre il dosaggio*

**di Vera Martinella**

Ridurre notevolmente o addirittura sospendere la terapia. È questo il prossimo obiettivo, raggiungibile e vicino, a cui puntare per i malati di leucemia mieloide cronica. Lo hanno annunciato gli esperti riuniti al congresso annuale della Società Americana di Ematologia (Ash), in corso a San Diego, dove sono stati presentati diversi studi che confermano e approfondiscono la possibilità, per alcuni pazienti giudicati «leggibili», di interrompere i trattamenti dopo un quinquennio di cure e i necessari controlli. «Un tempo sempre mortale, con una sopravvivenza media di circa 4 anni, questa è oggi una forma di leucemia che, grazie allo sviluppo e all'impiego di farmaci denominati inibitori delle tirosin chinasi, consente sopravvivenze a 10 anni superiori all'80 per cento - commenta Giovanni Pizzolo, vicepresidente della Società Italiana di Ematologia -. Questo tipo di trattamento è continuativo e nella maggior parte dei casi dovrà essere probabilmente somministrato per tutta la vita per tenere a bada il tumore. Ma la ricerca sta aprendo nuove prospettive».

### ***Lo studio europeo: sospendere la cura si può***

Negli ultimi anni i farmaci disponibili per la cura della leucemia mieloide cronica (imatinib, nilotinib e dasatinib in prima linea; bosutinib e ponatinib in seconda) si sono rivelati così efficaci che si è potuta esplorare l'eventualità di fermare a un certo punto la somministrazione della terapia. Con un duplice vantaggio: per i pazienti e per il Sistema sanitario, che risparmierebbe sui costi. «Un vasto studio europeo condotto su oltre 800 pazienti - spiega Michele Bacarani, professore di Ematologia all'Università di

Bologna, in riferimento all'*Euro-Ski Trial* - rafforza le prove a favore del fatto che, una volta ottenuta una risposta molecolare profonda e stabile, si può sospendere la terapia. In questo modo circa la metà dei pazienti resta in risposta, ma hanno una malattia minima residua tracciabile: ovvero sono "guariti" clinicamente, ma non biologicamente. A seguito di questo e di altri studi, le prossime raccomandazioni o linee-guida per la terapia della leucemia mieloide cronica diranno che se un paziente è stato trattato per almeno 4 o 5 anni, se ha ottenuto un risposta molecolare profonda (che testimonia la quasi scomparsa del tumore) e se tale risposta è stabile (almeno un anno), allora quel paziente è candidabile per la sospensione del trattamento, avendo almeno 50 probabilità su 100 di restare in remissione, senza correre rischi di progressione di malattia. E se la risposta molecolare si perde, si riprende la terapia e tutto torna come prima, senza pericoli aggiuntivi».

<http://www.pharmastar.it>

## Mieloma multiplo, minor rischio di neuropatia periferica con lenalidomide

I pazienti affetti da mieloma multiplo hanno risultati di sopravvivenza simili se vengono trattati con talidomide o con lenalidomide, ma il rischio di neuropatia periferica è inferiore con lenalidomide. Lo evidenzia uno studio osservazionale da poco pubblicato sulla rivista European Journal of Cancer.



I pazienti affetti da mieloma multiplo hanno risultati di sopravvivenza simili se vengono trattati con talidomide o con lenalidomide, ma il rischio di neuropatia periferica è inferiore con lenalidomide. Lo evidenzia uno studio osservazionale da poco pubblicato sulla rivista European Journal of Cancer.

Gli autori, guidati da Jing Luo, del Brigham and Women's Hospital presso la Harvard University di Boston, hanno effettuato uno studio su una coorte di 1264 pazienti con mieloma multiplo che erano stati sottoposti a un trattamento con lenalidomide e talidomide tra il 2004 e il 2013, analizzando i dati amministrativi relativi alle richieste di rimborso forniti da una grossa assicurazione sanitaria statunitense, UnitedHealth, al fine di confrontare i risultati di sopravvivenza, oltre che il rischio di neuropatia periferica.

I ricercatori non hanno trovato differenze nei tassi di mortalità tra il gruppi di pazienti trattati con talidomide e quello trattati con lenalidomide (HR 1,00; IC al 95% 0,71-1,41).

Su un totale di 406 pazienti trattati con talidomide, 142 (il 35%) hanno sviluppato

neuropatia periferica durante un follow-up medio di 499 giorni-persona, mentre degli 858 che sono stati trattati con lenalidomide, quelli che hanno sviluppato la neuropatia durante un follow-up medio di 587 giorni-persona sono stati 244 (il 29%). Questa differenza si traduce in una riduzione del 29% del rischio di neuropatia periferica nel gruppo trattato con lenalidomide rispetto a quello trattato con talidomide (HR 0,71; IC al 95% 0,56-0,92).

Sulla base di questi risultati, gli autori concludono che, in accordo con i risultati di studi pubblicati di recente, i due immunomodulatori sono equivalenti per quanto riguarda gli outcome di sopravvivenza; tuttavia, i loro dati suggeriscono che in un setting di pratica clinica sono diversi in termini di neurotossicità e che i pazienti trattati con lenalidomide hanno un minor rischio di sviluppare neuropatia periferica rispetto a quelli trattati con talidomide.

J. Luo, et al. Comparative effectiveness and safety of thalidomide and lenalidomide in patients with multiple myeloma in the United States of America: a population-based cohort study. *Eur J Cancer*. 2016 Nov 17. doi: 10.1016/j.ejca.2016.10.018.

## La pediatra

## La donna che trovò i segreti del sistema immunitario



Chi è

**Maria Grazia Roncarolo** guida l'Institute for stem cell biology and regenerative medicine della Stanford School of Medicine, negli Stati Uniti

È la pediatra che dopo essere tornata da Palo Alto scala le vette della ricerca in Italia, fino a diventare tra il 2008 e il 2013 la prima donna a essere nominata direttore scientifico del San Raffaele, ospedale ai vertici in Italia per pubblicazioni scientifiche (oltre 1.100). Maria Grazia Roncarolo oggi è di nuovo di casa negli Usa, stavolta alla Stanford School of Medicine, dove guida l'Institute for stem cell biology and regenerative medicine: ma la sua figura resta tuttora centrale all'Istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica (SR-Tiget), una joint-venture tra l'ospedale e la Fondazione Telethon.

Tra le scoperte principali, il ruolo delle cellule T regolatorie di tipo 1 (Tr1), componenti del sistema immunitario che possono trovare importanti

applicazioni nella prevenzione e nella cura delle malattie autoimmuni e contro il rigetto nei trapianti. È suo un protocollo all'avanguardia per curare i bambini affetti da immunodeficienza combinata grave (Scid), con benefici clinici comprovati.

È tra le vincitrici 2013 del premio *Marisa Bellisario*, «per il contributo dato al progresso della medicina e per l'impegno con cui persegue l'obiettivo della rinascita della ricerca scientifica in Italia. Raro esempio di cervello tornato in patria che con ammirevole spirito di sacrificio e passione autentica ha dedicato la propria vita a trovare le migliori e più efficaci cure per le più terribili malattie».

S. Rav.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.ansa.it>

# Algoritmo predice decesso e consiglia cure palliative

*Wsj, creato da Aspire Health, mira a ridurre spesa sanitaria*



(ANSA) - ROMA, 5 DIC - Un algoritmo predice il decesso di pazienti malati e propone cure palliative con l'obiettivo di contenere la spesa sanitaria. L'ha creata una start up che si chiama Aspire Health e ne parla il Wall Street Journal.

