



RASSEGNA STAMPA

21-12-2016

1. DOCTOR 33 Tumori urologici, da Consensus nuova strategia condivisa: più risparmi e appropriatezza
2. REPUBBLICA.IT Fumo, le politiche per la prevenzione funzionano. In 6 anni evitati 22 milioni di decessi
3. ANSA Tumori: sperimentata nuova cura per quelli non operabili
4. STAMPA Intervista a Maria Rosa Di Fazio - "A tavola si può imparare ad affamare il cancro"
5. STAMPA La "scatola anti-fumo" che ci curerà scatenando il sistema immunitario
6. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Il laser che fotografa i tumori Nuova frontiera della chirurgia
7. CORRIERE.IT Tumore della tiroide, nuovo farmaco per i malati che non avevano cura
8. ADN SALUTE Il potere del sole: 'benzina' per il sistema immunitario
9. GIORNO - CARLINO – NAZIONE «Le donne medico curano meglio» Harvard: più affidabili degli uomini
10. DONNA MODERNA Se ti curi in Europa hai diritto al rimborso delle spese
11. GIORNALE Il contenzioso medico legale va affrontato con rigore
12. ILSOLE24ORE.COM Lorenzin, alle Regioni andranno gli 800 mln dei Lea 2016 quando il Dpcm sarà adottato
13. ILSOLE24ORE.COM Dispositivi medici, la spesa cresce del 5,3% a quota 3,83 miliardi
14. MATTINO Perché i vaccini restano i migliori farmaci esistenti
15. CORRIERE DELLA SERA Intervista a Rino Rappuoli - «In un anno con il vaccino si può fermare la meningite»
16. ESPRESSO.IT Dieci anni da Welby. L'associazione Coscioni: Ora testamento biologico e eutanasia
17. LA VERITA' Il farmacista anti-abortista non è tenuto a vendere la pillola del giorno dopo

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

Tumori urologici, da Consensus nuova strategia condivisa: più risparmi e appropriatezza



Definita una strategia condivisa per trattare i tumori urologici. È stata, infatti, firmato a Milano in una Consensus Conference un documento di consenso sul team multidisciplinare uro-oncologico da sette società scientifiche: Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica), Airb (Società Italiana di Radiobiologia), Airo (Associazione Italiana Radioterapia Oncologica), Auro (Associazione Urologi Italiani), Cipomo (Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri), Siu (Società Italiana di Urologia) e Siuro (Società Italiana di Urologia Oncologica). In particolare, sottolinea una nota congiunta, «sono stabiliti i volumi minimi di attività necessari per ciascuna patologia, a cui dovranno attenersi i team multidisciplinari chiamati a curare i pazienti. Con chiari vantaggi grazie alla definizione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta): da un lato miglioreranno l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, dall'altro si avranno risparmi e riduzione dei costi per il sistema sanitario evitando esami inutili».

«Nel nostro Paese» continua la nota «sono diagnosticati annualmente oltre 77.000 nuovi casi di queste neoplasie (34.400 prostata, 26.600 vescica, 13.400 rene e vie urinarie, 2.500 testicolo, 470 pene), che rappresentano il 21% del totale delle diagnosi di cancro (365.000 stimate nel 2016). «La patologia oncologica in ambito urologico necessita sempre più di una formazione e di un approccio multidisciplinare» affermano Carmine Pinto (presidente AIOM), Riccardo Santoni (presidente AIRB),

Elvio Russi (presidente AIRO), Michele Gallucci (presidente AURO), Maurizio Tomirotti (presidente CIPOMO), Vincenzo Mirone (segretario generale SIU) e Riccardo Valdagni (presidente SIUrO) -.

Ogni team multidisciplinare uro-oncologico deve prevedere un nucleo centrale (core team) composto dalle figure professionali prevalentemente coinvolte nel processo di diagnosi e cura (urologo, oncologo medico e oncologo radioterapista) e un non core team multidisciplinare e multi professionale che può essere coinvolto su richiesta del nucleo centrale. Va inoltre definita la figura di coordinamento clinico-scientifico e organizzativo all'interno di ogni team.

Vogliamo migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, rendere accessibili a tutti le cure più efficaci e migliorare la qualità di vita e l'adesione alle terapie da parte dei pazienti, ottimizzando così l'uso delle risorse». I dati della letteratura indicano che i team multidisciplinari, rispetto alla valutazione mono-specialistica, possono modificare il processo diagnostico-terapeutico in maniera rilevante garantendo risparmi importanti: ad esempio nel tumore della prostata fino al 20% dei casi, nella vescica fino al 22-40% e nel rene fino al 17-35%. Il documento di consenso prodotto dalle Società scientifiche coinvolte in questo progetto costituisce la base per l'interazione dei team multidisciplinari con le Direzioni Aziendali per definirne l'applicazione locale attraverso percorsi interni o nell'ambito delle reti oncologiche regionali.

www.la.repubblica.it/

Fumo, le politiche per la prevenzione funzionano. In 6 anni evitati 22 milioni di decessi

E 7,5 milioni sono collegati all'aumento delle imposte sulle sigarette. lo afferma uno studio Usa pubblicato su Tobacco Control. Se anche Cina, India e Indonesia aderissero alle misure anti-tabacco individuate dall'Oms le vite salvate dai danni del fumo sarebbero 140 milioni in più

di TINA SIMONIELLO



PIACCIANO o no ai fumatori, venditori e produttori di sigarette, le misure antifumo stanno dando molti frutti. Stando alle cifre, [pubblicate on-line su Tobacco Control](#), in sei anni, tra il 2008 e il 2014 sono stati evitati ben 22 milioni di decessi legati al fumo, e più di 53 milioni di uomini e donne in 88 paesi hanno smesso di fumare. Numeri, che non soltanto dimostrano "l'enorme e continuo potenziale di salvare milioni di vite implementando politiche antifumo", come ha dichiarato **David Levy**, oncologo del Georgetown Lombardi Comprehensive Cancer Center di Washington e lead autor dell'indagine. Ma che possono anche "aiutare i paesi che ancora non hanno intrapreso misure salva-vita rispetto al tabacco, oltre la metà dei 196 totali, a comprendere meglio il potere di queste politiche sulla salute pubblica". Sono numeri incoraggianti, visto che vanno ad aggiornare, in senso decisamente positivo, i risultati di

una pubblicazione del 2013 secondo la quale le politiche di controllo e disincentivazione del tabacco adottate nel triennio 2007-2010 da 21 paesi, di morti fumo-correlate ne avevano impedito soltanto 7,4 milioni.

Lo studio. Lo studio appena pubblicato ha misurato gli effetti su un intervallo di sei anni, dal 2008 al 2014, del pacchetto di misure antitabacco, (le [MPOWER misure](#)) che il Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) cioè la Convenzione quadro sul controllo del tabacco dell'OMS, aveva individuato nel 2005 per fornire uno strumento e un sostegno efficaci per quei paesi che avessero voluto promuovere politiche anti-fumo.

Il costo, la misura più efficace. Oggi 88 nazioni, sulle 186 che al gennaio 2015 hanno ratificato la Convenzione quadro, hanno applicato almeno una delle misure proposte dall'Oms. Che sono in tutto sei: monitoraggio del consumo di tabacco e delle politiche di prevenzione, protezione delle persone dal fumo, offerta attiva di sostegno a chi voglia abbandonare il tabagismo, avvertenze sui danni del tabacco, rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazione del fumo, e infine aumento delle imposte. Quale è la più efficace? Ebbene, gli autori hanno calcolato dei 22 milioni di vite salvate 7 milioni sono dovuti all'aumento delle imposte sulle sigarette, 5,4 a leggi antifumo, 4,1 ad avvertenze sui danni alla salute, 3,8 al divieto di pubblicità, e 1,5 a interventi di disassuefazione.

Cina India e Indonesia. Secondo i [calcoli](#) degli autori la maggior parte delle vite salvate dai danni del fumo si sarebbero registrate negli anni tra il 2012 e 2014 grazie al fatto che Bangladesh, Russia e Vietnam hanno aderito alle misure Oms antitabacco. Ma le cose potrebbero andare ancora meglio, molto meglio, secondo lo studio, se aderissero alle indicazioni WHO-Fctc Cina, India Indonesia, colossi demografici e ad alta prevalenza di fumatori. In questo caso di vite salvate ce ne sarebbero 140 milioni. In più.

