



RASSEGNA STAMPA

26-01-2017

1. ECO DI BERGAMO I tumori a Bergamo. Ogni anno circa 6.500 casi
2. UNIONE SARDA Microonde per battere i tumori
3. STAMPA L'esame che dura dieci minuti e allontana il cancro all'intestino
4. PHARMASTAR Caratteristiche del dolore episodico intenso da cancro, ce le racconta un importante studio italiano
5. GIORNALE Prosegue in Piemonte il programma preventivo di controllo mammografico
6. HEALTH DESK Cancro al pancreas: una terapia combinata raddoppia le probabilità di sopravvivenza
7. DOCTOR 33 Cancro, calano i decessi negli Usa ma restano elevati in alcune aree
8. GIORNALE Obiettivo numero uno: ridurre la spesa sanitaria Con più informazione
9. QUOTIDIANO SANITÀ Si accelera sulla responsabilità professionale. Testamento biologico in Aula entro metà febbraio
10. ILSOLE24ORE.COM Senza investimenti la ricerca italiana continuerà a fare le valigie
11. FOGLIO Quella medicina (non amara) che si chiama ricerca
12. AVVENIRE I medici di fronte al nodo della norma - «Nutrizione assistita? Non è una terapia»
13. AVVENIRE Oms. L'Italia resta fuori dalla terna finale
14. FAMIGLIA CRISTIANA Tutelare il diritto alla salute è giusto. Ma per tutti
15. CORRIERE.IT Influenza, superato il picco: colpiti 3,4 milioni di italiani, 19 i morti
16. ILSOLE24ORE.COM Bere (Agenas): «Ecco le prossime sfide del Programma Esiti»
17. AVVENIRE Genitori al 100%, lezione da Strasburgo
18. AVVENIRE L'Italia sposta in avanti la guerra alla Sla

I tumori a Bergamo Ogni anno circa 6.500 casi

I dati. Mortalità in calo: il 68% è vivo
nel quinquennio dopo la diagnosi
Beretta: l'arma è l'immuno-oncologia

CARMEN TANCREDI

— Ogni anno 6.455 casi nuovi di tumore a Bergamo (periodo analizzato 2007-2009), in Lombardia nel 2016 sono state stimate 62.900 nuove diagnosi di tumore (32.600 uomini, 30.330 donne), una cifra che corrisponde al 17% del totale dei nuovi casi in Italia (che si attestano su 365mila). In pratica, in tutta Italia ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una nuova diagnosi di tumore.

Sono le cifre diffuse da Aiom-Airtum, Associazione italiana di oncologia medica e Associazione italiana dei registri tumori (con fonti anche sull'incidenza e mortalità oncologica in provincia di Bergamo dell'Ats di Bergamo), in cui si evidenzia anche che nella provincia di Bergamo i tumori più frequenti fra gli uomini sono quelli della prostata (699 in un anno nuove diagnosi), polmone (515) e colon retto (440), mentre fra le donne quelli del seno (823), colon retto (378) e polmone (195). Il melanoma, che è un tumore della pelle particolarmente aggressivo, rappresenta in provincia di Bergamo la dodicesima neoplasia e la sua incidenza è leggermente più alta che tra altre popolazioni del Nord Italia (a Bergamo nel triennio 2007-2009 sono

state registrate 545 nuove diagnosi). La situazione invece per tutta l'Italia vede la prevalenza del tumore della prostata (nel 2016 in Lombardia 5.600 nuove diagnosi), seguito da quello del polmone (in Lombardia nel 2016 7.100 nuove diagnosi per uomini e donne), del colon-retto (in Lombardia nel 2016 8.400 nuovi casi per uomini e donne), della vescica e dello stomaco (in Lombardia nel 2016 i nuovi casi stimati sono stati 2.200, tra uomini e donne). Per le donne il cancro della mammella rappresenta il 30% delle neoplasie (in Lombardia nel 2016 8.900 nuovi casi), seguito da colon retto, polmone, tiroide e corpo dell'utero. Ma, pur davanti a numeri alti, la diffusione di maggiori campagne di prevenzione e di nuovi approcci terapeutici, tra cui le armi potentissime dell'immuno-oncologia con i nuovi farmaci quasi «tagliati» a misura di paziente, permette di affermare, come sottolinea Giordano Beretta, segretario nazionale Aiom e responsabile dell'oncologia medica dell'Humanitas Gavazzeni di Bergamo, che il cancro oggi non si può più definire «un male incurabile». I dati Istat indicano per esempio per il 2013 (ultimo dato disponibile), che in Italia sono stati

176.217 i decessi attribuibili a tumore, 1.000 in meno rispetto al 2012. A Bergamo ogni anno si registrano 3.167 decessi per tumore (il periodo analizzato è 2006-2011): di più, nel 2015 le persone vive in Italia con una diagnosi di tumore erano 3.036.741 (il 4,9% della popolazione italiana), e la proiezione del numero di persone che vivono in Italia dopo una diagnosi di tumore è di oltre 3,1 milioni (3.136.709). Si stima, inoltre, che in Lombardia vivano circa 564.720 persone con diagnosi di tumore. Si calcola che per tutti i tumori (esclusi i carcinomi della cute), il 55% degli uomini e il 63% delle donne non moriranno a causa del tumore nei 5 anni successivi alla diagnosi (in media si parla di sopravvivenza generale al 68% per tumori frequenti, e al 55% per i tumori rari). Un grande ruolo giocano le cure innovative, anche per tumori giudicati «resistenti» come il melanoma. «Il melanoma - continua Beretta - è stato il candidato ideale per l'applicazione dell'immunologia. Ora questo approccio innovativo si sta estendendo con successo a molti tipi di neoplasia. Siamo di fronte a una nuova era: una terapia capace di allungare la sopravvivenza, che si affianca a quelle tradizionali».



Dir. Resp.: Alberto Ceresoli

All'Humanitas Gavazzeni

Un libro con le storie dei pazienti

«Si può vincere», è il titolo del libro realizzato dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), con testimonianze e storie di pazienti che hanno sconfitto quello fino a poco tempo fa veniva definito «male incurabile». Il libro, che è a cura di Mauro Boldrini, Sabrina Smerrieri e Paolo Cabra, sarà presentato oggi alle 18 a Bergamo nell'auditorium di Villa Elios-Humanitas Gavazzeni a Bergamo. Si tratta dell'ottava tappa di un tour nazionale di 10 incontri con il coinvolgimento dei cittadini, delle istituzioni e delle associazioni dei pazienti. Il libro ha la prefazione del ministro della Salute [Beatrice Lorenzin](#). All'incontro, aperto a tutti, interverranno Mauro Boldrini, uno degli autori, Giordano Beretta, responsabile dell'Oncologia medica di Humanitas Gavazzeni e segretario nazionale Aiom e Giuseppe Fraizzoli, dg di Humanitas Gavazzeni.



Ogni anno quasi 6.500 nuovi casi di tumore a Bergamo

EFFICACIA DEL CALORE NELLE LESIONI CIRCOSCRITTE

Microonde per battere i tumori



I tumori si attaccano anche con il calore. In modo sempre più preciso. Può capitare, ad esempio, per le lesioni del fegato, oltre che per quelle del rene o del polmone. Bisogna però che la lesione stessa sia circoscritta e che non ci siano tante localizzazioni nell'organo. In questi casi, grazie all'impiego di tecniche sempre più sofisticate, si possono ottenere risultati significativi.

TERMOABLAZIONE. Benvenuti nell'epoca della termoablazione, basata sullo sviluppo di calore all'interno di una lesione "obiettivo", grazie al raggiungimento di una temperatura superiore a 50 gradi. In oncologia le alte temperature causano la denaturazione delle proteine intracellulari e la dissoluzione dei lipidi di membrana, provocando la morte cellulare. Queste procedure possono essere effettuate sia nei confronti di tumori primari, che secondari dei tessuti parenchimali (fegato, rene, polmone) e delle ossa. Tuttavia è importante trattare non solo la lesione tumorale, ma occorre eliminare anche i margini di tessuto "sano" che, nel caso di un tumore primitivo, deve essere di almeno 5 millimetri e in quello di una metastasi di almeno il doppio.

MICROONDE. In Italia un centinaio di centri offrono questo approccio, che oggi si giova anche della possibilità di agire attraverso le microonde oltre che con le classiche radiofrequenza. «Le microonde sono onde elettromagnetiche prodotte da un generatore, che attraverso un cavo raggiungono l'antenna inserita nel tumore e qui determinano un'oscillazione delle molecole d'acqua con conseguente produzione di calore», spiega Gianpaolo Carrafiello, professore ordinario di Diagnostica per immagini, radioterapia e neuroradiologia dell'Università di Milano. «Negli ultimi anni sono diventati disponibili dispositivi in grado di aumentare le dimensioni delle aree di ablazione tumorale che, grazie alla definizione di con-

torni perfettamente sferici, sono diventate sempre più "definibili" e "prevedibili"».

PAZIENTI. Cosa accade a chi riceve il trattamento? I pazienti sono trattati in sedazione moderata nella sala angiografica, dotata di una nuova tecnologia, che consente di programmare l'intervento. La degenza è generalmente di uno o due giorni. Eliminando l'anestesia generale, si possono, così, trattare tutti i pazienti altrimenti non eleggibili ad altre terapie per la presenza di malattie concomitanti. Per alcuni tipi di tumore come quello primario del fegato con dimensioni inferiori ai 3 centimetri, le linee guida delle società scientifiche nazionali e internazionali, hanno stabilito che il trattamento di termoablazione con radiofrequenza o microonde è equivalente alla chirurgia tradizionale. Per quanto riguarda il tumore renale sotto i 3 centimetri il successo clinico della termoablazione è intorno al 98 per cento. La termoablazione viene effettuata anche nei tumori "benigni", particolarmente della tiroide e dell'utero. «I benefici della termoablazione per il paziente oncologico - precisa Sandro Barni, direttore del Dipartimento Oncologico dell'Asst Bergamo Ovest - Treviglio - riguardano prevalentemente il fatto che è una metodica meno cruenta della chirurgia tradizionale, più rapida, meno dolorosa, ripetibile in caso di recidive, riduce le giornate di degenza e il periodo di malattia, con una conseguenza diminuzione dei costi diretti e indiretti, a vantaggio anche del sistema sanitario nazionale».

