



## **RASSEGNA STAMPA**

**23-02-2017**

1. ANSA Ue: in calo vittime di cancro, ma flessione è più lenta tra le donne
2. HEALTH DESK Cala la mortalità per cancro, ma le sigarette mietono sempre più vittime tra le donne
3. QUOTIDIANO SANITÀ Immunoterapia: la risposta del tumore potrebbe dipendere dai batteri presenti nell'intestino
4. ANSA Esercizio e no all'aumento di peso per evitare il ritorno del tumore al seno
5. REPUBBLICA.IT Decifrato il genoma dei tumori neuroendocrini del pancreas
6. DIRE Cancro al pancreas, nuove speranze di cura
7. ILSOLE24ORE.COM Italia, aspettativa di vita in aumento: servizi sanitari devono investire in salute
8. GIORNO Il ministro Lorenzin: «Carte in regola per Ema a Milano»
9. AVVENIRE Sul fine vita si cercano nuove soluzioni
10. REPUBBLICA Aborto, assunti i non obiettori Lorenzin e i vescovi insorgono
11. CORRIERE DELLA SERA Viviamo di più: la corsa ai 90 anni
12. MATTINO Donne sempre più longeve oltre quota 90 anni nel 2030
13. GIORNALE Le donne prime nella corsa alla vita eterna

<http://www.ansa.it>

## Ue: in calo vittime di cancro, ma flessione è più lenta tra le donne

*Evitati oltre 4 mln morti in 30 anni*



ROMA - Le vittime di cancro nei paesi dell'Unione Europea stanno diminuendo, anche se più rapidamente tra i maschi che tra le femmine, per le quali sono ad esempio ancora in aumento i tassi di morte per tumori del pancreas e dei polmoni (in gran parte a causa del fumo). È quanto emerge da uno studio pubblicato sugli *Annals of Oncology* e condotto da ricercatori italiani guidati da Carlo La Vecchia dell'Università di Milano, svizzeri, tra cui Fabio Levi dell'Università di Losanna, e americani, secondo cui oltre quattro milioni di decessi per tumore sono stati evitati in 30 anni a partire dal 1988.

Secondo la ricerca nel 2017 sono attesi 761.900 decessi tra i maschi e 611.600 tra le donne e rispetto al 2012 la quota di decessi tra i maschi si è ridotta di oltre l'8%, tra le femmine invece di appena il 4%. Il problema è che la mortalità per tumori legati al fumo (tumori ai polmoni e altri) è ancora in aumento tra le donne che storicamente hanno iniziato a fumare più tardi degli uomini e quindi i danni del fumo si vedono con effetto ritardato sul sesso femminile, ma non tra gli uomini.

Inoltre la mortalità per tumore del polmone che nel 2017 farà un totale di 275.700 morti, corrispondenti a circa il 20% dei decessi per tutti i tumori, tra le donne di 25-44 anni è maggiore che tra i maschi (1,4 per 100 mila contro 1,2 per 100 mila, rispettivamente). L'analisi mostra che i decessi per tumore stanno diminuendo anche se a velocità differenti tra i due sessi.

Fanno eccezione, però, il cancro ai polmoni e il cancro al pancreas i cui decessi sono ancora in aumento tra le donne. Per il cancro del pancreas (su cui sono stati fatti pochi progressi sul fronte diagnostico e terapeutico) per il 2017 sono attesi 76.100 decessi tra i maschi (10,3 per 100,000) e 43.800 tra le donne (5,6 per 100,000) e, mentre il tasso di morte per questo tumore è stabile tra gli uomini, esso risulta in aumento (del 3,5%) tra le donne.

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

## LA PREVISIONE

### ***Maledetto fumo. Cala la mortalità per cancro, ma le sigarette mietono sempre più vittime tra le donne***

**Nel 2017 continuerà a scendere la mortalità per tutti i tumori, con due sole eccezioni: il cancro del pancreas e il tumore del polmone. Ma solo nella popolazione femminile**

Nel 2017, In Europa, il cancro farà quasi un milione e mezzo di morti. Centomila in più nella popolazione maschile rispetto a quella femminile.