La legge italiana. L'ultima norma italiana in materia di lotta al fumo è il decreto legislativo (Dlgs) 6 del 12 gennaio 2016, che recepisce una direttiva europea del 2014 allineando le leggi degli stati dell'Unione rispetto a lavorazione, presentazione e vendita del tabacco. E che in effetti applica più di una delle misure individuate dal Who Fctc. "È una norma importante, il Dlgs 6, con diversi punti di forza - dice **Roberta Pacifici**, direttore dell'Osservatorio fumo alcol e droga dell'Istituto superiore di sanità -. Prima di tutto rende omogenee legislazioni nazionali che erano molto diverse tra loro, ma che non hanno più senso di esistere così differenti, vista l'entità degli spostamenti di persone all'interno dell'Ue. E poi per gli interventi che propone: più che sui divieti (e comunque noi in Italia siamo stati all'avanguardia per anni per quanto riguarda le restrizioni, pensiamo alla legge Sirchia) il Dlgs 6 punta sulla disincentivazione al fumo e sulla disassuefazione dei consumatori. Sui pacchetti di sigarette è obbligatorio il numero verde a cui rivolgersi per smettere di fumare. E sono obbligatori i pittogrammi".

Immagini e prevenzione. I pittogrammi sono quelle immagini che evocano stati di malattia o di morte legati al tabagismo. "Che - riprende Pacifici - forse disincentivano poco chi ha già sviluppato una dipendenza ma sono efficaci tra coloro, soprattutto giovani, che iniziano ad avvicinarsi alle sigarette. Il fatto che ci sia un mercato di foderine pensate per nascondere quelle immagini è indicativo che una forza respingente i pittogrammi ce l'hanno". La norma del 2016, agli articoli 20 e 21 regola i nuovi prodotti del tabacco, come le sigarette elettroniche per esempio. "La legge ci permette di sorvegliarne gli effetti, che ancora non sono noti, e regolarne pubblicità e tasse". E per quanto riguarda la vendita di

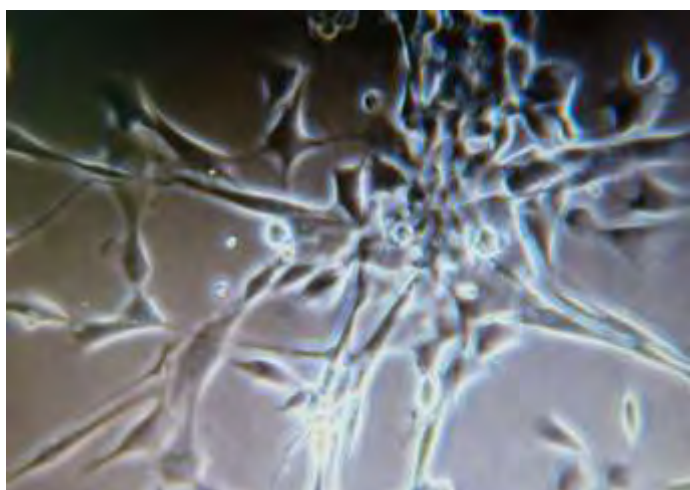
sigaretti e simili ai minori? Non si sa di tabaccai che chiedono documenti di identità. "La vendita ai minorenni è un problema di difficile soluzione. Si potrebbe affrontare con controlli più incisivi e con multe i cui proventi si potrebbero destinare a campagne di lotta al fumo".

Il caso Australia. "Le politiche di contrasto all'uso di tabacco funzionano, lo dicono i dati - conclude Pacifici -.Prendiamo il caso dell'Australia dove oggi la prevalenza dei fumatori è al 10 per cento, grazie a politiche condivise da tutti gli attori della filiera dei prodotti del tabacco. Dove le campagne informative sui danni del fumo sono permanenti non sporadiche, dove hanno applicato con serietà e continuità le indicazioni dell'Oms. Per esempio quella sull'aumento del prezzo delle sigarette. Che funziona".

<http://www.ansa.it>

Tumori: sperimentata nuova cura per quelli non operabili

Altamente precisa, fotografa ciò che avviene durante trattamento



(ANSA) - PISA, 20 DIC - E' stato testato per la prima volta su un paziente l'innovativo sistema di imaging Inside ("Innovative Solution for Dosimetry in Hadrontherapy") sviluppato per rendere ancora più efficace l'adroterapia, la terapia oncologica che cura i tumori non operabili e resistenti alla radioterapia tradizionale con fasci di protoni e ioni carbonio generati da acceleratori di particelle. Lo rende noto l'ateneo pisano. Il sistema, si legge in una nota, è "frutto di una ricerca coordinata dall'Università di Pisa in collaborazione con gli atenei di Torino e Roma La Sapienza, Politecnico di Bari, l'Infn e, per la fase sperimentale, con il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (Cnao) di Pavia dove si è svolto il test sul paziente. Inside è un sistema di monitoraggio basato sulla tecnologia dei rivelatori, capace di fotografare ciò che avviene nel paziente durante il trattamento. Questa tecnica di altissima precisione consente di minimizzare il danno prodotto ai tessuti sani circostanti e misura con un brevissimo scarto temporale la profondità di penetrazione nel tessuto dei fasci di particelle cariche durante il trattamento, verificando che sia in accordo con il valore desiderato.

Nel dettaglio il progetto ha realizzato un sistema di imaging bi-modale, con uno scanner per la Pet e un tracciante di particelle cariche in grado di funzionare durante l'erogazione del fascio di trattamento di tumori del distretto testa-collo.

"L'impiego clinico di Inside - sottolinea Maria Giuseppina Bisogni, dell'Università di Pisa - potrà permettere la verifica in tempo reale della qualità dei trattamenti in adroterapia, aumentandone così la

sicurezza e l'efficacia". "Questa tecnologia - aggiunge Piergiorgio Cerello dell'Infn di Torino - è un eccellente esempio di integrazione tra rivelatori per il medical imaging, sviluppati per la diagnostica, e l'adroterapia, nata dalla fisica degli acceleratori". Il sistema, conclude Mario Ciocca, responsabile Fisica Medica del Cnao di Pavia - è un sistema affidabile, accurato e non invasivo nel verificare in tempo reale sui nostri pazienti la corrispondenza tra la dose pianificata e quella effettivamente erogata. E' un salto in avanti in termini di sicurezza e qualità dei trattamenti con adroterapia".

“A tavola si può imparare ad affamare il cancro”

Maria Rosa Di Fazio
Oncologa
RUOLO: È RESPONSABILE
DI ONCOLOGIA NEL CENTRO
MEDICO INTERNAZIONALE
«SH HEALTH SERVICE»
DI SAN MARINO

ONCOLOGIA/2

ANDREA TORNIELLI

Ridurre la possibilità di ammalarsi di cancro: si può, anche cambiando le abitudini a tavola. A spiegarcelo è l'oncologa Maria Rosa Di Fazio nel libro «Mangiare bene per sconfiggere il male» (Mind Edizioni). È responsabile di Oncologia al Centro medico internazionale «SH Health Service» di San Marino, dove applica il metodo chemioterapico di Philippe Lagarde, luminare di fama mondiale. Il metodo usa gli stessi farmaci dei protocolli standard, ma con dosaggi ad hoc per ogni paziente e accompagnati da integratori naturali che abbattano la tossicità del 70%. E, ovviamente, include i regimi alimentari, sempre individuali, che hanno lo scopo di affamare le cellule tumorali.

Che relazione esiste tra ciò che mangiamo e il cancro?
«È stretta, è diretta e non può essere ignorata. Le cattive abitudini alimentari - insieme con inquinamento atmosferico, genetica, stress psicofisico e fumo - possono incidere nell'insorgere e nello svilupparsi dei tumori. E intanto sono troppi i cibi sempre più industriali e manipolati».

Può fare qualche esempio?

«Su tutto le bibite gassate. Una lattina contiene il 44% del fabbisogno di zucchero giornaliero. Poi noi aggiungiamo quello palese di biscotti, brioches, merendine e quello nascosto in forma di conservanti. Ma le cellule tumorali con lo zucchero ci banchettano: ne mangiano 20 volte di più rispetto alle cellule sane. Dobbiamo conoscere gli effetti nocivi di certi alimenti e imparare che non conta solo “cosa” mangiamo, ma “quando” nella giornata e “come”».

Nel concreto?

«Frutta, carboidrati e zuccheri vanno bene di mattina, quando il metabolismo funziona a pieno ritmo. Ma vanno evitati la sera, perché si accumulano nel fegato come grasso. Una pizza a cena, seguita dal carico da 90 di un dolce, può essere un raro strappo, mai la regola».

Frutta solo al mattino?

«Solo a colazione. Mai a fine pasto, perché crea putrescina, proteina che fa marcire quanto si è ingerito».

E, allora, come la mettiamo con le famose cinque porzioni al giorno di frutta e di verdura?

«Non sono sbagliate le porzioni, ma le proporzioni. Meglio una sola di frutta al mattino, di un unico tipo per volta e stagionale, e quattro porzioni di verdure: da consumare sia crude sia cotte».

E il glutine?

«Nelle farine viene gonfiato oltre natura per assecondare necessità produttive e di resa. Certo, la pasta non scuoce, ma tutto quel glutine diventa una

colla che ci “asfalta” il sistema immunitario, racchiuso all'80% nell'intestino, rendendolo cieco e sordo. Così lasciamo la porta aperta a inquinanti, batteri, virus e alle cellule tumorali».

