



RASSEGNA STAMPA

03-02-2017

1. REPUBBLICA.IT Il trattamento più promettente? È l'immunoterapia 2.0
2. CORRIERE.IT Tumore della vescica sottovalutato È legato a fumo e sostanze chimiche
3. REPUBBLICA.IT Tumore della vescica, il Libro Bianco dei pazienti SU qualità di vita e accesso alle cure
4. QUOTIDIANO SANITÀ Carcinoma gastrico. Scoperto un nuovo biomarcatore
5. LASTAMPA.IT Tumori: in Italia 1000 nuovi casi al giorno. Ma siamo il Paese dove si guarisce di più
6. ANSA Tumori: seno, soia ok per prevenzione, non dopo inizio terapie
7. QUOTIDIANO SANITÀ Nuova sede Ema. Il Parlamento si muove per la candidatura di Milano
8. ANSA Malattie croniche per 25% europei, 'sfida' per 70 istituzioni
9. ILSOLE24ORE.COM Via libera della Stato Regioni al riordino dell'Ecm
10. LASTAMPA.IT Una Giornata Mondiale dedicata alla Nanomedicina
11. LA VERITA' Grazie a un milanese i pazienti pagheranno 30 volte di meno le cure indispensabili
12. LA VERITA' Farmaci e stranieri Trump tira dritto e snobba le proteste
13. STAMPA Ecco quanto consuma il cervello
14. AVVENIRE I medici: non saremo solo esecutori di un testamento -
«Fine vita, con questa legge tradiremmo i nostri pazienti»

Il trattamento più promettente? È l'immunoterapia 2.0



Assegnati gli oscar Usa per la ricerca sul cancro: l'Asco scommette su sistema immunitario, target di precisione, biopsia liquida e nuovi strumenti per migliorare il dialogo fra medici e pazienti

Per il secondo anno consecutivo l'**immunoterapia** si aggiudica la statuetta per il miglior avanzamento dell'anno nella ricerca contro il cancro. A giudicare tutte le novità nel campo dell'oncologia e stabilire quale siano quelle più promettenti è l'**American Society of Clinical Oncology** nel suo Rapporto annuale "**Asco's Clinical Cancer Advances**". Nell'edizione 2017, presentata ieri, oltre al nuovo approccio che stimola il sistema immunitario a reagire contro il cancro, gli oncologi americani hanno indicato tre campi di ricerca che meritano di essere guardate con molto interesse: la **medicina di precisione**, la **biopsia liquida** e i **nuovi strumenti** per colmare il gap fra medici e pazienti. "Negli ultimi 20 anni abbiamo capito molto della biologia dello sviluppo dei tumori e siamo riusciti a sviluppare terapie che fanno la differenza, ma lo sforzo deve continuare perché la strada da percorrere è ancora lunga", ha dichiarato **Richard L. Schilsky**, Chief Medical Officer di Asco, durante la conferenza stampa di presentazione del Rapporto.

Immunoterapia 2.0. E' la nuova generazione della terapia che stimola il sistema immunitario, liberando l'azione delle cellule T contro il tumore. "Molte conquiste sono considerate ormai acquisite: nel **melanoma metastatico** grazie all'immunoterapia il 20% dei pazienti è vivo a 10 anni dalla diagnosi", spiega **Carminé Pinto**, presidente dell'**Associazione Italiana di**

Oncologia Medica. “Decisivi i risultati in tumori che finora in stadio avanzato presentavano scarse opzioni terapeutiche: ad esempio nella **vescica**, quello ottenuto con l’immunoterapia è il primo reale progresso negli ultimi 30 anni”. E le prospettive si estendono alle neoplasie del **polmone**, del **rene**, del **distretto testa-collo** e del **linfoma di Hodgkin**.

Ma l’immunologia 2.0 è soprattutto quella che riesce a individuare i pazienti che rispondono meglio, a scoprire i **meccanismi di resistenza** e aggirarli, a sviluppare soluzioni con un **livello inferiore di tossicità**. “Dobbiamo capire perché solo circa la metà dei pazienti può beneficiare di queste nuove armi. È un punto cruciale e la ricerca si sta concentrando sull’identificazione dei biomarcatori come potenziali strumenti per selezionare i pazienti che potranno ottenere la migliore risposta a un determinato trattamento”, spiega ancora l’oncologo. Per esempio, alcuni studi hanno dimostrato che pazienti con tumore del polmone che esprimevano PD-L1 rispondono meglio a specifici trattamenti. “È un’area della ricerca di grande interesse perché potremo aumentare la percentuale di malati in grado di rispondere ai trattamenti in funzione delle caratteristiche del tumore da cui sono colpiti. È necessario quindi considerare i **biomarcatori** quali potenziali strumenti per identificare in anticipo i pazienti che possono maggiormente beneficiare dell’immunoterapia”, sottolinea Pinto.

Medicina di precisione. Selezionare i pazienti che meglio possono rispondere ai trattamenti è l’obiettivo ultimo anche della medicina di precisione, che si avvale degli strumenti della genetica e della biologia molecolare per individuare mutazioni specifiche che possono essere il target dei farmaci. Solo nel 2016, scrive il Rapporto Asco, questo tipo di terapie hanno portato nuove soluzioni per alcuni gruppi di malati di **cancro ai polmoni**, al **seno**, al **rene**, affetti da forme di **tumori del sangue** difficili da trattare.

Biopsia liquida. Le tecnologie molecolari permettono di analizzare il Dna circolante che porta con sé le mutazioni del tumore e capire quindi come la malattia si sta evolvendo e se si sono sviluppate delle resistenze ai farmaci. Il primo sistema di questo genere è stato approvato dall’Fda nel 2016 per i malati di tumore ai polmoni: in maniera non invasiva, il test consente di capire se la malattia risponde bene alle cure o potrebbe essere suscettibile a trattamenti diversi da quelli in corso. “Anche in questo caso il punto cruciale è quello della selezione del paziente, per trattare ognuno nel modo più efficace”, spiega ancora Pinto. “Ma questo tipo di test non è ancora entrato nella routine e c’è bisogno di standardizzare i procedimenti”.

App per la comunicazione medico-paziente. Terapie, sistemi diagnostici, genetica e biologia molecolare non devono farci scordare chi è al centro del processo di cura: il malato, e non la malattia. Per questo il Rapporto dedica particolare attenzione ai sistemi, principalmente quelli digitali, che migliorano la comunicazione fra medico e paziente: per esempio, app per il monitoraggio dei sintomi che il paziente può usare in autonomia per avvertire il suo medico di eventuali peggioramenti. O, ancora, programmi educativi sempre disponibili al fianco del malato che gli consentano di avere una maggiore aderenza alla terapia. “E’ indispensabile pensare in questi termini perché internet è uno strumento potente, che è entrato nella nostra quotidianità, e che dobbiamo imparare ad usare per comunicare le informazioni corrette”, conclude Pinto.

<http://www.corriere.it/salute/>**IL LIBRO BIANCO**

Tumore della vescica sottovalutato È legato a fumo e sostanze chimiche

Ogni anno colpisce 27mila italiani. Le richieste alle istituzioni di associazioni dei pazienti e società scientifiche: più informazioni ai cittadini sui fattori di rischio, lotta al tabagismo, ridurre l'esposizione a sostanze cancerogene nei luoghi di lavoro

di Maria Giovanna Faiella



(Ap)

Ogni anno in Europa si ammalano di carcinoma della vescica oltre 175mila persone, nel nostro Paese circa 27mila. Sono circa 254mila gli italiani che vivono dopo la diagnosi, 50mila in età lavorativa. Ma questa patologia è ancora sottovalutata tanto che ad oggi non esistono misure di diagnosi precoce. L'anno scorso l'associazione europea dei pazienti (ECPC-European Cancer Patient Coalition) ha realizzato un "Libro Bianco dei tumori della vescica" per sensibilizzare Commissione e Parlamento europeo. Ora arriva la versione italiana, presentata a Roma su iniziativa di F.A.V.O. (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), con la collaborazione di AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), SIU (Società Italiana di Urologia), SIUrO (Società Italiana di Urologia Oncologica), Fincopp (Federazione italiana incontinenti e disfunzioni del pavimento pelvico) e Associazione PaLiNUro (Pazienti Liberi dalle Neoplasie Uroteliali), con il contributo non condizionante di Ipsen e di Roche.

Le richieste

Le associazioni dei pazienti e le principali società scientifiche chiedono alle istituzioni un maggior impegno per sensibilizzare i cittadini sui fattori di rischio anche modificando alcune leggi in materia di salute e sicurezza sul lavoro; l'istituzione di team multidisciplinari per il trattamento in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti, più risorse economiche da investire. «Il carcinoma della vescica

è ancora oggi un tumore dimenticato nonostante rappresenti in Europa la quarta causa di morte per tumore nell'uomo e la decima nella donna - dice Francesco De Lorenzo, presidente di FAVO e di ECPC (European Cancer Patient Coalition, di cui F.A.V.O. è socio fondatore) - . Col Libro Bianco vogliamo sensibilizzare associazioni dei pazienti, curanti, istituzioni e opinione pubblica per fronteggiare le criticità che impediscono ai malati di ottenere i migliori risultati sia in termini di trattamenti terapeutici che di riabilitazione e facilitazione del ritorno a una vita autonoma e attiva».

Ecco i metodi più collaudati per smettere di fumare



Tutti i danni del fumo, dai tumori all'impotenza

Fattori di rischio

Il fumo, ricorda il documento, è la causa più importante nello sviluppo del carcinoma della vescica con percentuali che, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si aggirano intorno al 40-70% di tutti i casi. Un altro fattore di rischio elevato è l'esposizione nei posti di lavoro ad alcune sostanze chimiche (coloranti, diserbanti, idrocarburi, polveri e fumi metallici): il 21-27% dei carcinomi della vescica nella popolazione maschile e l'11% in quella femminile sono da attribuirsi a cause professionali. Il White Paper raccomanda, in particolare, un impegno costante da parte dei Paesi Ue nella lotta al tabagismo con la promozione di campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione, la riduzione e un maggior controllo all'esposizione di sostanze chimiche cancerogene nei posti di lavoro.