COMPLEMENTARE. Sia chiaro: la termoablazione, a parte casi specifici, è complementare alla chirurgia tradizionale e ai trattamenti medici, e ha indicazioni ben precise, come il volume, il numero e la localizzazione delle lesioni tumorali. Insomma: una scelta in più per combattere il cancro.

Federico Mereta

RIPRODUZIONE RISERVATA



Una nuova tecnica per la prevenzione

L'esame che dura dieci minuti e allontana il cancro all'intestino

F FEDERICO CALLEGARO

L'esame dura appena 10 minuti ma abbassa fino al 35% le possibilità di morire di cancro all'intestino nei 12 anni successivi alla visita. Sono dati importanti quelli emersi in uno studio pubblicato sul "British Medical Journal" che comparano i monitoraggi su pazienti che si sono sottoposti alla sigmoidoscopia flessibile in Italia e in altri due paesi. Ma che tipo di esame sarebbe esattamente? La sigmoidoscopia è un esame simile alla colonoscopia ma che interessa un tratto dell'intestino meno interno. Oltre a questa caratteristica ha anche quella di essere meno invasiva per il paziente che decide di sottoporsi al controllo. In Italia lo studio è stato coordinato a Torino dal Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte.

I dati

«Tutti e tre gli studi hanno raggiunto la stessa conclusione: lo screening con sigmoidoscopia garantisce una riduzione del 20-35% del rischio di ammalarsi e di morire per tumore del grosso intestino, che si mantiene a 12 anni dall'esecuzione dell'esame - spiegano i ricercatori - L'esame garantisce una protezione sia negli uomini sia nelle donne di età inferiore a 60 anni, dove si osserva una riduzione rispettivamente del 24% e del 33% del rischio di ammalarsi e del 29% e del 27% del rischio di morire di tumore del grosso intestino». Superati i 60 anni "l'effetto protettivo dello screening si mantiene solo tra gli uomini, mentre si riduce in modo sostanziale tra le donne».

Piemonte all'avanguardia

I dati sono stati elaborati confrontando la salute di persone a cui era stato inviato l'invito a sottoporsi al controllo, rispetto a quelle che non lo avevano ricevuto. Solo per il campione di ricerca italiano, poi, è stato possibile condurre un'ulteriore analisi dei dati che metteva a confronto anche i pazienti che si sono sottoposti al test, rispetto a quelli che non hanno svolto l'esame: «Tra queste si è potuto osservare un effetto anche maggiore - spiegano i ricercatori - ovvero una riduzione complessiva del 31% del rischio di ammalarsi e del 38% del rischio di morire». «I dati confermano la bontà della scelta della Regione Piemonte, che ha adottato un protocollo di screening che prevede l'offerta della sigmoidoscopia a tutti gli assistiti che compiono 58 anni - racconta Nereo Segnan, coordinatore del programma Prevenzione Serena - Auspichiamo che possano essere pienamente realizzati gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione, che prevedono il raggiungimento della copertura di tutta la popolazione entro il prossimo anno».

Risparmio per la Sanità

Che molti medici consiglino di sottoporsi a questo tipo di controllo è ovvio. Oltre che per la loro salute, che ne guadagna a livello di prevenzione e allontana il rischio di sottoporsi a interventi invasivi e dolorosi, c'è anche un beneficio economico per il sistema sanitario. Lo studio, infatti, ha provato a quantificare anche questo aspetto: «Il risparmio è di 14 euro per ciascuna persona che si sottopone a screening, grazie alla riduzione del numero dei malati da curare negli anni successivi».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



L'esame

La sigmoidoscopia è un esame simile alla colonoscopia ma che interessa un tratto dell'intestino meno interno



<http://www.pharmastar.it>

Caratteristiche del dolore episodico intenso da cancro, ce le racconta un importante studio italiano

Misurare il dolore improvviso da cancro e studiarne le caratteristiche? Si può. La rivista *Advances in Therapy* ha da pochi giorni pubblicato i dati preliminari dei primi 1500 pazienti affetti da cancro e coinvolti nello studio IOPS-MS. Quest'ultima è un'indagine multicentrica nazionale [The Italian Oncologic Pain Multisetting Multicentric Survey (IOPS-MS)] che sta valutando le caratteristiche del breakthrough cancer pain o dolore episodico da cancro (DEI) in diversi contesti clinici grazie ad uno specifico algoritmo.



Misurare il dolore improvviso da cancro e studiarne le caratteristiche? Si può. La rivista *Advances in Therapy* ha da pochi giorni pubblicato i dati preliminari dei primi 1500 pazienti affetti da cancro e coinvolti nello studio IOPS-MS. **Quest'ultima è un'indagine multicentrica nazionale [The Italian Oncologic Pain Multisetting Survey (IOPS-MS)]** che sta valutando le caratteristiche del breakthrough cancer pain o dolore episodico da cancro (DEI) in diversi contesti clinici grazie ad uno specifico algoritmo.

Il DEI impatta fortemente sulla qualità di vita del malato oncologico; parliamo di una grave forma di dolore improvviso, intenso e transitorio.

Lo studio IOPS-MS è nato dall'esigenza di approfondire la tematica e i risultati ottenuti da

un altro studio (**denominato IOPS = Italian Oncologic Pain Study**) che si è concluso nel **2012 sottolineando che il DEI è una patologia di alto rilievo clinico, che è possibile** diagnosticare in tutti i setting nei quali si affaccia il paziente oncologico, attraverso l'**utilizzo** di un semplice approccio diagnostico.

IOPS-MS è uno studio tutto italiano che ha coinvolto 32 centri clinici esperti in terapia del dolore, cure palliative e oncologia (4056 pazienti totali); è nato nel 2013 ed è supervisionato da una commissione scientifica.

L'obiettivo del nuovo studio, IOPS-MS, è quello di applicare sistematicamente un algoritmo diagnostico per il dolore episodico intenso e valutarne la prevalenza.

Attraverso l'algoritmo è stata eseguita la diagnosi di DEI; sono stati, quindi, registrati i dati epidemiologici, indice di Karnofsky, stadio della malattia, presenza e sedi di metastasi, trattamento oncologico in corso, e caratteristiche di fondo del dolore e del DEI e i trattamenti utilizzati per questi pazienti.

Sono stati anche misurati il dolore di fondo e l'intensità del DEI.

I pazienti sono stati anche interrogati circa la prevedibilità del dolore episodico intenso, **l'insorgenza (≤ 10 o > 10 min), la durata, i farmaci e le dosi utilizzate, il momento di sollievo dal dolore significativo dopo il trattamento, e la soddisfazione con i farmaci per il DEI. E' stata anche valutato il verificarsi di reazioni avverse, così come la tossicità della mucosa.**

I risultati del questionario, anche se preliminari, sottolineano che il dolore di fondo è stato ben controllato con il trattamento a base di oppioidi (valutazione numerica in scala 3.0 ± 1.1).

I pazienti hanno riferito 2.5 ± 1.6 episodi/giorno di DEI con una intensità media di $7,5 \pm 1,4$ e una durata di 43 ± 40 min; 977 pazienti (65,1%) hanno precisato che gli episodi di DEI non sono prevedibili, e 1076 pazienti (71,7%) hanno riportato una rapida insorgenza degli **stessi (≤ 10 min).**

Un totale di 1263 (84%) pazienti erano in trattamento con farmaci oppioidi per la gestione del DEI, compresi fentanil pectina spray nasale (FPNS, 23%), morfina orale (OM, 17%), fentanil buccale compresse sublinguali (FBST, 15%), fentanil compresse orosolubile (FBT, 11%), fentanil citrato transmucosale orale (OTFC, 5%), morfina sottocutanea (SC-M, 4%), morfina endovenosa (IV-M, 3%), e lo spray intranasale di fentanil (INFS, 1%).

La media \pm SD dosi di ciascun farmaco erano 178 ± 144 Ig (FPNS), 13 ± 11 mg (OM), 227 ± 169 Ig (FBST), 261 ± 207 Ig (FBT), 490 ± 330 Ig (OTFC), 11 ± 5 mg (SC-M), 9 ± 9 mg (IV-M), e 109 ± 59 Ig (INFS).

FPNS è stato meno frequentemente utilizzato in radioterapia ($p = 0,008$), mentre SC-M era più frequentemente utilizzato in oncologia e cure palliative ($p = 0,004$).

E' stata riportata una maggiore soddisfazione dai pazienti trattati con oppioidi a rapida

insorgenza.

In conclusione, questi dati preliminari evidenziano che l'algoritmo standard utilizzato è un valido strumento per una corretta diagnosi di DEI in pazienti affetti da cancro. Inoltre, un rapido sollievo del dolore è fondamentale per la soddisfazione dei pazienti. Bisognerà aspettare i dati finali dello studio per comprendere le relazioni tra le caratteristiche del dolore episodico intenso e altre variabili cliniche in pazienti oncologici.

Mercadante S. et al. Breakthrough Cancer Pain: Preliminary Data of The Italian Oncologic Pain Multisetting Multicentric Survey (IOPS-MS). *Adv Ther.* 2017 Jan;34(1):120-135. doi: 10.1007/s12325-016-0440-4. Epub 2016 Nov 21.

