



RASSEGNA STAMPA

31-01-2017

1. REPUBBLICA AIOM: 4 febbraio, giornata mondiale contro il cancro
2. ANSA Tumori: Pinto (Aiom), 40% evitabili con corretti stili vita
3. LA PROVINCIA Tumori: ogni anno 2.450 casi e 1.230 morti
4. QUOTIDIANO SANITÀ' Cancro e giovani. Qualità della vita bassa a due anni dalla diagnosi
5. DOCTOR 33Col sospetto di cancro della prostata, la risonanza evita biopsie e sovradiagnosi
6. ANSA Tumore: seno, studio italiano cambia linee guida cure Usa
7. CORRIERE.IT Cellulari, una ricerca italiana rilancia l'ipotesi della loro pericolosità
8. LA VERITA' L'attività fisica (anche poca) allontana i tumori
9. ANSA Cancro all'ovaio diagnosticato con l'esame del sangue
10. SOLE 24 ORE SANITA' Biopsia liquida per "predire" il cancro
11. QUOTIDIANO SANITÀ' Sanità italiana al 22° posto in Europa. "Pesano differenze regionali"
12. SOLE 24 ORE SANITA' Rosso da 1,5 mld in corsia con uno scarto dell'1,8%
13. SOLE 24 ORE SANITA' La dieta continua del personale, Conto annuale, il Ssn a dieta
14. REPUBBLICA Int. a Mario Melazzini - "È ora che Big Pharma abbassi i prezzi"
15. SOLE 24 ORE SANITA' Vaccini, la partita dell'obbligo
16. SOLE 24 ORE SANITA' Obesità, guarire si può (e si deve)
17. QUOTIDIANO SANITA' Esami clinici. Sibioc: "In crescita del 20% ogni anno. Troppa inappropriatezza"
18. CORRIERE DELLA SERA AI gemelli dello spazio non sono più identici - Ogni molecola è in continua mutazione. Anche il genoma
19. SOLE 24 ORE SANITA' Utero in affitto, serve legume biologico
20. LA VERITA' L'utero in affitto è il risultato dell'aborto libero

4 febbraio, giornata mondiale CONTRO IL CANCRO

#WeCanICan



Il 40% dei casi di tumore può essere evitato grazie alla prevenzione, adottando cioè stili di vita sani. Per sensibilizzare i cittadini, i media, le Istituzioni e i pazienti, il **4 febbraio** si celebra la **Giornata Mondiale contro il Cancro** promossa dall'UICC, organizzazione non governativa che rappresenta associazioni impegnate nella lotta alle neoplasie in oltre 100 Paesi. All'evento partecipa anche l'**Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)** che fa propria la campagna #WeCanICan (www.worldcancerday.org). L'iniziativa ha l'obiettivo di aumentare il livello di consapevolezza su cosa tutti noi possiamo fare, sia a livello individuale che collettivo, contro la malattia.

Il 60% DEI PAZIENTI SCONFIGGE LA MALATTIA

In Italia nel 2016 sono stati registrate **365.000 nuove diagnosi di tumore**. Il nostro Paese presenta tassi di guarigione fra i più alti in Europa: **sei pazienti su dieci riescono a sconfiggere la malattia e possono così tornare a condurre una vita normale**. È un risultato straordinario che evidenzia la grande qualità del sistema sanitario italiano. Molta strada però resta da percorrere, soprattutto sul piano delle prevenzione perché nel nostro Paese solo il 4% della spesa sanitaria totale è destinata a iniziative di questo tipo.

IL PROGETTO *Con le sigarette...Meglio Smettere 2.0*

L'AIOM da anni è impegnata in progetti educazionali dedicati ai cittadini di ogni fascia d'età, dagli adolescenti agli over 65. Il fumo di sigaretta è il principale fattore di rischio oncologico. **Preoccupano i dati: i fumatori in Italia rappresentano il 22% della popolazione con più di 15 anni**. Il 56% ha iniziato con le sigarette prima di compiere 18 anni. **L'AIOM lancia quest'anno la seconda edizione della campagna educazionale Con le sigarette...Meglio Smettere 2.0**, resa possibile da un educational grant di MSD. Gli oncologi vanno nelle scuole medie inferiori e superiori per spiegare ai ragazzi tutti i pericoli che derivano dal consumo di prodotti a base di tabacco. Il nostro obiettivo è informare e sensibilizzare i più giovani, infatti l'80% degli adolescenti inizia a fumare per emulazione, cioè per imitare gli amici e i compagni di classe.

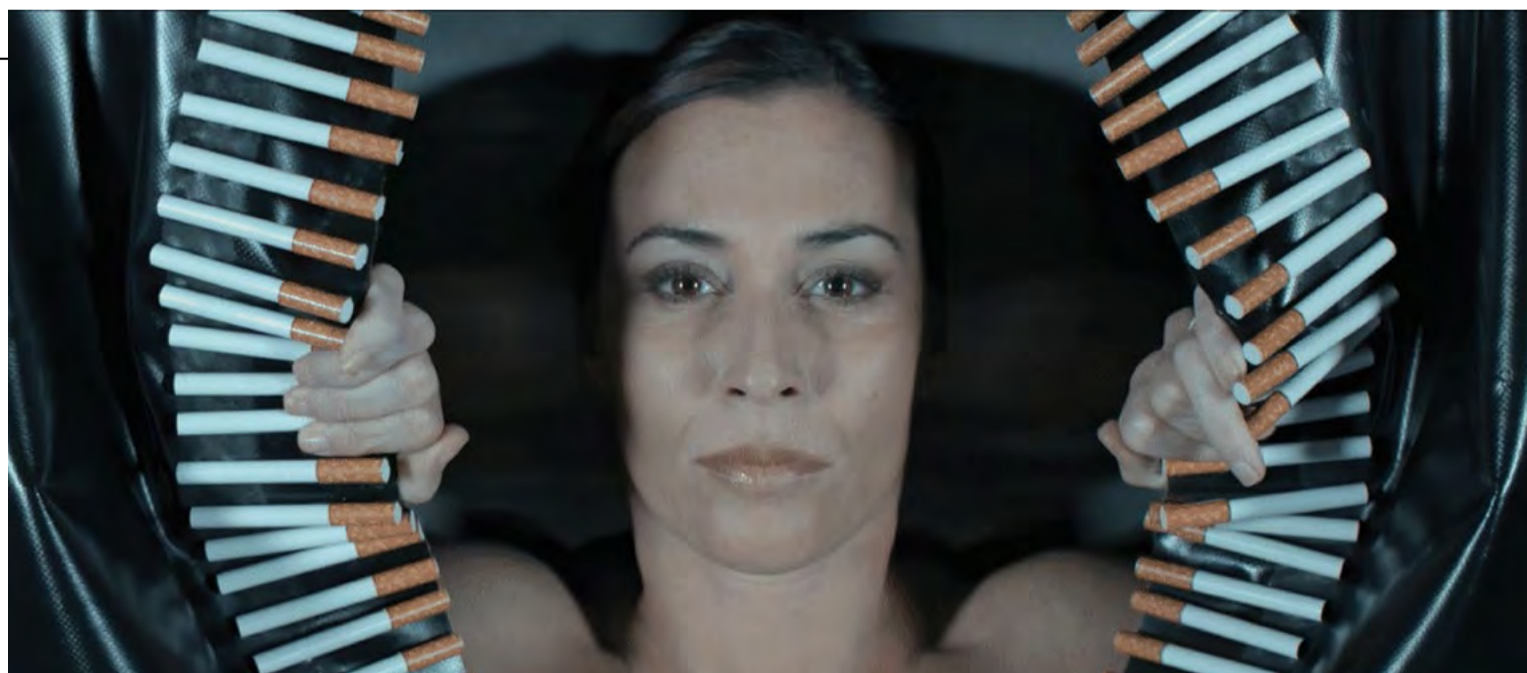
LO SPOT CON FLAVIA PENNETTA

Flavia Pennetta sarà di nuovo la testimonial del progetto, dopo il grande successo dello

spot antifumo realizzato lo scorso anno. Si tratta di un video a forte impatto, ambientato in una camera mortuaria dove si vede la tennista brindisina che viene lentamente rinchiusa dentro una sacca da morto. Dopo pochi secondi però Flavia riesce a liberarsi strap-

pando una cerniera composta da sigarette. **Lo spot ha conquistato tre prestigiosi riconoscimenti alla 21a edizione di Mediastars** (Premio Tecnico della pubblicità italiana).

Il video è disponibile su www.aiom.it



<http://www.ansa.it>

Tumori: Pinto (Aiom), 40% evitabili con corretti stili vita

Il 4 febbraio Giornata mondiale contro cancro



(ANSA) - ROMA, 30 GEN - Il 40% dei casi di tumore può essere evitato grazie alla prevenzione, adottando cioè stili di vita sani. E' questo il messaggio che Carmine Pinto, presidente nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), rilancia in vista della Giornata mondiale contro il cancro, che si celebra il 4 febbraio ed è promossa dall'Unione Internazionale Contro il Cancro (Uicc), organizzazione non governativa che rappresenta associazioni impegnate contro la malattia in oltre cento Paesi.

"La Giornata mondiale - spiega Pinto - vuole sensibilizzare i cittadini, i media, le Istituzioni e i pazienti e aumentare il livello di consapevolezza su cosa tutti noi possiamo fare, a livello individuale e collettivo, contro la malattia. All'evento partecipa anche l'AIOM che fa propria la campagna social #WeCanICan lanciata in occasione della Giornata Mondiale". Uno dei temi centrali è rappresentato dal

ruolo dello sport: "Tutte le evidenze scientifiche - spiega Pinto - dimostrano come l'attività fisica sia un fondamentale strumento di prevenzione oncologica: movimento costante, corretta alimentazione e stop al fumo rappresentano i pilastri di uno stile di vita sano. Le società scientifiche mondiali stanno puntando sempre più sulla diffusione di questi concetti e l'AIOM realizza da anni campagne di sensibilizzazione rivolte a tutte le fasce d'età".

L'approccio globale al cancro inoltre, conclude il presidente Aiom, "richiede una visione moderna dell'oncologo medico, che oggi è coinvolto non solo sul fronte della terapia, ma anche su problematiche di rilievo come la prevenzione, la diagnosi, il follow-up, la riabilitazione, le cure palliative e la gestione delle risorse". (ANSA).

Tumori: ogni anno 2.450 casi e 1.230 morti

Da lunedì 30 la tradizionale settimana di screening, colloqui e sensibilizzazione con l'Asst. Prevenzione sempre più decisiva. Passalacqua: «Non possiamo permetterci di non agire»



CREMONA - Per il secondo anno l'Asst di Cremona, in collaborazione con Ats Valpadana e associazione MEDeA, propongono la 'Settimana della Prevenzione dei Tumori': da lunedì 30 gennaio a sabato 4 febbraio una serie di eventi con lo scopo di informare ed educare i cittadini. Ogni mattina dalle 9 alle 11 gli specialisti dell'ospedale presentano i tumori di loro competenza, le indagini e le cure più moderne, sia mediche che chirurgiche. Subito dopo, dalle 11 alle 13 e dalle 14 alle 16, colloqui individuali. Non è necessaria la prescrizione medica.