Che cosa può dire delle uova?

«Nove italiani su 10 sono convinti che vadano evitate, perché produrrebbero colesterolo. È sbagliato. La “fabbrica” del colesterolo è nei carboidrati, mentre le uova sono un'economica fonte di proteine».

Qual è, dunque, la dieta ideale per non ammalarsi?

«Non amo la parola “dieta”: sa di provvisorio. Preferisco “regime” alimentare. Mettiamo alla base della piramide alimentare verdure e legumi. Riduciamo il glutine, via le bibite, evitiamo i cibi pronti surgelati. E limitiamo sia le carni rosse sia latte e derivati: questi del tutto, se si è affetti da tumori ormono-sensibili come quelli al seno, utero e prostata».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Le giuste dosi

Il suggerimento è una porzione al giorno di frutta (meglio se al mattino), seguita da quattro di verdure: prima di tutto crude e poi cotte, in forma di minestrone e anche di passate



La "scatola anti-fumo" che ci curerà scatenando il sistema immunitario

Cambiano le strategie contro il tumore al polmone

Giorgio Scagliotti
Oncologo

RUOLO: È RESPONSABILE
DELL'ONCOLOGIA POLMONARE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA
SAN LUIGI DI ORBASSANO

➔ ONCOLOGIA/1

FABIO DI TODARO

È una guerra lenta, a tratti sfiante, ma che non fa registrare passaggi a vuoto. La lotta al cancro è fatta di speranze e piccoli successi, che tra i «big killer» riguardano soprattutto il tumore del polmone.

Tra le neoplasie più difficili da trattare, proprio quelle polmonari hanno fatto registrare i progressi più significativi. I numeri rimangono preoccupanti: oltre 41mila le diagnosi previste in tutto il 2016, 33mila i decessi stimati, appena il 14% la quota di pazienti vivi a cinque anni dalla diagnosi. Ma, sforzandosi di guardare in avanti almeno di cinque anni, il ventaglio di «armi» a disposizione è destinato ad aumentare. L'obiettivo «è sviluppare una scatola magica che preveda l'uso di biomarcatori, test diagnostici e farmaci attivi mirati»: lo sostiene Giorgio Scagliotti, responsabile della struttura di oncologia polmonare dell'azienda ospedaliera San Luigi di Orbassano. «Il cancro del polmone dovrà essere colpito in modo preciso e selettivo».

Le speranze derivano dall'impiego dei farmaci immunoterapici in alternativa alla chemioterapia. Se finora si è scelto di «sparare» sulle cellule cancerose con l'obiettivo di distruggerle, ma in modo poco selettivo, l'obiettivo è scatenare il sistema immunitario esclusivamente contro le cellule malate. E se finora l'approccio si era rivelato incorag-

giante solo nella seconda linea delle cure, vale a dire dopo il fallimento della chemioterapia, ora inizia ad apparire significativo fin dal momento della diagnosi. Anche nei grandi fumatori.

I primi riscontri erano arrivati a ottobre, con il riconoscimento dell'efficacia del pembrolizumab sui tumori che esprimono la proteina PD-L1, presente nel 30% dei pazienti che s'ammalano

di tumore del polmone. Gli ultimi a seguito della pubblicazione di una ricerca sul «New England Journal of Medicine»: questa ha evidenziato come un altro farmaco in grado di stimolare l'attività del sistema immunitario possa ridurre del 70% il rischio di progressione della malattia rispetto alla chemioterapia. Tutto ciò nei pazienti positivi a una mutazione del gene Egfr. Osimertinib - questo il nome della molecola - è stato approvato dalle agenzie regolatorie statunitensi (Fda) ed europea (Ema). Ora si attende il via libera dell'Aifa, l'Agenzia Italiana del Farmaco, affinché il nuovo farmaco, la cui assunzione è per via orale, possa essere messo a disposizione dei pazienti.

«È una vera svolta per oltre la metà dei pazienti con un tumore al polmone non a piccole cellule, positivo alla mutazione dell'Egfr», dice Marina Garasino, responsabile dell'unità di oncologia toraco-polmonare dell'Istituto Nazionale dei tumori di Milano: «La maggiore efficacia di osimertinib - aggrunge - cam-

bia completamente le prospettive di vita di molti pazienti e permette loro una qualità di vita normale». Conferma Cesare Gridelli, direttore del dipartimento di oncematologia dell'azienda ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino e presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica: «Si tratta del primo trattamento efficace per i pazienti con un tumore al

polmone metastatico o localmente avanzato, che sviluppa la più comune causa di resistenza ai farmaci di prima linea: gli inibitori della tirosin chinasi». Nel tentativo di cronicizzare la malattia in futuro l'immunoterapia potrebbe ridurre il ricorso alla chirurgia o essere un valido supporto.

Quella contro il tumore del polmone - per il quale, al momento, non esistono in Europa procedure di diagnosi precoce coperte dai Servizi sanitari - è una battaglia ad ampio spettro: se è stato considerato una neoplasia maschile, negli ultimi anni la sua incidenza è cresciuta tra le donne, arrivando al 30%. Un dato preoccupante: è diventato la prima causa di morte tra le donne europee e c'è chi teme che in pochi anni il sorpasso sul carcinoma della mammella avvenga anche in Italia. Alla base del trend la diffusione del fumo di sigaretta. Una situa-

zione messa in luce a Vienna al congresso Iaslc, l'Associazione internazionale per lo studio del tumore ai polmoni: nelle donne questo tumore presenta alcune specificità, come la maggiore ricorrenza degli adenocarcinomi.

Un punto che non deve distogliere l'attenzione dalla prima raccomandazione degli esperti: se da domani non si accendesse più nemmeno una sigaretta, le nuove diagnosi di tumore del polmone crollerebbero almeno dell'80%. Anche una sola «bionda» al giorno, d'altronde, accresce fino al 64% il rischio di ammalarsi: lo rivelano i ricercatori del «National Cancer Institute» Usa, sgombrando il campo dai dubbi in un lavoro su «Jama Medicine»: «Nessun livello di fumo è da considerare sicuro». Quale migliore occasione per spegnere l'ultima sigaretta?

Twitter @fabioditodaro

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



L'allarme

Il tumore al polmone è diventato la prima causa di morte tra le donne europee e ora si teme che in pochi anni il sorpasso sul carcinoma della mammella avvenga anche in Italia

Il laser che fotografa i tumori Nuova frontiera della chirurgia

Uno strumento in grado di distinguere le cellule tumorali da quelle sane, grazie al laser, in modo preciso e veloce. Potrebbe rivoluzionare la chirurgia del futuro. Si tratta di un microscopio di nuova generazione basato sulla spettroscopia detta 'raman coerente' su cui è al lavoro un team di ricercatori del Politecnico di Milano.



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

Tumore della tiroide, nuovo farmaco per i malati che non avevano cura

Efficace per una forma particolare, il carcinoma tiroideo differenziato e refrattario all'iodio radioattivo: raro, ma finora non erano disponibili cure per controllare la malattia
di Vera Martinella



Ogni anno oltre 15mila italiani, nella stragrande maggioranza dei casi donne, si ammalano di tumore della tiroide, una forma di cancro “buona” dalla quale guarisce completamente il 90 per cento degli interessati. In una minima parte di pazienti, però, con le cure a disposizione non si ottengono i risultati sperati e fino ad oggi, dopo il fallimento della terapia radiometabolica con iodio radioattivo, i medici non avevano altre armi efficaci da utilizzare. Ora è però disponibile, anche nel nostro Paese, un nuovo farmaco in grado di prolungare la sopravvivenza dei malati con una buona qualità di vita.

Ogni anno in Italia si ammalano 11mila donne

Il carcinoma tiroideo colpisce soprattutto persone in età lavorativa, fra i 40 e i 50 anni. Nel 2016 in Italia sono stimati 15.300 nuove diagnosi (11mila donne e 4.300 uomini) e i nuovi casi sono in costante aumento, ma una quota che varia tra il 50 e il 90 per cento dei casi viene catalogata dagli esperti come “sovradiagnosi”, perché si tratta di carcinomi piccoli, innocui, che non vanno neppure trattati. «Nelle donne under 50 è il secondo tumore più frequente dopo quello del seno e si colloca al quarto posto fra tutte le neoplasie femminili, dopo mammella, colon-retto e polmone - dice Andrea Lenzi, presidente della SIE (Società Italiana di Endocrinologia) -. Fra i fattori di rischio principali c'è il gozzo, caratterizzato da numerosi noduli della tiroide dovuti a carenza di iodio, una condizione che interessa 6 milioni di italiani, ben il 10 per cento della popolazione. Una possibile spiegazione dell'aumento di questa neoplasia sta nell'accuratezza e diffusione dei moderni mezzi diagnostici, ecografia e risonanza

magnetica da un lato, analisi di biologia molecolare e indagini citologiche dall'altro. Tutte tecniche consentono di individuare il tumore in fase molto precoce, quando è più facile da curare».