Malati & Malattie

Prosegue in Piemonte il programma preventivo di controllo mammografico

di Gloria Saccani Jotti



Si è svolto recentemente a Torino il Workshop sui risultati del programma di screening della Regione Piemonte per il tumore della mammella Prevenzione Serena. Da quasi 25 anni alle donne piemontesi (tra le prime in Italia) è offerto lo screening per la lotta contro il tumore della mammella. Il programma denominato «Prevenzione Serena», attivo a Torino dal 1992 ed in tutta la regione dal 1996, invita tutte le donne, residenti e/o domiciliate di età compresa tra i 50 ed i 69 anni ad eseguire una mammografia ogni due anni. Dal 2006 la popolazione bersaglio è estesa, con accesso tramite adesione spontanea, alle donne nelle fasce di età 45-49 anni (con una mammografia ogni anno fino ai 50 anni) e 70-75 anni (una mammografia con cadenza biennale). Gli studi scientifici dimostrano che lo screening mammografico riduce la mortalità per tumore al seno. Prevenzione Serena può evitare circa 150 decessi per cancro della mammella all'anno. Nel 2015 il 77,5% delle donne tra 50 e 69 anni (307.544) residenti / domiciliate in Piemonte sono state invitate ad effettuare una mammografia di screening. Il 65,3% di queste donne ha aderito all'invito e nel 2015 sono state effettuate un totale di oltre 216.000 mammografie di screening. Nell'anno considerato sono stati diagnosticati 1.176 tumori maligni in donne di età 45-75 anni. Dei 1.023 carcinomi invasivi, il 21% era di dimensioni pari o superiori a 2 cm, mentre, al di fuori dello screening, la quota di tumori di queste dimensioni è di più del 50%. La prognosi dei tumori piccoli è decisamente favorevole ed il trattamento può essere meno traumatico per la donna. Nell'86% il trattamento chirurgico è stato conservativo, con esiti estetici generalmente soddisfacenti. Prevenzione Serena mira ad offrire alla popolazione femminile piemontese, indipendentemente dallo status socioeconomico, prestazioni efficaci, appropriate e sottoposte a controlli di qualità e processi di miglioramento continuo, nonché derivanti da un rigoroso confronto tra benefici e possibili rischi / effetti collaterali.

gloriasj@unipr.it



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

LA BUONA NOTIZIA

Cancro al pancreas: una terapia combinata raddoppia le probabilità di sopravvivenza

Un “passo monumentale” nella terapia del cancro al pancreas. Così sono stati presentati i risultati di un trial clinico su una terapia combinata (gemcitabina e capecitabina al posto della sola gemcitabina) appena pubblicato su [The Lancet](#). Il cancro al pancreas è il più temuto tra tutti i tumori, quello con il tasso di sopravvivenza più basso. La ricerca di nuove terapie avanza a singhiozzo e il destino dei malati è ineluttabilmente segnato sin dal momento della diagnosi: alla gran parte dei pazienti rimangono pochi mesi di vita. Ma lo studio condotto dai ricercatori **dell'Università di Liverpool** porta finalmente una buona notizia: il 29 per cento dei pazienti a cui è stata somministrata una combinazione di farmaci chemioterapici è sopravvissuto per almeno cinque anni dalla diagnosi. È poco in valore assoluto, ma un'enormità in confronto al 16 per cento dei pazienti curati con la terapia standard.

Il trial ha coinvolto 732 pazienti ricoverati negli ospedali del Regno Unito, Germania, Svezia e Francia che avevano subito un intervento chirurgico per rimuovere il tumore. Circa la metà dei pazienti ha ricevuto un solo farmaco antitumorale, la gemcitabina che rappresenta attualmente la terapia standard **dopo l'operazione. L'altra metà dei pazienti è stata sottoposta a un** trattamento chemioterapico combinato: alla gemcitabina è stata aggiunta la capecitabina.

Il trial ha dimostrato la superiorità dell'abbinamento dei due farmaci, capace di raddoppiare il numero di pazienti in grado di sopravvivere alla malattia per almeno cinque anni.

«Questa è una delle più grandi conquiste di sempre sul prolungamento della sopravvivenza dei pazienti con cancro al pancreas», ha **affermato John Neoptolemos dell'Università di Liverpool** a capo dello studio. «Quando questa combinazione diventerà la terapia standard in tutto il mondo offrirà a molti pazienti la possibilità di convivere con la malattia per mesi o anni preziosi».

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

Cancro, calano i decessi negli Usa ma restano elevati in alcune aree



Anche se negli Stati Uniti il tasso globale di decessi per cancro è calato di circa il 20% tra il 1980 e il 2014 restano contee in cui la mortalità rimane particolarmente alta, secondo uno studio pubblicato su *Jama*. Il cancro è la seconda causa di morte negli Stati Uniti e nel mondo, e la maggior parte delle indagini sulle differenze geografiche di mortalità svolte negli Stati Uniti si sono concentrate sulle differenze tra gli stati. «Viceversa, le informazioni epidemiologiche disponibili a livello di singole contee erano finora limitate, nonostante i programmi e le politiche di sanità pubblica siano per lo più progettate e attuate a livello locale» esordisce il coautore dell'articolo Christopher Murray, dell'Institute for Health Metrics and Evaluation alla University of Washington di Seattle, sottolineando che una maggiore disponibilità di dati sulle diverse contee potrebbe essere utile anche ai medici per comprendere le esigenze della comunità in cui operano. Così Murray e colleghi hanno stimato i tassi di mortalità statunitensi, suddivisi per singola contea, di 29 tipi di tumore utilizzando i registri del National Center for Health Statistics, il Census Bureau e lo Human Mortality Database dal 1980 al 2014.

E così facendo i ricercatori hanno scoperto che in questo periodo i decessi per neoplasia sono calati del 20,1%, ossia da 240 a 192 ogni 100.000 abitanti. «I morti per tumore negli Stati Uniti in 34 anni sono stati 19.511.910, di cui 7 milioni per neoplasie della trachea, bronchi e polmone; 5 milioni per cancro del colon e del retto; 6 milioni per tumore alla mammella; 2 milioni per cancro al pancreas e 1 milione per neoplasia prostatica» scrivono gli autori, sottolineando che per molti tipi di cancro c'erano gruppi distinti di contee distribuiti in diverse regioni degli Stati Uniti con mortalità particolarmente elevata. Per esempio, i decessi per cancro al seno erano numerosi soprattutto nelle zone meridionali e lungo il fiume Mississippi, quelli per epatocarcinoma erano concentrati lungo il confine tra Texas e Messico, e per cancro al rene nel North e South Dakota e nelle contee del West Virginia, Ohio, Indiana, Louisiana, Oklahoma, Texas, Alaska, e Illinois. «Questi dati delineano una mappatura importante in termini di prevenzione, accesso alle cure e terapia» concludono i ricercatori.

Jama 2017. doi:10.1001/jama.2016.20324

<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/10.1001/jama.2016.20324>

FOCUS SALUTE E BENESSERE

MEDICINA

ASSOSALUTE

Obiettivo numero uno: ridurre la spesa sanitaria Con più informazione

L'importanza di una corretta automedicazione a partire dai giovani. Le abitudini degli italiani

Fabrizio de' Marinis

■ Cultura della salute ed educazione sanitaria sono gli elementi fondamentali per avere un cittadino consapevole e responsabile sulle proprie scelte di benessere. Abituare i giovani a una maggiore attenzione alla propria salute e a uno stile di vita sano è la scommessa, da fare oggi, per avere una popolazione più sana domani. Temi, questi, che possono pesare in modo non indiretto sull'abbattimento della spesa sanitaria nazionale, valutata nel corso del 2016, da Cergas Bocconi, con un risparmio vicino ai 900 milioni di euro l'anno.

Ecco allora il primo Forum sull'Automedicazione, destinato a ripetersi negli anni a venire, promosso da Federchimica Assosalute, con la partecipazione di aziende, istituzioni, mondo della ricerca e con la presenza di Cittadinanzattiva, e delle federazioni di categoria, Federfarma, Fenagifar, Fimmg, Fnpi, Fofi e Simg. Presentati, per l'occasione, un documento programmatico, il nuovo portale, rivolto ai cittadini, sull'automedicazione (www.semplicementesalute.it)

e una ricerca molto articolata, che ha fotografato le abitudini di salute e auto-cura di un campione di popolazione compresa tra 18 e 28 anni. Una scelta non casuale quella di indagare il mondo dei giovani, in quando saranno i cittadini del futuro sui quali investire, per un appropriato e sostenibile sviluppo del nostro sistema sanitario.

E i giovani non sono affatto insensibili al problema. Il 60% degli intervistati afferma di risolvere i comuni disturbi o sintomi lievi in autonomia, ricorrendo ai farmaci senza obbligo di ricetta, e riconoscendo nel medico e nel farmacista dei professionisti cui chiedere consiglio in caso di bisogno. È stata, inoltre, rilevata una elevata tendenza a informarsi su argomenti relativi alla salute (64% del campione).

«Il Forum di Milano - spiega Agnès Renault, presidente di Federchimica Assosalute, associazione nazionale farmaci di automedicazione, che riunisce aziende italiane e internazionali operanti in Italia - vuole diventare un appuntamento annuale che rafforzi il dialogo con tutti i protagonisti del sistema salute. Ci auguriamo di

poter costruire una collaborazione di valore, con tutti gli attori coinvolti, che conduca a una posizione congiunta a favore della corretta automedicazione. Sono certa che i punti contenuti nel documento di programma presentato, possano divenire progettualità concrete che aiutino i cittadini a operare scelte informate e guidate e rappresentare un passo importante, verso la valorizzazione economica e sociale del settore a sostegno della salute individuale e del sistema nazionale italiano». Un settore, questo, che vale 5,6 miliardi e che, se razionalizzato, può portare molti vantaggi nella gestione della spesa.

I giovani non sono insensibili al problema. Il 60% degli intervistati afferma di risolvere i comuni disturbi o sintomi lievi in autonomia, con farmaci senza obbligo di ricetta



quotidianosanita.it

Mercoledì 25 GENNAIO 2017

Si accelera sulla responsabilità professionale. Testamento biologico in Aula entro metà febbraio. È invece in stallo il ddl Lorenzin

I provvedimenti sono tutti e tre all'esame della Camera. Ma mentre per responsabilità professionale e testamento biologico i lavori sembrano procedere celermente, per il disegno di legge sulle sperimentazioni cliniche e il riordino degli Ordini professionali ci sono dei problemi soprattutto per il riconoscimento di nuove professioni sanitarie. Al momento una sola cosa è certa: il testo verrà modificato.

La commissione Affari sociali della Camera in queste settimane è al lavoro su diversi provvedimenti di grande rilievo: dal disegno di legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure al testamento biologico, fino al ddl Lorenzin sulla riforma degli Ordini e le sperimentazioni cliniche. Proviamo a fare il punto della situazione sull'andamento dei lavori.