È un numero enorme, ma è una buona notizia, poiché significa un 8 per cento in meno tra i maschi e un 4 per cento in meno nelle femmine rispetto al 2012.

Però è proprio questa differenza tra i tassi di riduzione della mortalità per cancro nei due sessi che nasconde la verità peggiore: nelle donne i decessi per cancro non si riducono a sufficienza soprattutto per colpa del fumo.

Il dato che conferma un trend ormai diventato di lungo corso arriva da uno studio pubblicato sugli *Annals of Oncology*. A condurlo, un gruppo di ricerca internazionale coordinato da Carlo La Vecchia, epidemiologo dell'Università degli Studi di Milano.

La ricerca, sostenuta dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC), ha esaminato i tassi di mortalità tra i 28 stati membri dell'UE in totale e nei suoi sei maggiori paesi – Francia, Germania, Italia, Polonia, Spagna e Regno Unito – per tutti i tumori, e, singolarmente, per stomaco, intestino, pancreas, polmone, prostata, mammella, utero (compresa cervice) e leucemie, per uomini e donne. È il settimo anno consecutivo in cui questo gruppo di ricercatori pubblica queste previsioni e stima che i tassi di mortalità per tutti i tumori selezionati diminuiranno, con l'eccezione del cancro al pancreas e del cancro al polmone nelle donne.

«Il fatto che le diminuzioni dei tassi di mortalità siano minori nelle donne rispetto agli uomini

essenzialmente riflette i diversi andamenti di mortalità del tumore del polmone e dei tumori correlati al fumo fra i due sessi», ha commentato La Vecchia. «Infatti i tassi di mortalità per cancro al polmone nelle donne sono in continuo aumento rispetto al 2012; abbiamo predetto un aumento di circa il 5 per cento per quest'anno e un tasso di 14,5 per 100 mila donne; al contrario, negli uomini il tasso di mortalità per il tumore del polmone diminuirà dell'11 per cento, raggiungendo un valore di 33 per 100 mila».

Nel 2017, secondo lo studio, si verificheranno 275 mila morti per tumore del polmone in uomini e donne, corrispondenti a circa il 20 per cento dei decessi per tutti i tumori.

Scorpendo i dati, si scopre che il tasso di mortalità per cancro ai polmoni è più alto nelle donne di età compresa tra i 25 e i 44 anni che negli uomini: 1,4 rispetto all'1,2 per 100 mila. «La differenza - spiega una delle autrici dello studio, Eva Negri - non è significativa, ma riflette le abitudini legate al fumo che, negli ultimi decenni, sono simili nelle generazioni più giovani dei due sessi e conferma che il fumo è altrettanto dannoso per le donne quanto lo è per gli uomini».

L'altra neoplasia che sta rosicchiando quote nella mortalità per cancro è quello del pancreas. Nel 2017 si stima che ucciderà 76 mila uomini e 44 mila donne. «Vi sono stati pochi progressi nella diagnosi, nel trattamento e nella prevenzione del tumore del pancreas e ora è la quarta causa di morte in entrambi i sessi», aggiunge La Vecchia, «Anche se il tabacco è il principale fattore di rischio per il tumore del pancreas, esso provoca solo il 15-20 per cento circa dei tumori pancreatici. L'aumento della prevalenza di sovrappeso, obesità e diabete, soprattutto nel Nord Europa, può influenzare negativamente i tassi di mortalità del cancro al pancreas. Occorre fare di più per affrontare questo problema».

A guardare il bicchiere mezzo pieno, però, lo studio mette l'accento anche sui decessi per cancro evitati grazie ai progressi nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento. Sono oltre 4 milioni dal 1988 a oggi e nel solo 2017 saranno 254 mila negli uomini e 108 mila nelle donne.