Campanelli di allarme

Come per le altre forme di tumore, è indispensabile la diagnosi precoce: per 8 pazienti su 10 la sopravvivenza a cinque anni aumenta se la malattia viene diagnosticata in fase iniziale, a fronte di 1 paziente su 10 nel caso di diagnosi in stadio avanzato. Un ostacolo alla diagnosi precoce è dato dall'eterogeneità dei sintomi che non sempre vengono riconosciuti. Resta cruciale la figura del medico di medicina generale che deve essere in grado di riconoscerli. «Il primo campanello di allarme - spiega Andrea Necchi, del dipartimento di oncologia medica della Fondazione Irccs-Istituto nazionale dei tumori di Milano - è l'ematuria, ovvero il sangue nelle urine. In questi casi è bene parlarne subito col medico di famiglia in modo da avviare le indagini necessarie. Anche in questa forma di tumore, poi - sottolinea Necchi - la migliore forma di prevenzione è smettere di fumare».

Diagnosi precoce

«Un concreto passo in avanti per la diagnosi precoce è oggi possibile ricorrendo a una nuova metodica di diagnosi fotodinamica che, grazie a un mezzo di contrasto fotosensibile, permette di scoprire focolai di forme preneoplastiche invisibili a occhio nudo - dice Vincenzo Mirone, segretario della Società italiana di urologia -. Rispetto alla normale cistoscopia a luce bianca, quella con mezzo di contrasto a luce blu è in grado di evidenziare sulla parete vescicale delle microalterazioni neoplastiche, anche infinitamente piccole che, diversamente, sfuggirebbero all'attenzione del chirurgo».

Nuove terapie

Anche lo scenario terapeutico è in rapido divenire coi nuovi farmaci immunoterapici. «Da oltre 30 anni non ci sono significative novità per il trattamento di questi tumori - osserva Sergio Bracarda, consigliere nazionale di AIOM e direttore del dipartimento oncologico dell'Azienda USL Toscana Sud-Est, Istituto Toscano Tumori -. Ora sta cambiando l'approccio terapeutico ai carcinomi uroteliali della vescica con la prossima disponibilità di inibitori di PD-L1 o PD-1 quali atezolizumab prima e pembrolizumab in un momento successivo, oltre ad altri possibili approcci immunoterapici».

Accesso alle terapie

Ma la possibilità per il paziente di accedere a trattamenti oncologici innovativi fa registrare ancora profonde disparità nei vari Paesi. Su 37 nuove terapie introdotte nel quadriennio 2009-2013, gli Stati Uniti hanno garantito l'accesso a 31 trattamenti, l'Italia ne ha messi a disposizione poco più della metà (il 60%). Differenze che si potrebbero accentuare con l'arrivo delle nuove cure. Il Libro Bianco sottolinea la necessità che, sia in Europa che in Italia, vengano fatti rapidi passi in avanti per garantire l'accesso dei malati a queste nuove promettenti terapie.

Qualità di vita

«È devastante l'impatto del carcinoma della vescica sulla vita di chi ne è colpito, sia dal punto di vista fisico che psicologico, in particolare per coloro che sono ancora in età lavorativa - sottolinea Edoardo Fiorini, presidente dell'associazione PaLiNUro -. Questi pazienti hanno diritto ad accedere alle terapie e tecniche chirurgiche più innovative, perché non debbano essere mutilati oltre che della vescica anche della propria dignità». Il Libro Bianco sollecita linee guida con indicazioni chiare su come condurre i controlli post-trattamento per consentire ai medici di aiutare i pazienti ad affrontare la malattia nel lungo periodo. In particolare, si sottolinea nel documento, la riabilitazione deve essere considerata come parte integrante dell'iter terapeutico poiché consente al paziente di ritrovare una migliore qualità di vita, aiutandolo a superare alcuni aspetti penalizzanti.

Impotenza e incontinenza

«La cistectomia radicale è una delle più traumatiche operazioni chirurgiche in ambito oncologico in termini di impatto sulla qualità di vita, esponendo il paziente a rischi di complicanze quali problemi della sfera sessuale e incontinenza urinaria - spiega il presidente della Società italiana di urologia, Roberto Carone -. Interventi riabilitativi e terapeutici tempestivi sono cruciali per consentire un recupero funzionale. Oggi in Italia possiamo contare su elevate competenze nell'ambito dell'urologia funzionale e della uro-riabilitazione, ma - sottolinea l'urologo - all'alto livello qualitativo non corrisponde una distribuzione sul territorio nazionale omogenea e quantitativamente adeguata. Occorre poi una maggiore interazione tra uro-oncologia e urologia funzionale, con team multidisciplinari in grado di assicurare il miglior percorso terapeutico per il paziente».

www.la.repubblica.it/

Tumore della vescica, il Libro Bianco dei pazienti SU qualità di vita e accesso alle cure

E' il cancro più costoso tanto che in Italia assorbe il 7% dell'intera spesa sanitaria. Eppure è una patologia dimenticata come emerge dai dati del Libro bianco presentato oggi. L'immunoterapia rappresenta una rivoluzione ma c'è il problema dei costi troppo alti per poter trattare tutti

di IRMA D'ARIA



Più informazione sui fattori di rischio, leggi a tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, team multidisciplinari che possano seguire il paziente nel percorso di cura e anche nella riabilitazione. Ma anche soluzioni intelligenti che permettano di cogliere la grande opportunità offerta dai nuovi farmaci immunoterapici straordinariamente efficaci, ben tollerati ma anche troppo costosi per poter trattare tutti i pazienti. Sono alcuni degli obiettivi indicati nel Libro Bianco del [carcinoma della vescica](#), “costola” italiana del documento promosso dall’ECPC (European Cancer Patient Coalition), stilato dalle associazioni dei pazienti e dalle società scientifiche e presentato oggi a Roma.

Il Libro Bianco. Prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione e reinserimento sociale: sono i punti critici ma anche gli obiettivi da perseguire e che sono indicati nel White Paper realizzato dalle Associazioni dei pazienti ([Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia](#)), con la

collaborazione di **Aiom** (Associazione Italiana di Oncologia Medica), **Siu** (Società Italiana di Urologia), **Siuro** (Società Italiana di Urologia Oncologica), **Fincopp** (Federazione italiana incontinenti e disfunzioni del pavimento pelvico) e **Associazione PaLiNUro** (Pazienti Liberi dalle Neoplasie Uroteliali), e con il contributo non condizionante di Ipsen e di Roche. Nel documento, che è stato già presentato al Parlamento e alla Commissione Europea, viene chiesto alle Istituzioni maggior impegno in tre direzioni: una forte sensibilizzazione dei cittadini sui fattori di rischio con la modifica di alcune leggi in materia di salute e sicurezza sul lavoro; l'istituzione di team multidisciplinari per il trattamento in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti e più risorse economiche, sia pubbliche sia private, da investire nella ricerca.

Il ruolo del fumo. Così come per il polmone, il fumo rappresenta la causa più importante anche nello sviluppo del carcinoma della vescica con percentuali che, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si aggirano intorno al 40-70% di tutti i casi. Gioca un ruolo fondamentale anche l'esposizione nei posti di lavoro ad alcune sostanze chimiche (coloranti, diserbanti, idrocarburi, polveri e fumi metallici): il 21-27% dei carcinomi della vescica nella popolazione maschile e l'11% in quella femminile sono da attribuirsi a cause professionali. Ecco perché il libro bianco raccomanda un continuo impegno da parte dei Paesi europei nella lotta al tabagismo promuovendo campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione oltre che la riduzione ed un maggior controllo all'esposizione di sostanze chimiche cancerogene nei posti di lavoro.

Riconoscere i sintomi. Per 8 pazienti su 10 (80%) la sopravvivenza a cinque anni aumenta se la malattia viene diagnosticata in fase iniziale, a fronte di 1 paziente su 10 (10%) nel caso di diagnosi in stadio avanzato. Quindi la diagnosi precoce, così come per le altre forme di tumore, è indispensabile. Ma purtroppo è ostacolata anche dall'eterogeneità dei sintomi che non sempre vengono riconosciuti. Lo screening universale per la malattia asintomatica è di difficile applicazione sul piano clinico, a causa dei costi e dell'invasività di alcuni accertamenti: resta quindi cruciale, la figura del medico di medicina generale che deve essere in grado di riconoscere i sintomi iniziali della malattia e di educare i pazienti a rischio a riconoscerli.

Nuove tecniche diagnostiche. "Un concreto passo in avanti a favore della diagnosi precoce è oggi possibile ricorrendo a una nuova metodica di diagnosi fotodinamica che, grazie a un mezzo di contrasto fotosensibile, permette di scoprire focolai di forme preneoplastiche invisibili a occhio nudo" spiega **Vincenzo Mirone**, Professore Ordinario di Urologia presso l'Università Federico II di Napoli, e Segretario Generale della Società Italiana di Urologia. Rispetto alla normale cistoscopia a luce bianca, quella con mezzo di contrasto a luce blu è in grado di evidenziare sulla parete vescicale delle microalterazioni neoplastiche, anche infinitamente piccole, che diversamente sfuggirebbero all'attenzione del chirurgo".

Non solo chirurgia. La scelta del trattamento dipende dalla stadiazione clinica del tumore ma, in generale, la prospettiva esclusivamente chirurgica ha lasciato spazio a un intervento multimodale grazie anche all'ondata di nuovi farmaci immunoterapici che stanno rivoluzionando l'approccio terapeutico. "Dopo oltre 30 anni di assenza di significative novità per il trattamento di questi tumori, oggi abbiamo quasi dieci nuove molecole in arrivo e la prossima disponibilità di inibitori di PD-L1 o PD-1 come

atezolizumab prima e pembrolizumab in un momento successivo, oltre ad altre molecole, cambierà la gestione terapeutica dei tumori uroteliali della vescica” dichiara **Sergio Bracarda**, consigliere nazionale Aiom e direttore della U.o.c. di Oncologia Medica di Arezzo e del Dipartimento Oncologico dell’Azienda Usl Toscana Sud-Est, Istituto Toscano Tumori. La validità di questi dati rende ancora più importante, per noi oncologi, mantenere, o adottare, un approccio multidisciplinare e personalizzato alla patologia. Così potremo essere da una parte più efficaci nel trattamento di questo tumore e dall’altro, ridurre significativamente la possibilità di effetti collaterali derivanti da trattamenti farmacologici potenzialmente meno efficaci”.