"Possiamo capire se i pazienti moriranno tra una settimana, sei settimane o un anno. Siamo in grado di prenderci cura di loro con un costo inferiore e con una maggiore soddisfazione degli stessi malati", spiega William Frist, co-fondatore della società ed ex senatore. La società con sede a Nashville - ha vinto 32 milioni di dollari in finanziamenti da Google Venture - ha gestito la cura di più di 20.000 pazienti in 19 stati, con un risparmio sui piani salute di circa 4mila dollari a paziente, usando le cure palliative. Per identificare i pazienti viene usato un algoritmo, incrociato a consultazioni mediche. E viene effettuata una completa valutazione dei loro bisogni fisici, emotivi e spirituali. Molti di coloro che si iscrivono - spiega il Wsj - sono consapevoli della loro prognosi. Aspire "sta riempiendo un enorme divario tra ospedali e strutture specializzate", dice al Wall Street Journal Diane E. Meier, direttore del Centro di Advance Palliative Care presso la Facoltà di Medicina dell'Ichan Health System Mount Sinai di New York.

(ANSA)

<http://www.ansa.it>

# In un pugno di noci o noccioline l'elisir per il cuore, anche anti tumore

*Bastano 20 grammi al giorno, frenano i radicali liberi*



Una manciata di noci o noccioline al giorno, circa 20 grammi, riduce il rischio di problemi cardiaci, cancro e morte prematura. È quanto emerge da uno studio dell' Imperial College London e della Norwegian University of Science and Technology, pubblicato su BMC Medicine. Il gruppo di ricerca ha analizzato 29 studi in tutto il mondo che hanno coinvolto fino a 819.000 partecipanti, che includevano più di 12.000 casi di malattie delle coronarie, 9.000 casi di ictus, 18.000 casi di malattie cardiovascolari e cancro, e più di 85.000 morti. Sebbene con delle variazioni legate alle differenze di genere, ai fattori di rischio e alla provenienza geografica, dai risultati è emerso che 20 grammi al giorno di noci, nocciole o noccioline, l'equivalente di un pugno, possono ridurre il rischio di malattie delle coronarie di quasi il 30 per cento, il rischio di cancro del 15 per cento, e quello di morte prematura del 22 per cento.

Una media di almeno 20 grammi di consumo è stata anche associata ad un ridotto rischio di morire di malattie respiratorie di circa la metà, e di diabete di quasi il 40 per cento, anche se i ricercatori osservano che vi sono meno dati su queste malattie in rapporto al consumo di frutta secca. Diverse le varietà analizzate, come noci, nocciole, noci pecan, ma sono state incluse anche le noccioline. Alcune tipologie in particolare, evidenziano gli studiosi, come le noci semplici e quelle pecan, sono ricche oltre che di magnesio, fibre e grassi polinsaturi, di antiossidanti che potrebbero contrastare il cosiddetto stress ossidativo, una condizione causata dall'eccessiva produzione di radicali liberi da parte dell'organismo, e questo potrebbe ad esempio ridurre il rischio di cancro.

<http://www.adnkronos.com>

## Un pugno di noci al giorno 'scudo' contro il cancro e malattie del cuore



Buone notizie per gli appassionati di frutta secca. Una vasta analisi delle ultime ricerche condotte in materia dimostra, infatti, che **le persone che mangiano almeno 20 grammi di noci al giorno corrono un rischio minore di malattie cardiache, cancro e altre malattie rispetto a chi non sgranocchia questi alimenti**. In pratica, concedersi con regolarità uno spuntino a base di noci - l'equivalente di un pugno al dì - può ridurre il rischio di malattia coronarica di quasi il 30%, quello di cancro del 15%, e quello di morte prematura del 22%.

Non solo. Sembra che le noci abbiano virtù trasversali, dal momento che **20g al dì sono stati associati anche a un rischio dimezzato di morire di malattie respiratorie e del 40% in meno per quanto riguarda il diabete**. Anche se i ricercatori osservano che nel caso di queste ultime patologie i dati sono meno corposi. Lo studio, condotto da ricercatori dell'Imperial College di Londra e dell'Università norvegese di Scienza e Tecnologia, è stato pubblicato su 'BMC Medicine'.

Il gruppo di ricerca ha analizzato **29 lavori pubblicati in tutto il mondo, condotti su circa 819.000 partecipanti**. All'interno c'erano dati su oltre 12.000 casi di malattia coronarica, 9.000 casi di ictus, 18.000 casi di malattie cardiovascolari e cancro e più di 85.000 morti.

Insomma, numeri alla mano i ricercatori hanno scoperto che il consumo di noci è associato a una riduzione del rischio di malattia. "Abbiamo riscontrato una consistente riduzione del rischio in molte malattie diverse, aspetto che è un forte indicatore

dell'esistenza di un vero e proprio rapporto tra il consumo di noci e diversi risultati per la salute. E si tratta di un effetto notevole per una tanto piccola quantità di questo alimento", spiega Dagfinn Aune della School of Public Health dell'Imperial College. **La ricerca ha incluso tutti i tipi di frutta a guscio, come nocciole e noci, ma anche le arachidi, che in realtà sono legumi.** I risultati sono stati in simili, anche se è stata analizzata l'assunzione generale totale di nocciole, noci o arachidi.

UNDICI REGIONI PROTAGONISTE DELLO EUROPEAN SUMMIT ON DIGITAL INNOVATION FOR ACTIVE AND HEALTHY AGEING

# Healthy ageing, il made in Italy premiato dall'Ue

DI LISA LEONARDINI \*

**I**l 17 dicembre a Bruxelles 11 Regioni italiane - Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Veneto e la Provincia autonoma di Trento riceveranno dalla Commissione europea il premio come Siti di riferimento del Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo (Reference site of the european and innovation partnership on active and healthy aging, Eip-Aha), insieme ad altri 63 selezionati a livello Eu.

Tale riconoscimento assegnato alle Regioni, e ai loro partner pubblici e privati, giunge grazie alle politiche e soluzioni innovative attuate a favore degli anziani e che contribuiscono a tradurre in pratica gli obiettivi strategici dell'Eip-Aha, tra cui: aumentare di 2 anni il periodo di vita sana e attiva entro il 2020 e ridurre i costi dei sistemi sanitari. Ruolo chiave nella scacchiera a Reference site delle Regioni italiane l'ha avuto il Programma Matto-ne internazionale salute (ProMis) che la Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni ha istituito, il 29 luglio 2015, quale servizio a supporto delle Regioni e Pa nei loro processi di internazionalizzazione.

Il partenariato Eu prevede la collaborazione di Enti governativi regionali che si occupano di materie sanitarie, il mondo imprenditoriale, il mondo accademico e la società civile (come per esempio le organizzazioni che rappresentano gli anziani e i pazienti) in un ecosistema integrato.

Gli 11 reference site italiani si sono impegnati a investire oltre 600 milioni di euro, nel periodo che va dal 2016 al 2019, in soluzioni innovative che porteranno: miglioramenti nella qualità della vita della popolazione, efficienza e sostenibilità per la salute, supporto all'assistenza sociale e, infine, crescita economica e aumento della competitività. Si prevede che questi investimenti porteranno benefici per circa 800mila persone nei prossimi tre anni.

Come noto, in Italia i processi demografici, che perdurano ormai da diversi anni e che influenzano l'indice di vecchiaia, sono riconducibili all'incremento della popolazione in età anziana, alla riduzione di quella in età

giovane, all'aumento della sopravvivenza e al contenimento della fecondità, ben al di sotto del livello di sostituzione delle generazioni. In ragione di tali fattori, l'Italia è il 4° Paese dell'Ue per popolazione (dopo Germania, Francia e Regno Unito) e il 23° al mondo. Le persone con oltre 65 anni d'età ormai rappresentano più di 1/5 della popolazione (fonte Istat).