«Il fatto che siamo riusciti a evitare oltre 4 milioni di decessi per cancro negli ultimi trent'anni dimostra l'efficacia delle strategie per prevenire, diagnosticare e meglio trattare i tumori», dice ancora La Vecchia. «Oltre a contenere l'uso del tabacco, ridurre quello dell'alcol ed evitare il sovrappeso, occorre ottimizzare lo screening dei tumori del colon-retto, lo screening e la terapia del tumore della mammella, e la terapia delle leucemie e degli altri tumori curabili. Ciò deve avvenire in tutta Europa, in quanto vi è ancora troppa variabilità nei tassi di mortalità tra i paesi, in particolare tra Europa orientale e occidentale», conclude l'epidemiologo.

Mercoledì 22 FEBBRAIO 2017

## Immunoterapia: la risposta del tumore potrebbe dipendere dai batteri presenti nell'intestino

***Lo rileva uno studio dell'Anderson Cancer Center (Texas). Si tratta di una ricerca preliminare che suggerisce una rivoluzione prossima ventura in questa nuova branca della terapia oncologica. L'ipotesi è che modulando la composizione del microbiota intestinale si possa potenziare la risposta all'immunoterapia. Trapianto fecale, antibiotici, pre e probiotici potrebbero dunque presto arrivare a dare man forte agli inibitori dei checkpoint immunitari***

I batteri presenti nell'intestino potrebbero influenzare anche la risposta all'immunoterapia, l'ultima frontiera della terapia oncologica. A rivelarlo è uno studio condotto su pazienti affetti da melanoma in fase avanzata e in trattamento con inibitori del checkpoint immunitario PD-1. La ricerca ha appunto dimostrato che la risposta alla terapia si correla con la presenza di un determinato microbiota intestinale e con la presenza di specie batteriche particolari.

Lo studio è appena stato presentato a Orlando nell'ambito dell'ASCO-SITC Clinical Immuno-Oncology Symposium 2017.

Gli autori di questa ricerca hanno raccolto campioni di microbiota orale e intestinale (dalle feci) da 233 pazienti affetti da melanoma in fase avanzata che stavano per iniziare un trattamento; 93 di loro sono stati trattati con anti-PD-1. La composizione del microbiota è stata valutata con una tecnica di biologia molecolare (sequenziamento 16S rRNA), in grado di individuare i diversi batteri in base alle loro 'firme' molecolari. È stata inoltre valutata la composizione e la numerosità delle diverse cellule immunitarie all'interno di campioni tumorali dei pazienti.

Lo studio ha così permesso di evidenziare la presenza di differenze significative a carico del microbiota intestinale dei pazienti che avevano mostrato una risposta alla terapia con inibitori di PD-1, rispetto a quello dei non responder. In particolare, i pazienti che hanno mostrato una buona risposta al trattamento con inibitori di PD-1, presentavano una maggior presenza di batteri Clostridiales (in particolare quelli della famiglia delle Ruminococcaceae). I non responder dal canto loro mostravano invece una maggior presenza di batteri Bacteroidales rispetto ai responder. Risultati interessanti dunque, ottenuti però su un piccolo campione, di appena 43 pazienti (30 responder e 13 non responder).

Per quanto riguarda l'infiltrato immunitario dei campioni tumorali, anche qui sono emerse delle differenze. I responder in particolare presentavano una maggior concentrazione di cellule CD8+, i linfociti T anti-tumore, rispetto ai pazienti che non avevano mostrato una risposta alla terapia. Dall'analisi dei dati è emersa inoltre un'associazione tra la concentrazione di CD8+ nel microambiente tumorale e una maggior presenza di batteri della famiglia delle Ruminococcaceae nel microbiota intestinale.

Nessuna associazione particolare è invece emersa dall'analisi del microbiota orale, fatto tuttavia non ne esclude un possibile ruolo nell'influenzare la risposta all'immunoterapia nel caso di altri tumori, come quelli di testa collo e polmone che merita ulteriori indagini.