Priorità al ddl Gelli. Dopo l'approvazione in seconda lettura da parte del Senato, il ddl sulla responsabilità professionale è stato incardinato la scorsa settimana in XII commissione. Il termine per la presentazione degli emendamenti è stato fissato per le ore 14 di giovedì 26 gennaio. Dalla prossima settimana inizierà quindi - probabilmente da mercoledì - l'esame delle proposte di modifica che dovrebbe concludersi rapidamente entro il 2 o il 3 febbraio. Il testo, che rimarrà quello licenziato dal Senato, dovrebbe sbarcare in Aula tra la metà e la fine di febbraio per una rapida approvazione.

Testamento biologico. Per quanto riguarda il ddl sul testamento biologico, l'asse Pd-M5S già la scorsa settimana ha provato ad accelerare i tempi per riuscire a portare in Aula il Testo unico entro la scadenza inizialmente calendarizzata per il prossimo 30 gennaio. I tempi stringono e, data la difficoltà di riuscire a concludere l'esame dei 265 emendamenti ammessi dall'Ufficio di presidenza, è stata già chiesta una proroga di due settimane per la presentazione in Assemblea. Il dibattito dovrebbe quindi anche in questo caso iniziare verso la fine del prossimo mese.

Il 'nodo' ddl Lorenzin. In ordine di tempo, il ddl Lorenzin sulla riforma degli Ordini e le sperimentazioni cliniche verrà per ultimo. Una scelta dettata anche dalle difficoltà registrate in commissione Affari sociali sul testo approvato dal Senato. Il percorso si preannuncia tutt'altro che semplice e, al momento, come riferito da fonti parlamentari Pd, una sola cosa sembra certa, il testo subirà delle modifiche: verrà eliminato il riferimento all'aggiornamento dei Lea, ormai superato dall'approvazione del Dpcm, e ci saranno cambiamenti sulle questioni riguardanti gli Ordini e le professioni. I problemi principali, infatti, verterebbero proprio sul riconoscimento di nuove professioni. La questione è stata già affrontata la scorsa settimana in un incontro tra i due presidenti delle commissioni Sanità di Camera e Senato, rispettivamente Mario Marazziti ed Emilia Grazia De Biasi.

Il testo, dunque, difficilmente approderà in Aula prima del prossimo aprile. L'approvazione definitiva del provvedimento dipenderà poi anche dall'odierna sentenza della Consulta sulla legge elettorale, e quindi dalla tempistica del prossimo ritorno alle urne. In caso di elezioni prima dell'estate, infatti, considerando che mancherebbe un ulteriore passaggio parlamentare al Senato dopo le modifiche che verranno apportate a Montecitorio, diventerebbe molto difficile riuscire ad approvare per tempo la riforma.

Giovanni Rodríguez

Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



25 gen
2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Ricerca

Giovani ricercatori

Malattie e disturbi
dell'occhio

Medicina generale

MEDICINA E RICERCA

Senza investimenti la ricerca italiana continuerà a fare le valigie

di Mario Stirpe (presidente Irccs Fondazione G.B.Bietti)

L'importanza della ricerca scientifica per lo sviluppo culturale e sociale di una nazione non è stata sufficientemente compresa dalle competenti autorità Politiche e Amministrative del nostro Paese e conseguentemente dall'opinione pubblica che non è mai stata sufficientemente sensibilizzata. L'Italia risulta essere tra i paesi europei nelle posizioni più arretrate per quanto riguarda la percentuale del prodotto interno lordo investito nella ricerca scientifica. Questo investimento a medio e lungo termine, coinvolgendo i vari campi del sapere, non mancherebbe di fornire brillanti risultati se i programmi di ricerca fossero giustamente e sapientemente finalizzati.

L'esperienza ha dimostrato che non può esservi progresso in una società se non vi è ricerca scientifica. È vero che ogni Paese può avvalersi dei risultati ottenuti da altri, ma questo atteggiamento di sapore parassitario ha un prezzo elevatissimo ed è motivo di giudizi squalificanti da parte delle altre comunità. Il denaro che non viene investito in ricerca sarà poi necessariamente speso in misura molto maggiore per l'acquisto di brevetti o per l'importazione di strumenti, metodiche, ed altro risultato della ricerca altrui.

Per realizzare una pubblicazione scientifica degna di tal nome, occorrono alcuni ingredienti essenziali: i cervelli per pensare, le motivazioni e non ultimi i mezzi finanziari. Senza l'opportuna disponibilità finanziaria qualsiasi idea, anche se geniale, rimane solo un protocollo di ricerca che non verrà mai utilizzato.

In Italia i cervelli non mancano ma quando un giovane ricercatore ha idee e prova un'intensa motivazione per realizzarle è costretto a rivolgersi a chi gli fornisce i mezzi per realizzare i suoi progetti. È inutile ripetere che molto spesso tali mezzi vengono forniti oltreconfine, e così il nostro Paese continua a perdere gli elementi che avrebbero dovuto rinnovare la struttura portante dello Stato.

Non è possibile infatti condurre una seria indagine scientifica senza una adeguata disponibilità economica. Gran parte dei protocolli di ricerca specie se finalizzati a problematiche di natura bio-medica necessitano di strumentazione costosa ed in continua evoluzione, di personale tecnico, di laboratori, stabulari e altro il cui allestimento e la cui manutenzione richiedono una spesa consistente e spesso protratta nel tempo.

Nell'erogazione dei finanziamenti lo Stato è da tempo molto carente oltre che per l'entità delle somme destinate soprattutto per le modalità con cui queste vengono distribuite.

Per mantenere il bilancio le risorse dell'Università, dalle quali dovrebbe provenire gran parte della ricerca scientifica, sono spesso deviate verso un'attività di carattere eminentemente ospedaliera.

Il ruolo degli Irccs

Nelle materie mediche in Italia vi è un numero limitato di Istituti controllato dal ministero della Salute: gli Irccs alcuni dei quali di diritto privato. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico adempiono a funzioni del tutto peculiari nell'ambito del Sistema sanitario nazionale in quanto identificano nel malato un soggetto da curare ma nel contempo da sottoporre a studi ed indagini di carattere squisitamente scientifico. La stessa ricerca di base deve avere una finalità "traslazionale", cioè propedeutica alla soluzione del problema clinico-terapeutico del paziente. L'Irccs Fondazione Bietti da me



presieduto è tra questi ed è dedicato alla ricerca e allo studio delle patologie oculari e fra queste predilige quelle che provocano i danni più devastanti e che costituiscono pertanto un problema di rilevanza socio-economico.

È un esempio di eccellenza non solo di tipo scientifico e clinico, per la sua attività nel settore dell'oftalmologia, ma anche di tipo gestionale per il modello di integrazione con il Servizio nazionale sanitario. In seguito ad un accordo raggiunto con l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata la Fondazione ha investito, nel corso di questi anni presso l'Ospedale Britannico una ingente quantità di risorse economiche per lo sviluppo e il mantenimento delle attività a totale favore del Servizio sanitario regionale. L'importante contributo economico finanziario è stato possibile grazie alla notevole capacità di attrazione di capitali privati da parte della Fondazione Bietti per il riconoscimento della sua attività scientifica oltre che assistenziale. In tale contesto l'unione con la Fondazione Roma presieduta da Emmanuele Emanuele, oggi presidente onorario della Fondazione Bietti stessa è risultata elemento determinante per l'espansione dell'Istituto.

La Fondazione Roma ha sostenuto tutte le attività sia di tipo scientifico che assistenziale dell'IRCCS Fondazione Bietti dotandolo di un patrimonio strumentale non secondo a quello dei più importanti Istituti Internazionali.

L'organizzazione strutturale della Fondazione Roma grazie alla quale, con opportune scelte, vengono supportate in maniera continuativa attività nel campo dell'arte, della ricerca e della assistenza costituisce un modello adottato in maniera diversa da Istituzioni, non molte, di diritto privato localizzate per lo più nell'Italia del nord. È questa la chiave di comprensione della preponderante presenza degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico proprio in questa parte dell'Italia che rimane maggiormente privilegiata.

Dopo tante esperienze sarebbe illusorio pensare ad un ravvedimento dello Stato, ma sarebbe almeno augurabile che lo Stato stesso rendesse meno difficili le meritorie attività non lucrative oggi spesso ostacolate da una burocrazia divenuta frequentemente ostativa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

LAVORO E PROFESSIONE

14 Settembre 2015

Osteopati, non sono figli di un Dio minore

IMPRESE E MERCATO

16 Settembre 2015

Le frontiere e le sfide della salute nell'era delle tecnologie

EUROPA E MONDO

07 Gennaio 2016

Ricerca, l'Italia è ancora nella top 10. Ma perde talenti

Quella medicina (non amara) che si chiama ricerca

FARMACI, SALUTE E CULTURA SCIENTIFICA. COSA FA IL MARIO NEGRI. FORUM COL PROF. GARATTINI

Duro con i pediatri che si oppongono le vaccinazioni: "Sono da espellere dall'Ordine dei medici". Sarcastico con un sistema (europeo) che mette sul mercato farmaci sicuri, per qualità, efficacia e sicurezza (come prevede la legge), ma senza un vero valore aggiunto terapeutico. Preoccupato per lo smog sottovalutato, "c'è relazione tra aumento dell'inquinamento e mortalità". E soprattutto rottamatore del pensiero unico dell'ovvio: contro chi non usa lo zucchero, contro chi non dà la carne ai bambini, contro, addirittura, chi diffonde la cultura dell'oroscopo, "una tv di stato non dovrebbe proporli, così ci allontaniamo dalle verità". Contro, soprattutto, una cultura e una pratica informativa ancora molto antiscientifiche, che spacciano opinioni false come fossero dati misurabili: dall'ostracismo sugli ogm al veganesimo, ai vari casi Stamina. Silvio Garattini, classe 1928, al Forum del Foglio. Garbato e polemico sul futuro, forte sostenitore del Servizio sanitario nazionale, "da preservare e tutelare". Un testimone dell'eccellenza della ricerca milanese, tutt'altro che rivolto al passato.