- **Lunedì 30:** focus sui tumori del polmone, della pleura tiroide e del cervello;
- **Martedì 31:** tumori dell'esofago, stomaco, colon, fegato e pancreas;
- **Mercoledì 1 febbraio:** mammella, utero, ovaio e peritoneo;
- **Giovedì 2:** rene, prostata, vescica, cavo orale, faringe e laringe;

- **Venerdì 3:** sangue, leucemie, linfomi e i tumori della pelle (melanomi e carcinomi).

Inoltre giovedì, all'Oglio Po, giornata dedicata ai vari tumori con le stesse modalità di Cremona.

Ancora: sabato 4, in concomitanza con la 'Giornata Mondiale del Cancro', dalle 9 alle 13 ci sarà un convegno rivolto a tutti i cittadini sul tema '*Restiamo sani: la Prevenzione Primaria dei Tumori*' presso l'auditorium della Camera di Commercio con autorevoli relatori e ricercatori che presenteranno le novità e le ricerche più rilevanti. Ci sarà **Carmino Pinto**, presidente dell'Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica). Nella stessa giornata, dal mattino al pomeriggio, in piazza Roma il 'Motorhome Aiom', un pullman allestito per informare i cittadini sull'importanza della prevenzione.

Determinante: l'Oms stima che almeno il 40% delle morti per tumore possa essere evitata adottando uno stile di vita sano. I consigli: abolire completamente il fumo, fare attività fisica costante, nutrirsi in maniera corretta, consumare cereali, legumi, verdura e frutta, ridurre il consumo di sale e bevande alcoliche, limitare il consumo di carni lavorate e di carni rosse. Fondamentale anche partecipare agli screening per la diagnosi precoce. Ogni anno in Italia sono stimati circa 365.000 nuovi casi di tumore e solo a Cremona circa 2.450 con 1.230 morti.

«Non dobbiamo accontentarci di denunciare le cause del cancro — il messaggio di **Rodolfo Passalacqua** — ma cercare di rimuoverle. Questo non è uno sforzo solo personale ma coinvolge molti settori della società. Se guardiamo all'impatto del cancro in provincia di Cremona, adottando le raccomandazioni ridurremmo del 40% l'incidenza e avremmo circa 1.000 nuovi casi in meno ogni anno, ossia circa 500 morti in meno. Non possiamo permetterci di non fare nulla».

Lunedì 30 GENNAIO 2017

Cancro e giovani. Qualità della vita bassa a due anni dalla diagnosi

Giovani e qualità della vita dopo un cancro. Uno studio olandese mette in evidenza come sia difficile ricominciare una vita normale. Il lavoro e la scuola, così come le reti sociali, possono contribuire al recupero, affiancate da un supporto assistenziale.

(Reuters Health) – La salute fisica e mentale correlate alla qualità della vita negli adolescenti e giovani adulti (AYA) malati di cancro (HRQoL) resta bassa a due anni dalla diagnosi. È quanto emerge da uno studio condotto in Olanda. La diagnosi di cancro e i trattamenti cui sono sottoposti adolescenti e giovani adulti possono influire negativamente sotto gli aspetti fisico, psicologico, sociale e relazionale. A oggi sono ancora pochi gli studi sulla qualità della vita dei giovani alle prese con una neoplasia, mentre invece non mancano informazioni sugli adulti sopravvissuti a un cancro infantile.

Lo studio

I ricercatori hanno esaminato 176 pazienti con diagnosi di cancro dai 15 ai 39 anni che hanno completato l'HRQoL Short Form 36 – un test che misura la qualità della vita – entro 4 mesi dalla diagnosi di cancro e poi a distanza di 12 e 24 mesi. I risultati hanno evidenziato che i pazienti che non frequentavano la scuola o il lavoro presentavano un HRQoL peggiore rispetto a quelli che studiavano o lavoravano. Inoltre HRQoL risultava migliore nei pazienti non in trattamento rispetto a quelli in terapia.

“Essere occupati nel lavoro o nello studio durante il trattamento può aiutare i pazienti a mantenere la normalità e le relazioni sociali con colleghi, compagni, amici e quindi a minimizzare i disagi della vita”, afferma Olga Husson, una delle autrici dello studio. “Il fatto che le funzioni fisiche e sociali siano state tra i domini HRQoL più colpiti 2 anni dopo la diagnosi di cancro denota l'importanza di una consulenza di sostegno psicologica e degli interventi scolastici, per aiutare i giovani pazienti ad essere coinvolti nel lavoro e nelle attività scolastiche e a mitigare le periodiche interruzioni dovute ai trattamenti, influenzando positivamente sulla sopravvivenza”.

Fonte: Journal of Clinical Oncology

Reuters Staff

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

Col sospetto di cancro della prostata, la risonanza evita biopsie e sovradiagnosi



Nei pazienti in cui si sospetta un cancro della prostata, la prescrizione di una risonanza magnetica multiparametrica (MP-RMI) appare efficace nel ridurre del 5% la sovradiagnosi e in misura ancor più significativa (27%) le biopsie inutili: è questa la conclusione di un articolo appena pubblicato su Lancet dal gruppo di studio PROMIS coordinato da Hashim U Ahmed dello University College di Londra. Si stima che oggi vengano eseguite oltre 100.000 biopsie della prostata nel solo Regno Unito, che salgono a circa un milione contando l'intera Europa, sulla base del test dell'antigene prostatico-specifico (Psa), la cui scarsa affidabilità in termini di specificità è nota.

«Il cancro della prostata ha forme aggressive e forme innocue. L'attuale esame basato sulla biopsia può essere inaccurato perché i campioni di tessuto sono prelevato a caso. Questo significa che non sempre può confermare se un cancro è aggressivo o no, e che può farsi sfuggire tumori aggressivi» spiega Ahmed. «Per questo alcuni uomini che non hanno il cancro o hanno una forma innocua ricevono alle volte una diagnosi sbagliata, e vengono trattati anche se questo non offre benefici in termini di sopravvivenza, e espone spesso a effetti collaterali. In aggiunta a questi errori di diagnosi, l'attuale biopsia può causare effetti collaterali come sanguinamenti, dolore e infezioni gravi».

Partendo da queste osservazioni i ricercatori hanno sottoposto 576 uomini con sospetto di cancro della prostata a una risonanza multiparametrica seguita da due diversi tipi di biopsia, quella transrettale a guida ecografica (Trus), classica, seguita da una più accurata (template prostate mapping biopsy, Tpm) che è servita come controllo per confrontare l'efficacia dei due approcci. Ahmed e colleghi suggeriscono che la risonanza MP potrebbe essere prescritta per prima, per identificare i pazienti che anziché sottoporsi subito alla biopsia TRUS possono essere semplicemente seguiti nel tempo: «I nostri risultati indicano che si potrebbe ridurre la sovradiagnosi di tumori innocui del 5%, risparmiare una biopsia non necessaria a un uomo su quattro e aumentare dal 48 al 93% la rilevazione delle forme aggressive». Lo studio aveva alcune limitazioni, per esempio perché il fatto di aver eseguito due biopsie consecutive potrebbe aver inficiato la precisione della seconda, e perché non ha valutato il costo-efficacia dell'intervento, che in parte dipende dalla disponibilità di radiologi e apparecchi per la risonanza.

The Lancet Published 19 January 2017 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32401-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32401-1)
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32401-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32401-1/fulltext)

<http://www.ansa.it>

Tumore: seno, studio italiano cambia linee guida cure Usa

Nuova chemio del Gruppo Mammella guidato da genovese Del Mastro



(ANSA) - GENOVA, 30 GEN - Uno studio dei ricercatori del "Gruppo Italiano Mammella" (Gim) modifica le linee guida dell'American Society of Clinical Oncology per la scelta degli schemi di chemioterapia più efficaci da utilizzare nel carcinoma mammario. Lo rende noto l'istituto San Martino-Ist di Genova con la sua ricercatrice Lucia Del Mastro. L'American Society of Clinical Oncology (Asco) è considerata una delle società scientifiche più prestigiose, tra quelle che indirizzano la pratica clinica degli oncologi. Lo scorso luglio l'Asco ha reso note le linee guida per la scelta degli schemi di chemioterapia adiuvante più efficaci nel carcinoma mammario, ma non ha preso in considerazione i risultati del Gim. Questo studio ha dimostrato la maggiore efficacia di uno schema di chemioterapia adiuvante "dose-dense", somministrato ogni due settimane, rispetto a quello standard ogni tre settimane. La Del Mastro ha quindi segnalato lo studio italiano all'editore della rivista che ha pubblicato le linee guida e Asco ha inserito lo schema.

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

forum di esperti a gerusalemme

Cellulari, una ricerca italiana rilancia l'ipotesi della loro pericolosità

Presentati dall'Istituto Ramazzini di Bologna, i primi dati di uno studio sui ratti «Ripensare la classificazione sugli effetti cancerogeni dei campi elettromagnetici»

di Ruggiero Corcella



«Entro l'anno renderemo pubblici i nostri dati definitivi sui rischi del telefonino. Nei nostri studi c'è la conferma della pericolosità dei campi elettrici». L'annuncio, al Forum di esperti organizzato dal Ministero della Salute di Israele, è di quelli destinati a riaprire un argomento di salute pubblica controverso e dibattuto: i cellulari possono essere cancerogeni? Tanto più che a rilasciare la dichiarazione è la biologa Fiorella Belpoggi, direttrice dell'Area Ricerca del Centro di Ricerca sul Cancro Cesare Maltoni, che fa parte dell'autorevole Istituto Ramazzini di Bologna. Se i dati del Ramazzini dovessero confermare quelli pubblicati a maggio scorso dal National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS) degli USA, che rilevava un aumento di tumori del cervello e di rari tumori del cuore nei ratti esposti a queste onde, secondo gli esperti le agenzie regolatorie dovrebbero prendere in seria considerazione provvedimenti restrittivi sull'esposizione alle onde della telefonia mobile.

Dodici anni di studio

Nel 2005 sia il National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS, l'Istituto Nazionale per la salute ambientale) degli USA, con il suo ramo di ricerca che è il National Toxicology Program (NTP), sia l'Istituto Ramazzini hanno iniziato in parallelo uno studio sulle radiazioni a radiofrequenza (RFR) in uso nel sistema di comunicazione della telefonia cellulare (Gsm) utilizzando come cavie i ratti da laboratorio. «I colleghi americani hanno studiato le onde elettromagnetiche della telefonia mobile,

correlate però al campo vicino, cioè alle onde emesse dall'antenna del telefonino e dal telefonino stesso — spiega la dottoressa Belpoggi — . Noi invece abbiamo studiato l'esposizione ambientale, cioè quella che deriva dalle antenne delle stazioni radio-base, cioè le antenne che vediamo disseminate praticamente su tutto il territorio in tutto il mondo».