La sopravvivenza si allunga. Gli ultimi incoraggianti dati sono stati presentati allo European Cancer Congress svoltosi di recente ad Amsterdam. Sono quelli dello studio di fase tre Keynote-045 che ha messo a confronto l’efficacia dell’immunoterapia con pembrolizumab rispetto alla chemioterapia convenzionale. I risultati hanno dimostrato che la sopravvivenza mediana dei pazienti trattati con pembrolizumab è di 10,3 mesi rispetto ai 7,4 mesi con la chemioterapia. “Pembrolizumab ha dimostrato un maggiore numero di risposte: 21% rispetto a 11% con chemioterapia” spiega **Andrea Necchi**, oncologo del dipartimento di Oncologia Medica dell’Istituto nazionale tumori. “Il profilo di tollerabilità è risultato essere nettamente a favore di pembrolizumab: l’incidenza di effetti collaterali di ogni grado di severità è stata del 61% con pembrolizumab rispetto a 90% con chemioterapia”.

Il problema dell’accesso. Come spesso accade, la possibilità per il paziente di accedere a trattamenti oncologici innovativi, varia profondamente nei vari Paesi. Considerando le 37 nuove terapie introdotte tra il 2009 e il 2013, gli Stati Uniti sono il Paese che ha garantito il più facile accesso (ben 31 trattamenti), mentre la Spagna ne ha messi a disposizione solo la metà. Per l’Italia, la percentuale si attesta attorno al 60%. Differenze che sembrano destinate a crescere con l’arrivo dei nuovi farmaci immuno-terapici. “Allo stato attuale un paziente metastatico che si ammala in un paese dell’Unione Europea ha meno probabilità di farcela rispetto ad un paziente degli Stati Uniti dove l’approvazione dei nuovi immunoterapici è più avanti” spiega Necchi. “La differenza dei tempi di approvazione europea potrebbe essere di circa sei mesi che equivalgono al tempo medio di sopravvivenza di un paziente metastatico per cui dobbiamo augurarci che nell’attesa che i nuovi farmaci arrivino anche da noi questi pazienti non siano già morti”.

I costi delle terapie. Ma anche quando queste nuove terapie saranno disponibili ci sarà il problema dei costi: “Esiste un concreto problema di costo-efficacia perché queste terapie costano 5-6mila euro per paziente ogni mese ed inoltre poiché sono meglio tollerati il numero dei pazienti trattati è più alto” chiarisce Bracarda. Come risolvere? “Bisogna identificare bene e selezionare i pazienti che possono beneficiare maggiormente del nuovo approccio terapeutico anche se al momento è molto difficile farlo perché non ci sono fattori predittivi certi, ovvero elementi che ci aiutino a capire qual è davvero il paziente che si può salvare grazie a questi nuovi farmaci”.

La qualità di vita. Vita personale e familiare, carriera professionale e sessualità: il paziente colpito da tumore alla vescica viene letteralmente travolto dalla malattia. E, infatti, nel Libro Bianco si ribadisce la necessità di linee guida con indicazioni chiare su come condurre i controlli post-trattamento per consentire ai medici di aiutare i pazienti ad affrontare la malattia nel lungo periodo. La riabilitazione

riveste grande importanza e deve essere considerata come parte integrante dell'iter terapeutico, poiché consente al paziente di ritrovare una migliore qualità della vita, aiutandolo a superare alcuni aspetti di forte penalizzazione. "La cistectomia radicale è una delle più traumatiche operazioni chirurgiche in ambito oncologico in termini di impatto sulla qualità di vita, esponendo il paziente a rischio di complicanze funzionali quali problemi della sfera sessuale e incontinenza urinaria" dichiara **Roberto Carone**, presidente Società Italiana di Urologia. "Interventi riabilitativi e terapeutici intrapresi con tempestività, sia sul versante dell'andrologia (per i problemi sessuali) sia sul versante dell'urologia funzionale (per i problemi della incontinenza) sono cruciali per consentire un recupero funzionale che può essere anche significativo". E anche se oggi in Italia il paziente può contare sulla presenza di elevate competenze nell'ambito dell'urologia funzionale e della uro-riabilitazione, non c'è una distribuzione omogenea e quantitativamente adeguata sul territorio nazionale.

Una cura di squadra. Uno dei punti critici affrontati nel Libro Bianco è la mancanza nell'ospedale di riferimento di un team multidisciplinare dedicato alla cura del carcinoma della vescica e che includa: urologi, oncologi medici, radioterapisti, anatomo-patologi, radiologi, psico-oncologi, fisiatristi e specialisti di cure palliative. "Quest'approccio multidisciplinare" sostiene **Renzo Colombo**, coordinatore nazionale del gruppo di lavoro 'Oncologia vescicale' della Società Italiana di Urologia "potrebbe contribuire a migliorare la prognosi per molti pazienti e dovrebbe essere sostenuto con convinzione a livello comunitario, preferibilmente attraverso la definizione di standard minimi (strutturali e di volume) volti a identificare i centri di riferimento dedicati al trattamento dei pazienti affetti da carcinoma della vescica".

I numeri della malattia. Il tumore della vescica colpisce ogni anno in Europa 175.000 persone, in Italia 27.000, ed è per numero di nuovi casi registrati la quinta neoplasia nel mondo occidentale. In Italia vivono circa 254.000 persone dopo la diagnosi. Piemonte, Campania, Lombardia e Isole sono le regioni che registrano il numero più elevato di nuovi casi e una più alta mortalità: tra le possibili ragioni, l'elevata età media della popolazione e il maggior rischio di esposizione professionale. E' un "tumore costoso" per le alte percentuali di recidiva, per l'esigenza di un monitoraggio intensivo e il costo complessivo del percorso terapeutico. Nell'Unione Europea nel 2012 questa neoplasia è costata 4,9 miliardi di euro, di cui 2,9 per la sola spesa sanitaria, una cifra pari al 5% del costo totale per tutti i tumori. E in Italia – dove c'è un'incidenza tra le più alte in assoluto in Europa - il costo annuo per la gestione della malattia rappresenta il 7% dell'intera spesa sanitaria.

Giovedì 02 FEBBRAIO 2017

Carcinoma gastrico. Scoperto un nuovo biomarcatore

Una “porzione” di RNA circolare presente nei tessuti e nelle linee cellulari del carcinoma gastrico, sarebbe un potenziale biomarker della patologia. La sua soppressione rallenta la crescita del tumore.

(Reuters Health) – Secondo quanto hanno scoperto alcuni ricercatori cinesi, nei tessuti e nelle linee cellulari del carcinoma gastrico, si evidenzia un'espressione significativamente bassa dei livelli di RNA circolare caratterizzato dalla sequenza 0000096 (hsa_circ_0000096). Questa peculiarità potrebbe renderlo un nuovo potenziale biomarker per la diagnosi di questo tipo di cancro. È quanto emerge da uno studio condotto da Junming Guo e colleghi, della Ningbo University School of Medicine.

Secondo i ricercatori cinesi gli RNA circolari sono più stabili nel plasma e nei succhi gastrici, rispetto ai microRNA e agli RNA non codificanti. “Questa caratteristica importante”, aggiungono, “li rende la scelta ideale per l'uso come marcatori molecolari del cancro gastrico. Tuttavia, le funzioni biologiche degli RNA circolari nelle malattie umane, in particolare nel cancro, non sono chiare”.

Lo studio

Per approfondire la questione, i ricercatori hanno esaminato i livelli di hsa_circ_0000096 in 101 coppie di tessuti provenienti da cancro gastrico, in tessuti non tumorali adiacenti e in normali cellule epiteliali gastriche da pazienti con cancro gastrico.

Si è così evidenziato che l'espressione di hsa_circ_0000096 era significativamente inibita nei tessuti ottenuti da cancro gastrico e nelle linee cellulari in vitro da cancro gastrico, rispetto ai tessuti adiacenti non tumorali accoppiati e alle normali cellule epiteliali gastriche. Inoltre, i ricercatori hanno scoperto che la crescita del tumore era più lenta dopo la soppressione di hsa_circ_0000096 in modelli murini dopo xenotrapianto. E ancora, i livelli di CDK6, della ciclina D1, di MMP-2, di MMP-9, di Ki67 e VEGF hanno mostrato una diminuzione dose-dipendente. In conclusione, come sottolineano i ricercatori cinesi: “hsa_circ_0000096 ha influenzato la crescita delle cellule neoplastiche gastriche e la loro migrazione, interferendo con l'espressione ciclo-associata, sia delle cellule che delle proteine associate alla migrazione stessa di questo cancro”.