E' il 1957 quando il fondatore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri ha la possibilità di visitare ospedali e laboratori farmaceutici negli Usa. Una folgorazione. "Sono rimasto stupito. In Italia la ricerca era considerata un'attività accessoria, negli Stati Uniti una vera professione. Avevo due scelte: rimanere là o ritornare in Italia e cambiare le cose". E' nato così l'Istituto farmacologico Mario Negri nel 1963. L'incontro tra il gioielliere milanese Mario Negri, filantropo con la passione della medicina, e il giovane medico ricercatore Silvio Garattini, nei corridoi della facoltà di Medicina, è stato determinante per la vita di questi due visionari. L'imprenditore nel '60 scopre di avere un tumore e pochi mesi di vita. All'apertura del testamento, Garattini scopre che Negri gli ha lasciato 100 milioni di lire e le azioni di una ditta farmaceutica. Nel 1963 Garattini inaugura l'Istituto di ricerca. "Da allora ci occupiamo di ambiente, malattie rare, tumori e tante altre cose. Facciamo formazione, informazione e ricerca. Oggi la ricerca in Italia non va bene. Abbiamo dei bravissimi ricercatori, ma sono pochi, la metà della media dei ricercatori europei. In media l'Europa investe il 2,3-2,4 per cento del pil, noi ci avviciniamo all'1,2. Ma nemmeno è un dato corretto, perché il 50 per cento dei fondi pubblici delle universitari nominalmente a vantaggio della ricerca sono molto meno. Dovremmo avere il doppio di ricercatori". La ricerca in Italia è stata abbandonata. Non a Milano, non in Lombardia, ma sul totale del paese la media si abbassa fortemente. E pensare che - dati Ue -

con un euro speso in ricerca ritornano alla collettività 23 euro in innovazione, in pil. Senza ricerca non c'è futuro. "A Milano non bastano moda e design". Un dato in controtendenza, a Milano: "Abbiamo invece tanti donatori. Basta pensare alla Aire, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro. Lo stesso Mario Negri è stato ed è sostenuto dai donatori. Settecento dipendenti e tre istituti non sono pochi". Con la stridente contraddizione, comune ad altre istituzioni simili, di 280 mila euro di Imu pagati allo stato. "Una botta e una beffa". Garattini sogna una Milano piena di laboratori con giovani in camice bianco al microscopio. E spera che l'Emm, l'Agenzia europea del farmaco, traslochi da Londra a Milano. "Sarebbe fantastico. Mille dipendenti, tanti posti di lavoro nuovi, formazione. Ma bisogna trovare subito una location adatta. Il Pirellone andrebbe benissimo", dice - anche se Giovanni Azzone, che ora guida Arexpo, ha in mente il Palazzo Italia. L'Emm attirerebbe a Milano tutte le aziende farmaceutiche europee. Una rivoluzione e un'opportunità per il mercato e la ricerca. Ma la concorrenza è forte.

L'Istituto Mario Negri fa molte cose, per la città non solo. E sforna metodologie di ricerca che poi vengono copiate nel mondo. Ad esempio ha studiato il fenomeno inquinamento attraverso il controllo delle fognie. I ricercatori hanno cercato residui di salbutomolo, un principio chimico contenuto negli spray per i malati di asma. Risultato? A un aumento delle polveri sottili a Milano corrisponde un aumento di salbutomolo. Lo studio delle acque fognarie era già stato utilizzato per monitorare l'utilizzo di droghe: cocaina, cannabis, anfetamine. "Abbiamo esportato il know how. Dal punto di vista scientifico un successo dei ricercatori del Mario Negri. Si può raccontare una città partendo dalle fognie. Inutile dire che Amsterdam è risultata la città europea più a rischio droghe". Il Mario Negri, ama precisare Silvio Garattini, non brevetta. È tutto a disposizione. Programmi, studi, ricerche. Un'assoluta trasparenza lontano dalle sirene delle aziende farmaceutiche. "Così siamo



più liberi. Ci devono spiegare come mai un farmaco sotto brevetto costa più di un altro di medesima resa? I farmaci incidono nella spesa sanitaria per il 17,1 per cento nel 2016. Prima eravamo al 14,85 per cento. Un miliardo e 600 milioni in più. E' troppo, è eccessivo".

Un istituto indipendente come il Mario Negri potrebbe fare da modello sul ruolo che potrebbe svolgere un'autorità terza, se venisse istituita. La realtà è che l'Ema, così come l'Aifa, non sono autorità terze e possono svolgere tale ruolo. Eppure: "Serve più appropriatezza sulla prescrizione - dice il professore - prendiamo gli antitumorali, che stanno facendo lievitare la spesa farmaceutica. Si immette sul mercato un farmaco che non ha in generale un valore aggiunto: ad esempio, una volta assunto non allunga la vita. Che senso ha? C'è una spesa esagerata e una informazione in mano ai 20 mila informatori farmaceutici. Certo, abbiamo fatto passi da gigante. Negli anni '50 per l'approvazione di nuovi farmaci bastava la firma di cinque primari d'ospedale". Al fondo c'è un problema culturale, che Garattini evidenzia parlando di un tema assai dibattuto oggi, i vaccini. Se le organizzazioni mondiali e nazionali della salute sostengono che è una follia non vaccinarsi, non vedo perché si debba aprire un dibattito. E' sbagliato. Certo, non c'è l'obbligatorietà della vaccinazione, ma è anche vero che per avere l'immunità generalizzata si deve vaccinare il 95 per cento della popolazione". Garattini offre un ordine di grandezza per capire il problema: in Europa, l'Italia ha avuto il più alto numero di bambini malati di morbillo. "Sì, credo sia un problema culturale. Lo ripeto. Come per gli ogm. Dobbiamo capire i fattori di rischio. Dobbiamo essere più scettici, critici. Non più creduloni". Infine, il sistema della Sanità, che ne pensa della riforma sanitaria lombarda targata Maroni? Garattini individua i due nodi: le liste d'attesa e il pronto soccorso. "L'idea di far lavorare insieme i medici di Medicina generale e quelli dell'ospedale, è giusta. Ad esempio sulle cronicità. Bisogna liberare gli ospedali dai malati cronici con lievi patologie e trasferire gli interventi alla Medicina generale sul territorio". Su questo, il giudizio è positivo. Poi c'è la faccenda delle liste da accorciare. Qualcosa si sta facendo, ma Garattini ha da sempre una posizione critica su un aspetto che, a suo avviso, complica anche questo aspetto: "Io eliminerei l'intramoenia".

èVita

«NUTRIZIONE ASSISTITA?
NON È UNA TERAPIA»
I MEDICI DI FRONTE
AL NODO DELLA NORMA



«Nutrizione assistita? Non è una terapia»

*Neurologi,
palliativisti
e oncologi
a confronto sul
nodo centrale
(e più discusso)
del progetto di
legge sulle Dat*

di Enrico Negrotti

Uno dei punti più controversi del disegno di legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento in discussione alla Commissione Affari sociali della Camera è la norma che permette – «in previsione di una propria futura incapacità di autodeterminarsi» – di rifiutare nutrizione e idratazione artificiali, peraltro senza indicare con precisione in quali circostanze. Il dettato dell'articolo 3 comma 1 del testo unificato all'esame dei deputati della commissione riprende la specificazione dell'articolo 1 comma 5 che – richiamando il dettato costituzionale – ricorda il diritto del paziente a rifiutare qualunque tipo di cura, «ivi incluse la nutrizione e l'idratazione artificiali».

Un tema che è stato richiamato lunedì anche dal cardinale **Angelo Bagnasco**, nella sua prolusione al Consiglio permanente della Cei: «Ci preoccupano non poco le proposte legislative che rendono la vita un bene ultimamente affidato alla completa autodeterminazione dell'individuo, sbilanciando il patto di fiducia tra il paziente e il medico. Sostegni vitali come idratazione e nutrizione assistite, ad esempio, verrebbero equiparate a terapie, che possono essere sempre interrotte». Dubbi sull'equiparazione della nutrizione artificiale a un trattamento medico sono state espresse, ancora pochi giorni fa su *Avvenire* da **Paolo Maria Rossini**, direttore dell'area di Neuroscienze al Policlinico Gemelli di Roma, che puntualizzava come le attuali sacche alimentari per la nutrizione artificiale non siano altro che un'evoluzione dei vecchi «siringoni» con cui i familiari somministravano frullati di cibo e acqua ai loro cari: «Il principio di considerare la somministrazione di cibo e acqua come un intervento medico mi lascia molto perplesso». Dello stesso parere è **Umberto Tirelli**, primario oncologo dell'Istituto dei tumori di Aviano (Pordenone), che opera una distinzione: «In generale credo che idratazione e alimentazione

debbano essere date a tutti. Ma non è la stessa cosa avere a che fare con un paziente con una malattia evolutiva, come un tumore cerebrale, e una persona in stato vegetativo persistente». Piuttosto che affidarsi a un testo di dichiarazioni anticipate redatte quando si sta bene e non si può prevedere il futuro «trovo preferibile affidarsi a un medico di fiducia, cui far sapere i propri orientamenti. Del resto anche le proprie opinioni possono variare molto con il tempo». «Molto diverso – sottolinea **Tirelli** – è somministrare morfina a un paziente terminale, che può morire qualche giorno prima, rispetto a sottrarre idratazione e alimentazione a una persona in stato vegetativo: la facciamo morire, pur non sapendo come si sta in quelle condizioni. E ignoriamo anche se appartiene a quella quota di



persone che si risveglieranno, magari dopo qualche anno».

Chiede di evitare confusioni **Augusto Caraceni**, direttore della Struttura complessa di Cure palliative dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano:

«Bisogna evitare di far credere che sia necessaria una legge sull'eutanasia perché stiamo introducendone alcune fattispecie, perché non è vero. Rispettare

la volontà del paziente, anche per trattamenti salvavita, è coerente con le norme deontologiche mediche, oltre che con la Costituzione.