Pericoli per cervello e cuore

Risultato? «Innanzitutto — dice la direttrice — è stato comunicato che i campi magnetici generati dal flusso della corrente elettrica (CEMBF), somministrati da soli sembrano non costituire un aumento di rischio per i tumori. Quando però gli stessi vengono associati alla contemporanea somministrazione di un agente chimico o fisico, si ottiene un effetto di sinergia e un aumento dell'incidenza di alcuni tumori maligni. Questi risultati impongono un'urgente revisione della classificazione fatta dall'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro (IARC), in quanto la situazione di possibile sinergia fra miscele di composti/agenti è la situazione in cui si trova la popolazione generale. Per quanto riguarda i campi RFR della telefonia mobile, a maggio scorso il NIEHS ha pubblicato i primi dati sull'aumento di tumori del cervello e di rari tumori del cuore nei ratti esposti. È stata anche notata una diminuzione del peso dei neonati partoriti da mamme esposte a RFR. Questo risultato è stato confermato anche dallo studio dell'Istituto Ramazzini, mentre la valutazione dei tumori del cervello e del cuore è ancora in corso e si conta di raccogliere entro l'anno i fondi necessari per concludere lo studio e pubblicare i dati. Nel frattempo raccomandiamo la massima precauzione nei bambini e nelle donne in gravidanza».

Le conclusioni dell'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro

Gli esperti dunque chiedono maggiore prudenza nell'uso dei cellulari, dunque, ma sollecitano anche una nuova presa di posizione da parte dell'Agenzia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dedicata al cancro che ha sede a Lione. «Già negli anni '80 — spiega Fiorella Belpoggi — alcuni studi epidemiologici, sia negli Stati Uniti che in Europa, hanno messo in evidenza un aumento di rischio di ammalarsi di linfoma e leucemie nei bambini esposti a campi magnetici generati dal flusso della corrente elettrica . Sulla base di questi studi l'Agenzia IARC ha classificato i campi magnetici dell'elettricità come possibili cancerogeni (classe 2 B). Non esistevano infatti sufficienti risultati sperimentali su animali di laboratorio per classificare i CEMBF come probabili cancerogeni (cioè in classe 2A). Altrettanto avveniva nei primi anni 2000 a proposito dei campi generati dalla telefonia mobile, per i quali è stato però messo in evidenza nell'uomo un aumento nei forti utilizzatori da almeno dieci anni, di tumori del cervello e dei nervi cranici. Per mancanza di dati sperimentali, seppure l'evidenza epidemiologica fosse sufficiente, i campi RFR sono stati classificati come possibili cancerogeni (2 B). Per chiarire l'effettivo pericolo correlato ad esposizioni a campi magnetici di qualsiasi natura, sia il National Institute of Environmental Health Sciences degli USA sia il nostro Istituto Bologna hanno dato via al programma di studi sperimentali su queste onde, somministrate da sole o in combinazione con agenti chimici o fisici a dosi considerate sicure. Alla luce dei risultati chiediamo che adesso i CEMBF siano riclassificati da "possibili" a "probabili" e vengano dunque prese le misure adeguate».

Cosa dovrebbe fare l'industria

Quali? «L'industria dovrebbe produrre sistemi che possano essere meno invasivi , cioè che proteggano maggiormente chi parla al telefono e questo può accadere solo se si obbligano le persone a mantenere una certa distanza dall'apparecchio. Allo stesso tempo occorre evitare che ogni compagnia installi le sue antenne e che ci sia una diffusione così massiccia di onde elettromagnetiche , oltre ad altri accorgimenti che in qualche modo diminuiscano l'esposizione delle persone ». Un libro dei sogni? Pretese da "estremisti ambientali"? «Non siamo dei fanatici che dicono di no alla telefonia mobile — risponde Belpoggi — ma informiamo la popolazione che vanno evitate esposizioni esagerate là dove non serve. Non si tratta di abolire una tecnologia che per molti aspetti è irrinunciabile, ma di rendere le tecnologie più sicure e nel contempo di educare i cittadini ad un utilizzo più sicuro».

Le raccomandazioni degli esperti

Il Forum di esperti internazionali riunitosi a Gerusalemme pubblicherà a breve una serie di raccomandazioni e di consigli correlati ad un uso responsabile del telefonino e del Wi-Fi, per evitare che a partire dalla nascita le nuove generazioni si trovino esposte quotidianamente e senza necessità a onde elettromagnetiche per le quali esistono già innumerevoli studi che ne mettono in evidenza il pericolo. L'Istituto Ramazzini è portavoce del Forum di Gerusalemme in Italia e già nei prossimi mesi inizierà una campagna di educazione nelle scuole e di informazione sul territorio. L'Istituto ha lanciato una campagna di raccolta fondi per concludere lo studio attraverso la NGO Environmental Health Trust; hanno finora contribuito a coprire i circa 10 milioni di Euro per questo studio i Soci dell'Istituto Ramazzini, l'ARPA della Regione Emilia Romagna, il Ministero della Salute, L'Inail, le Fondazioni bancarie del Monte di Bologna e Ravenna e della Cassa di Risparmio di Bologna, oltre che donazioni liberali di cittadini e filantropi, fra le quali l'associazione inglese Children with Cancer e Environmental Health Trust.

IN SALUTE

L'attività fisica (anche poca) allontana i tumori

di **NICOLA SORRENTINO**

■ Nel nostro Paese, circa il 40% delle persone conduce una vita sedentaria, e soltanto un bambino su 10 pratica attività fisica in modo adeguato alla sua età. Molti lavori scientifici dimostrano che muoversi è fondamentale e la sedentarietà è un fattore di rischio per la mortalità. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), si stima che sia la principale causa del 21-25% dei tumori al seno e al colon, del 27% dei casi di diabete e del 30% dei casi di malattie coronariche. Fare movimento conta quanto mangiare in modo corretto, e lavorare sui due fronti porta a un risultato che non è la somma dei fattori, ma la loro moltiplicazione. L'elenco dei benefici dell'attività fisica è lungo: migliora la tolleranza al glucosio, riduce il rischio di ammalarsi di diabete di tipo 2, abbassa i valori della pressione arteriosa e del colesterolo, abbassa il rischio di malattie cardiache e di alcuni tumori. Fare attività fisica riduce anche l'appetito, sia per un effetto diretto sul cervello sia perché abbassa il livello di stress, che spesso ci porta a ricorrere al cibo come fonte di gratificazione. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, le persone adulte dovrebbero svolgere almeno 150 minuti di attività fisica moderata durante tutta la settimana (l'ideale sarebbe 30 minuti ogni giorno, 5 giorni su 7), o almeno 75 minuti di attività fisica intensa, sempre distribuiti durante la settimana. La

parte aerobica dovrebbe durare in ogni caso non meno di 10 minuti. Le persone sedentarie che aumentano anche di poco il loro livello di attività fisica hanno comunque dei benefici. Un'alimentazione sana non può essere uguale per tutti, ma deve essere equamente ripartita tra proteine, grassi e zuccheri e questi ultimi, fonte principale di energia e fondamentale combustibile d'utilizzo immediato, devono essere preferibilmente *complessi*: pane, pasta, riso (meglio se integrali). Questi zuccheri vengono assorbiti gradualmente, mantenendo costanti i valori glicemici, senza picchi di insulina e conseguente ipoglicemia con conseguente calo di rendimento. Rispetto a un individuo normale, lo sportivo non necessita di una maggiore assunzione di vitamine, se non quelle del gruppo B (B1 cereali integrali, legumi, soia, ecc.), la vitamina C (agrumi, kiwi, pomodoro, peperoni, peperoncino piccante, broccoli, cavoli e tutti gli ortaggi a foglia verde) e la Vitamina E (olio extra vergine di oliva e olio di semi, frutta secca, tonno sott'olio e ortaggi a foglia verde). Di importanza basilare sono invece i sali minerali, perché praticando uno sport si tende a sudare molto e a eliminare oltre all'acqua anche i sali necessari. Quelli che si eliminano più facilmente sono il sodio, il cloro e il potassio, sali indispensabili per il buon funzionamento del nostro organismo. La mancanza di questi sali può recare debolezza, capogiri e crampi muscolari. L'organismo ha bisogno che il rapporto tra questi sali sia perfettamente bilanciato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.ansa.it>

Cancro all'ovaio diagnosticato con l'esame del sangue

'Biopsia liquida' apre nuova frontiera per diagnosi e terapie



Il tumore all'ovaio può essere diagnosticato con un semplice esame del sangue, la cosiddetta 'biopsia liquida' che, affermano i ricercatori, apre una nuova frontiera per la diagnosi e la terapia dei tumori. Lo dimostra uno studio pubblicato sulla rivista Cancer Letter, attuato in gran parte attraverso finanziamenti dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) e realizzato da ricercatori italiani di diversi Centri clinici con il coordinamento dell'Irccs Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

La ricerca ha consentito di identificare una 'firma molecolare' (miRNA) nel sangue delle pazienti affette da tumore maligno dell'ovaio. I miRNA sono delle piccole molecole di RNA che hanno importanti funzioni regolatorie. Sono molecole molto stabili e per questo si è scoperto che vengono utilizzate dal tumore e dai tessuti dell'organismo come importanti messaggeri intracellulari. In breve, funzionano sia all'interno della cellula sia dopo essere rilasciati in circolo come messaggeri di un processo tumorale o infiammatorio. Si tratta di un campo di ricerca "ancora largamente inesplorato - spiega Maurizio D'Incalci, Capo Dipartimento di Oncologia del 'Mario Negri' - per cui i dati vanno presi con cautela e validati in ulteriori studi. L'analisi comparativa dei profili di miRNA serici di 168 pazienti affette da tumore ad alto grado e di 65 donne di età simile, ma non affette dalla stessa malattia, ha tuttavia evidenziato delle differenze importanti e riproducibili. In particolare vi erano delle differenze nell'espressione di tre miRNA denominati miR1246, miR595 e miR2278". Lo studio pone dunque le basi per successive ricerche mirate a valutare se la misura di questi miRNA possa essere utilizzata per una diagnosi più precoce del tumore ovarico. Inoltre, successivi studi serviranno a stabilire se gli stessi

biomarcatori sono potenzialmente utili per misurare l'efficacia della terapia in modo più sensibile e precoce rispetto alle valutazioni tradizionali di tipo radiologico. "La possibilità di rintracciare nel sangue di un paziente le molecole che sono rilasciate dai tumori - conclude D'Incalci - rappresenta oggi un nuovo, valido strumento, anche meno invasivo, per migliorare i percorsi diagnostici e terapeutici".

I TEST GENETICI «SCED» INDIVIDUANO LA PREDISPOSIZIONE AI TUMORI

Biopsia liquida per “predire” il cancro

DI GIUSEPPE NOVELLI *

È noto che il cancro sia una patologia del genoma, causata da lesioni diverse (mutazioni, delezioni, duplicazioni, modificazioni) a carico del Dna. Queste lesioni si generano principalmente per esposizione ad agenti ambientali fisici e chimici quali il fumo, l'abuso di alcol, una alimentazione scorretta, ma anche per familiarità. È proprio l'accumulo di queste lesioni non riparate nel tempo a causare la malattia.