Chirurgia e trattamento con iodio radioattivo

«Per curare al meglio il tumore tiroideo è indispensabile il lavoro di équipe di vari specialisti: endocrinologo, oncologo, radiologo, anatomo-patologo, chirurgo e medico nucleare - spiega Carmine Pinto, presidente nazionale dell'AIOM (l'Associazione Italiana di Oncologia Medica) -. La chirurgia è il trattamento principale: in generale, è necessaria l'asportazione di tutta la tiroide, ma in casi selezionati l'intervento può interessare un solo lobo della ghiandola. Negli ultimi anni infatti le nuove conoscenze scientifiche stanno spingendo verso una chirurgia meno invasiva e personalizzata sul singolo paziente, che punta a preservare la funzionalità dell'organo. Dopo l'intervento di tiroidectomia totale, infatti, si somministrano in genere a vita ormoni tiroidei in sostituzione di quelli che la ghiandola non può più produrre». Dopo la chirurgia talvolta si procede alla trattamento con iodio radioattivo, indicato in tutti i portatori di residuo tiroideo post tiroidectomia totale (allo scopo di eliminare eventuali residui di tumore non asportati dal chirurgo) e nei carcinomi papillari e follicolari più a rischio di metastasi. Il trattamento radiometabolico per la sua specificità (raggiunge solo le cellule tiroidee che captano lo iodio) è particolarmente efficace e viene utilizzato al posto della classica radioterapia.

Il nuovo farmaco, un punto di svolta per 200 pazienti ogni anno

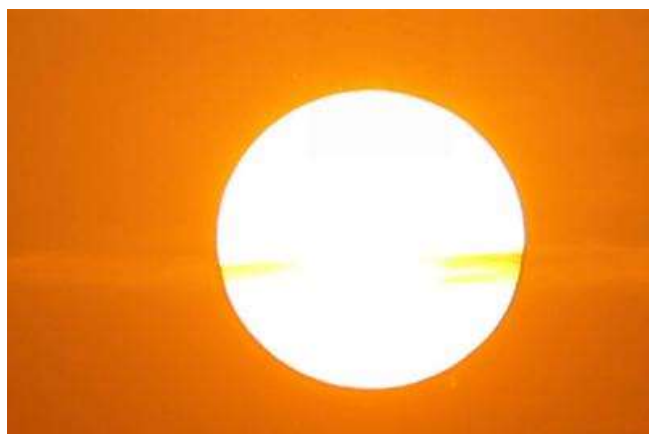
In 8 casi su 10 dopo queste cure il paziente guarisce. Ma in una piccola percentuale di pazienti (in Italia, in totale, circa 200 persone su oltre 15mila a cui viene diagnosticata questa patologia ogni anno) il trattamento radiometabolico con iodio radioattivo non funziona. «Per il carcinoma differenziato della tiroide in stadio avanzato, refrattario allo iodio radioattivo, finora non avevamo in Italia farmaci efficaci - prosegue Pinto -. La disponibilità per la prima volta di un farmaco attivo costituisce un vero punto di svolta». La scoperta di mutazioni geniche e di riarrangiamenti cromosomici ha consentito una migliore definizione delle caratteristiche biologiche dei tumori della tiroide. Molti studi clinici, sulla scorta di questi dati, hanno infatti testato agenti inibitori di tirosinchinasi nella malattia avanzata o metastatica.

Prolunga la sopravvivenza di oltre un anno

Lenvatinib è un farmaco a bersaglio molecolare (inibitore di VEGFR, RET, KIT), disponibile e rimborsato nel nostro Paese dallo scorso luglio 2016, che si è dimostrato efficace in uno studio che ha coinvolto quasi 400 pazienti con carcinoma tiroideo differenziato in fase avanzata in oltre 100 centri in Europa, Nord e Sud America e Asia. «L'Italia - dice Rossella Elisei, professore associato di Endocrinologia all'Università di Pisa e responsabile del centro coordinatore italiano - ha avuto un ruolo molto importante perché è stato uno dei Paesi che ha arruolato il maggior numero di pazienti. Lo studio ha dimostrato un importante prolungamento della sopravvivenza libera da progressione, con un valore mediano di 18,3 mesi rispetto ai 3,6 mesi del placebo. Il vantaggio per i pazienti, insomma, è stato in media di 14,7 mesi. La nuova molecola ferma la crescita della malattia, con una notevole riduzione delle metastasi, e il paziente può avere una buona qualità di vita». «Gli effetti collaterali, infatti, non sono pesanti e, una volta riconosciuti, possono essere di facile gestione - conclude Anna Maria Biancifiori, Vice Presidente del Comitato Associazioni Pazienti Endocrini -. I pazienti colpiti da tumore della tiroide dopo le terapie possono condurre una vita normale. Il ritorno alla quotidianità familiare e lavorativa è fondamentale per questi pazienti, di solito giovani e impegnati nell'attività professionale.

<http://www.adnkronos.com>

Il potere del sole: 'benzina' per il sistema immunitario



Non solo vitamina D. I raggi solari non si limitano ad attivare la produzione della sostanza amica delle ossa, ma attraverso un meccanismo indipendente funzionano come 'benzina' per le cellule T del sistema immunitario: la prima linea dei 'soldati' che hanno il compito di difendere l'organismo dai nemici che lo attaccano dall'esterno, microbi in primis. Lo ha scoperto un gruppo di scienziati americani del Georgetown University Medical Center, in uno studio pubblicato su 'Scientific Reports', rivista del gruppo Nature.

I ricercatori guidati da Gerard Ahern, professore associato del Dipartimento di farmacologia e fisiologia dell'ateneo Usa, spiegano un'azione inedita del sole sulla pelle, l'organo più grande del corpo umano, interfaccia con l'ambiente che ci circonda. La funzione riguarda in particolare la luce blu dei raggi solari, quella sicura e non associata al rischio di tumori cutanei come il melanoma. Agisce dando 'sprint' alle cellule T: le fa muovere più velocemente, rendendole in grado di raggiungere il luogo dove si sviluppa un'infezione e di orchestrare una risposta.

"Sappiamo tutti che la luce del sole fornisce vitamina D, sostanza che fra le altre cose si ritiene abbia anche un impatto sul sistema immunitario - ricorda Ahern - Ma ciò che abbiamo osservato è un effetto completamente separato della luce solare sull'immunità, e alcune delle funzioni immunitarie finora attribuite alla vitamina D potrebbero essere riconducibili a questo nuovo meccanismo".

Le cellule umane e le T cellule studiate in laboratorio dagli scienziati non erano cellule della pelle, ma sono state isolate dal sangue umano o da colture cellulari di topo. Tuttavia è noto che la pelle contenga la quota più grande di cellule T, all'incirca il doppio di quelle circolanti. "Sappiamo che la luce blu può raggiungere il derma, il secondo strato della pelle - precisa Ahern - e che le cellule T" lì localizzate "possono muoversi in tutto il corpo".

Ma come fa la luce blu a mobilitare le cellule T? Secondo i ricercatori ci riescono inducendo la produzione di perossido di idrogeno, l'acqua ossigenata, sostanza che in genere viene rilasciata dai globuli bianchi quando intercettano un'infezione contro la quale allertare le cellule T e gli altri componenti delle difese naturali per spingerli a una reazione immunitaria.

"Abbiamo scoperto che la luce del sole stimola la produzione di perossido di idrogeno nelle cellule T che quindi si mobilitano", dice il capo dell'équipe statunitense. "C'è ancora molto lavoro da fare per capire l'impatto di questi risultati - puntualizza - Ma i dati indicano che, se l'attivazione delle T cellule attraverso la luce blu ha solo effetti positivi, potrebbe avere un senso esporre i pazienti a questi raggi per aumentarne la capacità immunitaria".

Elvio Russi (presidente AIRO), Michele Gallucci (presidente AURO), Maurizio Tomirotti (presidente CIPOMO), Vincenzo Mirone (segretario generale SIU) e Riccardo Valdagni (presidente SIUrO) -.

Ogni team multidisciplinare uro-oncologico deve prevedere un nucleo centrale (core team) composto dalle figure professionali prevalentemente coinvolte nel processo di diagnosi e cura (urologo, oncologo medico e oncologo radioterapista) e un non core team multidisciplinare e multi professionale che può essere coinvolto su richiesta del nucleo centrale. Va inoltre definita la figura di coordinamento clinico-scientifico e organizzativo all'interno di ogni team.