E quindi anche in caso di incapacità di intendere e volere. La sospensione delle cure è cosa molto diversa dal prevedere l'eutanasia: non è corretto nemmeno confonderla con la sedazione terminale». Anche perché occorre fugare altri dubbi: «Se un paziente è incosciente e non ha lasciato dichiarazioni anticipate di trattamento

considerare terapia la nutrizione e l'idratazione potrebbe far sorgere il dubbio al medico se considerarli trattamenti futili. In realtà, deve prevalere un ragionamento che tenga in conto sempre la proporzionalità del trattamento, non se deve essere considerata nutrizione o terapia».

Preoccupato **Giovanni Battista Guizzetti**, responsabile da oltre vent'anni del reparto Stati vegetativi del Centro Don Orione di Bergamo, che contesta alla radice la logica della legge: «È molto diverso decidere adesso che voglio rifiutare una cura piuttosto che dire che la rifiuterei se fossi in una determinata condizione ma nell'incapacità di intendere e di esprimermi, e quindi nell'impossibilità di far sapere la mia volontà». Sullo specifico della nutrizione e idratazione può vantare una lunga esperienza di cura: «In tanti anni nessuno è mai venuto a chiederci di sottoporre il proprio parente a una scelta tanto inumana. Abbiamo la certezza che si tratti di persone che percepiscono il dolore: stiamo cercando di far operare un uomo che soffre di calcoli renali, vediamo come reagiscono alle carezze e alle voci dei loro cari». «Noi - conclude Guizzetti - cerchiamo di svolgere il nostro compito di medici, che operano in scienza e coscienza per il bene del nostro paziente. E queste gravi disabilità interpellano nel profondo anche noi medici sul senso del nostro lavoro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Oms. L'Italia resta fuori dalla terna finale

Flavia Bustreo era tra i candidati alla direzione generale dell'Organizzazione mondiale della sanità: «Continuo a lottare per l'accesso alle cure»

EMANUELA CITTERIO

Non ce l'ha fatta per un soffio Flavia Bustreo, prima candidata italiana della storia alla direzione generale dell'Organizzazione mondiale della sanità. Cinquantacinque anni, medico, epidemiologa originaria di Camposampiero in provincia di Padova, era tra cinque candidati in lizza, ma ieri il comitato esecutivo dell'agenzia Oms con sede a Ginevra, al termine di un lungo processo di selezione, non l'ha inserita tra i tre finalisti.

A fine maggio l'Assemblea generale dell'Oms dovrà scegliere fra Tedros Adhanom Ghebreyesus (Etiopia), David Nabarro (Regno Unito) e Sania Nishtar (Pakistan) il nuovo direttore generale che il primo luglio sostituirà la cinese Margaret Chan.

Bustreo, che dal 2010 è vicedirettore generale per la Salute della famiglia, delle donne e dei bambini presso l'Oms, è una che però vede il bicchiere mezzo pieno. «Lavoro in questo campo da vent'anni e ho assistito a progressi straordinari, soprattutto nella lotta alla mortalità infantile e materna nel mondo. La prima si è ridotta di oltre il 50 per cento dal 1995 ad oggi, anche se c'è ancora molto da fare». Restano in effetti molte sfide aperte. Una su tutte, afferma Bustreo, è l'equità dell'accesso alle cure. «E-

ra tra i punti principali del mio programma e sono ancora convinta che su questo l'Italia abbia qualcosa da insegnare», afferma. «Il diritto alla salute è nel nostro Dna, c'è nella Costituzione e siamo riusciti a tradurlo in realtà attraverso la nostra riforma del sistema sanitario del '78. È un principio che andrebbe tutelato sempre, ma purtroppo in molti Paesi questo concetto non è accettato, e la salute è un privilegio di chi può permetterselo».

Il nuovo direttore generale, chiunque sarà, dovrà affrontare anche la riforma organizzativa dell'Oms, per rendere l'agenzia più agile nella risposta alle emergenze. «L'epidemia di Ebola in Sierra Leone, Guinea e Liberia del 2014, per fare un esempio, ha evidenziato la debolezza dei sistemi sanitari dei tre Paesi coinvolti ma anche della risposta internazionale, tra cui la capacità dell'Oms di reagire tempestivamente nel coordinare la risposta», sottolinea Bustreo.

«Questa priorità è importantissima perché nel mondo in cui viviamo la salute non è più solo di interesse di ciascun Paese: le epidemie possono sorgere in aree remote e, con la mobilità delle persone, trasferirsi in maniera molto rapida in altre parti del mondo. Servono quindi capacità di sorveglianza, rapida identificazione e capacità di risposta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Flavia Bustreo



TUTELARE IL DIRITTO ALLA SALUTE È GIUSTO. MA PER TUTTI

CON I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA IL GOVERNO RITOCCHA LE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO

SANITARIO NAZIONALE. MA FECONDAZIONE ETEROLOGA E CURA DELLE LUDOPATIE SUSCITANO DUBBI



di **Alberto Bobbio**

Si chiamano Lea, acronimo di Livelli essenziali di assistenza, e servono per garantire a tutti i cittadini le prestazioni e le cure del Servizio sanitario nazionale, in via gratuita o pagando un ticket. Sono il pilastro sul quale si regge il diritto alla salute, tutelato, primo caso nel mondo, dalla Costituzione italiana all'articolo 32.

I Lea sono come un paniere e dentro ci sono i servizi e le prestazioni (oltre seimila tipologie!) che si possono ricevere per curare le malattie. Naturalmente cambiano, si aggiornano, si precisano. Ma era da molto

tempo che non avveniva. O meglio, ci avevano provato Prodi e poi Monti, ma tutto si era arenato per divergenze sui costi e per i soliti ingarbugli politici. I Governi Letta, Renzi e, ora, Gentiloni, sulla base di quanto hanno fatto i predecessori, sono finalmente riusciti ad aggiornare il paniere: dentro nuove malattie, in soffitta prestazioni vetuste, attenzione maggiore a quelle con costi alti, accertamenti più appropriati e meno risorse per esami inutili.

Doveva essere fatto prima? Sicuramente. Vero è che non è facile mettere d'accordo i tecnici della salute e poi gli arcigni controllori dei conti pubblici del ministero dell'Economia e delle finanze e delle magistrature contabili. Il

ministro per la Salute **Lorenzin** ce l'ha fatta e ha promesso che i Lea d'ora in avanti saranno rivisti periodicamente, come per altro una legge dello Stato già stabiliva anni fa. In gioco c'è la garanzia del diritto alla salute, che dall'entrata in vigore della Costituzione (e non, come spesso si è sentito affermare, dalla riforma del titolo V del 2001) è materia concorrente dello Stato e delle Regioni. Nel senso che entrambe devono concorrere ad assicurarla, lo Stato disegnando la cornice e le scelte fondamentali, le Regioni gestendo la sanità e facendola funzionare. Si è visto che è difficile.

Ci sono Regioni virtuose e altre meno, si sprecano risorse e si scivola sulla garanzia dell'articolo 32, cosicché



il Censis calcola che i cittadini, non trovando risposte nel Sistema sanitario nazionale, abbiano speso 34 miliardi di euro di tasca propria o abbiano deciso di non curarsi. L'Italia rischia di cambiare sistema e di tradire la Carta?

NON SOLO I RICCHI. Se prestazioni, cure e strutture sanitarie mancano di efficienza e appropriatezza, se vi sono larghe disparità tra le Regioni, se le liste d'attesa sono infinite, se gli ospedali sono poco sicuri, ecco che si affaccia il cosiddetto "secondo pilastro", quello privato, quello per cui alla fine solo i ricchi si curano. I Lea dovrebbero essere la garanzia che tutto ciò non accada, che anche nei territori dove tanti

I CITTADINI, NON TROVANDO RISPOSTE PUBBLICHE, HANNO SPESO 34 MILIARDI DI EURO DI TASCA PROPRIA O NON SI SONO CURATI

servizi pubblici non funzionano o funzionano male almeno l'essenziale delle cure sanitarie si salvi. Ma il loro governo virtuoso è complesso.

Per esempio Cittadinanzattiva denuncia che aumentano sì le prestazioni, ma anche i ticket, che è giusto mettere ordine ma è sbagliato cancellare dai Lea dispositivi come i plantari solo perché se ne prescrivono troppi. Insomma, se la coperta è corta qualcosa resta al

freddo e il diritto alla salute inciampa da qualche parte. Occorre avere invece uno sguardo sull'intero orizzonte della cura, che è fatto non solo di prestazioni sanitarie, **ma anche di prevenzione sociale riguardo ai comportamenti, agli atteggiamenti e ai desideri.**

Nei Lea è stata inserita la fecondazione eterologa. C'è la ludopatia, la cura dei danni provocati dal gioco compulsivo. Ma il Governo intanto non finanzia la legge sulle adozioni e continua a esercitare la lucrosa attività di Stato biscazziera, inconsapevole che prevenire è meglio che curare e che sui desideri, per evitare di essere asserviti alla moda o al mercato, occorre più e non meno sorveglianza. ●

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

IL BILANCIO

Influenza, superato il picco: colpiti 3,4 milioni di italiani, 19 i morti

Continuano ad aumentare le forme gravi e complicate, soprattutto in persone che soffrono di malattie cardiovascolari, respiratorie croniche, diabete e obesità

di Laura Cuppini



3,4 milioni di italiani colpiti, 19 anziani morti: è il bilancio (provvisorio) di questa stagione influenzale, che comincia la fase decrescente. Il picco endemico è stato superato, anche se - secondo il rapporto epidemiologico InluNet - nella scorsa settimana ha costretto a letto 458mila persone. Il numero di casi è stato pari a 7,55 per mille assistiti, a fronte degli 8,59 della settimana precedente. Le zone più colpite sono Val d'Aosta, provincia autonoma di Trento e Sardegna. Quella infantile è la fascia in cui il virus circola più facilmente: dal 16 al 22 gennaio tra i bambini sotto i 5 anni l'incidenza è stata di 19,27 casi per mille assistiti.