Fonte: Br J Cancer 2017

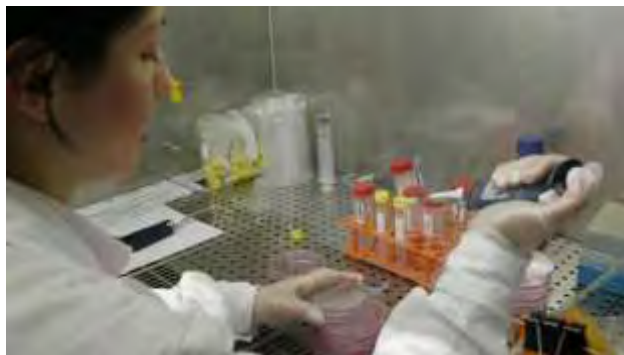
David Douglas

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

Tumori: in Italia 1000 nuovi casi al giorno. Ma siamo il Paese dove si guarisce di più

I numeri riferiti al 2016 sono preoccupanti. Focus sulla prevenzione e sull'immediato futuro grazie alla ricerca in occasione del World Cancer Day di sabato 4 febbraio



Ogni giorno in Italia quasi mille persone si ammalano di cancro. Eppure «è accertato che quasi il 50% dei tumori può essere evitato mettendo in sicurezza la propria salute con scelte di vita sane e consapevoli». Lo ricordano gli esperti dell'Irccs Cro di Aviano (Pordenone), in vista del **World Cancer Day 2017 che si celebra sabato 4 febbraio**. Purtroppo i numeri di chi rischia sono ancora alti, spiega Diego Serraino, responsabile della Struttura di Epidemiologia oncologica del Cro: «Recenti indagini hanno dimostrato che circa il 27% degli italiani si dichiara fumatore, che uno su 3 è sovrappeso e uno su 10 addirittura obeso; il 17% eccede nel consumo di bevande alcoliche e il 32% non svolge attività fisica. Quanto poi al consumo di frutta e verdura nelle dosi consigliate (5 porzioni al giorno), la regola è seguita da poco meno del 10%».

A preoccupare gli specialisti dell'Istituto, «subito dopo il fumo», ci sono «le insane abitudini alimentari» con «un eccessivo consumo di cibi contenenti zuccheri semplici (dalle bibite gasate alla pasta o al pane raffinato), o di cibi ad alto contenuto di grassi animali (carni rosse e insaccati), e lo scarso uso di piatti a base di verdura». Le abitudini moderne «ci stanno allontanando dalla dieta mediterranea a base di olio di oliva, frutta, verdura, carni bianche, pesce e cibi non raffinati». Un altro nemico è «la bassa frequenza di attività fisica».

I NUMERI DEI CASI NEL 2016

I numeri parlano chiaro: nel 2016, solo in Italia, si sono registrati circa mille nuovi casi di cancro al giorno. Ciò significa che ogni anno circa 365 mila persone, 190 mila uomini e 176 mila donne, ricevono una diagnosi di tumore.

Il dato positivo è che nel nostro Paese si guarisce di più, come testimoniano gli ultimi dati che ci vedono al vertice in Europa per la **sopravvivenza a 5 anni**, migliorata rispetto al quinquennio precedente sia per gli uomini (55%) sia per le donne (63%). Ma ancora c'è molto da fare. Per questo, in occasione del World Cancer Day, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) condivide e rilancia la «visione 70:35» dell'European Cancer Concord (Ecc) che vuole portare al 70% entro il 2035 la sopravvivenza a lungo termine dei pazienti oncologici in Europa.

«L'obiettivo «70:35» può sembrare ambizioso - spiega Carlo La Vecchia, ricercatore Airc all'università degli Studi di Milano e componente dell'Ecc - ma è raggiungibile in molte regioni europee. Per raggiungerlo ovunque sarà però necessario superare le notevoli disuguaglianze sia inter che intra-nazionali ancora esistenti».

DIAGNOSI E CURE

Questo traguardo può essere segnato solo migliorando ulteriormente la diagnosi e la cura dei tumori, e sostenendo la ricerca e l'innovazione per favorire un rapido trasferimento delle conoscenze dal laboratorio alla pratica clinica.

In Italia l'Airc - ricorda una nota - finanzia numerosi progetti di ricerca traslazionale (dal bancone di laboratorio al letto del paziente e viceversa) e di diagnosi precoce, per riconoscere la comparsa o la recidiva di tumore molto prima che sia evidente con la diagnostica tradizionale (le cosiddette [biopsie liquide](#)).

Solo poche settimane fa l'Associazione e la sua Fondazione hanno stanziato **102 milioni di euro per 680 progetti di ricerca e programmi di formazione che vedono coinvolti circa 5 mila ricercatori al lavoro in laboratori di università, ospedali e istituzioni di ricerca in tutta Italia**, prevalentemente in strutture pubbliche, con un beneficio tangibile per i sistemi della ricerca e della sanità del nostro Paese

<http://www.ansa.it>

Tumori: seno,soia ok per prevenzione,non dopo inizio terapie

Consumandola prima volta con tamixoflene meno efficacia



(ANSA) - ROMA, 2 FEB - Il consumo sul lungo termine di soia può migliorare l'efficacia del tamixoflene, un farmaco antitumorale, nel cancro alla mammella, e ridurre il rischio che la malattia si ripresenti, ma meglio non farsi prendere dalla passione per questo alimento proprio quando si inizia la terapia. Mangiare o bere cibi a base di soia per la prima volta durante il trattamento con tamoxifene può infatti ridurre l'efficacia del farmaco e promuovere le recidive. Emerge da una ricerca sui topi del Georgetown Lombardi Comprehensive Cancer Center, pubblicata su Clinical Cancer Research. La chiave starebbe nell'isoflavone più attivo della soia, la genisteina, che ha una struttura simile agli estrogeni, ormoni cruciali nello sviluppo del tumore al seno e nella risposta al tumore stesso. E il momento in cui viene assunta a fare la differenza.

L'uso prolungato di genisteina prima dello sviluppo del cancro al seno migliora l'immunità generale, proteggendo contro lo sviluppo del tumore e delle recidive, come spiega Xiyuan Zhang, autrice principale dello studio. Diverso è invece quando il consumo inizia dopo lo sviluppo del cancro al seno, perché in sostanza ciò fa sì che non si scateni una risposta immunitaria.

"Inoltre - spiega Zhang - questo ha reso gli animali resistenti agli effetti del tamoxifene, aumentando così il rischio di recidiva".

I topi che avevano consumato genisteina da adulti avevano un rischio di recidiva del 7% dopo trattamento con il tamoxifene, contro il 33% di quelli esposti alla genisteina solo dopo la comparsa del tumore. "Molti oncologi consigliano di non assumere supplementi di isoflavoni o di consumare alimenti a base di soia. Ma i nostri risultati - afferma Leena Hilakivi-Clarke, del Georgetown Lombardi Comprehensive Cancer Center- suggeriscono un messaggio più sfumato: le pazienti dovrebbero continuare a consumare questi alimenti, ma non è il caso di cominciare dopo la diagnosi". (ANSA).

Giovedì 02 FEBBRAIO 2017

Nuova sede Ema. Il Parlamento si muove per la candidatura di Milano. Presentata mozione bipartisan al Senato

Dopo le prese di posizione da parte della ministra della Salute Lorenzin e del Direttore generale dell'Aifa Melazzini, ed a seguito del Patto per Milano suggellato da Comune e Governo, ora anche il Parlamento si schiera per la candidatura del capoluogo lombardo ad ospitare la nuova sede dell'Ema nel post brexit. Nella mozione a prima firma Andrea Mandelli (Fi) si sottolinea "la grande opportunità per valorizzare il patrimonio scientifico del nostro Paese". [LA MOZIONE](#)

Il Governo si impegna a sostenere concretamente la candidatura di Milano a nuova sede dell'Ema. Questa la richiesta di una mozione bipartisan a prima firma Andrea Mandelli (Fi) presentata questa mattina al Senato. Il Parlamento inizia così a muovere i primi passi concreti per lanciare una candidatura già proposta a caldo, subito dopo il voto inglese che ha visto la vittoria del fronte della Brexit, anche dalla stessa ministra della Salute, Beatrice Lorenzin.

Nella mozione si ricorda come lo scorso settembre sia stata avanzata ufficialmente la candidatura di Milano, a seguito di un vertice tenutosi alla presenza del Presidente della Regione Lombardia, Roberto Maroni, del sindaco di Milano, Giuseppe Sala e, per il governo, del ministro delle Politiche agricole Maurizio Martina, oltre che del rettore dell'Università degli studi di Milano Gianluca Vago e dell'imprenditrice Diana Bracco.

Anche il Direttore generale dell'Aifa, Mario Melazzini, ha riconosciuto che, con l'arrivo dell'Ema a Milano, la città potrebbe consolidare il proprio status di polo europeo delle biotecnologie al servizio della salute. Infine, la candidatura di Milano è stata suggellata dal Patto per Milano, documento contenente gli obiettivi strategici per la città condivisi da Comune e Governo, firmato il 13 settembre 2016 dall'allora Presidente del Consiglio, Matteo Renzi e dal sindaco Giuseppe Sala.

La scelta del capoluogo lombardo dunque, si spiega nella mozione, rappresenta "una grande opportunità culturale e economica, nonché uno stimolo per valorizzare il patrimonio scientifico nel campo sanitario del nostro Paese".

Sulla base di queste premesse i senatori firmatari della mozione chiedono l'impegno del Governo "a sostenere concretamente la candidatura di Milano a sede dell'EMA e porre in essere tutte le iniziative necessarie in tal senso, rappresentando questa scelta una grande opportunità culturale e economica, nonché uno stimolo per valorizzare il patrimonio scientifico nel campo sanitario del nostro Paese".

<http://www.ansa.it>

MALATTIE CRONICHE PER 25% EUROPEI, 'SFIDA' PER 70 ISTITUZIONI

8 over 65 su 10 ne ha più di una; Aifa, necessario 'case manager'

ROMA, 2 FEB - Settanta istituzioni di 25 stati membri dell'Unione Europea unite per gestire al meglio le malattie croniche, problema con cui si confronta un europeo su quattro. Questi i numeri del progetto Chrodis - Joint Action on Chronic diseases, nato nel 2014 per mettere insieme le conoscenze per una gestione ottimale del paziente, i cui risultati parziali sono stati presentati stamattina a Roma. Ogni anno circa 700 miliardi di euro vengono spesi in EU per il trattamento delle malattie croniche, da diabete a malattie cardiovascolari, respiratorie, mentali, neurodegenerative. In un mondo che invecchia ma dove le risorse sono sempre minori, ottimizzare la prevenzione e la gestione dell'assistenza diventa necessario. Nato per questo, il progetto Chrodis è stato articolato in una serie di gruppi di lavoro. In particolare, la parte assegnata all'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) riguarda la gestione della comorbidità: ben 8 over 65 su 10, infatti, ha più di una malattia cronica. Ne è emersa la necessità di sostituire il 'disease manager' (incaricato di gestire la singola malattia) con il 'multimorbidity case manager', incaricato di "gestire il paziente nel suo complesso, non solo rispetto alla malattia da cui è affetto, ma guardando anche al sistema sociale in cui vive, alle risorse disponibili e al contesto di cura", spiega Federica Mammarella, illustrando i risultati del gruppo di lavoro Aifa. "Questa figura professionale - prosegue - è inserita nel Servizio Sanitario Nazionale, può essere un medico, un infermiere o un operatore sociale, e ha il compito di seguire la gestione del paziente in tutte le fasi dell'assistenza, dall'accesso alle strutture ospedaliere o alle Rsa fino alla gestione dei farmaci".