Alcuni anni fa gli scienziati scoprirono che tumori solidi appena sviluppati in tessuti diversi come il pancreas, il fegato etc. rilasciavano nel circolo sanguigno del soggetto tracce del loro Dna che, debitamente moltiplicate in laboratorio con le più recenti tecniche di amplificazione e sequenziamento potevano essere individuate e analizzate.

I tumori pertanto, in fase precocissima e di dimensioni tali da non generare ancora sintomi nel paziente possono essere analizzati attraverso quelle che vengono chiamate cfDna (cell free Dna) per verificarne la natura, la qualità e il numero di mutazioni. La ricerca degli ultimi anni ha individuato infatti le mutazioni più frequenti correlate a oltre 100 tipi di cancro e oggi quindi è possibile usare queste preziose informazioni per eseguire uno screening precoce che individui le mutazioni più a rischio e ne segua l'evoluzione nel tempo. Vale inoltre l'assunto che più la fase di individuazione del cancro è precoce e maggiori sono le armi a disposizione per trattarlo e aumentare i tassi di guarigione e sopravvivenza, è questo il motivo delle numerose campagne di screening a disposizione della popolazione: dalla mappatura dei nei al pap test, la mammografia e il dosaggio di marcatori per la prostata. La parola d'ordine infatti è “diagnosi precoce” per avere il massimo successo.

Quando il tumore cresce aumenta il numero delle cellule tumorali circolanti e, quando viene sottoposto a trattamento, rilascia nel sangue intere cellule tumorali che si distaccano dalla massa primaria perché morte a seguito dell'attacco con i farmaci o che stanno migrando verso altri organi. In questa seconda fase “contare” queste cellule e analizzarne le mutazioni ha diversi usi clinici: individuare l'efficacia delle terapie, individuare tempestivamente fenomeni di resistenza, monitorare la formazione di metastasi con una indagine semplice, non invasiva, che prevede un semplice prelievo di sangue venoso e soprattutto ripetibile più volte nel tempo. Nella pratica clinica il test rappresenta l'ulteriore opportunità di individuare e monitorare i cambiamenti del tumore nel tempo in maniera rapida, minimamente invasiva, per fornire informazioni necessarie a valutare le varie opzioni di trattamento. Serve a monitorare nel tempo la comparsa di mutazioni di resistenza alle terapie anti-tumore, (permette infatti di individuare alcune alterazioni nel ctDna associate con la resistenza alle terapie a bersaglio molecolare, come Egfr T790M, che annulla le capacità anti-tumorali dei farmaci inibitori di Egfr).

Oggi l'Italia, prima in Europa, ha a disposizione il nuovo test Sced, acronimo di **Solid cancer early detection** che permette di eseguire la mappatura e il monitoraggio delle mutazioni genetiche coinvolte nei tumori solidi a scopo di screening di prevenzione secondaria, riunendo con un solo gesto la

possibilità di indagare 50 geni noti per essere correlati al cancro e oltre 2800 mutazioni note. La tecnologia Sced è unica poiché incrocia l'analisi del Dna libero circolante (ctDna) con quella del Dna germinale e delle Cellule tumorali circolanti (Ctc) portando agli estremi il livello di affidabilità dell'esame.

La tecnica permette non solo di identificare le mutazioni genetiche associate al tumore solido ma di scegliere la terapia più adatta (Targeted therapy) in considerazione delle decine di farmaci oncologici approvati dall'Fda che basano le indicazioni sul profilo genetico della patologia e non su quello istologico.

Il prelievo di sangue può essere effettuato ovunque, per essere inviato presso **Bioscience genomics**, spin off dell'Università di Roma Tor Vergata, presente con propri laboratori in Roma, Milano e San Marino. Da un minimo prelievo di sangue, di circa 10 cc, i biologi di Bioscience Genomics isolano il Dna libero circolante ed estraggono la frazione di Dna circolante per sequenziarlo alla ricerca della mutazione genetica tramite l'innovativa tecnologia Ngs (Next generation sequencing).

Se sino a oggi la “biopsia liquida” era utilizzata come test di follow up dei malati, riteniamo che in pochi anni, grazie al supporto alla ricerca offerto dall'Università, potrà diventare il gold standard nella diagnostica in oncologia, come un percorso di monitoraggio della salute. Percorso in quanto il test è stato pensato in tre diversi livelli di approfondimento dell'indagine, da quello base a quello che indaga le mutazioni più specifiche.

Uno dei più vasti studi di patologia biomolecolare mai realizzati con questa tecnica, presentato al congresso dell'Asco (American society of clinical oncology), ha analizzato campioni di sangue prelevati ad oltre 15 mila pazienti con 50 diverse tipologie di tumori (37% di tumori del polmone, 14% di tumori della mammella, 10% di tumori del colon-retto e 39% di altri tumori). È stato quindi affermato il ruolo di protagonista, presente e futuro, di questa tecnica per la prevenzione e diagnosi dei tumori solidi. Il percorso Sced, quindi, non conduce a un referto positivo o negativo, bensì alla valutazione della individuale stabilità genetica del soggetto, sulla quale viene impostato il programma di monitoraggio, ciò in considerazione del fatto che possono intercorrere da 10 a 30 anni tra l'inizio della mutazione genetica e il decesso del paziente.

* ordinario di Genetica all'Università di Tor Vergata, Roma



Lunedì 30 GENNAIO 2017

Sanità italiana al 22° posto in Europa. “Pesano differenze regionali”. Al top Paesi Bassi. I numeri dell'indagine dei consumatori europei

Publicata l'ultima edizione dell'indagine annuale di Health Consumer Powerhouse che valuta i sistemi sanitari in base al mix di dati statistici sanitari ufficiali e il livello di soddisfazione dei cittadini. Italia si conferma al 22° posto seppur con un piccolo miglioramento nel punteggio rispetto all'anno scorso. Il problema sono le differenze regionali: “Da Roma in su sanità di qualità al sud livello molto basso”.

L'INDAGINE

Il sistema sanitario italiano si conferma al 22° posto in Europa anche nel 2016 secondo l'Euro Index Consumer Health 2016 (EHCI) pubblicato oggi dalla Health Consumer Powerhouse che dal 2005 valuta i sistemi sanitari di 35 paesi del continente europeo.

Ricordiamo che l'indice è il risultato di un'analisi che in base a 48 indicatori suddivisi in 6 aree (Diritti dei pazienti e informazione, accesso alle cure, risultati trattamenti, gamma servizi, prevenzione e l'uso di prodotti farmaceutici) analizza i dati statistici sanitari ufficiali e il livello di soddisfazione dei cittadini.

In generale il rapporto evidenzia come “la sanità europea è in costante miglioramento su: mortalità infantile, tasso di sopravvivenza malattie cardiache, ictus e cancro. E le risultanze rimarcano anche come si stia potenziando il coinvolgimento dei paziente”.

Nota dolente invece la persistenza di “inefficienza” in troppi paesi. E poi un auspicio: “Se tutti copiassero i sistemi europei di maggior successo si potrebbero risparmiare risorse da investire per salvare vite umane e migliorare le prestazioni”.

Al top i Paesi Bassi. Osservando la classifica si confermano al vertice i Paesi Bassi (927) seguiti dalla Svizzera (904). E da notare come per la prima volta due paesi superino la soglia di eccellenza. Sul terzo gradino del podio la Norvegia (865) seguita da Belgio (860) e Islanda (854). Al sesto posto il Lussemburgo (851) che precede Germania (849) e Finlandia (842). La Francia è undicesima e il Regno Unito al quindicesimo posto.

Per Italia lieve miglioramento nel punteggio ma posizione invariata. L'Italia si conferma nel 2016 al 22° posto come [nel 2015](#). Ma rispetto all'anno scorso si registra un lieve miglioramento di 15 punti (dai 667 del 2015 si è arrivati a 682 nel 2016). Da notare come [nel 2006](#) (quando i paesi misurati erano 26) l'Italia era all'11° posto. Ricordiamo che il colore ‘verde’ significa un livello alto. Il colore ‘giallo’ indica un livello medio e il colore ‘rosso’ la pessima qualità.

“L'Italia – si legge nell'indagine - ha la più grande differenza riferita al pro capite tra le regioni di qualsiasi paese europeo. Il PIL della regione più povera è solo 1/3 di quello della Lombardia (la più ricca). Anche se in teoria l'intero sistema sanitario opera sotto un ministero centrale della salute, il punteggio dell'Italia è un mix tra il verde (livello alto) da Roma in su e il rosso (livello più basso) per le regioni meridionali e per questo su molti indicatori i punteggi sono gialli”.

AIFA: IL CHECK DI NOVE MESI DI SPESA

Rosso da 1,5 mld in corsia con uno scarto dell'1,8%

Il rosso della spesa farmaceutica totale scende, ma sale quello in corsia. Un rosso totale di 1,56 mld per la spesa farmaceutica totale, di cui 1,51 mld tutti per l'ospedaliera. Uno scostamento complessivo sempre elevato che però è in diminuzione rispetto alle rilevazioni di agosto (1,69 mld). Mentre il rosso dell'ospedaliera sale da 1,28 mld di agosto a 1,51 mld appunto. Il monitoraggio Aifa dei primi nove mesi del 2016 - gennaio/settembre - conferma le cattive previsioni. Con la convenzionata netta a -240 mln e la territoriale che nell'insieme registra uno scostamento assoluto pari a 51,2 mln. Intanto la compartecipazione totale (ticket per ricetta più eventuale compartecipazione sul prezzo del farmaco a brevetto scaduto rispetto al prezzo di riferimento) vale 1,15 mld in salita dell'1,5% rispetto al 2015, con un incremento del 3% della quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento (pari a 764 mln). E la distribuzione diretta sale a 4,10 mld con un balzo all'insù del 19% sui primi nove mesi del 2015.

L'ottovolante della spesa totale, Sardegna in coda. L'asticella della spesa totale in nove mesi s'è assestata in media al 16,7% (in discesa rispetto ad agosto quando era al 17,1%), contro un tetto complessivo del 14,85%. Tutte le Regioni sono in rosso, con l'eccezione di Veneto (14,8%), Valle d'Aosta (14,3%), Trento (13,7%) Bolzano (13,6%). Sardegna (20,8%), Puglia (18,9%) e Campania (18,4%) hanno la spesa farmaceutica totale più alta.

In ospedale uno scostamento dell'1,8% sul tetto. La farmaceutica ospedaliera, con un rosso da 1,5 mld, ha toccato il 5,3% di incidenza, contro un budget del 3,5%, con uno scarto dell'1,8%. Soltanto Trento col 3,2% è rimasto sotto l'asticella. Le altre Regioni tutte sopra. Peggio di tutte Toscana (6,8%, praticamente il doppio), poi Umbria (6,2%) e Calabria (5,8%).

Distribuzione diretta in salita del 19,1%. La farmaceutica territoriale si attesta in media all'11,4% (era all'11,9% in agosto) contro l'11,35 di tetto. Come convenzionata invece la spesa netta perde 240 mln rispetto ai primi nove mesi del 2015. Le ricette calano dell'1,9%. Esplode ancora la distribuzione diretta di fascia A, in crescita di 658,53 mln (+1819,1%) rispetto ai primi nove mesi del 2015.

Ro.M.