“Si tratta di un risultato preliminare – ammette Jennifer A. Wargo, professore associato di medicina genomica e di oncologia chirurgica dell'Anderson Cancer Center dell'Università del Texas – che, se validato in coorti più ampie e in altri tipi di tumore, potrebbe avere implicazioni significative per la prognosi e il trattamento del cancro. Nel frattempo abbiamo bisogno di lavorare per comprendere come il microbioma possa influenzare le risposte immunitarie e come poterlo eventualmente modificare per fare in modo che un numero maggiore di pazienti possa rispondere all'immunoterapia”.

Nei progetti futuri di questo gruppo di ricerca c'è il cercare di scoprire come modificare la composizione del

microbiota intestinale per aumentare le chance di risposta all'immunoterapia. Le tecniche a disposizione sono essenzialmente il trapianto fecale, la somministrazione di antibiotici per distruggere selettivamente alcuni tipi di batteri o l'impiego di pre e probiotici per potenziare la presenza di alcuni batteri nell'intestino. Si tenterà inoltre di scoprire attraverso quali meccanismi il microbiota intestinale riesca a potenziare le risposte immunitarie anti-tumorali e sistemiche.

Infine arriveranno gli studi di intervento, ovvero i trial clinici per valutare l'ipotesi che attraverso la modulazione del microbiota intestinale si possa migliorare la risposta agli inibitori dei checkpoint immunitari. E per il primo trial di questo genere, in collaborazione con il Parker Institute for Cancer Immunotherapy non bisognerà attendere a lungo: l'inizio è infatti previsto per la fine di quest'anno.

Il microbiota è sempre più al centro di ricerche di ogni genere e in ogni campo della medicina. E' infatti ormai evidente che, vista anche per la sua schiacciante superiorità numerica (i batteri battono in numerosità le cellule dell'organismo con un rapporto di 10 a 1), il microbiota di certo influenzi in qualche modo lo stato di salute o di malattia dell'organismo. Nel solo intestino si trovano circa 100 trilioni di batteri e oltre un migliaio di specie diverse. Ogni parte del corpo inoltre presenta un microbiota con una composizione diversa e specifica. La dieta e l'esposizione a determinati batteri nelle prime fasi della vita sembrano avere un ruolo importante nell'influenzare la composizione del microbiota.

Una serie di studi fatti su modello animale (topo) hanno da tempo evidenziato un'importante influenza del microbiota sulle funzioni anti-tumorali del sistema immunitario. Alcuni studi animali hanno dimostrato che modificando la composizione del microbiota intestinale è possibile aumentare l'efficacia degli inibitori del checkpoint. E questo appena presentato a Orlando è uno dei primi studi sull'uomo ad aver esplorato il ruolo del microbiota sulla risposta all'immunoterapia.

“L'immunoterapia sta rapidamente migliorando la vita di una serie di pazienti oncologici – afferma Lynn Schuchter dell'ASCO - purtroppo però non funziona su tutti e non sappiamo ancora perché. Questi risultati aprono la porta a nuovi approcci per potenziare la risposta dei pazienti agli inibitori del PD-1, magari attraverso la 'correzione' della composizione dei batteri intestinali”.

Lo studio presentato all'ASCO-SITC è stato finanziato dal programma Moon Shot presso l'Anderson Cancer Center, dal Melanoma Research Alliance e dal Parker Institute for Cancer Immunotherapy.