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Via libera della Stato Regioni al riordino dell'Ecm



Ha avuto il via libera all'unanimità della Conferenza Stato Regioni il testo dell'Accordo che riordina «La formazione continua nel settore salute» trasmesso il 1° febbraio scorso, con l'unica modifica all'articolo 39 sull'attività formativa all'estero presentata dalla Provincia Autonoma di Bolzano che estende la disciplina agli Stati dell'area culturale tedesca.

Il provvedimento ristruttura la materia all'insegna di una sostanziale sburocratizzazione delle procedure e di una maggiore organicità. Con un duplice obiettivo: semplificare l'attività di professionisti e provider e rendere la stessa offerta formativa più mirata e adeguata a un'effettiva crescita professionale dell'operatore. Tra gli obiettivi anche quello di assicurare un uniforme miglioramento qualitativo dell'assistenza e della formazione continua su tutto il territorio nazionale.

Con una chiara ripartizione delle competenze: la governance del sistema, con la determinazione degli standard minimi di qualità, è prerogativa della Commissione nazionale, che dovrà mettere fissare le regole nel «Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm», un documento a cui gli esperti stanno già lavorando e che sarebbe a buon punto. A vigilare sull'assolvimento degli obblighi formativi e ad attestare il numero di crediti effettivamente maturati e registrati sono gli ordini, i collegi, le federazioni

nazionali e le associazioni professionali. La Commissione nazionale si avvale dell'anagrafe nazionale Cogeaps per i professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti ad associazioni.

L'attuazione amministrativa è in capo alle Regioni, che potranno individuare requisiti di accreditamento ulteriori purché «oggettivamente idonei a elevare la qualità dell'offerta formativa».

Priorità a trasparenza e indipendenza da interessi commerciali sia nei contenuti formativi che negli obiettivi didattici. E su questo fronte è previsto un giro di vite sulla verifica qualitativa della formazione erogata dai provider. Sono infatti in arrivo monitoraggi più stringenti post accreditamento da parte dell'Osservatorio nazionale, che effettuerà visite direttamente nel luogo di svolgimento dell'evento formativo. Organo ausiliare della Commissione nazionale, l'Osservatorio nazionale, diventerà operativo vigilando sulla qualità dei contenuti e degli eventi formativi e sulla coerenza degli eventi realizzati con gli obiettivi formativi programmati.

Stop ai corsi scelti «a caso», solo per accumulare crediti. Va infatti a regime il dossier formativo del medico, espressione della programmazione dell'aggiornamento nel tempo e della coerenza della formazione rispetto «alla professione, alla disciplina, alla specializzazione, al profilo delle competenze nell'esercizio professionale quotidiano». In questo modo il dossier rappresenta lo strumento che consente al professionista sanitario di programmare e verificare il proprio percorso formativo alla luce del suo profilo professionale e della propria posizione «sia come singolo sia come soggetto che opera all'interno di gruppi professionali».

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

Una Giornata Mondiale dedicata alla Nanomedicina

Oggi si celebra il Nano World Cancer Day; il mercato delle nanotecnologie raggiungerà 528 miliardi entro il 2019



NICLA PANCIERA

Si celebra oggi la quarta edizione del «Nano World Cancer Day», iniziativa lanciata nel 2013 dalla European Technology Platform on Nanomedicine [ETPN](#) ente che raggruppa istituzioni di ricerca, aziende farmaceutiche e scienziati impegnati in questo settore, con l'obiettivo di informare sulle potenzialità della nanomedicina come strumento di diagnosi e cura nella lotta contro il cancro.

[LEGGI: NANO PARTICELLE D'ORO PER COMBATTERE IL DOLORE \(BANFI\)](#)

Disciplina piuttosto recente, la nanomedicina è l'applicazione delle nanotecnologie alla medicina. Le nanoparticelle, così chiamate per le loro dimensioni infinitamente piccole (il nanometro è un milionesimo di metro), vengono opportunamente ingegnerizzate attraverso l'installazione sulle superfici di nanostrutture di precisione che servono a veicolare le sostanze oltre le barriere biologiche, farle interagire con il DNA o altre molecole all'interno di organi e cellule, riparare e costruire tessuti come si fa nella medicina rigenerativa, pattugliare il corpo a scopo diagnostico, intercettando infezioni o visualizzando i virus. Infatti, quella nanometrica è anche la dimensione di numerosi meccanismi biologici nel corpo umano. Modificando

opportunamente la struttura delle nanoparticelle e caricandole con dei nanofarmaci (drug delivery), è possibile aumentarne la biocompatibilità e regolarne il rilascio e la permanenza in circolo.

[LEGGI: ECCO I NANOFARMACI CHE RICONOSCONO LE CELLULE MALATE](#)

La nanomedicina ha quindi il potenziale per consentire la diagnosi precoce e la prevenzione e per migliorare drasticamente la diagnosi, il trattamento e il follow-up di molte malattie tra cui il cancro. Lo sviluppo di nano carriers per il “drug release” è ancora agli inizi e sono ancora relativamente pochi i farmaci in fase clinica (248 i trials in corso di cui 174 su tumori); per passare dalla teoria alla pratica, risolvendo anche i molti quesiti relativi a potenzialità e rischi, un esercito di ricercatori di discipline diverse è all’opera da tempo. Tutto ciò è confermato dalle cifre: nel 2013 il mercato legato alla nanomedicina è stato stimato in 21,4 miliardi di dollari, 24,8 miliardi nel 2014 ed è destinato a raggiungere i 52,8 miliardi entro il 2019.

[LEGGI: INVISIBILI DRONI PER COLPIRE AL CUORE IL TUMORE \(BANFI\)](#)

In occasione della giornata, coordinata attraverso il progetto europeo ENATRANS ([Enabling NANomedicine TRANSlation](#)), si terranno simultaneamente eventi per il pubblico in quindici paesi (Austria, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svizzera e Turchia). Per l’Italia, l’evento di oggi ([qui il programma](#)) sarà organizzato dall’Università di Pavia congiuntamente da Fondazione CEN (Centro Europeo di Nanomedicina) e dal Centro interdipartimentale di Tecnologie per la Salute (CHT) dell’Università degli Studi di Pavia.

VINTA LA CAUSA SULLE MEDICINE SALVAVITA

Pensionato ci farà pagare i farmaci 30 volte meno

di MAURIZIO TORTORELLA



■ Un caparbio pensionato milanese, Roberto Orazio Maria Del Bo, ha aperto la strada legale per il riconoscimento d'un diritto: curarsi acquistando una medicina salvavita all'estero, ma pagando un prezzo inferiore di 30 volte rispetto a quello imposto nel nostro Paese.

a pagina 15

► SCANDALO EPATITE

Grazie a un milanese i pazienti pagheranno 30 volte di meno le cure indispensabili

In Italia l'antivirale Sofosbuvir costa 74.000 euro, in India 2.500
Il tribunale riconosce a un pensionato la facoltà di importarlo

Il servizio sanitario nazionale fornisce i tre flaconi prescritti solo in casi limite: ai pazienti con la malattia già degenerata in cirrosi o contratta dopo un trapianto di fegato

Roberto Del Bo ha anche fatto causa al ministero della Sanità e all'Agenzia del farmaco per aver anteposto interessi economici al diritto alla salute

di MAURIZIO TORTORELLA

■ I due milioni malati italiani di epatite C dovrebbero innalzare un vero monumento a Roberto Orazio Maria Del Bo, un milanese di 70 anni, e altrettanto dovrebbero fare nei confronti del suo avvocato, Daria Pesce. Dovrebbero,

perché i due hanno aperto la strada legale per il riconoscimento di un diritto fondamentale: quello di curarsi acquistando una medicina salvavita all'estero, ma pagando un prezzo inferiore di 30 volte rispetto a quello imposto nel nostro Paese. Inizia esattamente tre anni fa la storia di Del Bo, e cioè nel gennaio 2014, quando l'uomo scopre casualmente di essere malato di epatite C.

All'inizio il suo medico e L'Ospedale maggiore di Mi-



lano lo rassicurano: la malattia è in uno stato lieve, non ci sono particolari complicazioni. Poi, nel febbraio 2016, la situazione precipita. Del Bo sta malissimo: prova nausea violenta, spossatezza, sonnolenza; la stessa voglia di vivere gli sfugge dalle dita.

In maggio l'ospedale gli prescrive una cura basata sul Sofosbuvir, un antivirale prodotto dall'americana Gilead e commercializzato con il nome «Sovaldi». Del Bo dovrebbe assumere il Sovaldi e altri farmaci per 12 settimane. Il problema è che una confezione del Sofosbuvir, contenente 28 compresse da 400 mg, viene venduta al pubblico a 24.756 euro: e Del Bo dovrebbe acquistarne a sue spese tre flaconi, pagando un totale di 74.268 euro. Il servizio sanitario nazionale, infatti, fornisce gratis il farmaco ai soli pazienti che abbiano raggiunto uno stadio molto avanzato della patologia: nel novembre 2014 l'Agenzia italiana del farmaco ha stabilito debbano avere una cirrosi conclamata, oppure che sia stata loro diagnosticata un'epatite dopo un trapianto di fegato, o ancora devono essere da almeno due mesi in lista per un trapianto di quell'organo a causa di una cirrosi molto avanzata. Per farla breve, devono essere quasi in fin di vita: e Del Bo non è (ancora) in quello stadio.