Riepilogo dell'andamento dei consumi (n. di ricette) (gennaio-settembre 2016)

Regione	Gen.-sett. 2016	Var. %	Regione	Gen.-sett. 2016	Var. %	Regione	Gen.-sett. 2016	Var. %	
Bolzano	2.227.741	0,0%	Molise	2.501.984	-4,8%	Piemonte	32.204.010	-1,8%	
Trento	3.312.986	-1,5%	Campania	45.415.990	-0,3%	Sardegna	14.130.596	-4,1%	
Marche	12.832.256	-0,4%	Abruzzo	11.446.646	-2,4%	Toscana	27.531.311	-2,4%	
Umbria	7.964.832	-0,7%	Puglia	34.124.930	-0,8%	Calabria	16.775.498	-4,6%	
Friuli V.G.	8.609.102	+0,9%	Liguria	11.611.956	-2,7%	Emilia R.	29.935.194	-2,6%	
V. Aosta	712.931	-12,1%	Veneto	27.033.031	-1,5%	Lazio	46.510.849	-2,4%	
Basilicata	4.724.968	-2,0%	Sicilia	41.495.606	-1,3%	Lombardia	57.976.831	-2,1%	
							Italia	439.079.248	-1,9%

Spesa farmaceutica ospedaliera individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco e verifica del tetto di spesa del 3,5% (gennaio-settembre 2016)

	A	B	C	D	E	F	G = C+D+E-F	H = G-8	I = G/A%
	Fin gen.-set. 2016	Tetto 3,5%	Spesa tracciabilità	Distribuzione diretta di fascia A	Spesa medicinali fascia C e C bis	Payback	Spesa ospedaliera	Scostamento assoluto	Inc. %
Italia	82.775.441.422	2.897.148.157	8.599.541.714	3.728.946.749	376.889.183	92.854.445	4.607.693.177	1.510.545.020	5,3%

Spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera e verifica del tetto di spesa del 14,85% (gennaio-settembre 2016)

	A = B(1,85%)	B	C	D	E = C+D	F = E-8	G = E/A%
	Fin gen.-set. 2016	Tetto 14,85%	Spesa territoriale	Spesa ospedaliera	Spesa complessiva	Scostamento assoluto	Inc. %
Italia	82.775.441.422	12.372.182.951	9.446.197.183	4.607.693.177	13.853.890.360	1.561.704.609	16,7%



La dieta continua del personale

Continua la dieta del Servizio sanitario nazionale. Sfogliando il Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato in un solo anno, tra il 2014 e il 2015, il personale è dimagrito di 10.444 unità (-1,6%) passando da 663.795 a 653.352 addetti.

DIFFIDENTI A PAG. 13

La Ragioneria generale dello Stato pubblica i dati 2015: persi altri 10mila posti di lavoro

Conto annuale, il Ssn a dieta

Stipendi fermi: ai medici aumenti di 1,9 euro al mese, 9 agli infermieri

Continua la dieta del Servizio sanitario nazionale. Sfogliando il Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato in un solo anno, tra il 2014 e il 2015, il personale è dimagrito di 10.444 unità (-1,6%) passando da 663.795 a 653.352 addetti. Si tratta della riduzione più significativa degli ultimi anni: nel confronto con il 2009, anno con il massimo numero di occupati nella sanità pubblica, a fine 2015 risultavano impiegate 40.364 persone in meno.

Tra questi, i medici hanno perso 1.797 professionisti nel 2015 (-1,7% rispetto all'anno prima) passando da 112.741 a 110.850 unità dei quali 65.540 uomini e 45.310 donne. Rispetto ai medici gli infermieri perdono mille unità in più: nel 2015 sono stati 2.788 i posti di lavoro andati in fumo, il 27% del calo totale e -1% rispetto ai dodici mesi precedenti. Gli infermieri rappresentano quasi la metà del personale non dirigenti del Ssn: 266.363 dipendenti (erano 269.151 un anno prima) rispetto al totale di 522.861 unità.

La stretta sul personale ha investito anche il "ruolo tecnico" che ha dovuto rinunciare a 1.873 unità (-1,5%) tra cui assistenti sociali e operatori sociosanitari e quindi sempre con un danno diretto sull'assistenza alla persona. In ogni caso, secondo il ministero dell'Economia, il trend potrebbe già essersi invertito. «Per il 2016 - spiega - si ipotizza una riduzione sostanzialmente dell'occupazione nel pubblico impiego, in linea con quella osservata negli ultimi anni, con la sola eccezione del comparto della sanità che sembra aver arrestato la riduzione del numero di dipendenti».

Intanto, secondo il Conto annuale è già aumentato nel 2015 il lavoro "flessibile" (+9% circa) cresciuto da 28.273 a 30.686 unità: un andamento in controtendenza rispetto agli altri comparti pubblici che rappresenta, ormai, il 5,7% del totale degli occupati nel Ssn con una spesa in progresso del 10%.

Le note dolenti, invece, continuano a riguardare le retribuzioni, pressoché in stallo ad una quota media di circa 38.621 euro. In sostanza sono aumentate, sempre in media, per tutto il Ssn di 51 euro in un anno, +0,1% (4,3 euro al mese). Per i medici l'incremento è stato di appena 23 euro passando da 73.027 a 73.050 euro (meno di due euro al mese), per gli infermieri di 93 euro, +0,3% (7,7 al mese): nemmeno il valore della vacanza contrattuale. E questo contro una perdita di potere di acquisto dovuta alla mancanza di contratto ormai da sette anni che da sola ha eroso circa il 25% della busta paga.

La spesa complessiva del Ssn è scesa di 170 milioni (-0,2%) passando da 39.133 a 38.964 miliardi di euro, un quarto della spesa complessiva a carico dello Stato.

Secondo Ispasvi per gli infermieri l'analisi diventa più preoccupante, al di là del dato nazionale, se si guarda alle singole Regioni. Le perdite maggiori, infatti, sono quasi tutte nelle otto Regioni in piano di rientro, quelle con organici già al di sotto dei livelli accettabili per un'assistenza appropriata che da sole comprendono il 70% circa dell'intera perdita di professionisti e fanno registrare situazioni che, ad esempio, contro il calo medio dell'1% a livello nazionale, registrano il -3% in Molise e oltre il -2% nel Lazio e Campania.

Nel servizio sanitario nazionale l'età media è di 52 anni per gli uomini 49,1 per le donne con una media pari a 50,1 destinata a salire, secondo le previsioni del ministero dell'Economia, nel 2020 a 55,8 anni per gli uomini, 53,6 per le donne con una media di 54,6.

Gli occupati nel pubblico impiego sono concentrati per oltre due terzi in soli tre comparti: scuola (30,87%), sanità (21,35%) e Regioni ed autonomie locali (14,71%).

Ernesto Diffidenti



Epatite C. Spazzare via il virus. Si può fare

curando 250.000 italiani. Ma i costi sono troppo alti

E il direttore dell'Agenzia del farmaco promette battaglia

“È ora che Big Pharma abbassi i prezzi”

Su Repubblica.it trovate il videoracconto

di uno dei sempre più numerosi viaggi

di italiani che vanno a curarsi in India

MICHELE BOCCI

Eradicare l'epatite C, curando circa 250 mila persone nei prossimi tre anni. Cioè molte di più delle 65mila che hanno avuto i farmaci gratis nel biennio 2015-2016. E' l'obiettivo del ministero e di Aifa ma per raggiungerlo è necessario che le industrie produttrici, «rinuncino a logiche esclusivamente finanziarie e siano parte attiva nella risposta al bisogno di salute dei cittadini», dice il direttore dell'Agenzia del farmaco (Aifa) Mario Melazzini. I prezzi sostenuti dal sistema pubblico (secondo certe stime 15mila euro in media a trattamento), anche alla luce di quanto avviene in India, dove i nostri concittadini vanno a comprare il farmaco con 600 euro, sono ormai inconcepibili, anche perché migliaia di persone sono ancora senza terapia.

Dottor Melazzini, le trattative con i produttori, Gilead in testa, per rideterminare i prezzi dei medicinali sono ancora in corso, quando le concluderete?

«A fine febbraio vorremo chiudere. Il ministro Lorenzin ci ha chiesto di eradicare l'epatite C, per farlo è le aziende ci devono venire incontro. Se in India hanno dato la possibilità di produrre a quelle cifre, allora facciamo maggiori sconti anche a noi».

Pensa che basti un appello del genere ad ottenere riduzioni dei prezzi?

«L'industria deve anche ragionare in un'ottica di equità, solidarietà, responsabilità sociale. Ho richiamato più volte le aziende per fare capire loro che partecipano come attori alla risposta di un bisogno di salute del nostro Paese. Non possono guardare esclusivamente all'aspetto finanziario. Stanno uscendo anche nuove

molecole, siamo convinti di potere fare leva sulla concorrenza tra loro».

Come progettate l'eradicazione?

«Il governo italiano, unico caso al mondo, grazie al ministro Lorenzin ha stanziato 500 milioni di euro all'anno per i prossimi tre anni per questi farmaci. Stimiamo che le persone con il virus attivo siano tra le 290mila e le 600mila. Circa 65mila le abbiamo già trattate, se ne cureremo circa 80mila l'anno fino al 2019 supereremo il primo dei due dati di prevalenza. Cioè daremo un colpo importante alla malattia. Sarà anche necessario creare finalmente un registro dei malati per conoscere i numeri esatti della prevalenza».

Ce la faranno i centri epatologici a somministrare i farmaci?

«Oggi abbiamo sul territorio italiano 226 centri. I nostri clinici dicono di essere in grado di raddoppiare la capacità di presa in carico dei pazienti, che fino ad ora è stata di 36mila malati all'anno. Stiamo valutando anche di aumentare quei centri».

Il vecchio contratto con l'industria prevedeva 50mila pazienti trattati ad un prezzo medio di 15mila euro. L'accordo è scaduto e le Regioni intanto hanno curato altre 15mila persone. Quanto dovranno pagare per questi farmaci?

«Il nuovo accordo e determineremo il prezzo, spero molto più basso di quello medio del passato contratto, avrà effetto anche per i 15mila trattamenti già anticipati dalle Regioni».

Il suo predecessore, Luca Pani, aveva secretato il contratto con Gilead sul prezzo dei farmaci. Lo farà anche lei?

«Ci muoveremo dopo esserci confrontati con l'antitrust. Comunque credo che alle Regioni saranno resi i noti tutti i termini del nuovo accordo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Incontro Regioni-Lorenzin sui prossimi step: dal Pnpv 2017-19 all'antibiotico-resistenza

Vaccini, la partita dell'obbligo

Stop and go sul documento degli assessori - Nuovi Lea: il nodo-tariffe

Si prova l'intesa Il no lumbard

Fatto il piano vaccinale, bisogna fare l'attuazione. Parafrasando la famosa frase di Massimo D'Alema, a fronte di un Piano vaccini con precise richieste di adempimenti alle Regioni e obiettivi di prevenzione concordati con gli scienziati, bisogna mettersi d'accordo su come fare. E farlo anche in tempi ragionevoli, visto che i primi passi vanno realizzati già quest'anno.