Il virus A/H3N2

Continuano ad aumentare le forme complicate, che hanno causato la morte di 19 anziani: quattro nell'ultima settimana, colpiti dal virus A/H3N2. Dall'inizio dell'epidemia i casi gravi sono stati 96. Quasi tutti i casi gravi (94%) e tutti i decessi (100%) presentavano almeno una patologia cronica pre-esistente, come malattie cardiovascolari (70%), respiratorie croniche (62%), diabete (46%), obesità (17%). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), il virus A/H3N2 è predominante e la maggior parte dei virus circolanti è simile a quelli contenuti nei vaccini. In Europa, conferma l'Oms, l'attività influenzale è stata elevata, e «le persone di età superiore ai 65 anni sono state quelle più frequentemente associate a forme gravi di infezione».

Raffreddore o influenza?

A volte l'influenza può essere confusa anche con un semplice raffreddore: per questo i Centers for disease control statunitensi hanno pubblicato online [una guida per imparare a distinguere i sintomi](#). Il raffreddore si manifesta più gradualmente, mentre l'influenza è improvvisa, spesso accompagnata da dolori, brividi e febbre, che invece sono insoliti o rari nel raffreddore. I sintomi comuni del **raffreddore** sono: starnuti, naso chiuso, mal di gola, tosse secca e a volte un po' di spossatezza. L'**influenza** è di solito accompagnata da febbre (o dal sentirsi febbricitante), con brividi, tosse, mal di gola, naso che cola, dolori muscolari, mal di testa, stanchezza, e in alcuni casi (anche se più comuni nei bambini) vomito e diarrea. Di solito passa in pochi giorni o comunque dura meno di due settimane, ma possono svilupparsi alcune complicazioni, come polmonite, bronchite, sinusite e infezioni dell'orecchio. L'influenza inoltre può far peggiorare i problemi di salute cronica, come l'asma o le insufficienze cardiache.

Quando preoccuparsi

Le persone più a rischio per le complicazioni dell'influenza sono gli anziani dai 65 anni in su, i malati cronici, le donne incinte e i bambini. I segnali di "allarme" dell'influenza per cui è bene rivolgersi al medico sono: nei bambini il respiro più faticoso, il colorito bluastrò, poca sete, non interagire ed essere irritabili, febbre con eruzioni cutanee; negli adulti a preoccupare devono essere le difficoltà respiratorie, dolore al petto o all'addome, capogiri improvvisi, confusione, vomito persistente e sintomi che migliorano ma poi ricompaiono, con febbre e tosse peggiorata. Nel caso di neonati si aggiungono l'incapacità di mangiare, le difficoltà respiratorie, il pianto senza lacrime e pannolini meno bagnati del solito.

25 gen 2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK f

TWITTER t

TAG

Prestazioni sanitarie

Medicina generale

Guardia medica

Gravidanza, parto e puerperio

DAL GOVERNO

Bevere (Agenas): «Ecco le prossime sfide del Programma Esiti»

di Roberto Turno

Il Pne come leva per costruire la Sanità del prossimo futuro. È l'ambizioso obiettivo che ci racconta il direttore generale di Agenas, **Francesco Bevere**, in questa lunga chiacchierata. Vediamo come e perché. E quali saranno i prossimi step del Programma nazionale esiti. Con una sfida essenziale da vincere: l'organizzazione dei sistemi di cura.



Dottor Bevere, la sfida del Pne per Agenas va avanti e si arricchia. Ma cos'è a questo punto il Pne?

Il Programma nazionale Esiti rappresenta un sistema dinamico e incrementale di valutazione delle performance del nostro sistema sanitario. Un programma che è andato via via consolidandosi e che ha ormai acquisito un ampio consenso da parte di quanti operano in sanità. Un consenso che deriva dalle modalità, scientificamente solide e ampiamente condivise, adottate per la scelta degli indicatori, per la loro rappresentazione e per l'attenzione costante alla qualità dei dati utilizzati.

Detto questo, qual è il check dello stato di salute del Ssn che ci consegna il Pne?

L'analisi dei risultati ha consentito di verificare lo stato del Ssn nel suo complesso e ha evidenziato la rilevante variabilità nella qualità dell'assistenza che tuttora esiste "tra e dentro" le Regioni. Ma le Sdo 2015 hanno mostrato un ulteriore miglioramento degli indicatori per i maggiori settori assistenziali: ortopedia, ostetricia e ginecologia, cardiologia e cardio-chirurgia, chirurgia generale. E anche la capacità di alcune regioni del Sud di intervenire efficacemente su molte di queste aree, avvicinandosi ai risultati ottenuti da quelle con migliori performance assistenziali.

Come dire: il Ssn "tiene", nonostante tutto.

In effetti, è possibile affermare che il sistema sanitario italiano ha saputo reggere anche in una situazione di crisi economica permanente, e che è possibile ridurre il gap esistente fra le diverse realtà regionali. Il quadro che emerge, voglio dire, è quello di una sostanziale tenuta del Ssn, che ha saputo mantenere i buoni risultati per la maggior parte dei settori clinici, con miglioramenti aggiuntivi per settori tradizionalmente critici, come le fratture dell'anziano e i parti cesarei.

Cosa è cambiato nell'ultima versione del Pne?

La versione 2016 del Pne è una notevole evoluzione rispetto a quelle precedenti e mette le basi per quelle che saranno le prossime sfide del nostro sistema di valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali. Infatti, sono già presenti alcuni dei temi che dovranno essere approfonditi ed estesi nei prossimi anni, dall'allargamento del panel di indicatori, all'apertura del Pne a rappresentazioni indirizzate ai cittadini, e non solo ai professionisti. Anche se non sono ancora sufficientemente rappresentati livelli assistenziali esterni al contesto ospedaliero. In questo senso, sarà fondamentale la disponibilità sempre maggiore di dati, la loro qualità e la diffusione omogenea sul territorio.

Quali saranno dunque i prossimi step?

I filoni principali saranno tre. Anzitutto l'aumento degli indicatori a copertura di settori clinici non considerati o ad integrazione di aree scarsamente rappresentate. Lo potremo fare anche grazie alla nuova scheda di dimissione ospedaliera per la costruzione di indicatori con una migliore definizione e capacità di analisi.

Il secondo passo in avanti? *INQ Pdf Evaluation 01/25/2017*

Sarà lo sviluppo di indicatori per il monitoraggio e l'analisi del grado di integrazione e di continuità dell'assistenza. L'enfasi crescente che viene data a modelli assistenziali fondati sull'integrazione multidisciplinare e multi-professionale richiede infatti il superamento della logica di assistenza per silos verticali.

Con quale obiettivo?

Con l'obiettivo di assicurare un'assistenza centrata su queste figure. Una delle maggiori sfide del prossimo futuro è pertanto quella di sviluppare indicatori in grado di rappresentare correttamente e di valutare l'effettiva capacità del sistema di assicurare che le diverse componenti assistenziali agiscano sinergicamente e sincronicamente. E che vi sia una reale continuità dell'assistenza nel tempo e fra diversi livelli assistenziali.

Terzo filone?

Lo sviluppo di indicatori per la valutazione dell'assistenza territoriale. Questo settore di attività è in parte contenuto e descritto nei punti precedenti, ma riveste un'importanza strategica specifica poiché, in applicazione a quanto stabilito dalla legge di Stabilità dello scorso anno, si prevede che anche le aziende territoriali debbano essere soggette a monitoraggio per verificare l'eventuale necessità di inserimenti in Piani di riqualificazione ed efficientamento nel caso in cui si manifestino criticità sul piano economico-finanziario o su quello assistenziale.

La trasparenza, l'accesso reale e continuo ai dati per i cittadini è non solo utile, ma indispensabile. E doveroso. In questo senso non è che il Ssn sia tra i primi della classe.

La comunicazione e la trasparenza sono elementi indispensabili e devono diventare fatti "costitutivi" del diritto alla salute. Il piano di sviluppo strategico del PnE, tra l'altro, si inserisce in un quadro più ampio che riguarda la realizzazione del Portale della trasparenza, coordinato dalla Regione Veneto e di cui Agenas è l'ente attuatore. Un quadro che prevede una maggiore capacità di rappresentazione e descrizione dei nostri servizi sanitari, sia per misurarci con il contesto sanitario europeo di maggiore e crescente migrazione dei cittadini europei per motivi sanitari, sia per rendere il più possibile visibile e quindi valutabile cosa è in grado di fare il Ssn, con che grado di qualità ed efficienza vengono assistite le persone. E naturalmente se siano rispettati i principi cardine della nostra sanità: l'equità, la solidarietà e l'universalità delle cure. Con un'attenzione all'informazione destinata alle persone, siano esse affette o meno da malattia.

Propositi impeccabili, ci mancherebbe. Che vedremo alla prova dei fatti, naturalmente. Intanto qual è la carta d'identità vera del Piano nazionale Esiti oggi, e cosa vuole diventare da grande?

Uno strumento di analisi e valutazione a 360 gradi, estendendo le valutazioni ai modelli assistenziali integrati e alla continuità assistenziale, ampliando i confini della valutazione alle attività erogate dal territorio, includendo fra i suoi interlocutori i cittadini. Fornendo, questo è lo spirito, elementi conoscitivi e operativi per la costruzione e la programmazione della sanità del prossimo futuro.

Cosa è cambiato in questi anni per la verifica dei servizi sanitari?

È cambiato l'approccio sostanziale. Con la valutazione non tanto o non solo dei volumi di attività in quanto tali, ma del "come" le prestazioni vengono eseguite. E questo pone l'accento sulla qualità. E sull'organizzazione.

Già, l'organizzazione: un vero problema da Roma in giù...

Nella maggior parte dei casi gli esiti delle cure dipendono dall'organizzazione. Per questo il PnE non guarda tanto all'aspetto scientifico, ma all'efficienza e all'efficacia dell'intervento legato all'organizzazione. Spronando tutti a intervenire sulle proprie criticità.

Direttore, la sostenibilità e le diseguaglianze sono le vere grandi sfide dell'oggi e sempre più del domani per il Ssn. C'è tanto da fare per il sistema.