Che ti fa, allora, il nostro paziente? Trova online le medicine che gli servono, su un serio sito indiano, e le compra pagando appena 2.500 euro: un trentesimo esatto di quanto avrebbe sborsato in Italia.

Tutto bene, quindi? Macché. Perché il 6 giugno 2016 la Procura di Roma, alla dogana di Ciampino, gli sequestra le tre confezioni del Sofosbuvir in arrivo dall'India. E un magistrato lo accusa addirittura di «immissione nel territorio dello Stato italiano di medicinali privi della relativa autorizzazione»: è una legge del 2006, che prevede per il reato l'arresto da sei mesi a un anno, più un'ammenda da 10 mila a 100 mila euro. Secondo la Procura l'importazione è stata effettuata senza autorizzazione, ed «esisterebbero altri farmaci autorizzati all'immissione, in commercio sul territorio naziona-

le».

Del Bo, stupefatto, fa ricorso al Tribunale del riesame. E attraverso l'avvocato Pesce ingaggia una battaglia legale senza precedenti: il malato contesta alla Procura che la norma del 2006 «contrasta il fenomeno dell'importazione di farmaci destinati a essere commercializzati», non l'acquisto di medicine destinate a un uso personale. Inoltre, Del Bo fa rilevare anche di avere presentato all'Ufficio sanità dell'aeroporto di Ciampino una regolare richiesta d'importazione, sottoscritta dal suo medico curante: là dentro si specifica che «il farmaco non è sostituibile per il successo terapeutico con altri farmaci registrati in Italia» ed è stato ritenuto dal medico «indispensabile e insostituibile per la cura del paziente». Il fatto che si tratti di sole tre scatole, inoltre, rende evidente che l'importazione non possa essere finalizzata alla vendita a terzi.

La battaglia legale si accende, e subito diventa guerra perché su quelle compresse entra in gioco un diritto fondamentale: «È inconcepibile», scrive l'avvocato Pesce nel ricorso, «che un cittadino italiano sia costretto a ricorrere all'acquisto di un farmaco all'estero perché in Italia lo stesso medicinale ha costi proibitivi e la sua somministrazione non è garantita dal Sistema sanitario se non in casi limite».

Nell'agosto 2016, privato delle sue medicine, Del Bo decide di partire per l'India, ovviamente a sue spese, e di curarsi là. Paradossalmente, il prezzo del Sofosbuvir sul suolo indiano è ancora più basso: la terapia occorrente al paziente, in tutto, costa appena 800 euro. Subito dopo la sua partenza, il 2 settembre, il Tribunale del riesame di Roma gli dà ragione. «Il reato», scrive il giudice, «è solo quello di chi importa medicinali in assenza di autorizzazione per metterli in commercio». Quindi è lecito importare farmaci «a chi ne fa un uso personale». Il sequestro, insomma, viene annullato. E così si apre una prima strada alla libertà di cura dell'epatite C a costi ragionevoli.

Ma Del Bo e l'avvocato Pesce insistono, vanno oltre.

Quando l'uomo in novembre torna dall'India, al termine della terapia, decide di fare causa al ministero della Salute e all'Agenzia italiana del farmaco. Chiede un risarcimento, ma il motivo alla base della causa travalica la questione dei costi della terapia, ed è in realtà una delicata questione giuridica: perché Del Bo accusa le due istituzioni sanitarie di avergli reso inaccessibile il farmaco salvavita «per interessi di natura economica», e di avere così leso il suo diritto costituzionale alla salute.

L'articolo 32 prevede che la Repubblica tuteli «la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti». Questo diritto, sostiene l'avvocato Pesce, «è stato inammissibilmente sacrificato nei confronti di Del Bo e di molti altri cittadini, che si trovano in condizioni analoghe: non possono curarsi, in quanto non hanno la possibilità di acquistare un farmaco che in Italia viene posto in vendita a un prezzo esorbitante e inaccettabile rispetto ad altri Paesi, come l'India».

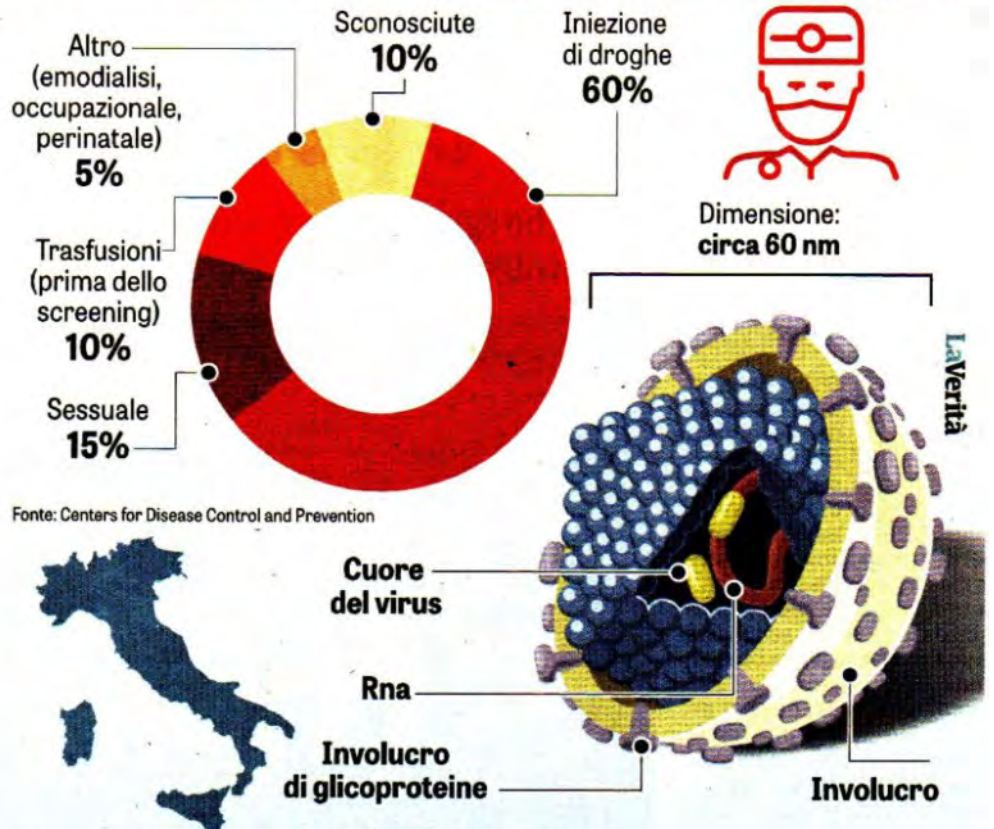
Nel ricorso, Del Bo e il suo legale criticano senza mezzi termini «la salvaguardia degli interessi delle case farmaceutiche», adottata a loro dire dal governo italiano, e si domandano quale sia il prezzo che l'Aifa è riuscita a ottenere dalla casa produttrice del medicinale. L'obiezione pare fondata, se è vero che l'Aifa ha più volte sostenuto pubblicamente di avere «spuntato» un prezzo medio più basso di tutta l'Europa, ma il costo che il servizio sanitario deve sostenere per i soggetti ammessi al regime di rimborsabilità è comunque molto elevato: circa 45 mila euro per un trattamento.

Va detto, inoltre, che i fondi stanziati dallo Stato a favore delle Regioni sono insufficienti a coprire le spese della terapia. «È una situazione davvero inconcepibile», dichiara l'avvocato Pesce: «L'Aifa e il ministero della Salute hanno assunto un atteggiamento omissivo e del tutto inadeguato rispetto all'esigenza di garantire un sostegno efficiente alle persone malate». Anche il crite-

rio di economicità dell'impiego delle risorse, sostiene Del Bo nella citazione, non può in alcun modo ledere «i principi della dignità della persona umana, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza». Sul caso Sofosbuvir, nel maggio 2015, la Procura di Torino aveva aperto un'inchiesta contro ignoti, ipotizzando il reato di lesioni e di omicidio colposi a danno di alcuni pazienti esclusi dalla terapia in Piemonte. E nell'atto di citazione l'avvocato Pesce sottolinea che la stessa Gilead fosse stata al centro di un'indagine promossa dal Senato statunitense: «Era emerso che la politica adottata dall'azienda si fosse focalizzata sull'obiettivo di massimizzare il profitto a discapito del principio di accessibilità», tanto che i governi di Argentina, Brasile, Cina, Ucraina e Russia hanno intentato cause contro la Gilead. Ora si vedrà che cosa deciderà il tribunale di Roma. La prima udienza è stata chiesta per il 12 aprile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FATTORI DI TRASMISSIONE DELL'EPATITE C



I numeri in Italia

- Portatori di epatite C: **oltre 1.500.000**
- Il **20%** dei malati affetti da epatite C va incontro, nel giro di 15-20 anni, a una cirrosi epatica (patologia irreversibile) e il **10%** di questi degenera in tumore
- Circa **20.000** decessi all'anno (circa 55 morti al giorno) sono conseguenza di epatopatie
- Ogni anno nascono **21.000** bambini affetti da malattie epatiche
- Circa il **70%** degli adulti oltre i 50 anni ha sofferto di epatite (A, B o C) quasi sempre decorsa in modo asintomatico



Fonte Fape

Farmaci e stranieri Trump tira dritto e snobba le proteste

I contestatori mettono Berkeley a ferro e fuoco, ma il presidente procede spedito. E a Big Pharma dice: diminuite subito i prezzi

Persino la Turchia afferma che il presidente viola i diritti umani
di **ADRIANO SCIANCA**