Mercoledì scorso c'è stato un incontro tra la ministra Lorenzin e una delegazione di assessori alla Salute su cui molto si è ricamato. Si è parlato di Nuovi Lea e del programma sull'antibiotico-resistenza (v. servizio a pag. 9). Ma il piatto forte è stato il tema vaccini. Le Regioni hanno portato un documento (v. testo e articolo in pagina) con una roadmap per realizzare il Piano vaccinale, con scadenze e richieste di impegni da parte del Governo. A partire dalla realizzazione dell'Anagrafe informatizzata per monitorare l'offerta e gli obiettivi di copertura nazionale.

«Un incontro utile e collaborativo - aveva spiegato ai nostri microfoni il coordinatore degli assessori, Antonio Saitta - a partire dal Piano nazionale vaccini. Con l'obiettivo condiviso di concordare insieme tempi e modalità organizzative». Ossia soldi, personale e magari l'obbligo nazionale per le vaccinazioni. E alla parola "obbligo", come spesso accade quando si parla di vaccini, qualcuno, si è fatto prendere dall'entusiasmo e aveva stappato lo champagne «per l'intesa raggiunta». Sembrava fosse cosa fatta. E i titoli di tutte le testate nazionali avevano fatto il tam-tam: tutti d'accordo, intesa raggiunta, i vaccini saranno obbligatori per frequentare nidi e scuole materne. Ma così non era. Nel giro di poche ore, la storia è stata ridimensionata. Lorenzin con una nota arrivata nella serata di giovedì ha frenato: «Nessuna intesa, ma proficua interlocuzione sul tema». Dunque un'apertura, l'avvio di un ragionamento, ma niente di più. Anche perché per un eventuale obbligo bisogna comunque passare dal Parlamento. Con i tempi che ne conseguono. «Acquisita la posizione delle Regioni» la ministra ha aggiunto di essersi «riservata di portare la questione all'attenzione del ministro dell'Istruzione e della ricerca scientifica e degli altri colleghi di Governo». E non è finita qui, perché sul fronte Regioni, si è sfilata la Lombardia: «Non condividiamo». E così si ricomincia daccapo. Con l'assessore al Welfare di Regione Lombardia, Giulio Gallera che sottolinea di aver appreso «con grande stupore dalle agenzie di stampa la conclusione a cui si è giunti nell'incontro» al ministero, «Regione Lombardia non è assolutamente d'accordo perché riteniamo che gli obblighi non producono l'effetto di radicare nei cittadini la consapevolezza dell'utilità dei vaccini».

Nuovi Lea, tariffe prima. Ma al tavolo di questo primo incontro, c'è stato il tema dei temi: l'attuazione dei nuovi Lea, ancora non pubblicati in Gazzetta e in attesa del via libera della Corte dei conti. La necessità ribadita dalla ministra è quella di uniformare l'attuazione in tutta Italia, senza più buchi neri,

cosa che del resto può costare caro alle Regioni e alle aziende. E i governatori a questo punto vogliono vederci chiaro sui costi reali. E per dare strumenti indispensabili al Comitato Lea che consentano di arrivare anche prima della fine di marzo alla definizione di tariffe nazionali per quelle prestazioni che ad oggi non ne hanno. Bisogna fare presto, senza tralasciare la questione del delisting, l'aspetto molto delicato (e doloroso) dell'operazione.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL DOCUMENTO DELLE REGIONI

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

VACCINALE 2017-2019

1. Al fine di garantire una omogenea applicazione del Pnpv in tutto il territorio nazionale e di superare le attuali disuguaglianze di offerta vaccinale alla popolazione - con i necessari adeguamenti dell'organizzazione dei servizi vaccinali - le Regioni, all'unanimità, chiedono che si condivida la proposta di priorità e tempistiche applicative già presentata in sede tecnica (allegato 1), impegnandosi a introdurre l'offerta attiva prevista entro il 2018.

2. Di conseguenza si chiede di rivalutare, in sede tecnica, la tabella di cui alla «pagina 13 del Pnpv 2017-2019» e di sottoporla a nuova Intesa all'atto del riparto delle risorse destinate al Pnpv dalla legge di Bilancio 2017.

3. Si chiede di realizzare in tempi brevi l'Anagrafe vaccinale informatizzata nazionale, quale strumento fondamentale per il governo e monitoraggio dei programmi vaccinali.

4. Si chiede il contestuale avvio di una campagna informativa nazionale, promossa dal ministero della Salute in collaborazione con le Regioni, sui benefici e sulla sicurezza delle vaccinazioni e sulla nuova offerta vaccinale del Pnpv, in coerenza alle priorità e tempistiche riportate nell'allegato.

5. Poiché le vaccinazioni contenute nel Pnpv 2017-19 sono parte costituenti dei nuovi Lea, si richiede un allineamento normativo che superi l'antistorica distinzione su vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, al fine di porre tutte le vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale sullo stesso piano.

Pnpv 2017-2019 Contenuti concordati tra le Regioni e il ministero della Salute

Il 5 ottobre 2016 e il 24 novembre 2016, ai fini della prossima attuazione del Pnpv 2017-2019 (così, rinominato dallo stesso ministero), le Regioni, le Province autonome e il ministero della Salute concordano per un inserimento progressivo e graduale dei nuovi vaccini nei calendari regionali. Ciò al fine di garantire un'offerta vaccinale uniforme su tutto il territorio nazionale e soprattutto agevolare i Servizi vaccinali delle Asl che altrimenti sarebbero conge-



stionati dalle numerose sedute vaccinali aggiuntive che il nuovo calendario vaccinale indica.

Condividono altresì l'impegno di inserire entro il 31 dicembre 2018 tutte le nuove vaccinazioni contenute nel Pnpv 2017-2019.

Si ritiene opportuno segnalare la necessità di modificare la tabella Allegato B dell'Intesa Stato-Regioni sui nuovi Lea del 7 settembre 2016 coerentemente con lo schema di introduzione graduale in calendario come sotto riportato.

Di seguito viene elencata nel dettaglio la tempistica di introduzione delle nuove vaccinazioni, in offerta attiva e gratuita, così come è stato deciso dalle Regioni e dalle Province autonome per i prossimi 2 anni.

Anno 2017

- Introduzione della vaccinazione contro il meningococco B ai nuovi nati coorte 2017.
- Introduzione della vaccinazione anti-meningococco ACWY (una dose) nell'adolescente che va a sostituire la vaccinazione anti-meningococco C. La vaccinazione anti-meningococco ACWY deve essere somministrata sia a chi in passato abbia già ricevuto una dose di meningococco C, sia a chi nell'infanzia non abbia mai effettuato tale vaccinazione.
- Introduzione della vaccinazione anti-pneumococco nei soggetti adulti a partire dalla prossima stagionale antinfluenzale 2017-2018. Tale offerta può anche avvenire durante tutto l'anno solare disgiunta dalla campagna antinfluenzale. La coorte target destinataria dell'offerta è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età.
- Introduzione della vaccinazione anti-varicella ai nati a partire dalla coorte 2016, offerta a 13-15 mesi mediante il vaccino combinato quadrivalente MPRV (morbillo-parotite-rosolia-varicella).
- Introduzione della vaccinazione anti-rotavirus ai soggetti a rischio (bambini nati pretermine o piccoli per età gestazionale, bambino viaggiatore in zone a rischio per inadeguata assistenza sanitaria, affetti da patologie croniche dell'apparato circolatorio, nefrourologico, nervoso centrale, respiratorio, metabolico con diagnosi entro il 3° mese di vita che comportano frequenti ospedalizzazioni).

Anno 2018

- Introduzione della vaccinazione anti-rotavirus a tutti i nati a partire dal 1/1/2018, somministrata per via orale, e raccomandata a tutti i bambini a partire dalla 6ª settimana di vita (2 o 3 dosi a seconda del prodotto) in co-somministrazione con le altre vaccinazioni previste in questa fascia di età.
- Introduzione della vaccinazione anti-HPV anche nel maschio a partire dalla coorte dei nati nel 2007.
- Introduzione della 5ª dose di vaccino anti-poliomielite nell'adolescente in concomitanza con il richiamo anti-difterite-tetano-pertosse.
- Introduzione della vaccinazione anti-Herpes Zoster nei soggetti adulti; la coorte target destinataria dell'offerta è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età.

Le attività sopra elencate comporteranno un carico di lavoro aggiuntivo per i servizi vaccinali delle Regioni, nel 2017 si contano almeno 4 passaggi aggiuntivi dedicati alle vaccinazioni destinate ai soli bambini nel primo anno di

vita.

Tutto ciò deve pertanto tradursi nella possibilità da parte delle Regioni di potenziare i servizi vaccinali delle Asl assumendo operatori sanitari dedicati e formati sulla pratica delle vaccinazioni (sia medici che assistenti sanitari e infermieri) e di adeguare le strutture (ambulatori vaccinali, sale di attesa e altro) in base al flusso di utenti determinato dal nuovo Pnpv 2017-2019.

Appare ancora alquanto intempestivo e prematuro pensare a un coinvolgimento diretto dei Mmg e dei Pls nell'offerta vaccinale demandando loro sia le vaccinazioni pediatriche che quelle dell'adulto.

L'offerta vaccinale nel suo complesso è un processo che prevede requisiti organizzativi e strutturali specifici; inoltre vi è la necessità di valorizzare e utilizzare al meglio le professionalità e competenze proprie degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, non separando l'attività di profilassi da quella di sorveglianza e controllo.

L'affidamento dell'offerta vaccinale a Mmg e Pls dovrebbe comportare anche lo svolgimento di compiti organizzativi quali chiamate, registrazione, sorveglianza oltre alla disponibilità degli elementi necessari per garantire la sicurezza del processo (mantenimento catena del freddo, gestione delle reazioni avverse ecc.) che non paiono immediatamente realizzabili; per contro si ritiene importante favorire quelle sinergie che valorizzino il ruolo che il curante, sia medico che pediatra di famiglia, svolge a sostegno dell'offerta vaccinale del Ssn.

Infine si rileva che stante le regole contrattuali vigenti, la loro partecipazione all'offerta vaccinale risulterebbe essere più onerosa rispetto al potenziamento dei servizi vaccinali.

L'implementazione del nuovo Pnpv 2017-2019 e l'introduzione delle nuove vaccinazioni contenute nel rispettivo calendario non possono essere svincolati dalla sicurezza delle risorse economiche da dedicare sia all'acquisto dei nuovi vaccini di prossima introduzione sia alle risorse organizzative (incremento nuovo personale).