Vogliamo migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, rendere accessibili a tutti le cure più efficaci e migliorare la qualità di vita e l'adesione alle terapie da parte dei pazienti, ottimizzando così l'uso delle risorse». I dati della letteratura indicano che i team multidisciplinari, rispetto alla valutazione mono-specialistica, possono modificare il processo diagnostico-terapeutico in maniera rilevante garantendo risparmi importanti: ad esempio nel tumore della prostata fino al 20% dei casi, nella vescica fino al 22-40% e nel rene fino al 17-35%. Il documento di consenso prodotto dalle Società scientifiche coinvolte in questo progetto costituisce la base per l'interazione dei team multidisciplinari con le Direzioni Aziendali per definirne l'applicazione locale attraverso percorsi interni o nell'ambito delle reti oncologiche regionali.

«Le donne medico curano meglio» Harvard: più affidabili degli uomini «Scrupolose e attente alla prevenzione». Studio su 2 milioni di ricoveri

DIFFICOLTÀ

La carriera ha un prezzo:
6 su 10 single o divorziate

Alessandro Malpelo
■ ROMA

UN ESERCITO di quasi 40 mila camici rosa: sono queste le dimensioni dell'altra metà del cielo, le dottoresse che lavorano a contatto con il mondo della malattia in Italia e che si distinguono in termini di capacità di rapportarsi, di ascoltare e di ottenere guarigioni. Dagli Stati Uniti rimbalza la notizia di una statistica che ha il sapore della promozione. «Essere seguiti in ospedale da un medico donna potrebbe comportare un migliore esito delle cure. I pazienti gestiti da donne medico presentano, a 30 giorni dalla dimissione ospedaliera, un minor rischio di ricadute rispetto a un analogo paziente seguito da internisti di sesso maschile». Sono percentuali, vedremo, dello zero virgola, ma tant'è. Lo rivela un'indagine pubblicata sul giornale di medicina interna dell'*American Medical Association* (JAMA), ricerca condotta da Yusuke Tsugawa, dell'Har-

vard T.H. Chan School of Public Health, Boston.

GIÀ IN PASSATO gli americani avevano provato a misurare le differenze di stile nell'operato dei camici bianchi, le donne più attente a fare prevenzione e scrupolose nel seguire linee guida e trial farmaceutici. Le dottoresse stanno scavalcando i colleghi uomini in termini numerici e per risultati. Ma si scontrano con i pregiudizi. «Se sei donna, medico e con figli, il percorso a ostacoli è assicurato - riferisce il segretario nazionale medici dirigenti Anaa Assomed, Costantino Troise - lo ha appurato una indagine del settore giovani dell'associazione». L'indirizzo professionale ha comportato per molte il divorzio, la scelta di rimanere single o comunque ha pesato nei conflitti familiari (66%). Fin qui l'identikit, come emerso dai dati della survey italiana. Altre ricerche negli Usa, in parallelo con quella di Harvard, indicano che le donne medico hanno stipendi inferiori a quelli dei colleghi uomini a causa di interruzioni contrattuali e sospensioni lavo-

rativa per la maternità.

QUINDI, tornando ai successi della medicina, sono più bravi i maschi o le femmine? I ricercatori Usa hanno passato in rassegna un campione enorme: 1,8 milioni di ricoveri e oltre 1,2 milioni di secondi ricoveri successivi al primo (riammissione in ospedale a 30 giorni dalla prima degenza). In totale sono stati coinvolti nell'indagine 58.344 medici, per il 32,1% donne. E emerso che i pazienti gestiti da internisti maschi hanno prognosi meno favorevoli (a un mese dal ricovero) nella misura dell'11,49% contro l'11,07% per pazienti gestiti da donne medico. Il tasso di ricadute in ospedale è 15,57% e 15,02% a seconda che il paziente sia seguito da un medico uomo o donna. Parliamo di percentuali minime di distacco, di eccellenze in ogni caso. Lo studio indica piuttosto una differenza nel modo di avvicinare i problemi, con implicazioni che si riflettono in termini di aderenza alla terapia. Capire come si esprimono queste differenze potrebbe aiutare a migliorare la qualità delle cure per tutti i pazienti, indipendentemente dal sesso del medico da cui sono seguiti.

Personaggi televisivi

E.R. in prima linea

E.R. - Medici in prima linea è una serie tv prodotta dal 1994 al 2009 ambientata nel pronto soccorso (ER infatti è l'acronimo di Emergency Room, in italiano pronto soccorso) del policlinico universitario di Chicago. Tra i protagonisti George Clooney



Medical Division

Dr. House - Medical Division (House, M.D. negli Usa) è una serie televisiva trasmessa dal 2004 al 2012 che ruota attorno al ruolo del dottor Gregory House. La dottoressa Cuddy (l'attrice Lisa Edelstein, foto sopra) dirige la clinica

The Dr. Oz Show

The Dr. Oz Show è un programma televisivo di successo dedicato alla medicina pratica, in onda negli Usa dal 2009. Lo conduce (foto sotto) Mehmet Öz, chirurgo cardiotoracico docente alla Columbia University di New York



Dottoressa Giò

La dottoressa Giò è una serie tv Mediaset del 1997-98, il ruolo della donna medico era interpretato da Barbara d'Urso. Dato il grande successo ottenuto su Canale 5 e Rete 4 sono seguite varie repliche, e ci sarà presto un remake

SE TI CURI IN EUROPA HAI DIRITTO AL RIMBORSO DELLE SPESE



Solo 9 italiani su 100 lo sanno, ma come cittadini dell'Unione europea abbiamo diritto a farci curare negli altri Paesi dell'Ue e anche in Svizzera,

Islanda, Norvegia e Liechtenstein, con il rimborso delle spese sostenute. La rete europea Active citizenship network sta promuovendo in 14 nazioni della Comunità europea la campagna Patients' rights have no borders. Ecco quello che bisogna sapere.

Sei in vacanza o trasferta di lavoro

Hai un problema di salute improvviso o un incidente? Se sei in una nazione europea per un periodo limitato, puoi rivolgerti a un medico o a una struttura sanitaria pubblica: ti basta esibire la tessera sanitaria e dovrai pagare solo gli eventuali ticket.

Vuol fare un intervento in un altro Paese

Il Servizio sanitario nazionale sostiene i costi o rimborsa le spese di operazioni chirurgiche e terapie solo se in Italia non sono garantite oppure se le liste di attesa sono tali da mettere a rischio la salute del paziente. Prima, però, devi ottenere l'autorizzazione della tua Asl: un

medico specialista pubblico deve certificare la necessità dell'intervento e indicare la struttura consigliata. Una volta presentato il certificato alla Asl (allo sportello dedicato alle cure all'estero), una commissione medica valuterà il tuo caso ed entro 30 giorni verrà comunicato l'esito. Se la risposta è positiva, la Asl può sostenere direttamente le spese oppure chiederti di anticipare la somma e darti il rimborso al ritorno: per ottenerlo, entro tre mesi dall'intervento devi presentare ricevute e fatture. Restano a tuo carico gli eventuali ticket.

L'operazione è urgente Se non puoi aspettare 30 giorni, hai comunque diritto al ricovero nella struttura indicata dal tuo medico; al ritorno, consegnerai alla Asl la documentazione delle spese. Dalla cartella clinica dovrà però essere evidente che le tue condizioni di salute non erano compatibili con l'attesa per le liste italiane. Per info, rivolgiti all'Urp della tua Asl o al Pit Servizi di Cittadinanzattiva (lunedì, mercoledì e venerdì, 9,30-13,30).

Appello dei chirurghi**Il contenzioso medico legale
va affrontato con rigore**

■ «Da troppo tempo il mondo medico e chirurgico in particolare sta aspettato un cambiamento positivo che regoli in maniera equa il contenzioso medico legale. Acoi è impegnata da sempre, ha istituito il gruppo di lavoro «Medicina e legalità» e creato la Fondazione Chirurgo e Cittadino. La regolamentazione del contenzioso medico legale rappresenta uno dei cardini per il mantenimento di un Ssn universalistico e pubblico. I tredici miliardi circa spesi annualmente in Italia per la medicina difensiva, cui vanno aggiunte le spese assicurative e legali delle aziende ospedaliere, rischiano di rendere insostenibile il SSN pubblico e universale. Un sistema che, giustamente, vuol garantire il diritto alla salute ai suoi cittadini con una modalità universalistica e pubblica, non può permettersi di sprecare il venti per cento del proprio budget in contenzioso medico legale. La delicata fase politica non deve minare il percorso del Ddl Gelli, chiediamo alla politica - governo e Parlamento in primis - un atto di coerenza e responsabilità per approvarlo in tempi rapidi. Non possiamo permetterci una sanità "difensiva", meno efficace ed economicamente insostenibile». Lo afferma Diego Piazza, presidente dell'associazione Chirurghi Ospedalieri...