■ Quest'uomo ha un piano. Quelle che sembravano mosse dettate dall'istinto e da un'approssimazione qualunque stanno pian piano componendosi per delineare ciò che dovrà essere l'America secondo Donald Trump. In questi giorni, il cattivissimo presidente ha incontrato i responsabili delle cause farmaceutiche per dire loro - pensate un po' che crudeltà - di abbassare i prezzi dei medicinali. È la fase due della sanità al tempo di The Donald. Il primo atto esecutivo del nuovo presidente, come noto, è stato il ridimensionamento dell'Obamacare. E allora giù critiche contro questo astioso Mr Scrooge che ha infierito sugli americani poveri tutelati dalla riforma sanitaria di quel santo del suo predecessore. Poco importa che l'Obamacare abbia interessato meno del 10% della popolazione e che si sia dimostrato disastroso per moltissimi impiegati giovani e poco qualificati (i dipendenti delle catene di fast food, per esempio) che sono stati obbligati a rinunciare alle mini-coperture stipulate precedentemente con l'azienda per dotarsi di un piano sanitario migliore ma anche più costoso, del quale potrebbero non avere mai bisogno. È stato calcolato che, nel 2017, la copertura sanitaria di livello medio costerà il 22% in più rispetto al 2016, con aumenti del 145% in Arizo-

na, per esempio. Cosa propone, invece, il «Trumpcare»? Ne abbiamo avuto un assaggio con il suo discorso, all'insegna del bastone e della carota, fatto ai vertici di Big Pharma. «Voi ragazzi avete svolto un lavoro fantastico», ha detto Trump rivolgendosi ai vertici di Eli Lilly, Merck, Amgen, Celgene, Novartis e Johnson & Johnson. Aggiungendo: «Ora dobbiamo abbassare i prezzi per molte ragioni. Non abbiamo scelta. Dobbiamo abbassare i prezzi per Medicare e Medicaid», i programmi federali che garantiscono una copertura assicurativa sanitaria rispettivamente a chi ha almeno 65 anni e a chi non ha un reddito sufficiente. In cambio, l'inquilino della Casa Bianca si è impegnato a rendere «i processi più snelli in modo tale che dal vostro punto di vista possiate avere un farmaco che venga approvato, se funziona, invece di aspettare per molti anni». Prezzi più bassi in cambio di maggiore elasticità. Funzionerà? Staremo a vedere. Ma quel tizio con quello strano rapporto in testa ha indubbiamente un piano, giusto o sbagliato che sia. E gli americani cominciano a capirlo. Secondo un sondaggio Reuters/Ipsos condotto il 30 e 31 gennaio, il 49% degli americani sostiene «decisamente o complessivamente» le politiche migratorie del neopresidente. E se il 51% dei repubblicani «approva decisamente» la chiusura delle frontiere degli ultimi giorni, solo il 53% dei democratici è nettamente contro queste misure. Allora è proprio vero che la sinistra sogna di fare ciò che fa la destra, ma senza averne il coraggio. Cosa, peraltro, confermata anche da un'altra domanda del sondag-

gio: «Gli Stati Uniti dovrebbero limitare l'afflusso di rifugiati nel paese?». Ebbene, si è detto d'accordo il 66% degli americani, e di questi addirittura il 55% dei democratici. Solo il 10% degli americani non approva affatto la chiusura all'accoglienza dei profughi. Forte di questo consenso, Trump va dritto per la sua strada, anche nei rapporti internazionali. Ieri, per esempio, ha fatto scottare il telefono. Prima ha strapazzato il presidente messicano Enrique Peña Nieto: «Avete un sacco di *bad hombres* laggiù. Non state facendo abbastanza per fermarli. Penso che i vostri soldati abbiano paura. I nostri no, potrei inviarli laggiù», gli ha urlato al telefono (ma dal Messico, comprensibilmente, smentiscono). Poi se l'è presa con il premier australiano Malcolm Turnbull, accusandolo di voler esportare negli Stati Uniti terroristi, come gli attentatori della maratona di Boston. L'Australia ha chiesto alla Casa Bianca di rispettare l'accordo secondo cui gli Usa dovrebbero accogliere 1.250 rifugiati al momento nelle carceri australiane. «È la peggiore intesa di sempre», avrebbe tagliato corto Trump, troncando la telefonata bruscamente dopo 25 minuti sui 60 previsti. Toni sopra le righe? Sta esagerando? La pensano così anche i sostenitori di Recep Tayyip Erdogan. Non è uno scherzo: Yasin Aktay, vice leader dell'Akp, il partito del presidente turco, si è detto «preoccupato per il futuro degli Usa» e ha definito il provvedimento che ha abolito il visto dagli stati infestati dal terrorismo come «razzista» e «una grossa violazione dei diritti umani». Mica come in Turchia, dove notoriamente mangiano pane e Beccaria.



Intanto l'Università di Berkeley è stata messa a ferro e fuoco: era previsto l'intervento di Milos Yiannopoulos, collaborato di *Breitbart*, il website del consigliere strategico di Donald Trump, Steve Bannon. I manifestanti hanno gettato transenne e pietre contro le finestre dell'edificio e dato fuoco a un generatore all'entrata. L'evento è stato annullato, ma nonostante ciò sono proseguiti tafferugli tra polizia e manifestanti. Sì, Trump ha un piano, ma non c'è stato bisogno di istruire in tal senso i bravi democratici sfasciavetrine: il ruolo degli utili idioti lo sanno svolgere benissimo da soli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SCIENZA

Ecco quanto consuma il cervello

PIERGIORGIO STRATA

Osservare, ascoltare, interpretare i messaggi che ogni giorno arrivano al nostro cervello, pianificare adeguate strategie di comportamento. Tutto questo ci costa il 20% dell'energia totale spesa dal corpo che è largamente a carico del lavoro che svolgono le sinapsi.

Il punto di contatto attraverso il quale le cellule nervose comunicano fra loro. Ne abbiamo un milione di miliardi.

I messaggi ricevuti possono essere fissati in un fugace ricordo oppure, tramite processi di consolidamento, essere trattenuti nel magazzino della memoria a lungo termine. In che cosa consistono queste tracce? Dove andiamo a cercarle in questo immenso labirinto?

Una prima risposta venne negli Anni 60 del secolo scorso dalla scienziata canadese Brenda Milner che identificò nella corteccia dell'ippocampo la sede dove giungono le informazioni per essere elaborate e poi trasferite nel serbatoio delle memorie a lungo termine. Poco dopo un gruppo di fisiologi dell'Università di Oslo dimostrarono che in questa corteccia era possibile con adeguati stimoli indurre risposte sinaptiche che aumentavano di ampiezza e l'aumento persisteva per almeno dieci ore dopo la fine della stimolazione. Al cambiamento fu dato il nome di potenziamento sinaptico a lungo termine o Ltp.

Oggi è ben assodato che le sinapsi che si formano in varie parti della corteccia cerebrale tra la parte terminale di un assonone e le protuberanze dei dendriti dei neuroni, dette spine, sono molto plastiche e aumentano di volume in base alle nostre esperienze quotidiane. Tuttavia, era chiaro fin dall'inizio che i cambiamenti espansivi della sinapsi non potevano durare all'infinito e che dopo questa prima fase qualche altro meccanismo doveva portare a un ridimensionamento senza compromettere la memoria a lungo termine dell'evento attraverso il consolidamento.

Chiara Cirelli e Giulio Tononi, due cervelli in fuga che lavorano Centro del Sonno e della Coscienza a Madison nel Wisconsin, hanno fornito

una terza pietra miliare in questa storia: il ridimensionamento e il consolidamento avvengono durante il sonno e su questa base hanno proposto l'ipotesi della omeostasi sinaptica.

Nel lavoro pubblicato oggi sulla prestigiosa rivista *Science*, i due autori, con un gruppo di collaboratori, hanno fornito la prova analizzando i cambiamenti che avvengono nella corteccia cerebrale del topo durante la veglia e il sonno con un sofisticato microscopio elettronico per ricostruire in tre dimensioni le spine dendritiche con le loro sinapsi. In questi esperimenti hanno dimostrato che nel sonno il volume delle spine e la superficie del contatto sinaptico si riducono di quasi il 20%. In conclusione, la spina dendritica alberga l'informazione per poche ore e la funzione del sonno è di ripristinare la struttura sinaptica per permetterle di affrontare una nuova avventura al risveglio. Gli autori sostengono che il sonno è il costo che il cervello deve pagare per essere in grado ogni mattina, al risveglio, di imparare nuove cose e affrontare un ambiente che cambia continuamente. Impariamo ogni giorno durante la veglia principalmente tramite Ltp con un rafforzamento e un ingrandimento delle sinapsi, ma poi è obbligatorio dormire, e se la veglia si protrae troppo a lungo tutto il nostro cervello va in tilt.

Secondo la loro ipotesi le sinapsi si saturano e i neuroni cominciano a rispondere troppo e anche a stimoli non appropriati, causando una riduzione del rapporto segnale/rumore. Il sonno è il momento migliore per rinormalizzare le sinapsi perché quando dormiamo prestiamo meno attenzione al mondo esterno e non siamo miopicamente focalizzati sui dettagli della situazione attuale. Questa normalizzazione offre numerosi vantaggi: le informazioni appena apprese vengono integrate con quello che già sappiamo, ciò che è irrilevante viene dimenticato, e si creano nuovi spazi per ciò che impareremo domani. Un interessante dettaglio dello studio è che il processo di normalizzazione interessa l'80% delle sinapsi. Le altre sono molto grandi e forse sono associate ad albergare le nostre memorie più durature.