Maria Rita Montebelli

<http://www.ansa.it>

## **Esercizio e no all'aumento di peso per evitare il ritorno del tumore al seno**

*Sono due armi tra le più efficaci*



L'esercizio fisico è l'arma più efficace, in termini di cambiamento di stile di vita, per ridurre il rischio che il cancro al seno ritorni. Accanto a questo anche una maggiore attenzione al peso, che non deve aumentare. A evidenziarlo è uno studio del Sunnybrook Health Sciences Centre, in Canada, pubblicato sulla rivista Canadian Medical Association Journal. Gli studiosi hanno revisionato 67 articoli sul tumore al seno, le chances di sopravvivenza e al rischio di recidive, e la correlazione con la dieta, l'esercizio, il peso e il fumo. Dai risultati è emerso che in particolare, per quanto riguarda l'attività fisica, l'impegno richiesto è di 30 minuti al giorno se moderata, per cinque giorni a settimana, oppure di 75 minuti settimanali se intensa.

Relativamente al peso, invece, lo studio indica che bisogna evitare un aumento, durante e dopo i trattamenti per il cancro.

"L'aumento di oltre il 10% di peso corporeo dopo una diagnosi di cancro al seno aumenta la mortalità per la neoplasia e per tutte le cause. Ci sono buone ragioni per scoraggiarlo anche in modo moderato a causa degli effetti negativi sull'immagine corporea" evidenziano le ricercatrici, Ellen Warner e Julia Hamer.

Per la dieta, non vi è un regime alimentare specifico che si è dimostrato particolarmente utile per prevenire il ritorno del cancro al seno. Tuttavia l'indicazione è non evitare la soia, che anzi potrebbe essere una valida alternativa alla carne, più ricca di calorie. Infine, un consumo moderato di vitamina c può aiutare mentre la vitamina d è utile per rafforzare le ossa, in quanto la chemioterapia e i trattamenti ormonali possono ridurre proprio la densità ossea. E' poi opportuno non fumare e limitare l'alcol a un drink o meno al giorno.

## Decifrato il genoma dei tumori neuroendocrini del pancreas: individuati altri tre geni coinvolti



*Un importante passo avanti nella conoscenza e nella classificazione della malattia, con ricadute sulla diagnosi e sulle scelte terapeutiche, che si fanno sempre più cucite sul singolo paziente. Lo studio, guidato dal centro Arc-Net dell'Università di Verona, è pubblicato su Nature*

di TINA SIMONIELLO

Un team internazionale di anatomopatologi, oncologi, biologi molecolari, chirurghi e bioinformatici ha decodificato l'intero genoma dei **tumori neuroendocrini del pancreas** e individuato nuove **mutazioni genetiche ereditarie** che aumentano il rischio di ammalarsi. I risultati della ricerca, uno studio multicentrico a guida italiana, sono stati pubblicati sulle colonne di *Nature* e potrebbero cambiare l'approccio clinico, e anche la capacità di diagnosi, di una patologia che in Italia colpisce tremila persone l'anno.

**Lo studio.** "Abbiamo sequenziato l'intero genoma di un centinaio di **net pancreatici** (net sta per *neuroendocrine tumor*, ndr) e utilizzato altri 60 campioni per convalidare quanto riscontrato sui primi cento", spiega **Aldo Scarpa**, anatomopatologo, primo autore dell'indagine e direttore di **Arc-Net**, il

centro di ricerca dell'Università di Verona che ha coordinato lo studio. Numeri impegnativi, quelli di cui parla Scarpa: un totale di 160 tumori analizzati gene per gene significa centinaia di milioni di dati da processare... “Uno studio importante – conferma l'esperto – che ci ha permesso prima di tutto di scoprire che ben il 17% dei casi presi in esame è legato ad una mutazione ereditaria e non il 5% come credevamo. Inoltre, ha consentito di individuare tre geni coinvolti nella malattia, BRCA 1 CHEK2 e MUTYH, che vanno ad aggiungersi a MEN1 e VHL, già noti. E di svelare nelle cellule malate una serie di processi alterati e i gruppi di geni responsabili di queste alterazioni. Che sono diverse e riguardano il controllo della capacità di riparazione del Dna mutato, la regolazione della crescita cellulare, l'invecchiamento cellulare, l'integrità dei cromosomi”, entra nel dettaglio il ricercatore. Ma cosa significa tutto ciò in termini di diagnosi e di terapie? Quali sono, semplificando, le ricadute di questi risultati sui pazienti?