Oltre alle risorse economiche aggiuntive, per far fronte all'introduzione del nuovo calendario vaccinale, si chiede al [ministero della Salute](#) di assicurare:

- strumenti contrattuali e giuridici che consentano di agire in modo efficace e concreto nei confronti dei sanitari che si oppongono alle vaccinazioni;
- allineamento degli strumenti normativi in tema di offerta vaccinale per superare l'antistorica distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni facoltative: si propone di adottare un unico istituto normativo che, abrogando le norme precedenti, classifichi e definisca in modo univoco tutte le vaccinazioni che il Piano nazionale di Prevenzione vaccinale prevede siano offerte in modo attivo e gratuito sul territorio nazionale come raccomandate;
- attivazione di una campagna di comunicazione a supporto dell'offerta vaccinale da parte del [ministero della Salute](#) condividendo con le Regioni obiettivi, contenuti, strumenti e pianificazione che renda evidente, in una logica di sistema, l'univocità dell'offerta ai cittadini su tutto il territorio nazionale. ●

LE PROPOSTE REGIONALI

La roadmap del piano vaccinale

Una programmazione condivisa e il calendario con le tappe per i prossimi due anni. Così in tre pagine, le Regioni hanno prodotto un documento con la road map per l'attuazione del Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 (di cui pubblichiamo il testo integrale in questa pagina). La proposta è stata portata mercoledì scorso alla ministra della Salute, [Beatrice Lorenzin](#). È un "canovaccio" da cui partire per realizzare in concreto l'applicazione del piano vaccinale approvato nei giorni scorsi. Nel dettaglio, la tempistica di introduzione delle nuove vaccinazioni «in offerta attiva e gratuita», si specifica nel documento. Si parte da qui, insomma. Con richieste al Governo scritte nero su bianco. A partire dal dato di fatto che le attività per l'attuazione del piano comporteranno carichi di lavoro aggiuntivi per i servizi vaccinali delle Regioni, visto che già nel 2017 sono previsti almeno quattro passaggi aggiuntivi nelle vaccinazioni per i bambini nel primo anno di vita.

Il nodo organizzativo. Il nuovo piano vaccinale deve tradursi nella possibilità per le Regioni di potenziare i servizi vaccinali delle Asl «assumendo operatori sanitari dedicati e formati sulla pratica delle vaccina-

zioni» e quindi medici e infermieri e di adeguare le strutture in base all'aumentato flusso di utenti. L'introduzione delle nuove vaccinazioni «non possono essere svincolati dalla sicurezza delle risorse economiche da dedicare sia all'acquisto dei nuovi vaccini di prossima introduzione sia alle risorse organizzative (incremento nuovo personale). Per questo, oltre alle risorse economiche aggiuntive, per far fronte all'introduzione del nuovo calendario vaccinale, le Regioni chiedono al [ministero della Salute](#) di assicurare: «strumenti contrattuali e giuridici che consentano di agire in modo efficace e concreto nei confronti dei sanitari che si oppongono alle vaccinazioni». Ma anche «l'allineamento degli strumenti normativi in tema di offerta vaccinale per superare l'antistorica distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni facoltative». Insieme a una campagna di comunicazione efficace. Le nuove vaccinazioni - ha spiegato **Antonio Saitta** (Regioni) - sono comprese nei nuovi Lea e dunque, come è emerso nel colloquio con il ministro, serve una condivisione Stato-Regioni del percorso applicativo». C'è da scommettere che a Lungotevere Ripa ci saranno (molti) altri incontri. (L.Va.)

A PAG. 14

Prevenzione

Obesità, killer silente da combattere: il position paper per rilanciare le cure

PREVENZIONE/ *Position paper di medici e pazienti per rilanciare le cure antigrasso*

Obesità, guarire si può (e si deve)

Ogni anno muoiono 57mila obesi non curati - La patologia costa 28 mld

Da una ricerca sulla percezione del proprio peso svolta in sei Paesi europei, tra cui l'Italia, è emersa una scarsa consapevolezza su sovrappeso, obesità e rischi correlati.

Nonostante in Italia la metà della popolazione sia in sovrappeso od obesa, e ogni anno nel nostro Paese per le complicanze di questa malattia muoiono 57mila persone - mille a settimana, 150 al giorno, una ogni 10 minuti - l'obesità viene ancora vissuta come un problema prettamente estetico e non considerata, invece, come una vera e propria malattia grave ed epidemica.

Per questo motivo, il **Centro di Studio e ricerca sull'obesità** dell'Università degli studi di Milano (Csro), in collaborazione con le principali società e associazioni italiane - la Società italiana Obesità (Sio), la Società italiana di Chirurgia dell'obesità (Sicob), l'Associazione italiana Dietetica e nutrizione clinica (Adi) e l'Associazione Amici obesi Onlus - hanno dato vita a un position paper dal titolo **"L'obesità è una malattia. Curabile"**, che è stato presentato al [ministero della Salute](#).

Il primo aspetto sottolineato nel docu-

mento è il fatto che l'obesità aumenta la probabilità di morte: mediamente una persona obesa vive almeno sei anni di meno rispetto a una sana.

Non solo, in media perde anche dodici anni di vita in salute a causa delle patologie conseguenti come quelle polmonari, cataratta, pancreatiti, malattie del fegato, patologie renali, insufficienza venosa, osteoartrosi, infertilità, disfunzione erettile, ipertrofia prostatica, asma e apnee notturne. Si calcola che la spesa per la cura di queste patologie croniche ammonti a circa 28 miliardi di euro all'anno.

Pertanto, prevenire e curare l'obesità comporterebbe, non un aggravio, ma un notevole risparmio economico per il Sistema sanitario nazionale e una maggiore produttività del Sistema Paese.

Date queste premesse, il primo approccio per la cura dell'obesità deve essere di tipo dietetico, basato sul ricorso a un regime ipocalorico, da associarsi a un programma di attività fisica.

Per ottenere risultati duraturi nel tempo, occorre utilizzare anche strumenti psicoterapeutici (terapia cognitivo-comportamentale). Accanto alla modificazio-

ne dello stile di vita poi, l'obesità può essere trattata anche attraverso un approccio di tipo farmacologico; grazie all'aiuto dei farmaci è più facile instaurare delle modificazioni durature allo stile di vita del paziente. Alcuni soggetti, infatti, dopo essere dimagriti durante il periodo di trattamento, una volta sospesa la terapia, riacquistano il peso perduto.

Va ricordato che il trattamento farmacologico non deve però essere fine a se stesso. Può essere utile nel promuovere un cambio di stile di vita ma non va considerato come la "pillola magica" che risolve il problema. Nel caso in cui questi strumenti risultino inefficaci, non resta che la chirurgia bariatrica.

Alla luce di quanto esposto nel documento, si può dunque affermare che le soluzioni al problema dell'obesità esistono. Ciò che ancora manca - e diventa sempre più urgente - è un cambiamento culturale che coinvolga tutti gli attori in gioco e che finalmente l'obesità possa essere considerata una vera malattia.

Michele Carrubba
direttore del Centro di studio
e ricerca sull'obesità

© RIPRODUZIONE RISERVATA



segui **quotidianosanità.it**[Tweet](#) stampa

Esami clinici. Sibioc: "In crescita del 20% ogni anno. Troppa inappropriata. Dobbiamo riorganizzare la rete dei laboratori"

Incontro a Roma con i dirigenti della Società scientifica dei biochimici clinici. Il Presidente Marcello Ciaccio: "Sotto accusa la mancata appropriatezza e la medicina difensiva. Anche nel Sud d'Italia vi sono eccellenze che vanno valorizzate". Allo studio nuove linee guida, dopo la recente approvazione dei Lea. L'impegno a favore della popolazione migrante e dei Paesi in via di sviluppo.



30 GEN - "Cresce in Italia il numero di esami clinici richiesti ai laboratori del servizio sanitario nazionale. In alcuni settori della medicina, come le malattie cardiovascolari, nel diabete e nell'insufficienza renale, l'incremento annuo arriva al 20%. Questo è dovuto alla deospedalizzazione dei pazienti colpiti da patologie croniche e, talvolta, dal ricorso alla medicina difensiva. Non sempre, però, i test prescritti tengono conto dei criteri di appropriatezza. E' necessario interrompere quanto prima questo boom di prescrizioni non sempre indispensabili, per evitare sprechi all'intera collettività e migliorare l'assistenza sanitaria nel nostro Paese". E' questo l'appello lanciato da **Marcello Ciaccio**, Presidente Nazionale della SIBIOC (Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica), in un incontro con i giornalisti organizzato oggi a Roma.

"Gli esami di laboratorio influenzano il 70% delle diagnosi mediche e quindi dei successivi trattamenti - afferma Ciaccio -. Per questo è necessario riorganizzare le reti di queste strutture in Italia in modo che solo in pochi laboratori ci siano le strumentazioni e siano svolte le attività di secondo e terzo livello, specialistiche e ultra specialistiche. Per esempio, le indagini sofisticate come quelle di genetica molecolare non dovrebbero essere eseguite in tutti gli ospedali. Come spesso accade, le Regioni del Sud sono più penalizzate rispetto a quelle del Nord, anche se nel Mezzogiorno esistono numerose eccellenze. In tal modo, si eviterebbero sprechi e inappropriata che può portare risultati falsamente positivi che scatenano a loro volta altre indagini, visite e terapie inutili. Da qui il nostro invito a incrementare le strutture accreditate secondo la normativa del Ministero della salute".

"Ma - sottolinea Ciaccio - va combattuta anche la troppa medicina difensiva. Il disegno di legge sul rischio professionale, recentemente approvato dal Senato, potrà ridurre il ricorso ad analisi svolte solo per evitare controversie legali. Siamo pronti a dare il nostro contributo e a collaborare con tutte le Istituzioni".

Con oltre 2000 specialisti iscritti, la SIBIOC intende offrire al Ministero e alle Regioni il suo apporto per un migliore dialogo con i medici di medicina generale e gli specialisti. "La nostra è una branca in cui l'innovazione rappresenta una componente molto rilevante, grazie ai progressi tecnologici - spiega **Giuseppe Lippi**, coordinatore divisione scientifica della SIBIOC -. Proprio per questo, abbiamo deciso di incrementare la formazione dei giovani specialisti, molto apprezzati anche all'estero. E di

intensificare il rapporto coi Paesi emergenti. Per favorire la cooperazione internazionale è stato avviato 'Adotta un professionista dai Paesi Emergenti'. Medici di laboratorio stranieri, provenienti soprattutto da Paesi africani, sono stati accolti in alcuni ospedali italiani per un periodo formativo. Non solo, in collaborazione con l'onlus Docemus, la SIBIOC ha reso operativi alcuni laboratori in ospedali di aree disagiate dell'Africa. Ma è forte anche l'attività nei confronti dell'emergenza migranti in Italia".

"L'ospedale Garibaldi di Catania - aggiunge Ciaccio - ha avviato un progetto patrocinato dalla nostra Società Scientifica e cofinanziato dal Ministero della Salute. I migranti, una volta sbarcati sulle coste siciliane e arrivati all'interno del sistema di accoglienza, sono sottoposti a screening che riguardano soprattutto l'individuazione di alcune pericolose patologie infettive. In tal modo, se una persona risulta positiva viene immediatamente indirizzata in una struttura in grado di assisterla, anche attraverso eventuali isolamenti".

La SIBIOC è stata fondata nel 1969. Nel 2016 ha svolto una gran mole di attività che diventerà anche più rilevante nel 2017. "Vogliamo sostenere nuovi progetti di formazione e aggiornamento - aggiunge **Sergio Bernardini**, Vice Presidente SIBIOC -. Con particolare attenzione al sempre più importante tema dell'utilizzo dei biomarcatori. La recente approvazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza è un risultato positivo che aspettavamo da anni anche perché normano le prestazioni analitiche da considerare indispensabili. Su queste vogliamo aprire una discussione ed emanare delle linee guida e documenti di consenso in modo da rendere omogeneo il nostro intervento su tutto il territorio nazionale".