Sanità24

Il Sole 24 ORE

Home Analisi Sanità risponde Scadenze fiscali Sanità in borsa



20 dic 2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK f

TWITTER t

DAL GOVERNO

Lorenzin, alle Regioni andranno gli 800 mln dei Lea 2016 quando il Dpcm sarà adottato

Parola di ministra: non appena i Lea saranno adottati dal Consiglio dei ministri le Regioni riceveranno gli 800 mln del 2016. Lo ha detto mercoledì scorso Beatrice Lorenzin in commissione Affari sociali della Camera nella seduta in cui è stato approvato il parere della stessa commissione sul Dpcm-Lea. La precisazione della ministra è giunta in seguito a una domanda di Margherita Miotto (Pd), in considerazione delle preoccupazioni sul pericolo di uno stop di quei pagamenti, come aveva lasciato capire la rappresentante dell'Economia in una precedente audizione in commissione Igiene al Senato.

Ecco, testuali, le parole della ministra. «In merito al quesito formulato dalla deputata Miotto, concernente il « destino » degli 800 milioni di euro previsti per i nuovi Lea per il 2016, che non sono stati erogati alle regioni, rappresenta che, nel rispetto di quanto previsto dal comma 555 dell'articolo 1 della legge di stabilità del 2016, l'erogazione alle regioni dei suddetti 800 milioni destinati ai nuovi Lea avverrà solo a seguito dell'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei Lea. Pertanto, considerato che il perfezionamento del provvedimento in esame dovrebbe intervenire entro la fine del mese in corso, l'erogazione non potrà che avvenire nel 2017, in un'unica soluzione. Peraltro, ciò incide solo sull'erogazione dei flussi di cassa per le Regioni che, ai sensi della legislazione vigente, devono iscrivere sui loro bilanci l'intero stanziamento di competenza 2016, ivi compresa la quota degli 800 milioni di euro, oggetto di ripartizione all'interno del riparto del Fondo sanitario nazionale 2016, su cui è stata acquisita l'Intesa il 14 aprile 2016. La loro iscrizione contabile, pertanto, concorre alla formazione del risultato di esercizio degli enti del Servizio sanitario regionale dell'anno 2016. Precisa inoltre che, come di consuetudine, il Ministero dell'economia e delle finanze impegna ogni anno tutta la quota annuale di Fondo sanitario nazionale (quota indistinta e vincolata) proprio per evitare che vadano in economia le relative somme: ne consegue che le somme non erogate quest'anno non vanno in economia, ma costituiscono residui disponibili nel bilancio statale per la relativa erogazione, che viene effettuata appena si realizzano le condizioni richieste, cioè, nel caso di specie, non appena sarà stato adottato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei Lea».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

 Il Sole
24 ORE
[Home](#)
[Analisi](#)
[Sanità risponde](#)
[Scadenze fiscali](#)
[Sanità in borsa](#)

20 dic
 2016

 SEGNALIBRO ☆
 FACEBOOK | f
 TWITTER | t

TAG

Dispositivi medici

DAL GOVERNO

Dispositivi medici, la spesa cresce del 5,3% a quota 3,83 miliardi

di Ernesto Diffidenti

Tra i beni acquistati dal Ssn, circa un terzo è costituito dai dispositivi medici. E secondo il Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche nel 2015 gli investimenti sono saliti del 5,3% passando da 3,63 miliardi a 3,8 miliardi.

Rispetto al settore farmaceutico, il mercato dei dispositivi ha delle specificità di rilievo che ne rendono più difficile la regolazione e con maggiore necessità di efficaci azioni di governo: l'eterogeneità dei prodotti, la rapida obsolescenza, i livelli di complessità tecnologica altamente differenziati e la variabilità degli impieghi clinici, spesso strettamente correlata anche all'abilità e l'esperienza degli utilizzatori.

Le manovre di spending review hanno introdotto un tetto per la spesa relativa ai dispositivi che, per il 2015, è stato confermato al 4,4% della spesa sanitaria totale pubblica.

«Il trend di aumento - è scritto nel rapporto pubblicato dal ministero della Salute - deve essere letto come miglioramento della rilevazione dei dati da parte delle Regioni, piuttosto che come aumento della spesa sostenuta». Il dossier, infatti, giunto ormai alla sua quarta edizione, consente un'analisi sulle modalità di gestione, governo ed impiego dei dispositivi medici e del loro impatto economico, rendendo disponibili e pubblici i dati relativi al loro utilizzo, a livello regionale e di azienda sanitaria.

Quanto alla spesa rilevata per regione, il primato spetta alla Lombardia (circa 550 milioni), seguita da Veneto (400) ed Emilia Romagna (380). In coda Valle d'Aosta e Molise. «La variabilità regionale è funzione senz'altro della numerosità delle strutture pubbliche presenti sul territorio regionale, della loro offerta, nonché del livello di copertura dei dati trasmessi - sottolinea il rapporto -. Inoltre la numerosità dei dispositivi rilevati può essere influenzata dalla presenza di strutture pubbliche a diversi livelli di "specializzazione", che potrebbero utilizzare insieme di dispositivi medici molto eterogenei».

Il mercato mondiale dei dispositivi medici

Gli analisti stimano che il settore dei DM, a livello mondiale, crescerà ad un tasso del 5,2% tra il 2015 ed il 2022, raggiungendo nel 2022 un fatturato complessivo di circa 530 miliardi di dollari (EvaluateMedTech, 2016).

Gli Stati Uniti d'America sono leader mondiale nella produzione e nel consumo di dispositivi. Nel 2015, il mercato statunitense era equivalente a più di 148 miliardi di dollari con previsioni di un tasso di crescita media annuale dal 2014 al 2019 del 5,3% arrivando ad un valore di 173,3 miliardi di dollari nel 2019. Complessivamente il mercato americano rappresenta il 39% del mercato mondiale, seguito dall'Europa che detiene il 31% del mercato, dal Giappone con il 9%, dalla Cina (6%), da Russia, Cina e Brasile (2% ciascuno) e dal resto del mondo con circa il 9%.

In Europa, il mercato dei dispositivi medici genera un fatturato di circa 100 miliardi di euro l'anno e impiega oltre 575 mila persone. Il 71% del fatturato totale in Europa è generato

in Germania, Francia, Gran Bretagna, Italia, e Spagna. L'8% circa del fatturato globale è reinvestito in ricerca e sviluppo, equivalente a circa 8 miliardi di euro l'anno e, mediamente, al deposito di un brevetto ogni 50 minuti. In Europa, l'industria dei dispositivi medici si compone di circa 25.000 imprese, il 95% delle quali sono piccole e



medie imprese, e principalmente piccole e micro imprese. La stessa compagine è ravvisabile nel mercato statunitense, dove l'80% delle imprese ha meno di 50 dipendenti

In Italia, il settore dei dispositivi medici è caratterizzato da un alto livello di innovazione e mostra, rispetto all'economia nel suo complesso, un forte dinamismo. Nel 2014, l'osservatorio produzione, ricerca e innovazione nel settore dei dispositivi medici in Italia di Assobiomedica ha censito 4.480 imprese (di cui il 53% si occupa di produzione, il 42,6% di distribuzione ed il restante 4,4% di servizi), che occupano 68.189 dipendenti (di cui il 60,1% in imprese di produzione, il 32,2% in imprese di distribuzione ed il 7,7% in imprese di servizi) e hanno un fatturato medio di 5,4 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IMPRESE E MERCATO

14 Settembre 2015

App medicali nella borsa del dottore. Arriva il vademecum per orientarsi meglio

AZIENDE E REGIONI

15 Settembre 2015

Il Veneto recepisce la manovra sui tagli. Coletto: «Intatti i Lea ma le misure su B&S e dispositivi sono ingiuste»

DAL GOVERNO

02 Ottobre 2015

Gestione dei software in ambito sanitario, il contributo dell'Iss alle linee guida

L'intervento

Perché i vaccini restano i migliori farmaci esistenti

Silvio Garattini

Alcuni casi di meningite in varie regioni italiane hanno ridato fiato a gruppi molto vocali che si oppongono alle vaccinazioni, con prese di posizione davvero poco accettabili. Diciamo subito che i vaccini sono i migliori farmaci esistenti, perché agiscono in modo favorevole sulla stragrande maggioranza dei vaccinati, hanno pochi effetti tossici, costano relativamente poco, richiedono poche dosi ed hanno un'efficacia che si prolunga nel tempo. Vogliamo fare un paragone? Chi riceve un vaccino ha la probabilità di essere protetto oltre il 90 per cento; chi riceve una statina, dopo 5 anni, ha la probabilità di trarre un giovamento nella misura del 2 per cento. Certamente anche per il vaccino non esiste il 100 per cento di protezione e ciò può spiegare il caso del bambino che due anni dopo la vaccinazione anti-meningococcica è stato ospedalizzato per una meningite. Come in altri casi precedenti, comunque, anche nei rari casi in cui contraggono l'infezione, chi è stato vaccinato ha il vantaggio di essere esposto ad una malattia che di solito ha un decorso più benigno e poi si risolve.