L'invecchiamento demografico e il calo del tasso di natalità creano stress sui sistemi di welfare e implicano la necessità di interventi mirati, come politiche d'integrazione lavorativa e d'inclusione socio-culturale degli anziani. Con l'active ageing si può agire sul sistema economico nel suo complesso, favorendo anche giovani e donne. L'aumento prospettico delle persone attive e la conseguente diminuzione dei carichi socio-assistenziali sono fonte, infatti, di ricadute positive sulla tenuta dei sistemi di welfare regionali.

La partecipazione all'Eip-Aha offre, quindi, all'Italia l'opportunità di sperimentare e implementare buone pratiche capaci di sviluppare ricadute positive: riduzione della spesa pubblica (calo dei consumi e dei costi dei servizi sociosanitari), aumento degli investimenti e della produttività nei settori delle nuove tecnologie applicate ai servizi sociosanitari, e sviluppo di nuove opportunità sul mercato del lavoro.

I siti italiani che verranno premiati stanno mettendo in campo progetti e azioni di impatto strutturale. Le Regioni come Friuli Venezia Giulia e Lombardia hanno adottato leggi specifiche che hanno dato impulso a interventi finalizzati a garantire un'ottimale integrazione socio-sanitaria, secondo una visione centrata sui bisogni del paziente, e orientata a superare la frammentazione dei servizi e i tradizionali dualismi ospedale-territorio, sanitario-sociosanitario. La Campania punta al trasferimento delle innovazioni biomediche e tecnologiche per il mercato, sfruttando l'integrazione tra ricerca, formazione e fornitura di servizi attraverso collaborazioni internazionali. La Liguria sta studiando l'applicazione di sistemi digitali che coinvolgano le zone rurali e arrivino ai cittadini maggiormente isolati. Il

Piemonte scommette sulla formazione, per diminuire l'ospedalizzazione, formando alle tecniche dell'infermista di comunità un team di professionisti in diverse zone montane. La Puglia ha attivato i distretti tecnologici multidisciplinari attraverso l'utilizzo dei fondi strutturali (appalti pubblici per l'innovazione). La Toscana ha sviluppato il modello proattivo di prevenzione e presa in carico delle patologie croniche (Sanità d'iniziativa) e i programmi di attività fisica adattata. Il Lazio ha sviluppato un modello di valutazione della qualità delle cure promuovendo l'aderenza a cure basate sulle evidenze. L'Emilia Romagna ha sviluppato un modello predittivo per la diagnosi precoce di condizioni pre-fragili e fragili legate a fattori sociali e sanitari. La Pa di Trento ha realizzato la piattaforma di sanità elettronica denominata TreC (Cartella clinica del cittadino) attiva, attraverso le sue applicazioni, nel contesto di continuità assistenziale ospedale-territorio. Anche il Veneto è impegnato nel campo digitale con lo sviluppo della Regional health information exchange (Hie) che consente ai cittadini di accedere ai servizi sanitari elettronici. Trasversalmente, la "presa in carico della cronicità" rappresenta il cuore delle buone pratiche italiane attraverso modelli gestionali innovativi basati sulla presa in carico proattiva e integrata del malato.

Il premio sarà conferito dal Commissario Ue per l'economia e la società digitali Oettinger in occasione dell'European summit on digital innovation for active and healthy Ageing che riunirà rappresentanti politici a livello europeo e internazionale, inclusi i rappresentanti dei governi di Giappone, Canada e Usa, ministri del settore Ict del G7, rappresentanti dell'Oms, Ocse, Ong e Ceo di imprese private.

\* *Ulss 10 Veneto*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**IN RAMPA DI LANCIO AL SENATO**

# Testo unico per l'amianto

## Le sentinelle per obbligo

**P**restazioni sanitarie gratuite per esposti ed ex esposti all'amianto; sorveglianza, assistenza e accertamento dello stato di salute a carico del Ssn; misure preventive e protettive per la collettività e in particolare per chi risiede in prossimità dei siti contaminati; obbligo per le aziende sanitarie locali e i medici competenti di inviare la documentazione e le informazioni ai Centri operativi regionali (Cor) per la successiva trasmissione all'Inail e l'iscrizione nel registro dei tumori e delle malattie asbesto-correlate. Presso ogni azienda sanitaria locale è istituito un registro dei soggetti ex esposti all'amianto e il singolo cittadino ex esposto può richiedere l'iscrizione al registro degli ex esposti ad amianto, con la documentazione comprovante l'esposizione. I medici e le strutture sanitarie pubbliche e private, nonché gli istituti previdenziali e assicurativi pubblici o privati, che identificano casi di neoplasie da loro ritenute attribuibili a esposizioni lavorative o ambientali ad agenti cancerogeni, ne dovranno dare segnalazione all'Inail.

Sono queste alcune delle disposizioni sulla salute collettiva previste dal Titolo IV del testo unico sull'amianto. Un disegno di legge di 128 articoli a prima firma **Camilla Fabbri** (presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, Pd) che al Senato ha promosso la II Assemblea nazionale sull'amianto per presentare il Ddl. Il presidente del Senato **Pietro Grasso** dovrà ora assegnare il provvedimento alle commissioni competenti che inizieranno l'analisi del testo.

Obiettivi del provvedimento, riordinare, coordinare e integrare tutta la normativa in materia di amianto. «Il testo Unico sull'amianto nasce per garantire efficacia all'azione legislativa e amministrativa - spiega Fabbri - ma anche certezza di giustizia alle vittime e alle loro famiglie. A 24 anni dalle legge 257, con cui nel 1992 è stato bandito l'amianto, ancora molta strada deve essere compiuta, come dimostra l'inchiesta della nostra Commissione che ci ha portato, solo per citare alcune realtà, all'ex isochimica di Avellino e a Casale Monferrato. Questo Testo unico vuole essere un punto di partenza ed è a disposizione delle associazioni e di tutte le realtà per eventuali suggerimenti».

**Ro.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 05 DICEMBRE 2016

## Influenza. Report Ocse: in Italia si vaccina solo il 55% degli anziani. Messicani e coreani i più vaccinati

***Il nostro Paese in linea con la media dei paesi aderenti all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. Il rapporto ha messo a confronto i dati sulle vaccinazioni antinfluenzali tra gli over 65 nel 2004 e nel 2014. In Italia registrato un calo di circa il 10%, Mentre Messico e Corea del Sud viaggiano su percentuali dell'80%.***