**Aggressivi o indolenti, a ognuno il suo trattamento.** Giampaolo Tortora, co-autore dello studio e direttore dell'Oncologia dell'Azienda ospedaliera universitaria di Verona, centro d'eccellenza europeo per il tumori del pancreas: “I net pancreatici sono tumori bizzarri, molto eterogenei e lenti. Alcuni diventano improvvisamente aggressivi, mentre altri al contrario rimangono indolenti, come diciamo noi. I nuovi risultati ci permettono di riconoscere in anticipo le forme più cattive e quindi di trattare con terapie aggressive solo i pazienti che ne possano trarre effettivo beneficio, escludendo gli altri. Inoltre – è sempre Tortora – l'aver trovato che l'ereditarietà ha un ruolo superiore rispetto a quello che sapevamo giocasse e l'aver individuato tre nuovi geni coinvolti ci consente di tenere sotto controllo le famiglie nelle quali è presente la malattia, di scovare precocemente nuovi casi e giocare d'anticipo sul tumore, diagnosticandolo prima che faccia danni”.

**Bassa incidenza e alta prevalenza. È il paradosso della lentezza.** I tumori neuroendocrini si chiamano così perché hanno sia le caratteristiche dei neuroni che delle cellule ghiandolari, che secernono ormoni. Sono tumori relativamente rari, rappresentando anche meno dello 0,5% di tutte le forme maligne. In Italia abbiamo ogni anno 5 nuovi casi ogni 100 mila individui, cioè tremila nuovi pazienti. “Parliamo quindi di tumori con una bassa incidenza”, riprende Tortora. “Ma vista la loro lentezza di accrescimento e la possibilità di convivere a lungo con la malattia – spiega – la loro prevalenza è alta”. In pratica, sebbene il numero annuale di diagnosi sia basso, di malati ce ne sono, e non sono pochissimi. “E non sono neanche solo anziani”, riflette l'oncologo: “Parliamo di una patologia che colpisce tutte le classi di età, anche giovani, trentenni, quarantenni”. I net più frequenti sono proprio quelli a carico del tratto gastro-entero-pancreatico, con il 70% delle diagnosi. Il resto sono forme che colpiscono pelle, tiroide, polmone, surrene. In base all'aspetto delle cellule tumorali al microscopio, i net si distinguono in ‘ben differenziati’ (del tipo di quelli studiati nella ricerca appena pubblicata) che sono il 90%, sono curabili e a lento accrescimento, e net ‘scarsamente differenziati’, che rappresentano il 10% e che, al contrario, generano facilmente metastasi.

<http://www.dire.it>

## Cancro al pancreas, nuove speranze di cura

(DIRE - Notiziario settimanale Sanita') Reggio Calabria 22 feb. - Nuove speranze per sconfiggere il cancro al pancreas. La notizia arriva dal Istituto di nanotecnologie del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR-Nanotec) di Rende (CS) che ha avviato da tempo uno studio in collaborazione con Universita' della Calabria e altri atenei europei (Madrid, Saragozza e Marsiglia).

L'obiettivo della ricerca si e' concentrato sull'individuazione di una molecola in grado di inibire la proteina Nupr1, appartenente alla classe speciale delle proteine "intrinsecamente disordinate". Il cancro al pancreas e' uno dei tumori piu' letali, combattuto finora con trattamenti generici chemioterapici. Partendo dalla studio della proteina Nupr1 si sono provati oltre mille farmaci per diverse indicazioni terapeutiche. "L'uso combinato di alcune simulazioni e tecniche sperimentali - affermato Bruno Rizzulli del CNR di Rende - ha permesso di individuare alcuni di questi farmaci in grado di interagire con la proteina Nupr1, dimostrando che alcuni di questi farmaci sono in grado di diminuire la vitalita' delle cellule tumorali, di diminuire la capacita' di migrazione e di sopprimere possibilita' di formazione di colonie". "Il composto piu' efficace - ha aggiunto Rizzulli - una molecola nota come trifluoperazina, finora utilizzata solo per la sua azione antipsicotica, e' stato sperimentato 'in vivo' su cellule del tumore del pancreas umano trapiantate su modelli murini, e si e' dimostrato in grado di arrestare completamente lo sviluppo della malattia. La molecola in questione ha avvalorato un'efficacia antitumorale superiore perfino ai piu' potenti trattamenti chemioterapici finora disponibili.