Sicuramente la recessione non s'è completata e la situazione economica non è brillante, ma non solo in Italia. Il Ssn ha tre grandi obiettivi: tenere il sistema sostenibile, ridurre le diseguaglianze, garantire la qualità delle cure e insieme l'accesso e l'efficienza organizzativa. Io credo che in questi anni, nonostante tutto, abbiamo "tenuto" fortemente rispetto ad altri Paesi europei. E l'Agenas ha cercato di fare la sua parte, grazie agli interventi e al costante rapporto con la ministra [Lorenzin](#) e col ministero della

Salute. E anche con Anac e con le stesse Regioni.

HiQpdf Evaluation 01/25/2017

Sostenibilità significa non sprecare, utilizzare sempre e costantemente al meglio le risorse a disposizione...

Esatto: un sistema per essere sostenibile deve essere in grado di gestire la sua programmazione. E di farlo non annualmente, ma con una capacità di guardare avanti almeno di 8-10 anni. Il Pnre vuole, può e, anzi, deve fare la sua parte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

AZIENDE E REGIONI

05 Agosto 2015

Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi

IN PARLAMENTO

02 Settembre 2015

Responsabilità, il relatore Gelli: «Si parte la prossima settimana»

DAL GOVERNO

14 Settembre 2015

Prontuario, si tratta per cluster. Un primo test su Sartani e Statine



vita@avvenire.it

Genitori al 100%, lezione da Strasburgo

Confermando il divieto della legge italiana, la Corte europea dei diritti umani ha fermato il tentativo di aggiungere la maternità surrogata a genitorialità biologica e adottiva per diventare mamma e papà

di Marcello Palmieri

Con la pronuncia di martedì, Strasburgo ha lanciato all'Italia (e all'Europa) un terzo segnale, identico ai due precedenti: dopo la presa di posizione del Parlamento europeo in seduta plenaria (dicembre 2015), e dopo il rigetto di una mozione tesa a regolamentare la pratica da parte del Consiglio d'Europa (ottobre 2016), un "no" alla maternità surrogata è arrivato anche dalla Grande Chambre, il massimo organo posto a tutela della Convenzione europea per i diritti dell'uomo. Sul banco degli imputati c'era l'Italia, accusata di aver tolto a una coppia di Campobasso un bimbo di quasi tre mesi. E, ciò solo perché ottenuto in Russia mediante maternità surrogata. Il piccolo era nato a Mosca nel 2011, quando l'uomo (Giovanni Campanelli) aveva 56 anni e la donna (Donatina Paradiso) 44. Egli avrebbe dovuto portare in sé il corredo del ricorrente, ma alla prova dei fatti era risultato estraneo anche a questo. Subito rimpatriato in braccio ai genitori committenti, per i contraenti e il piccolo si era aperta un'odissea giudiziaria. Non avrebbe potuto essere diversamente: la legge 40 vieta in Italia la maternità surrogata, e il nostro Codice civile prevede solo due

tipi di filiazione: naturale o adottiva. Nel 2011 vigeva ancora il divieto di fecondazione eterologa, dunque il problema della genitorialità al 50% ancora non si era posto. In ogni caso, la Corte Costituzionale che nel 2014 ha sdoganato questa pratica l'ha ribadito con forza: la maternità surrogata resta sempre vietata.

Fatto sta che i due coniugi si erano visti porre il bimbo in adozione, e contro di loro era stato aperto un procedimento penale. Quello che più contestavano era il definitivo allontanamento del minore, tanto da trascinare in giudizio l'Italia davanti alla Corte europea dei diritti dell'uomo (Cedu). Qui il 27 gennaio 2015 era arrivata per loro una sentenza positiva: l'Italia era stata condannata a risarcirli in quanto il suo sistema giudiziario avrebbe violato l'articolo 8 della Carta, quello che tutela la vita privata e familiare. Ma il Go-

verno aveva fatto ricorso alla Grande Chambre, istanza d'appello (e definitiva). Si è arrivati così al verdetto dell'altro giorno, che ha ribaltato quello del 2015. Recita il comunicato della Cedu: «Avendo riguardo all'assenza di qualsiasi legame biologico tra il bimbo e i ricorrenti, alla breve durata della loro relazione con il bimbo e all'incertezza dei suoi legami con loro, nonostante l'esistenza di un progetto genitoriale e di legami emotivi, la Corte ha ritenuto che non è mai esistita una vita familiare tra i ricorrenti e il bimbo». Non solo. «I provvedimenti contestati – si legge ancora – hanno perseguito il legittimo scopo di prevenire disordini e proteggere i diritti di tutti». La nota non lo specifica, ma qui è chiaro il riferimento ai "soggetti deboli" della ma-



ternità surrogata: certamente il bimbo, ma anche la gestante che viene sfruttata con contratti-capestro. Fatto sta che «con l'intento di proteggere i bambini» – così ha deciso Strasburgo – è «lecito riaffermare l'esclusiva competenza dello Stato a riconoscere un legame di filiazione».

Parole chiarissime, che ora non possono non orientare legislatore e giurisprudenza italiani. Il Parlamento, in primis: perché il divieto penale di maternità surrogata già esiste, ma per renderlo effettivo bisogna prevedere che chi tenta di aggirarlo all'estero non possa mai essere riconosciuto come padre o madre, anche nei casi di genitorialità genetica al 50%. Il nostro Codice consente infatti al giudice – in casi gravi – di pronunciare la decadenza dalla responsabilità genitoriale, e come potrebbe non esser ritenuta giuridicamente "grave" la commissione di un reato (quello di maternità surrogata), posto congiuntamente a tutela del piccolo stesso e della sua madre naturale (la partoriente)? Altro che auspicare «una legge dello Stato che regolamenti la pratica della gestazione per altri al fine di tutelare pienamente i diritti e la serenità di tutte le parti coinvolte», come di-

chiarato poche ore dopo la sentenza di martedì dalle associazioni radicali Luca Coscioni e Certi diritti: l'utero in affitto porta al mondo bimbi con un quadro genitoriale modificato già in partenza, togliendo loro il più naturale e umano dei diritti, quello di avere una mamma e un papà certi. Ma la Grande Chambre ha chiarito un importante principio anche per i giudici italiani, che spesso hanno invocato precedenti pronunce di questa stessa Corte per introdurre nel nostro ordinamento pratiche o principi non contemplati o addirittura vietati: quando si muove per proteggere i bambini – così si è espressa Strasburgo – lo Stato è pienamente sovrano. In questa visione non dovrebbero più dunque trovare posto sentenze che elevano due "committenti" al rango di genitori, o che assolvono chi ha tentato di eludere le norme penali con l'artificio dell'espatrio. I magistrati molto spesso sono arrivati a ciò invocando il "diritto vivente", quello stesso che ora dai vertici giuridici d'Europa li obbliga a riaprire i Codici. E ad applicare sul serio le leggi vigenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'Italia sposta in avanti la guerra alla Sla

La Fondazione Arisla seleziona e finanzia sei progetti di ricerca per mettere a fuoco i meccanismi di una malattia che deve rivelare molti misteri per cure più efficaci

di **Francesca Lozito**

Ottocentottantamila euro per la lotta alla Sla. Obiettivo: contribuire a vincere la battaglia attraverso la ricerca. È questa la cifra erogata da Arisla, l'agenzia per la ricerca che ha lanciato come ogni anno la "call for projects": la fondazione ha incrementato le risorse stanziando fino a oggi a sostegno della ricerca scientifica, arrivando a investire oltre 10,6 milioni di euro dal 2009. Da allora sono stati supportati 62 progetti e 260 ricercatori su tutto il territorio nazionale. Obiettivo degli studi, l'avanzamento della conoscenza scientifica sulla sindrome del motoneurone e l'elaborazione di nuove terapie. 157 sono state le domande presentate, con un raddoppio di richieste di finanziamento rispetto all'anno precedente. Sei i progetti scelti. «È per noi fondamentale ottimizzare il trasferimento dei risultati al paziente, avendo come priorità quella di migliorare la qualità di vita di chi è affetto dalla malattia. Perseguendo questi obiettivi – afferma il presidente della Fondazione Arisla, Alberto Fontana – gli esperti del Comitato scientifico internazionale di Arisla hanno selezionato i progetti meritevoli di finanziamento per il bando Arisla 2016, ritenendoli fortemente innovativi e volti allo sviluppo di nuovi approcci terapeutici. Il successo della call – conclude – e la crescita delle domande confermano la vitalità della ricerca scientifica in ambito Sla nel nostro Paese». Cosa vogliono approfondire i progetti finanziati? Due delle sei ricerche hanno l'obiettivo di verificare il coinvolgimento

di due proteine (Tdp-43 e Fus) nell'alterazione della risposta allo stress dei motoneuroni, rendendoli più vulnerabili

alla degenerazione. Altri due progetti si occupano maggiormente degli approcci biologici alla lotta contro la malattia: il primo (ExoAls) vuole studiare l'effetto neuroprotettivo degli esosomi, piccole vescicole responsabili della comunicazione tra le cellule. Il secondo (SumAls) esplorerà il ruolo della "sumoilazione", un meccanismo che va ancora una volta a incidere su una specifica proteina, la Tdp-43, che ha un ruolo in molte forme sporadiche e familiari di Sla.

Le ricerche finanziate sono state selezionate dopo un processo di valutazione in "peer-review": esperti revisori internazionali hanno analizzato e giudicato le proposte secondo criteri di scientificità, oggettività e merito, escludendo ogni conflitto di interesse. Questo modello non solo dà garanzia di terzietà nella scelta dei progetti da finanziare ma, in particolare, mira a valorizzare e premiare la ricerca d'eccellenza, effettuata con metodi rigorosi. I sei progetti hanno una durata che varia da 12 a 36 mesi e un valore economico che va da 55.000 a 299.628 euro. Si tratta di tre "full grant" – ovvero progetti che sviluppano ambiti di studio promettenti e fondati su un solido background – e tre "pilot grant" – ossia studi che hanno l'obiettivo di sperimentare nuove strade di ricerca. I progetti coinvolgono 8 nuovi gruppi di ricerca, operativi su Milano, Verona, Padova e Roma, che si aggiungono ai 105 gruppi sostenuti dalla Fondazione sin dal 2009.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