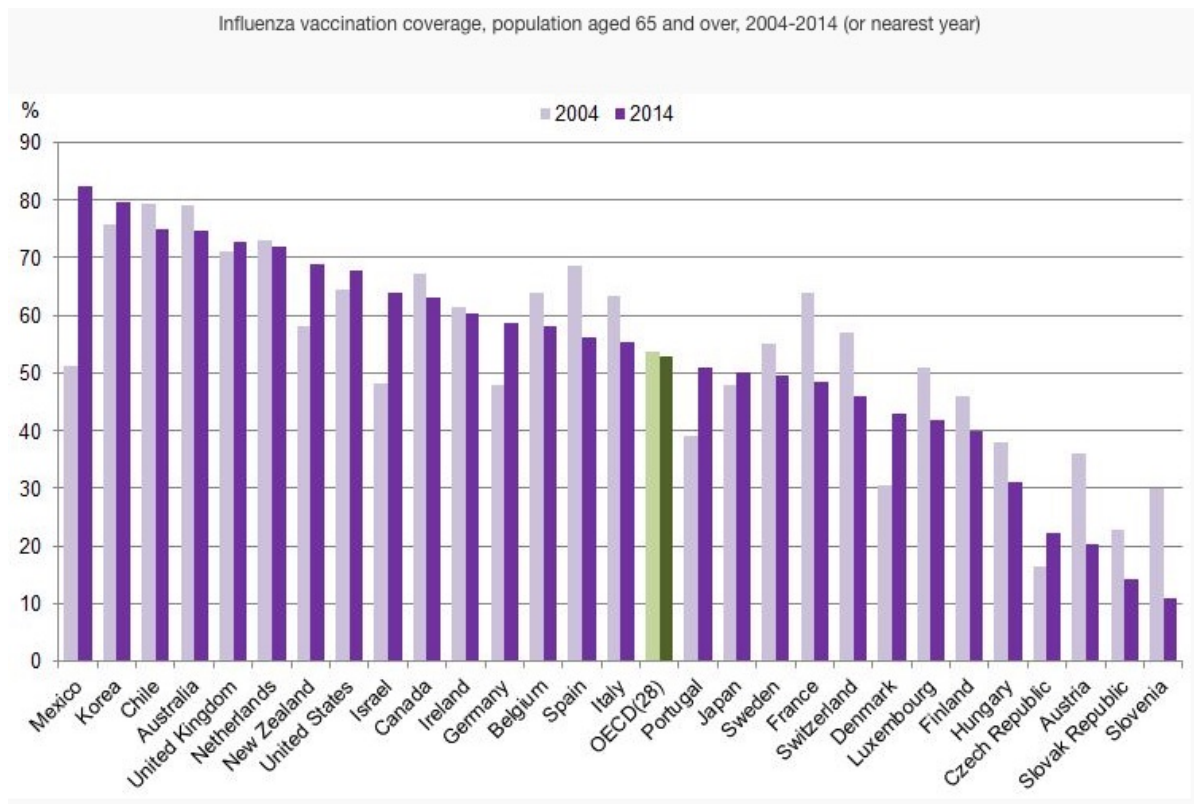
Evitare di ammalarsi, soprattutto nei periodi invernali, è il consiglio che gli esperti danno soprattutto alle fasce più deboli della popolazione. Tra questi ci sono gli anziani ma, gli over 65 ricorrono sempre meno all'aiuto dei vaccini per restare in buona salute.

Il bilancio è stato tracciato dall'Ocse che, tra gli studi pubblicati nel novembre del 2016, ne ha dedicato uno alla diffusione delle vaccinazioni anti-influenzali tra le persone più avanti con l'età. In particolare, sono stati analizzati due degli anni che racchiudono un decennio: il 2004 e il 2014. In Italia, in questo periodo, gli over 65 vaccinati sono passati dal 65 al 55%. Il Belpaese, nonostante il calo, risulta perfettamente in media con il resto dei paesi analizzati dall'Ocse: due anni fa, infatti solo la metà delle persone di età superiore ai 65 anni si sono vaccinate contro l'influenza.

A fare da modello ci sono solo alcune realtà che rispettano le raccomandazione dell'OCSE di mantenere una copertura vaccinale, in questa fascia di età, attorno al 75%. In prima linea c'è il Messico che, nel 2014, ha registrato una richiesta di vaccini superiore all'80%. Un vero salto di qualità se si considera che un decennio prima era poco più di 50 punti percentuali. A seguire, c'è la Corea che ha mantenuto una quota piuttosto stabile intorno agli 80 vaccinati su 100. Al 75% di vaccinati, per il 2014, ci sono anche il Cile e l'Australia. Tutti gli altri paesi sono al di sotto della soglia raccomandata. L'Italia si trova al quindicesimo posto, quasi a metà della classifica dei 28.

Maglie nere per Austria, Slovacchia e Slovenia, rispettivamente al terzultimo, penultimo e ultimo posto della classifica. Tutti e tre questi paesi non raggiungevano il 50 per cento dei vaccinati anziani nemmeno nel 2004. Per il 2014 l'Austria ha toccato i 20 punti percentuali, con un peggioramento di circa il 15%. La Slovacchia è passata dal 22% al 15 del 2014. La Slovenia, invece due inverni fa, ha visto vaccinarsi solo l'11% circa della popolazione anziana, con una diminuzione in 10 anni, di 20 punti percentuali.

Una situazione eterogenea e, dunque, non ottimale. Per questo l'Ocse consiglia di affrontare quanto prima una serie di problemi per aumentare la copertura vaccinale. In cima alla lista : una bassa percezione del rischio tra gli anziani, la paura di effetti collaterali e le questioni relative all'accesso e costo del vaccino.



Lunedì 05 DICEMBRE 2016

## Sepsi. Uccide 5,3 mln di persone. In Inghilterra e Germania scatta l'allerta rossa. Mentre in Italia manca un piano nazionale

***Al Forum Risk di Firenze della scorsa settimana focus dedicato alla sepsi con la presenza di molti esperti internazionali. “Il problema della sepsi non è solo delle terapie intensive ma di tutti i settori sanitari. Su tre pazienti ricoverati per sepsi uno muore. Chi esce dall'ospedale ha alte possibilità di morire poco dopo o di essere nuovamente ricoverato per infezione entro il primo anno e sviluppare nuovamente una sepsi”.***

All'11° Forum del Risk Management di Firenze **Ron Daniels**, il coordinatore del Sepsis Trust Inglese lancia un grido d'allarme. Il problema della sepsi non è solo delle terapie intensive ma di tutti i settori sanitari. Su tre pazienti ricoverati per sepsi uno muore. Chi esce dall'ospedale ha alte possibilità di morire poco dopo o di essere nuovamente ricoverato per infezione entro il primo anno e sviluppare nuovamente una sepsi. Chi sopravvive riporta spesso danni permanenti come raccontato dal toccante [film “Starfish”](#), una produzione inglese distribuita adesso nel Regno Unito in concomitanza di una imponente campagna nazionale di sensibilizzazione. Storia eroica come quelle della nostra **Beatrice Vio** sopravvissuta ad una sepsi da meningite ed entrata nella storia della scherma italiana para-olimpionica.

“Non possiamo più ignorare il problema”- ha detto Daniels . “E' un imperativo etico. Dobbiamo attivare percorsi coordinati come per il trauma. La sepsi uccide 5,3 milioni di persone all'anno nel mondo, come il cancro e l'infarto. Ma i servizi sanitari non reagiscono come per altre malattie in cui il tempo impiegato nei soccorsi fa la differenza fra la vita e la morte. La sepsi uccide bambini, donne in gravidanza, anziani ed adulti. Uccide silenziosa e con frequenza crescente. Le vittime sono sotto gli occhi di tutti, adesso è il momento di agire: impegnandoci possiamo salvare fino a 14.000 in un anno”.

In una sala gremitissima il Dr Daniels racconta la storia di **William Mead**, un bambino di 1 anno deceduto nel natale 2015 a causa di un'infezione non trattata tempestivamente e sfociata in sepsi, una risposta incontrollata dell'organismo dovuta ad un'infezione non più contenibile. Il caso ha portato ad una reazione immediata dell'opinione pubblica. Il ministro della sanità Hunt ha dichiarato durante la relazione sul caso in parlamento che il sistema sanitario inglese non è in grado oggi di identificare e gestire tempestivamente la sepsi. Da qui la scelta di attivare una massiccia campagna di sensibilizzazione anticipata da Daniels al Forum e che interesserà tutto il Regno Unito a partire dal prossimo 14 dicembre.