Inoltre, lo studio prova che questa nuova molecola non costituirebbe solo un'alternativa ai farmaci gia' noti - ha concluso Rizzulli del CNR di Rende - ma puo' essere combinata con questi per aumentare l'effetto terapeutico complessivo".

<http://salute24.ilsale24ore.com/>

## Italia, aspettativa di vita in aumento: servizi sanitari devono investire in salute

All'inizio del XXI secolo molti ricercatori erano convinti che l'aspettativa di vita di una popolazione non avrebbe mai potuto superare i 90 anni. Oggi, invece, [uno studio pubblicato su The Lancet](#) da un gruppo di esperti coordinato da Majid Ezzati, esperto dell'Imperial College di Londra (Regno Unito) svela che nei paesi sviluppati si continuerà a vivere sempre più a lungo.

Il fenomeno coinvolgerà anche l'Italia, che fra le 35 nazioni coinvolte nell'analisi si collocava, nel 2010, al 7mo posto della classifica dei paesi con l'[aspettativa di vita alla nascita](#) maggiore sia per le donne che per gli uomini. Per il 2030 sono previsti aumenti in entrambi i casi, ma le donne scenderanno dal 7mo al nono gradino della **classifica internazionale, e gli uomini addirittura al 10mo. Tutta "colpa"** dell'aumento dell'aspettativa di vita anche nelle altre nazioni, che farà sì che nel 2030 le donne più longeve saranno le sudcoreane (con un'aspettativa di vita di 90,8 anni), le francesi (88,6 anni) e le giapponesi (88,4 anni), insieme agli uomini sudcoreani (84,1 anni), australiani (84,0 anni) e svizzeri (84,0 anni).

Le proiezioni sono basate su un metodo statistico impiegato per le previsioni meteorologiche e hanno utilizzato 21 diversi modelli per la previsione dell'aspettativa di vita alla nascita che, utilizzati in combinazione, hanno svelato che la durata della vita media di un individuo aumenterà in tutte e 35 le nazioni incluse nell'analisi, con picchi di incremento in Corea del Sud, Slovenia e Portogallo per le donne e Ungheria, Corea del Sud e Slovenia per le donne. Gli aumenti minori riguarderanno invece le donne macedoni, bulgare, giapponesi e statunitensi e gli uomini macedoni, greci, svedesi e statunitensi. Inoltre è stato stimato quanti anni resteranno ancora da vivere, nel 2030, a un sessantacinquenne: in 11 delle 35 nazioni le donne potranno sperare in altri 24 anni a loro disposizione, mentre ben in 22 nazioni gli uomini potranno sperare di viverne altri 20.

La situazione renderà necessario attutire l'impatto dell'invecchiamento sia sulla salute individuale che su quella dei sistemi sanitari. Le chiavi del successo saranno il sostegno a stili di vita salutari e la capacità di riconoscere e trattare precocemente le malattie. Inoltre le tecnologie pensate per l'assistenza a domicilio potranno aiutare a far fronte all'aumento delle difficoltà motorie e sensoriali, così come anche la disponibilità di strutture e trasporti più accessibili. Infine, sarà necessario riorganizzare i sistemi pensionistici. **"Avere a che fare con una** popolazione che invecchia richiederà una combinazione di rafforzamento e posizionamento dei nostri sistemi di assistenza sanitaria e sociale e della nostra società nella sua interezza – sottolinea Ezzati – in modo da assicurarci che le persone invecchino in salute, continuino a dare il loro contributo alla società

più a lungo e ricevano pensioni e cure appropriate nel momento in cui invecchiano”.