La presenza di qualche caso di meningite non deve creare panico, ma una giusta valutazione dei fatti con conseguenti interventi. È chiaro che è compito delle autorità sanitarie, ma anche dei genitori, sapere chi ha avuto contatti con l'infettato per iniziare un trattamento antibiotico se vi sono dei sintomi già presenti oppure una vaccinazione. L'estensione della vaccinazione va decisa dal numero di contatti che può aver avuto la persona infetta ed è compito dell'autorità sanitaria. I mass-media fanno un buon servizio quando si occupano di vaccinazioni, ma devono riportare i fatti senza entrare troppo nelle interpretazioni e, soprattutto, devono evi-

tare di generare panico o eccessivo allarme.

Visto che si avvicina il periodo dell'influenza è utile avere idee chiare anche nell'impiego del relativo vaccino. Il vaccino dell'influenza non è fra quelli raccomandati se non per i soggetti a rischio che, a qualsiasi età, sono coloro che hanno malattie croniche, quelle che riguardano la funzione cardiaca, circolatoria e respiratoria. Altro fattore di rischio è rappresentato dall'età. Gli anziani devono vaccinarsi, perché l'influenza può avere conseguenze dannose su molte funzioni organiche già debilitate per l'età. L'influenza non è una malattia «leggera». Si calcola che siano alcune migliaia i soggetti non vaccinati che ogni anno muoiono a causa dell'influenza. L'anno scorso ne sono morti di più. Questo è conseguenza del fatto che la gente non si è vaccinata, perché la mortalità in alcuni soggetti anziani che si erano vaccinati era stata erroneamente interpretata come dovuta al vaccino. Se qualcuno muore di infarto cardiaco dopo essersi vaccinato non è il vaccino che ha determinato l'infarto e la morte!

Un altro problema aperto è la riluttanza con cui parecchi genitori pensano alle vaccinazioni dei figli. Se sono giovani probabilmente pensano che certe malattie non esistano più. I genitori più anziani hanno vissuto gli anni in cui, ad esempio, la poliomielite mieteva giovani vite: molti morivano, altri rimanevano gravemente disabili. Il vaccino contro la poliomielite ha annullato questa situazione, che tuttavia si ripresenterebbe se si abbassasse la soglia che garantisce una buona protezione.

Le vaccinazioni sono utili, e opporvisi vuol dire agire contro la salute pubblica che si riflette alla fine anche sulla salute dei singoli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«In un anno con il vaccino si può fermare la meningite»

Rappuoli, padre dell'antimeningococco: campagna sui minorenni

Il rischio

«Se non si interviene rapidamente i batteri potrebbero diffondersi»

L'intervista

di **Margherita De Bac**

ROMA È il numero uno al mondo nella ricerca sul meningococco. Il vaccino contro il tipo C, il batterio capace di scatenare una delle forme più aggressive di infezione delle meningi cerebrali, l'ha scoperto lui, a Siena, negli stabilimenti ex Sclavo ora passati a GlaxoSmithKline.

Rino Rappuoli, responsabile scientifico mondiale dell'azienda — senese senza contrada — la storia dell'ondata di contagi in Toscana e dei casi che hanno impaurito gli studenti milanesi avrebbe potuto scriverla prima.

Siete sorpresi?

«Era già tutto previsto, come leggere un libro di testo, che ci fossero dei vaccinati non rispondenti, ultimo in ordine di tempo il bambino ora ricoverato a Firenze. L'immunità completa non viene mai ottenuta,

resta sempre un 5% di incertezza. L'unico modo per sconfiggere il germe è eliminarlo con una campagna a tappeto, dall'infanzia fino ai 18-20 anni. Così abbiamo fatto in Gran Bretagna nel 2000. E adesso è libera».

Cosa significa?

«Il batterio non circola più, non esiste. E parliamo di una situazione in cui si contavano 1.500 casi all'anno. Lo stesso succederebbe da noi in un anno, visto che la situazione è meno grave, se riuscissimo a proteggere almeno il 90% della popolazione a rischio in modo da raggiungere la cosiddetta immunità di gregge. Anche chi non ha fatto la profilassi starebbe al sicuro. In Toscana l'adesione all'offerta dell'anti-meningococco è troppo lontana da questa percentuale».

Il fenomeno toscano è preoccupante?

«Bisogna insistere nel vaccinare soprattutto i bambini e i ragazzi tra 10 e 20 anni perché è tra loro che si trovano i portatori sani. Hanno il batterio, non si ammalano, ma lo trasmettono. Con la vaccinazione questo pericolo verrebbe annullato».

Cosa prevede, come sarà l'andamento dell'infezione?

«Questo è un ceppo più viru-

lento degli altri, arrivato chissà come. Si sta riproponendo lo scenario visto in Nuova Zelanda e Stati Uniti. Se non si interviene rapidamente e con decisione i batteri si diffonderanno in tutta Italia. Guardiamo ad esempio ciò che è accaduto a Milano».

Come mai i vaccini, anche contro influenza o morbillo, non funzionano al 100%?

«Non lo sappiamo. Ipotizziamo che avvenga per fattori genetici individuali o ambientali, ad esempio per un uso improprio di antibiotici. Ma non c'è evidenza chiara. Comunque anche quando non c'è una protezione totale, aumentano le possibilità di prendere la malattia in forma lieve».

Come è nato il vaccino senese?

«Abbiamo cominciato a lavorarci negli anni Ottanta, nel 1991 il primo test sull'uomo. Il primo a registrarlo è stato il governo britannico, dove c'era una grande emergenza. Le difficoltà nel metterlo a punto? Superate grazie a una nuova tecnologia. E anche il vaccino contro il meningococco B, che entrerà dal prossimo anno nel calendario pediatrico nazionale, è stato ottenuto così».

mdebac@corriere.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è

● Rino Rappuoli, nato a Siena 64 anni fa, è l'inventore del vaccino contro la meningite causata dal meningococco di tipo C

● Gli studi sul vaccino per la *Neisseria meningitidis* di tipo C sono iniziati a fine anni 80 negli stabilimenti senesi della ex Sclavo, ora passata alla Glaxo-SmithKline di cui Rappuoli è attualmente direttore scientifico mondiale

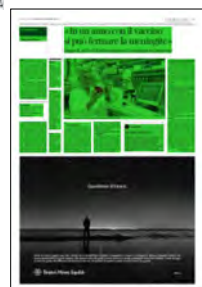
● Nel '91 il vaccino è stato per la prima volta sperimentato sull'uomo. Nel 2000 è iniziata la commercializzazione

La parola

MENINGOCOCCO

È una forma di batterio ed è noto perché causa la meningite. Venne scoperto da Giovanni Battista Ughetti nel 1880, poi isolato e coltivato in vitro da Anton Weichselbaum nel 1887. Infetta soltanto gli esseri umani e viene trasmesso per via inalatoria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



HOME

HOME >

Sei in: **ATTUALITÀ** > Dieci anni da Welby. L'associazione...

ANNIVERSARIO

Dieci anni da Welby. L'associazione Coscioni: "Ora testamento biologico e eutanasia"

Marco Cappato racconta le tappe di questo decennale. Che vorrebbe diventasse un'occasione per non perdere altro tempo in Parlamento. Almeno per la prima legge. Non si tratta di compassione. Ma di diritti civili

DI FRA. SI.

19 dicembre 2016

Dieci anni dalla morte di Piergiorgio Welby. «Io ero con lui, quel giorno, in ospedale, insieme a Mario Riccio e ai medici belgi pronti a intervenire se la sedazione non avesse funzionato». Marco Cappato, tesoriere dell'**associazione Luca Coscioni di cui Welby è stato cofondatore**, riparte da quel giorno per ricordare il significato di questi dieci anni di battaglie per i diritti civili, che **l'associazione porterà alla Camera dei Deputati con un dibattito che chiede di fare presto.**



Un momento dei funerali di Piergiorgio Welby

Il 12 gennaio scade il termine per presentare emendamenti alla commissione Affari Sociali del Senato per la legge sul testamento biologico, la prima delle due leggi richieste da 100mila firmatari, con iniziativa popolare. L'altra: l'eutanasia. Su cui Cappato riconosce, i tempi saranno più lunghi. «**Ma chiediamo, e crediamo sia possibile, approvare almeno la legge sul testamento biologico prima della fine della legislatura**». Perché se il nuovo governo occupa il dibattito delle aule, insieme alla legge elettorale, fuori, nel paese, «ci sono decine di migliaia di persone che aspettano **un diritto fondamentale**», ricorda Cappato. Un diritto che «pur essendo costituzionalmente garantito, ancora obbliga i cittadini a rivolgersi a degli avvocati per farselo riconoscere».

Il diritto a rifiutare le cure. «Con la scelta di Welby di rendere, insieme a noi, la sua battaglia pubblica, scoprimmo

molte cose, nel 2006», racconta Cappato: «Scoprimmo innanzitutto che l'opinione pubblica era a stragrande maggioranza favorevole all'eutanasia. Quindi che lo spazio costituzionale per garantire questa scelta già esisteva. E infine che non eravamo i primi: a pochi giorni dall'appello mi scrisse un medico, dicendo che avremmo potuto farlo quando volevamo, ma senza clamore. Si faceva, ma senza dirlo».