“Sappiamo come trattare la sepsi ma non tutti sanno riconoscerne i sintomi” – afferma **Shankar Hari** di Londra autore insieme a **Mervin Singer** di autorevoli e ricerche sulla sepsi. Troppi arrivano in ospedale quando non è più possibile intervenire. Nel 60% dei casi le persone affette da sepsi non sono riuscite ad avere cure adeguate o perché non erano consapevoli della gravità della loro situazione o perché gli operatori che hanno contattato non hanno compreso immediatamente il rischio che correvano i pazienti. Tutti gli operatori sanitari di tutti i settori devono essere preparati a riconoscere una sepsi così come si riconosce e si tratta un infarto. La mancanza di una consapevolezza del problema e di un percorso condiviso fra le discipline sanitarie, ospedale e cure primarie sono criticità che hanno portato al fallimento delle azioni in Germania come ha mostrato **Daniel Schwarzkopf** del gruppo del prof **Konrad Reinhart** leader della Global Sepsis Alliance.

**La situazione Italiana non è affatto migliore.** La mortalità per sepsi va dal 35% al 60% nei casi di shock settico. Eppure la sepsi ancora non è riconosciuta come un'emergenza. Sono sepsi i casi letali di meningite in Toscana e Lombardia. Le morti materne di inizio 2015 in Italia sono state causate infezioni non prontamente riconosciute che una volta divenute sepsi hanno portato via madri e figli all'affetto dei loro cari causando sofferenze e danni incalcolabili per la collettività. Servono delle azioni concrete che diano un sostegno alle azioni che le regioni italiane (Toscana, Lombardia, Emilia Romagna e Friuli) stanno portando avanti in

collaborazione con le principali società scientifiche.

“Non esistono altre strategie che aumentare la sensibilità al problema” conclude Daniels. “Non sappiamo chi potrebbe sviluppare una sepsi ma sappiamo che se lasciamo un paziente con una sospetta infezione fuori dal un percorso sanitario che rilevi i parametri vitali valutando i possibili rischi e attuando azioni diagnostiche e terapeutiche di base – come somministrare fluidi e antibiotici – esponiamo i pazienti ad un grave rischio che cresce ogni ora dell’8%: questo non è più giustificabile di fronte ai cittadini”.

La sepsi è un problema molto grave, complicato dalle antibiotico resistenze. Un aspetto importante è la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria afferma **Benedetta Allegranzi** dell’Organizzazione Mondiale della Sanità: “Si stimano 55 milioni di sepsi all’anno e di queste il 30% ha un’eziologia chirurgia”. Allegranzi espone esperienze di successo che dimostrano come sia possibile prevenire fino al 60% le infezioni del sito chirurgico attraverso network di sorveglianza nazionali ed applicando un approccio basato sui fattori umani fondamentali per l’implementazione delle strategie di prevenzione.

Sconfiggere la sepsi è possibile ma servono campagne di sensibilizzazione forti ed azioni di sistema che ricevano un impulso dai decisori politici come succede nei servizi sanitari in Inghilterra e negli Stati Uniti. Ormai chiaro che aspettare non farà che aumentare la dimensione del problema.

STUDIO ANAAO/ Focus fabbisogni: negli ospedali mancheranno 7.280 dottori nei prossimi dieci anni

# Ogni giorno due medici Ssn in meno

## Gli effetti del doppio imbuto formativo e lavorativo - In pensione 4.720 camici bianchi

**D**ue medici in meno ogni giorno. È il ritmo dell'emorragia di specialisti che attende le corsie degli ospedali italiani nei prossimi dieci anni. E tra imbuto formativo e blocco del turnover nel 2016-25 i camici bianchi rischiano l'«effetto panda»: mancheranno infatti all'appello 7.280 medici specialisti ospedalieri, circa 730 l'anno, tenendo conto che nello stesso periodo una media di circa 4.720 camici bianchi andranno in pensione. Un allarme estinzione lanciato da uno studio di Anaa Assomed su «Il fabbisogno di personale medico nel Ssn dal 2016 al 2030». Un'analisi dalla quale emerge chiaramente che la quadratura del cerchio tra curve di pensionamento, contratti specialistici Miur, fabbisogni specialistici richiesti dalle Regioni e numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia resta una chimera. Con il triste e

antieconomico fenomeno della fuga all'estero dei giovani camici bianchi, che registra dati in salita arrivando a quota 1.000 ogni anno.

Le soluzioni proposte: stabilizzare tutto il precariato, recuperare un ruolo formativo del Ssn, con una collaborazione più stretta fra l'Università e Ospedali. E in base ai dati analizzati nello studio, Anaa Assomed propone che il numero dei posti per la Scuola di Medicina e Chirurgia debba essere limitato a circa 6.500 ogni anno, mentre le borse di studio per la formazione post laurea dovrebbero aumentare fino a circa 7.200, magari anche con finanziamenti. Un'idea considerata «made in Italy».

La questione, secondo il sindacato dei medici, va affrontata su un duplice fronte. «Assistiamo a un doppio imbuto - spiega **Domenico Montemurro**, responsabile Anaa Giovani - for-

mattivo e lavorativo. Il primo rappresenta il gap tra accessi al numero chiuso e stanziamento dei contratti di formazione specialistica, largamente insufficienti. Il secondo rappresenta la difficoltà a esaurire una alta domanda post lauream e post specialistica tra ricorsi al Tar, numero chiuso dilatato, rallentamento del turnover pensionistico e blocco delle assunzioni. Adesso attendiamo dalla legge di stabilità risorse certe per assunzioni e contratti».

I medici attivi in Italia al 2016 sono circa 354mila, con un'età media di oltre 54 anni. Una situazione di stallo, complice il blocco del turnover, che dopo la pausa creata dalla Riforma Fornero, dovrebbe vedere un'accelerazione del trend dei pensionamenti. Circa 19.157 usciranno nel primo quinquennio (2016-2020) e circa 28.127 nel secondo quinquennio (2021-2025). A queste cifre vanno ag-

giunte le uscite del personale medico universitario e specialista ambulatoriale convenzionato. Tenendo conto anche del nodo formazione, in dieci anni mancheranno all'appello a 7.280 medici.

**Rosanna Magnano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Gli autori dello studio

**Carlo Palermo**

(vice segretario nazionale vicario Anaa Assomed)

**Fabio Ragazzo**

(direttivo nazionale Anaa Giovani)

**Domenico Montemurro**

(responsabile nazionale Anaa Giovani)

**Matteo D'Arienzo**

(responsabile regionale Anaa Giovani Emilia Romagna)

### Box riassuntivo programmazione

| Analisi descrittiva numero medici per categoria (2014-15) |         | Cessazioni (percentuale) attese nel decennio 2016-2025 |                               |
|---|---------|--|-------------------------------|
| Medici dipendenti a tempo indeterminato                   | 102.204 |  | circa 47%                     |
| Medici dipendenza tempo determinato                       | 7.750   |  | percentuale non significativa |
| Medici universitari (prof. O-A/ ricercatori)              | 8.537   |  | circa 47%                     |
| Medici con contratti atipici                              | 6.500   |  | percentuale non stimabile     |
| Medici specialisti ambulatoriali                          | 8.469   |  | circa 50%                     |