30 gennaio 2017

© Riproduzione riservata

QS newsletter

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di
Quotidiano Sanità.

QS gli speciali



I nuovi Lea. Tutto quello che c'è da sapere

tutti gli speciali

PIÙ Letti (ultimi 7 giorni)

- 1 Ecm. Alla Stato Regioni l'Accordo che rinnova la Formazione continua in medicina. Le novità
- 2 Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi
- 3 Cancro. Dal Giappone arrivano le cellule killer. Potrebbero essere l'arma letale per combattere il cancro dall'interno colpendo le cellule tumorali
- 4 Artrosi del ginocchio, il Rizzoli di Bologna cerca pazienti per cura sperimentale
- 5 Bologna. Pronto soccorso Ospedale Maggiore. "Arriva l'infermiere flussista"
- 6 Cronicità. Rivoluzione in Lombardia: i pazienti saranno presi in carico direttamente dalle strutture socio sanitarie pubbliche e accreditate in base alla complessità della malattia. Ecco la delibera che sarà presto

Gli effetti Uno a terra, l'altro in missione: il suo Dna è mutato

I gemelli dello spazio non sono più identici

di **Edoardo Boncinelli**

Due gemelli astronauti: uno è andato nello spazio e ha trascorso 340 giorni in orbita, l'altro è rimasto a terra. Il Dna del primo, Scott Kelly, al ritorno era cambiato. Diverse dal fratello Mark anche le parti del cromosoma della longevità.

a pagina 23 **Virtuani**

L'analisi

Ogni molecola è in continua mutazione. Anche il genoma

di **Edoardo Boncinelli**

Personalmente ho sempre obbietato all'affermazione che i gemelli identici, detti anche monozigoti, abbiano lo stesso identico genoma. L'avranno avuto certamente all'inizio, ma con il passar del tempo ogni genoma si riempie, anche se con velocità diverse, di modificazioni di vario tipo. Ciascuno di noi paga questo prezzo al passare del tempo — e va bene, molto bene, quando questo non comporta alcun effetto patologico, pure leggerissimo — ma quando si osserva il fenomeno in concreto, non si può fare a meno di stupirsi, anche perché porriamo di solito un orecchio molto distratto a chi ci parla di scienza. Non c'è dubbio, inoltre, che l'ambiente in cui si vive ha una certa influenza nello spingere e nell'indirizzare i cambiamenti in oggetto, nei geni più diversi. Adesso però il fenomeno sembra che sia stato colto per così dire «in castagna». Due astronauti gemelli della Nasa, i gemelli Kelly, sono stati molto accuratamente analizzati dopo che uno, Scott, ha passato centinaia di giorni nello spazio, mentre l'altro, Mark, è rimasto prevalentemente sulla Terra. I loro genomi sembrano al momento discretamente diversi, anche se non sono ancora disponibili molti dettagli. Oltre a un certo numero di cambiamenti di difficile interpretazione, si è osservato anche un allungamento relativo delle sequenze dei telomeri, che si trovano all'estremità dei cromosomi, e che sono certamente implicate nell'invecchiamento fisiologico dell'organismo. Per un biologo tutto questo non è una grossa sorpresa, ma è pur sempre un fenomeno interessante, perché analisi così accurate

non si fanno tutti i giorni, e perché si parla in questo caso anche di possibili effetti della permanenza nello Spazio, qualcosa che nel futuro potrebbe accadere con una certa frequenza. Fermo restando che la cosa si sarebbe verificata comunque, in che cosa, si chiedono gli scienziati, può essere consistito l'effetto specifico della vita nello Spazio? La domanda non è nuova, perché si deve considerare che tale situazione comporta particolari condizioni di stress, come mangiare in un certo modo, dormire in un certo modo e comunque vivere in assenza di gravità, che si sa già che produce almeno un certo grado di demineralizzazione delle ossa. Il Dna del genoma è una molecola come le altre, anche se di grande importanza, e non può sfuggire a certi cambiamenti; anzi, sembra conservarne particolarmente il ricordo, se non la registrazione. Il bello della scienza e delle sue applicazioni tecnologiche è che riservano sempre qualcosa di nuovo, qualcosa da imparare e di cui fare tesoro. Questo, sia per quanto riguarda i processi biologici in generale, sia per osservare l'effetto di questa a quella situazione particolare. Particolarmente interessante sarà comprendere l'effetto sulle sequenze dei telomeri, strane strutture che hanno sollecitato spesso la nostra curiosità. Se qualcuno di voi farà in futuro un viaggio spaziale, si ricordi di questa notizia apparentemente bizzarra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CORTE UE DIRITTI DELL'UOMO

Utero in affitto, serve legame biologico

L'allontanamento del bambino dai genitori che hanno fatto ricorso alla maternità surrogata all'estero è una misura conforme alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Con la sentenza depositata ieri (ricorso n. 25358), la Grande Camera, massimo organo giurisdizionale della Corte europea per i diritti dell'uomo, dà ragione all'Italia e legittima il no al riconoscimento del legame genitoriale col figlio nato con l'utero in affitto all'estero, vietata in Italia dalla legge 40/2004. Strasburgo ha ribaltato il giudizio della Camera.

Questi i fatti. Una coppia di cittadini italiani, dopo aver provato varie volte ad avere un figlio e dopo una lunga attesa per l'adozione, aveva deciso per la maternità surrogata in Russia, dove la pratica è ammessa. Il bimbo era stato registrato a Mosca come figlio della coppia, ma i due ricorrenti, rientrati in patria, non erano riusciti ad ottenere la trascrizione dell'atto di nascita nell'ufficio di stato civile. E il consolato italiano aveva segnalato la presenza di alcuni dati falsi nel fascicolo, facendo aprire un procedimento penale per alterazione dello stato civile. Era stata avviata, dopo l'allontanamento del bimbo, anche la procedura di adozione.

Di qui il ricorso a Strasburgo. In "primo grado" la Camera aveva dato ragione alla coppia, ma la Grande Camera ha escluso la violazione dell'articolo 8 della Convenzione, che assicura il diritto al rispetto della vita privata. La Corte, chiarito che al centro dell'esame non è la trascrizione dell'atto di nascita ma l'allontanamento del minore, riconosce che la coppia aveva stretto legami familiari col bimbo immediatamente dopo la nascita (per sei mesi). Ma, tenendo conto dell'assenza di legami biologici, della breve durata del rapporto e della stessa incertezza del vincolo sotto il profilo giuridico, non ci sono le condizioni per configurare un diritto alla vita familiare, anche perché il rapporto non costituiva una famiglia de facto. È vero che conta la qualità dei rapporti e non la quantità, ma la durata è rilevante e va presa

in considerazione. I giudici hanno analizzato così la questione solo valutando il diritto alla vita privata. Sotto questo profilo, la Corte ammette che la decisione di allontanare il bimbo è stata un'ingerenza, ma non una violazione della Convenzione. Questo perché l'ingerenza era prevista dalla legge italiana - che vieta la maternità surrogata - e le autorità nazionali hanno deciso solo dopo aver accertato che il bimbo non avrebbe sofferto un danno irreparabile. D'altra parte - osserva Strasburgo - gli Stati hanno competenza esclusiva nel riconoscere i legami sotto il profilo giuridico tra genitori e figli, con possibilità di tutelare il vincolo solo in caso di legami biologici o di adozione.

Rispettati anche gli standard di Strasburgo: i motivi che hanno portato all'ingerenza nel diritto alla vita privata dei genitori erano giustificati, rilevanti e sufficienti nonché necessari in una società democratica. E vero che l'allontanamento e la dichiarazione di stato di abbandono del minore hanno avuto un impatto sui ricorrenti, ma le autorità italiane hanno giustamente messo in primo piano il bambino, escludendo danni irreparabili a seguito dell'allontanamento. Inoltre, lasciare il bimbo coi due ricorrenti avrebbe comportato la legalizzazione di una situazione in contrasto con regole di rilievo nell'ordinamento italiano. È così raggiunto un equilibrio tra gli interessi in gioco ed esclusa la violazione della Convenzione.

La sentenza avrà effetti ad ampio raggio e potrà servire a eliminare divergenze giurisprudenziali interne. Intanto ha suscitato varie reazioni politiche positive in Italia. Vengono prevalentemente dall'area cattolica (tra gli altri, Paola Binetti e Maurizio Lupi), leghista e dell'ex-ministro della Salute, Livia Turco. Evidenziano soprattutto che non esiste un diritto sancito dall'Ue a usare l'utero in affitto e che questa pratica nega la dignità del corpo femminile.

Marina Castellaneta

No dei giudici a coppia italiana



INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

L'utero in affitto è il risultato dell'aborto libero

■ «Sono mesi che cerco di avere un bambino e non ci riesco. Sono disperata. Non so cosa c'è che non va dentro di me: perché non ho questo diritto? Che ho fatto di male?». Nina, 29 anni, è ossessionata dal suo desiderio di avere un bambino e soffre terribilmente di non riuscire a realizzarlo. «Per anni ho fatto di tutto per non averne e adesso che lo voglio non arriva!». (...) L'infertilità è estremamente dolorosa per le figlie della mia generazione che vogliono avere un bambino. (...) Hanno fatto credere loro che potevano essere delle divinità, e quindi adesso si sentono responsabili di tutto. Capricciose? Nina lo è. Ma che ci può fare? Non è stata lei a battere il selciato con uno striscione su cui si poteva leggere: «Un bambino, se voglio io, quando voglio io!». Nina non si è battuta per avere il diritto alla contraccezione e all'aborto. È semplicemente cresciuta nell'idea che, quando si vuole, si può. L'imperialismo del desiderio è così assoluto, ai nostri giorni, che a prima vista pare incongruo mettersi a discuterlo. Perché frustrare il desiderio di avere un figlio quando esistono tecniche medicalmen-

te assistite e, se c'è bisogno, donne disposte a mettere a disposizione il proprio corpo perché si sviluppi il bambino di un'altra? Le procreazioni medicalmente assistite e la gestazione per/da altri sembrano legittime dal momento che il bambino è trasformato in scelta, dal momento che questa scelta è sinonimo di felicità. (...)

«Un bambino, se voglio io, quando voglio io!»: sono le procreazioni medicalmente assistite e la gestazione per altri che realizzano questo slogan. Senza il femminismo militante per il diritto all'aborto e alla contraccezione, il ragionamento ideologico della «gestazione per altri» non sarebbe stato possibile. Esso ha dato le sue armi e i suoi strumenti a una logica liberale incontrollabile. Per arrivare a questo punto, esso ha dovuto prima opporre e poi staccare il corpo dallo spirito, denigrare le esperienze carnali a vantaggio dell'espressione onnipotente della volontà. Riducendo la riproduzione al suo carattere animale, negando l'esperienza umana e spirituale che essa porta in germe e può divenire. Essa ha perduto il suo carattere sacro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