***Professore emerito di Neuroscienze
Università di Torino**

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



FINE VITA, IN CAMPO I PRESIDI DI MEDICINA DELLA CAPITALE

I medici: non saremo solo esecutori di un testamento

PICARIELLO A PAGINA 4. LETTERA E RISPOSTA DEL DIRETTORE A PAGINA 2

«Fine vita, con questa legge tradiremmo i nostri pazienti»

La denuncia delle facoltà mediche romane contro le Dat «vincolanti»

Diritto & salute

Mentre il confronto sul delicatissimo testo atteso dall'aula di Montecitorio il 20 febbraio affronta i punti più controversi, si alzano le prime proteste da parte dei camici bianchi. Che temono di trovarsi a dover eseguire volontà suicidarie dei loro assistiti senza poter fare nulla

Se non interverranno modifiche sostanziali, la norma oggi in discussione alla Camera e destinata a introdurre le «Dichiarazioni anticipate di trattamento» finirà per «minare in profondità l'aspetto più cruciale della professione medica, la relazione medico-paziente»

ANGELO PICARIELLO
ROMA

«**Q**uando un malato oncologico viene da me, e mi guarda con quegli occhi pieni di paura, io gli rispondo di star tranquillo, perché da quel momento sarò io a farmi carico delle sue angosce. "Da oggi parte un percorso che faremo insieme", dico loro. Attenzione: questa legge mina in profondità l'aspetto più cruciale della professione medica, la relazione medico-paziente». È accorata la testimonianza di Sebastiano Filetti. Preside di Medicina nel laicissimo ateneo romano della Sapienza è alla Camera, con altri colleghi, per lanciare il grido di allarme di fronte a una legge in avanzata fase di discussione che, oltre ad aprire la strada all'eutanasia, cancella anni di evoluzione della scienza medica. «Questa legge – spiega – rischia di minare anche il mio compito di formatore dei medici dei decenni a venire. A loro insegniamo una modalità nuova di relazionarsi con i pazienti imparata in questi ultimi decenni». Sotto accusa l'assolutismo delle disposizioni anticipate di trattamento (Dat) che la legge intende mettere in

campo, anche in presenza, magari, di un consenso non adeguatamente informato e che in ogni caso non può tener conto in anticipo delle evoluzioni della scienza medica che possono rendere curabile oggi quel che ieri non lo era. La conferenza stampa è indetta da alcuni parlamentari di varia estrazione. «Ma non siamo qui per un partito, siamo qui per rispondere alla nostra coscienza di uomini contrari al fatto che in Italia venga introdotta l'eutanasia», dice Raffaele Calabrò, medico, parlamentare di Ncd e firmatario di un progetto di legge nella scorsa legislatura con un'impostazione molto diversa. Aderiscono le quattro facoltà romane di Medicina. In rappresentanza del del Policlinico Gemelli, il professor Pierluigi Granone, trattenuto all'ultimo momento da un'emergenza sanitaria. Esplicito Antonio Pisani, neurologo a Tor Vergata: «Non si possono trasformare gli ospedali in supermarket. Dove un paziente viene e indica la cura cui vuole essere sottoposto, "o questa o niente". Se stanno così le cose mi tolgo il camice e dico "fate voi". La vera domanda – conclude – è "chi forma l'opinione del paziente?". Tema caro pure a Filetti: «Ci stimo dedicando ora anche a informare i comunicatori. Perché un tempo e-

rano i giornalisti a informare i pazienti, oggi invece c'è la Rete, nella quale si trova il bianco, il nero e ogni sfumatura di grigio. Compito della stampa, quindi, oggi diventa saper discernere e orientare». Ma è tutto il fine vita che merita di essere meglio raccontato, investigato. «Posso assicurare che c'è una vastissima letteratura – spiega il neurologo Pisani – che descrive un'attività cerebrale ridotta ma pur sempre rilevante nei malati in stato vegetativo. Le Dat non mi possono imporre di interrompere una vita che ancora c'è». Viene in aiuto l'avvocato Francesco Napolitano, di Casa Iride, che assiste i malati in stato vegetativo (e dove non sono mancati i casi di "risveglio"): «La nostra è un'esperienza che vive del connubio fra medici e famiglie, che sono le grandi assenti di questo proget-



to di legge. Provate a chiedere a loro se si può pensare di interrompere ai propri cari l'idratazione e l'alimentazione. Piuttosto, i tanti che vengono da noi a fare inchieste giornalistiche in questo periodo finiscono per chiedersi "ma perché non se ne creano altre, di strutture così?". Ed è una bella domanda seria da fare alla politica».

Giorgio Minotti, oncologo e preside di Farmacologia Clinica al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma, si dice a sua volta «molto preoccupato. Viene scardinato così tutto quello che insegniamo agli studenti circa la relazione medico-paziente. I nostri medici non sono preparati a fron-

teggiare un cambiamento del genere. E c'è tutto un mondo intorno della famiglia che non viene tenuto in alcun conto». Quanto all'equiparazione dell'idratazione e dell'alimentazione assistite alle terapie, che come tali potrebbero essere rifiutate, Minotti la ritiene «considerata».

Tocca a Gian Luigi Gigli, deputato di Demos, presidente del Movimento per la Vita e medico a sua volta, chiamare in causa il «clamorosamente latitante» Ordine dei medici. «Siamo di fronte a un tentativo di stravolgere la professione sanitaria. Un medico non può farsi complice degli istinti suicidari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti caldi

IL TESTO

Il disegno di legge «Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari», attualmente in discussione alla Commissione Affari sociali della Camera, è il frutto della sintesi tra 15 progetti sulla stessa materia di orientamento assai diverso tra loro: da quelli che contemplano apertamente la legalizzazione dell'eutanasia ad altri che formulano invece regole di piena garanzia per la vita umana più fragile. Il risultato è un testo necessariamente di compromesso, con formule che però ancora lo fanno pendere verso l'accettazione di scelte eutanasiche o suicidarie.

LA NUTRIZIONE ASSISTITA

Il primo punto controverso è «il diritto di accettare o rifiutare qualsiasi trattamento sanitario indicato dal medico», con la possibilità di «revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento, ivi incluse la nutrizione e l'idratazione artificiali». È il comma 5 dell'articolo 1, passaggio-chiave della legge (poi replicato all'articolo 3 comma 1) sul quale non a caso mercoledì e ieri in Commissione s'è registrato il muro contro muro. I numeri non lasciano dubbi: c'è una larga maggioranza (Pd-M5S-Sinistra italiana) favorevole a considerare cibo e acqua come terapie, e dunque sospendibili in ogni momento. Ma la partita è ancora aperta: non è interesse di nessuno varare una legge divisiva su un tema nevralgico che riguarda tutti i cittadini.

IL PERCORSO

Il testo base sul quale è in corso un serrato confronto è stato varato il 7 dicembre, l'11 gennaio poi l'improvvisa accelerazione con la decisione della conferenza dei capigruppo di inserire la discussione della legge nel calendario d'aula della Camera il 30 gennaio. La presentazione di oltre 3mila emendamenti - poi ridotti a un decimo - ha però subito reso chiaro che l'esame di un testo tanto complesso e delicato avrebbe richiesto molto più tempo. Di qui la decisione, su iniziativa del presidente della Commissione Mario Marazziti, di spostare al 20 febbraio il dibattito in assemblea sul disegno di legge che ha per relatrice Donata Lenzi (Pd). Tre settimane in più. Ma il faticoso confronto sta mostrando che il tempo potrebbe comunque non bastare. E col calendario d'aula che non consente ritardi - c'è la legge elettorale a fine mese - si rischia di non avere il tempo per studiare soluzioni condivise sui punti più discussi.

LE «DAT» VINCOLANTI

Altro nodo da sciogliere, non ancora affrontato, è quello creato dalla definizione del documento contenente le volontà di fine vita (le «Dichiarazioni anticipate di trattamento») cui viene attribuito valore vincolante. Al comma 7 dell'articolo 1 si legge che «il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente e in conseguenza di ciò è esente da responsabilità civile o penale». Un dettato che crea evidenti problemi: trasforma il medico in notaio; lo autorizza a compiere pratiche non meglio precisate (ma immaginabili) oggi vietate e punite dalla legge; non prevede margini per l'obiezione di coscienza.

LA «TUTELA DELLA VITA»

L'impegno dei parlamentari che in Commissione stanno tentando di correggere il testo a forza di emendamenti, il lavoro di cucitura del presidente Marazziti (al quale ieri è stato bocciato dopo una battaglia di tre ore un emendamento sull'interruzione dei trattamenti che mirava a circoscriverne l'impatto) e lo sforzo della relatrice Lenzi di riformulare alcune richieste di variazione in modo da convogliare sulla legge un consenso più ampio hanno fatto sì che in due punti (il primo comma sia dell'articolo 1 che del 2) si inserisse la «tutela della vita» come criterio ispiratore della legge e, poi, obiettivo nel consenso informato espresso da genitori o tutore dei minori o incapaci. Un duplice e importante riconoscimento. Ma la previsione generale del principio deve sostanziarsi di scelte normative coerenti: diversamente è destinata a restare lettera morta.

LE «DISPOSIZIONI»

Un'incoerenza del testo destinata con ogni probabilità a essere corretta in Commissione è quella che vede le «dichiarazioni» previste nel titolo della legge diventare all'articolo 3 «disposizioni anticipate di trattamento», a conferma dell'intento prescrittivo. I medici dovrebbero seguire con grande attenzione il percorso di questa legge: lo Stato li vuole no-tai col camice?

IL MAGISTERO

«Alimenti e acqua vanno somministrati ai pazienti per rispettare la loro dignità umana fondamentale»

Era il 1° agosto 2007 quando la Congregazione per la Dottrina della fede pubblicava due risposte a quesiti della Conferenza episcopale Usa su «alimentazione e idratazione artificiali», da allora un punto di riferimento. «È moralmente obbligatoria – chiedevano i vescovi – la somministrazione di cibo e acqua (per vie naturali o artificiali) al paziente in “stato vegetativo”, a meno che questi alimenti non possano essere assimilati dal corpo del paziente oppure non gli possano essere somministrati senza causare un rilevante disagio fisico?». La risposta era un «sì» perché «la somministrazione di cibo e acqua, anche per vie

artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita». Dunque è «obbligatoria» finché «dimostra di raggiungere la sua finalità propria», cioè «procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente. In tal modo si

evitano le sofferenze e la morte dovute all'inanizione e alla disidratazione». «Se il nutrimento e l'idratazione – era il secondo quesito – vengono forniti per vie artificiali a un paziente in “stato vegetativo permanente”, possono essere interrotti quando medici competenti giudicano con certezza morale che il paziente non recupererà mai la coscienza?». La risposta era un «no» perché un paziente simile «è una persona, con la sua dignità umana fondamentale, alla quale sono perciò dovute le cure ordinarie e proporzionate, che comprendono, in linea di principio, la somministrazione di acqua e cibo, anche per vie artificiali».