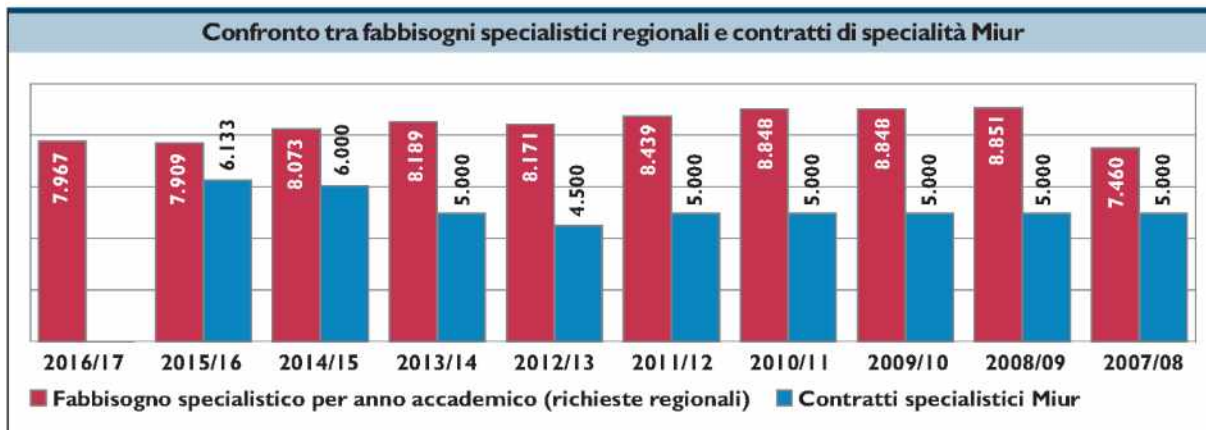
#### Analisi descrittiva delle variabili che insistono oltre le cessazioni sulla programmazione

Numero di medici specialisti ospedalieri mancanti nel decennio 2016-2025 dal rapporto cessati/neo-specialisti: **circa 730/anno**  
 Studenti ricorristi Tar riammessi alle scuole di Medicina e chirurgia: **circa 9.800 per il biennio acc. 2013/14 e 14/15**

#### I numeri della programmazione per quinquenni accademici per categoria

Numero programmato di accessi alle scuole di Medicina e chirurgia per il quinquennio acc. 2017/18 - 2021/22: **circa 6.450/anno**  
 Numero programmato di contratti di formazione specialistica per il quinquennio acc. 2016/17 - 2020/21: **circa 7.170/anno**  
 Numero programmato di contratti di formazione specialistica per il quinquennio acc. 2021/22 - 2025/26: **circa 7.200/anno**





# quotidianosanita.it

Lunedì 05 DICEMBRE 2016

## Il No stravince col 59,11%. E Renzi si dimette. Oggi Cdm e poi al Colle. Mattarella: "Ci sono impegni e scadenze da rispettare in ogni caso"

***Il governo Renzi finisce oggi. Dopo la sconfitta al referendum il premier getta la spugna e nel pomeriggio, dopo il Cdm delle 18,30, salirà al Quirinale per rassegnare le dimissioni. Martedì la direzione del PD. E adesso? Governo di scopo (Padoan o Grasso) per riformare la legge elettorale e poi al voto è l'ipotesi più gettonata. Ma nulla è scontato. [LA CONFERENZA STAMPA DI RENZI](#)***

"Nel pomeriggio riunirò il consiglio dei Ministri e poi salirò al Quirinale per consegnare al presidente della Repubblica le dimissioni". L'annuncio di **Matteo Renzi** è arrivato in diretta da Palazzo Chigi ieri dopo la mezzanotte quando ormai i risultati mostravano già inequivocabilmente la sconfitta del Sì.

"Gli italiani hanno parlato in modo inequivocabile chiaro e netto", ha detto in conferenza stampa il presidente del Consiglio, aggiungendo, "questa riforma è stata quella che abbiamo portato al voto, non siamo stati convincenti, mi dispiace, ma andiamo via senza rimorsi. Come era chiaro sin dall'inizio l'esperienza del mio governo finisce qui".

A scrutini terminati il risultato è netto e il No si afferma con percentuali ancora maggiori di quelle previste alla vigilia del voto. Il Sì infatti si ferma al 40,89% dei voti contro un 59,11% di Sì. E il verdetto è stato unanime in tutta Italia tranne Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Toscana e circoscrizione estera dove hanno prevalso i Sì ([vedi tabella voto regione per regione](#)). E per lo più con un dato sorprendente dell'affluenza che ha toccato il 65,47% degli aventi diritto dando conseguentemente ancora più valore e peso al risultato finale.

Quindi superati da poco i primi mille giorni di governo, il Renzi I cade e un reincarico al premier, anche se non escluso a priori, sembra a questo punto abbastanza improbabile. Tranne la minoranza PD che ha votato No e che chiede di non chiudere adesso la legislatura, "sarebbe irresponsabile" ha detto **D'Alema**, tutte le altre forze politiche dello schieramento del No chiedono elezioni subito.

Ma per andare ad elezioni bisognerebbe cambiare la legge elettorale oppure aspettare comunque la decisione della Consulta sull'Italicum sperando magari che sia la Corte a togliere le castagne dal fuoco smontandone l'impianto.

In ogni caso l'Italicum non va più bene e andrebbe comunque cambiato essendo concepito per elezioni monocamerali senza Senato elettivo.

Sui giornali di stamattina già inizia il toto nomi di chi dovrà guidare il governo per portare a termine la legge di Bilancio e per cambiare la legge elettorale (**Padoan** e **Grasso** le due ipotesi più gettonate).

Ma è presto per qualsiasi scenario concreto. La crisi di governo è appena agli inizi e la sua soluzione, come in ogni crisi di Governo non è mai scontata.

Al momento le tappe certe sono un Consiglio dei ministri oggi alle 18,30 e poi la salita al Colle di Renzi per la formalizzazione delle dimissioni.

**Intanto il presidente Mattarella auspica "serenità e rispetto reciproco"**. "L'alta affluenza al voto, registratasi nel referendum di ieri, è la testimonianza di una democrazia solida, di un Paese appassionato, capace di partecipazione attiva", così il presidente della Repubblica in una nota ufficiale diramata dal Quirinale.

"L'Italia – prosegue Mattarella - è un grande Paese con tante energie positive al suo interno. Anche per questo occorre che il clima politico, pur nella necessaria dialettica, sia improntato a serenità e rispetto reciproco".

"Vi sono di fronte a noi impegni e scadenze di cui le istituzioni dovranno assicurare in ogni caso il rispetto, garantendo risposte all'altezza dei problemi del momento", conclude il Capo dello Stato.

La conferenza stampa del Presidente Renzi sul referendum (...)



# quotidianosanita.it

Lunedì 05 DICEMBRE 2016

## Convenzione Medicina generale. Nuova bozza Sisac. Libera professione, ruolo unico e per la notte tre opzioni: ambulatori H24, centrali uniche o H16

***Nuova definizione del ruolo professionale con la parola 'parasubordinazione' che viene eliminata. E poi ridefinizione della medicina generale in 4 settori e istituzione di un Tavolo di consultazione nazionale con i Sindacati per valutare l'applicazione dell'accordo. Ecco tutte le novità dell'articolato della convenzione dei medici di famiglia dopo il confronto degli ultimi mesi. [IL TESTO](#)***

Ruolo unico, assistenza notturna e non solo. Ecco la nuova bozza della convenzione della medicina generale elaborata dalla Sisac e approvata dalla Regioni che raccoglie il lavoro fatto negli ultimi mesi sui tavoli separati con i sindacati. Ma vediamo le novità ([vedi anche la sintesi dell'articolato](#)).

Primo punto la definizione del ruolo professionale con la scomparsa della parola "parasubordinazione" e un riaffermazione più chiara della libera professione. Altra novità la costituzione di un Tavolo di consultazione nazionale con le organizzazioni sindacali firmatarie che si riunirà almeno una volta l'anno, al fine di operare un confronto su a) assetto organizzativo dei servizi territoriali; b) principali attività degli stessi servizi; c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione. Dal confronto potranno emergere proposte condivise per le quali la SISAC può farsi promotrice presso gli Organi preposti in sede di rinnovo contrattuale.