Quell'abitudine, nei termini della battaglia dell'associazione, è diventata anche un movimento di **disobbedienza civile**. «Diamo informazioni a centinaia di persone. Le aiutiamo. **Lo Stato non può impedire loro di andarsene**». La prima proposta di legge per l'eutanasia passiva, ricorda Cappato, arrivò nel 1984 da Loris Fortuna: lo stesso parlamentare che legò il suo nome alla legge sul divorzio. «Per noi è fondamentale: perché **è lo stesso solco. Quello dei diritti civili**».

Insieme alla discussione adesso del testo, Cappato e l'associazione Luca Coscioni rilanciano un appello al Ministero della Salute «affinché intervenga con una circolare che dia indicazioni precise affinché non sia più necessario l'intervento di un giudice per far rispettare le volontà della persona malata che chiede solo il rispetto di un diritto costituzionalmente garantito, come affermato nella sentenza del Tribunale di Cagliari sul ricorso presentato da Walter Piludu».

Tag **EUTANASIA**

VEDI ANCHE:



"La nostra battaglia per lasciarlo andare via. Per rispettare la sua volontà di morire"

La moglie di Luigi Brunori, malato di Sla morto l'8 gennaio del 2016, racconta l'esperienza sua e del marito. E la loro lunga lotta per un diritto: il diritto ad andarsene. Il suo ricordo in occasione del decennale dalla morte di Piergiorgio Welby, che l'associazione Luca Coscioni porta alla Camera



Galleria fotografica Le altre vignette di Altan

LA COPERTINA »



- ESPRESSO+
- L'ESPRESSO SU IPAD
- ABBONAMENTO CARTACEO
- NEWSLETTER

ILMIOLIBRO



ilmioesordio, quando il talento ti sorprende

SENTENZA CONTROCORRENTE

Il farmacista antiabortista non è tenuto a vendere la «pillola del giorno dopo»

Processata una dottoressa di Trieste, madre di cinque figli. Si rifiutò per motivi di coscienza di vendere il Norlevo. Rischiava due anni di prigione. Assolta

di **GIULIANO GUZZO**



■ Sarà perché molti non li considerano vittime, magari non includendoli tra gli esseri umani, sarà perché sono ritenuti un dettaggio rispetto alla grande ruota dei diritti civili, sarà perché a parlarne il prete rischia di non apparire includente, ma rigido, ideologico e divisivo, insomma, chissà com'è, chissà perché, arriva il Natale, ma di loro nessuno dice mai nulla. Della povertà dei 54.000 detenuti italiani si parla infatti a ogni piè sospinto, ma di quella dei 111.857 esseri umani embrionali (cifra aggiornata solo al 2014), imprigionati in un carcere di azoto liquido a 196 gradi sotto zero? E quei piccoli migranti che, appena nati, per contratto sono tradotti dal ventre che li ha nutriti a mani danarose che li hanno commissionati, non subiscono forse la povertà di non potere conoscere e crescere con il padre e la madre? Ci sono i poveri dell'antica piaga della guerra, ma in mezzo a noi c'è una carneficina silenziosa che dal 1978 al 2015 ha prodotto la soppressione di 5.722.539 esseri umani prima della nascita. Come chiamarla, se non guerra al concepito?

GIUBILO GENERALE

Le cifre fornite dal ministro Beatrice Lorenzin narrano di un giubilo generale perché quest'anno la mattanza, scesa sotto la cifra dei 90.000, è stata più contenuta. La riduzione, si legge nella relazione inviata al Parlamento, sarebbe in parte dovuta al fatto che dal maggio 2015 la pillola dei cinque giorni dopo può essere acquistata in farmacia senza ricetta.

Che i giornaloni si siano bevuta una tale idiozia è indice del livello di asservimento catatonico dell'informazione. Il cambiamento di dispensazione del farmaco è avvenuto con procedura europea il 7 gennaio 2015 ed è stata recepita dai vari Paesi nei mesi successivi.

Se la riduzione di aborti in Italia fosse avvenuta per la pillola, com'è che invece gli aborti sono aumentati in Inghilterra, Galles e Scozia, dove il farmaco è liberamente venduto? E com'è che in Francia, dove invece il numero di confezioni vendute è in diminuzione dal 2013, c'è stata una riduzione di 8.000 aborti?

CRIPTOABORTI

C'è poi un aspetto che dal punto di vista morale rende risibile presentare la riduzione degli aborti come un beneficio dei farmaci post-coitali. Questi preparati pos-

sono impedire all'embrione di annidarsi nell'utero materno, dunque rispetto all'embrione eventualmente formato la riduzione dell'aborto sarebbe realizzata mediante un incremento dei criptoaborti. Essere sottopreso senza che nessuno lo sappia e nessun conteggio lo registri: non è forse il massimo della povertà?

Questi temi drammatici hanno fatto da sfondo a processo, celebratosi a Gorizia, a carico di Elisa Mecozzi una farmacista di Trieste, portata al banco degli imputati per essersi rifiutata di dispensare a una donna la «pillola del giorno dopo» durante il turno di notte.

Il farmaco era stato prescritto alla donna da un medico dopo che questa aveva avuto un rapporto non protetto

con il compagno. Seppure dietro una grande compostezza, l'angoscia che da tre anni sconvolgeva la vita di questa farmacista, madre di cinque bambini, era perfettamente chiara. Aveva giurato di difendere la vita, ma quella notte le veniva detto che avrebbe dovuto mettere da parte quel giuramento e dispensare una sostanza capace d'interrompere una appena concepita.

A difenderla sono stati l'avvocato Simone Pillon, fondatore e membro del comitato organizzatore dei Family day, bestia nera delle sigle omosessualiste e tra i protagonisti principali della mazzata a Matteo Renzi nel referendum costituzionale, e l'avvocato Marzio Calacione. Insieme alle spiegazioni etiche connesse all'assunzione e somministrazione del farmaco, i medici periti tecnici di parte - il ginecologo Bruno Mozzanega e l'internista Renzo Puccetti - hanno fornito alla corte informazioni sul meccanismo d'azione della pillola in questione così come rivelano i dati degli studi, al di là della versione ufficiale che di essi viene fornita nei riassunti e nelle conclusioni.



GIUDICI ATTENTI

I giudici erano molto attenti, prendevano appunti, dando la netta impressione d'essere desiderosi di capire come davvero stessero le cose.

Quando il pubblico ministero ha formulato la richiesta di condanna, 2 anni di prigione, nell'aula è però piombato il silenzio, e si può solo immaginare come dev'essersi sentita la povera farmacista. La sua colpa verso la donna che le si era presenta-

Il ministro Lorenzin cita trionfante il dato degli aborti scesi a 90.000 l'anno

*Ma nel Regno Unito, dove il farmaco è in libera vendita, sono aumentati
E in Francia, dove il consumo è in calo, si sono ridotti di 8.000 unità*

ta con la ricetta del Norlevo era di avere pronunciato in modo pacato e fermo il suo «non posso»: non voleva somministrare alcunché potenzialmente capace di sopprimere una vita umana nascente. Questo era ciò che la sua coscienza le comandava. Questo era ciò che il suo co-

VITTORIA Elisa

Mecozzi, farmacista di Trieste, fra gli avvocati Simone Pillon (a sinistra) e Marzio Calacione, che l'hanno difesa nel processo, celebrato a Gorizia, per essersi rifiutata di vendere il Norlevo (a destra), un farmaco abortivo. Pillon, fondatore del comitato del Family day, è stato uno dei protagonisti della campagna contro Matteo Renzi e per il No nel referendum costituzionale

dice deontologico le imponeva. Questo era ciò che aveva più volte comunicato al titolare che quella notte l'aveva messa di turno, sola, in farmacia.

Appena tre ore più tardi la pillola fu comunque acquistata nella farmacia del Comune di residenza della coppia. Quando al termine di una breve camera di consiglio i giudici hanno pronunciato la sentenza, «prosciolta», la farmacista ha abbracciato i suoi difensori. Per tre anni era stata lei, accusata di avere pensato al «più povero dei poveri», come chiamava il concepito Santa Teresa di Calcutta.

TENUITÀ DEL FATTO

I giudici avevano da preservare il principio che il farmacista ha l'obbligo di assicurare le medicine, ma nel farlo hanno voluto affermare che la condotta del farmacista che non consegna la «pillola del giorno dopo» non è colpevole e non deve ricevere alcuna sanzione, stante la particolare tenuità del fatto.

Ora i farmacisti hanno così un precedente che indica come irrilevante sotto il profilo penale il rifiuto di questi prodotti, in attesa che finalmente una legge che disciplina l'obiezione di coscienza anche per il farmacista veda la luce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