**Grossa novità poi sull'assistenza notturna che 'non scompare'.** La nuova bozza conferma infatti l'apertura degli studi raccordati in AFT dalle 8.00 alle 20.00 ma per la notte richiamando un Accordo Stato Regioni del 2013 si danno alle sostanzialmente tre opzioni all'Azienda:

- a) attivazione della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti;
- b) attivazione di ambulatorio di continuità assistenziale h24 gestito da medici di cure primarie ad attività oraria integrati, ove necessario, con personale infermieristico, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso una sede propria o in prossimità di un DEA di I° o II° livello (purché con percorso ben distinto e separato da quello dedicato all'emergenza);
- c) attivazione del servizio di continuità assistenziale realizzato con i medici di cure primarie ad attività oraria, organizzato per fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi di medicina generale per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.

Ritocchi anche sulla parte riguardante il Referente delle AFT per cui non sono più previsti dei requisiti specifici.

# Così l'infermiera killer preparava i delitti

## «Ho fatto un corso...»

Il piano per eliminare un conoscente svelato all'amante:  
«Ho seguito le lezioni sulla morte cardiaca improvvisa»

### L'inchiesta

di **Andrea Galli**  
e **Roberto Rotondo**

**MILANO** L'infermiera amante e killer aveva una «giustificazione» per ogni vittima anche se erano tutte invenzioni, auto-convincimenti mai suffragati da prove e da conferme dei famigliari poi sentiti dai carabinieri. Del marito Massimo Guerra, ucciso dalle dosi d'insulina aumentate di giorno in giorno, Laura Taroni diceva che l'aveva trascurata e si era negato sessualmente perché ormai devoto a un «giro» di escort in Svizzera. Della mamma Maria Rita Clerici, mandata in coma e lasciata agonizzare per due ore prima di chiamare l'ambulanza, ripeteva che si era opposta alla sua relazione con l'anestetista e complice Leonardo Cazzaniga. La presunta «colpa» di Giacomino Angelinetta, ex della cugina Dolores Prestinari detta «Dolli», era invece quella di farsi mantenere dalla donna e d'essere un lavativo perditempo. Andava eliminato, inutile discuterne.

L'assassinio non è stato mai consumato ma era nel «programma» della coppia diabolica. Ed era Taroni, in particolare, a spingere. A prepararsi e preparare il compagno all'ennesimo grande passo. Aveva addirittura compiuto degli

«approfondimenti» tecnici, si era «specializzata» come testimoniato dal dialogo in macchina con lo stesso anestesista alle 16 dello scorso 29 febbraio: «Se quello venisse giù in ospedale da noi trac! Tra il chiaro e lo scuro via, gli è venuto un infartaccio... Comunque adesso io che ho fatto il corso per la morte cardiaca improvvisa...». Rideva, l'infermiera, rideva sonoramente. Aveva dunque frequentato appositi corsi per studiare meglio il cuore e la sua fine. Quali e dove non si sa, sarà Taroni a dirlo nel caso in cui scegliesse di parlare col pm dopo il silenzio del primo interrogatorio. O forse potrebbe rivelarlo Cazzaniga, che s'è visto bocciare la richiesta dei domiciliari e che dovrebbe essere ascoltato ancora. Sembra che abbia voglia di confidarsi.

Come con il marito e la madre, ricoperti di insulti anche quand'erano deceduti — ed entrambi cremati per impedire alla Procura di Busto Arsizio le autopsie —, così l'infermiera odiava Angelinetta. «Giacomino prende lo stipendio ma alla Dolli non gli dà una lira... mangia lì, quando fa freddo lui sta lì perché i caloriferi da lui non li fa andare... è mantenuto in tutto e per tutto e allora basta basta!». Taroni e Cazzaniga sceglievano gli «obiettivi» e la strategia d'azione, e avevano un arsenale sempre a disposizione per i delitti. La coppia ha rubato parecchi medicinali

per indurre le morti. Nell'ospedale di Saronno gli inquirenti hanno accertato l'assoluta mancanza di verifiche interne sugli ammanchi: chiunque poteva arraffare quel che preferiva, non c'era nemmeno un sistema minimo di controllo. I due se ne approfittavano. L'ospedale era lo spazio libero dove sfogare e concretizzare gli istinti bestiali. Di nuovo una conversazione in macchina con Cazzaniga che in quel momento stava violando il codice della strada. «La faccio sporca?». «Sì falla sporca, che ti frega». «Ehi quando sei up, sei forte ca...». Perché? «Sei forte!». «Senti e se quello venisse in ospedale...». «Una morte cardiaca improvvisa...». «Uhm». «E l'arresto cardiaco, sono due cose diverse! Cioè si può morire per morte cardiaca improvvisa, non solo per arresto cardiaco ma perché si mettono insieme componenti tipo l'embolia polmonare massiva che provoca la morte cardiaca imp...». «... improvvisa». «Improvvisa sì, senza gli infarti». «Ma anche la morte improvvisa elettrica...». «Esatto». «Ehh...». «Collegata alle famose patologie... Tu che sai tutto!». *Tu che sai tutto.* A complimentarsi era l'anestesista con l'infermiera, non viceversa. Laura Taroni: forse la «guida», l'istigatrice e provocatrice, l'anima più nera e buia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





*La parola*

## PROTOCOLLO CAZZANIGA

Così è stata definita la somministrazione per via endovenosa del cocktail letale di farmaci, in dosi massicce, alle vittime nell'ospedale di Saronno. Le sostanze, in sovradosaggio e rapida successione tra loro, sono clorpromazina, midazolam, morfina, propofol e promazina.

## La vicenda

● Laura Taroni, 40 anni, infermiera, e Leonardo Cazzaniga, 60 anni, medico anestesista, ex viceprimario del Pronto soccorso, sono finiti in carcere per alcune morti all'ospedale di Saronno

● Sono cinque gli omicidi per i quali sono stati arrestati. Per altri due delitti contestati non è scattata la custodia cautelare

● Ai malati ricoverati il medico avrebbe somministrato dosi letali di farmaci. La sua amante, l'infermiera Taroni, è stata arrestata per l'omicidio in concorso con Cazzaniga di suo marito

● Nel 2013 era stata istituita una Commissione in ospedale ma non aveva rilevato irregolarità

**GLI EFFETTI DELLA SENTENZA**

# Il castello che crolla per il Ssn, dai manager ai 5mila dirigenti

**R**ispetto ai quattro articoli bocciati dalla Consulta, le aziende sanitarie hanno un diretto interesse nelle problematiche connesse all'articolo 11 e all'articolo 17. In ordine alla prima norma di delega la principale conseguenza è la sospensione (sarebbe meglio dire la morte, visto che la delega è ormai scaduta) del decreto che istituisce la Dirigenza della Repubblica e che riguarda i dirigenti dei ruoli professionali, tecnici e amministrativi per un totale di circa 5.000 soggetti.

Tutto azzerato, quindi: il ruolo regionale, il reclutamento, le modalità di conferimento e la durata degli incarichi, il destino dei dirigenti privi di incarico, il trattamento economico e le responsabilità dirigenziali. Ma dei numerosi punti dell'articolo 11 uno in particolare aveva già visto l'ufficialità in un decreto legislativo in Gazzetta, a stralcio della delega generale. Si tratta dell'istituzione dell'elenco nazionale dei direttori generali che aveva generato non poche polemiche (decreto legislativo 171/2016). Le regole vanno riscritte di nuovo previa modifica della legge delega in conformità al dispositivo della pronuncia della Corte.

Dovrà in buona sostanza essere prevista una Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e c'è da scommettere che la trattativa sarà furibonda - altro che le "genuine trattative" e la leale collaborazione invocata dalla Corte - visto che la materia è quella di cui le Regioni sono più gelose.

Per trascinarsi sono da ritenere decaduti il Dm del ministro della Salute del 17 ottobre scorso sui parametri per i punteggi da assegnare ai candidati Dg e l'altro Dm, sempre della Salute ma non ancora in Gazzetta ufficiale, con il quale è stata nominata la Commissione per la costituzione dell'elenco. Non è un caso che non appena diffusasi la notizia della sentenza della Corte, l'azzeramento delle norme sulle nomine dei direttori generali è stato il primo argomento che ha concretizzato la evidente di soddisfazione del Presidente della Regione Veneto.

Per ciò che concerne invece l'articolo 17 - cioè la lunghissima delega sul riordino del lavoro pubblico - non esisteva neanche una bozza di decreto in quanto la scadenza della delega era fissata per il 27 febbraio 2017. Tuttavia anche in questo caso il Governo aveva stralciato un punto, quello contrassegnato dalla lettera s).

L'argomento ha riempito le cronache per mesi e probabilmente è quello che ha suscitato il maggiore interesse mediatico, visto che stiamo parlando del licenziamento "speciale" degli assenteisti (Dlgs 116/2016). Dunque, anche su questa materia, bisognerà ricominciare da capo e soltanto dopo che la Conferenza sia pervenuta a una Intesa che ci si augura potrà rimedio alle evidenti assurdità contenute nel decreto adottato lo scorso aprile.

**S.Sim.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'ACCESSO DIRETTO ALL'INFORMAZIONE SANITARIA**

# Tutti sul web ma la fonte resta il medico di base

Inevitabilmente il web dilaga, anche quando l'informazione da cercare è di natura sanitaria. Il 50° rapporto Censis fa il punto: il 41,7% della popolazione usa la rete per questioni riguardanti la salute, in particolare per approfondimenti su patologie o su corretti stili di vita, ma anche come guida pratica. La connessione è uno strumento per ottenere informazioni su medici e strutture (29,3%) e per prenotare visite ed esami (il 25,2%). L'impiego per finalità pratiche va crescendo negli anni, parallelamente alla quota di internauti che utilizzano il web per la salute, passati dal 25,2% del 2006 al 32,3% del 2012).

All'empowerment progressivo del paziente hanno senz'altro contribuito le potenzialità offerte da internet, ma ciò non comporta come contraltare un venire meno dell'autorevolezza del medico. Solo il 20,6% degli italiani ritiene

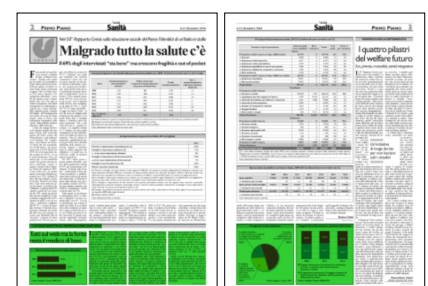
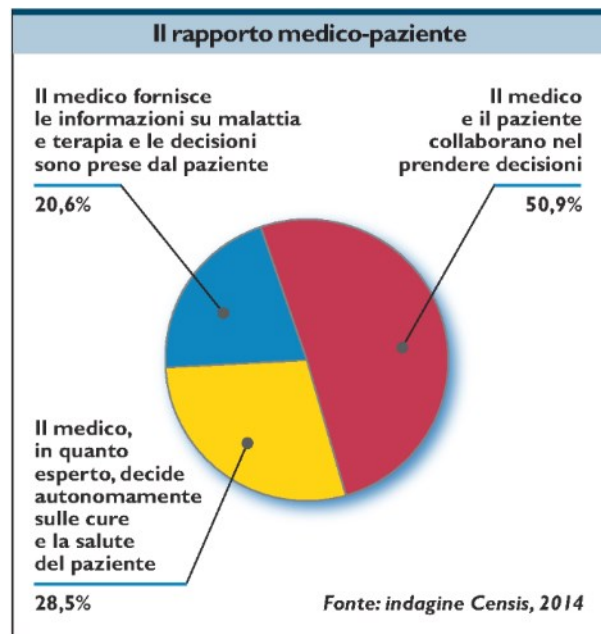
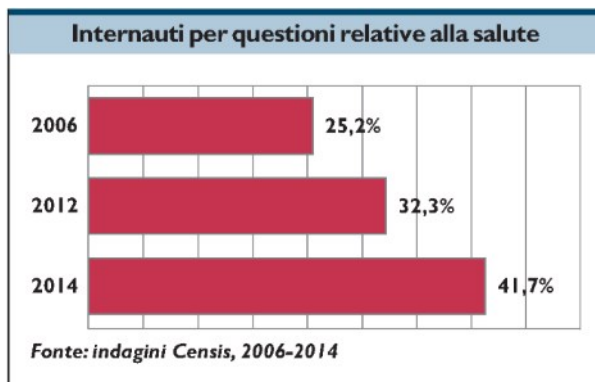
che il camice bianco debba esprimersi solo per informare il paziente; il 50,9% degli intervistati crede nella scelta terapeutica condivisa, cui arrivare dopo una collaborazione effettiva e proficua di entrambe le parti. Resta poi uno "zoccolo duro", un 28,5% di tradizionalisti, per lo più anziani, che conferma il ruolo del medico decisore autonomo rispetto alla salute dei suoi pazienti.

In generale, pare voler affermare il Censis, gli internauti della salute sono ormai "maturi": la quota di quanti ritengono che troppe informazioni possano rischiare di confondere i meno esperti e che quindi sulle questioni di salute debba decidere il medico, è cresciuta nel tempo, passando dal 46,6% del 2006 al 54,5% del 2014. E nel 2016 quasi la metà degli italiani attribuisce al medico di medicina generale il compito di indirizzarli alle strutture più adatte,

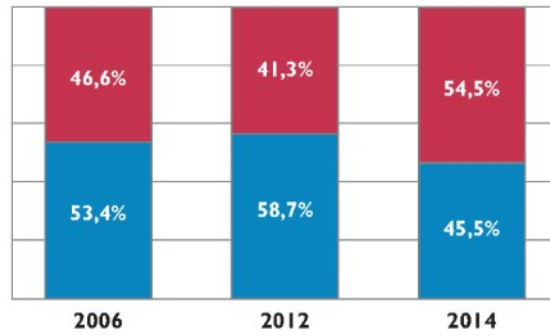
mentre la percentuale crolla al 12,1% quando ci si esprime sulle potenzialità in questo senso di Internet. La realtà conferma queste dichiarazioni: nel 50,1% dei casi il contatto più recente con una struttura del Ssn è avvenuto dietro indicazione di un Mmg. A distanza seguono il Cuo (14,6%) e lo sportello dell'Asl o dell'ospedale (12,2%).

Infine, la rete diventa una "piazza" per dialogare con il medico: tra gli utilizzatori dei social network (nel 2015 il 47,2% della popolazione), nel 2014 il 16,2% aveva utilizzato un forum per ottenere un consulto medico. Nel 2012 la percentuale arrivava appena all'8,6 per cento. Complementare a questa ricerca del medico on line è l'impiego di app che mettono in contatto con medici specialisti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### L'approccio a informazione e gestione della salute



- Troppe informazioni rischiano di confondere chi non è esperto, sulla salute devono decidere i medici
- È opportuno procurarsi il maggior numero di informazioni per decidere autonomamente della propria salute

Fonte: indagini Censis, 2006-2014