“**Le previsioni** sull'aspettativa di vita alla nascita e a 65 anni possono aiutare i governi e i servizi sanitari a fare i giusti investimenti in salute, come evitare i decessi dovuti alle malattie infettive e ridurre la mortalità materna e infantile – aggiunge in un commento associato allo studio Ailiana Santosa, esperta dell'Università di Umeå, in Svezia – Vale la pena di raggiungere una copertura sanitaria universale, è **plausibile, e bisogna continuare a lavorarci**”.



## LA CANDIDATURA

### Il ministro Lorenzin: «Carte in regola per Ema a Milano»

— MILANO —

«PENSO che l'Italia abbia tutte le chance per aggiudicarsi l'Ema a Milano». Così il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin (nella foto), a margine di un incontro a Bruxelles.

Da quando la Gran Bretagna ha votato l'uscita dall'Europa è partita la corsa di Milano per il trasferimento in città dell'Agenzia europea del farmaco che porterebbe benefici economici e di immagine al capoluogo lombardo. «Le chance sono concrete e pragmatiche - ha affermato Lorenzin -. Milano è una città internazionale, al centro dell'Europa. È in grado di soddisfare le richieste dei lavoratori Ema per il trasferimento». L'Italia, ha ricordato il ministro, ha già stanziato un fondo, allocato presso il ministero della Salute, di 59 milioni di euro per la prima tranche di investimenti sull'Ema. «Ci sono tutte le carte per giocare questa partita e vincerla - ha concluso -. Noi mettiamo tutto sul tavolo, poi sarà una trattativa di capi di Stato e quindi si entrerà in una logica più complessiva».





# Sul fine vita si cercano nuove soluzioni

*I punti chiave del disegno di legge all'esame della Camera, su cui manca ancora un ampio consenso, richiedono che si guadagni tempo per poter riallacciare il dialogo interrotto. Si lavora per sbrogliare questioni decisive*

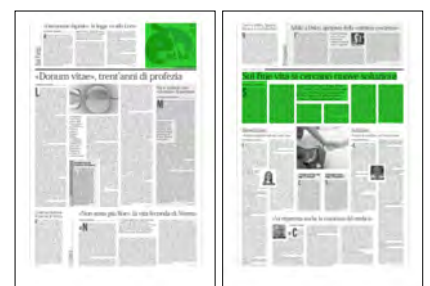
di **Francesco Ognibene**

**S**ono attesi per oggi i pareri delle commissioni interpellate per il parere obbligatorio prima dell'invio all'aula di Montecitorio del disegno di legge sulle «Dichiarazioni anticipate di trattamento» (Dat). La Commissione affari sociali della Camera deve ricevere in giornata le conclusioni di Affari costituzionali, Giustizia e Bilancio: solo dopo la triplice luce verde la «legge Lenzi» – dal nome della relatrice del Pd – potrà essere sottoposta all'esame della plenaria, dove si conta di sciogliere alcune aggrovigliate questioni rimaste senza risposta nel mese di lavori sul testo base. Serviva più tempo per trovare soluzioni condivise, ma il tempo è mancato quando – giovedì scorso – la Commissione ha chiuso bruscamente i lavori con una sofferta seduta notturna abbandonata dai contrari al controverso ddl. Cerca una via d'uscita il presidente della Commissione **Mario Marazziti** (Democrazia solidale), che ha pre-

senti alcuni limiti della legge: «Va risolto il problema dell'assolutezza della volontà del paziente – spiega – trovando il modo per lasciare la porta aperta al suo recupero specie quando il quadro clinico lo fa sperare. Questo cambierebbe lo spirito stesso della legge consentendo di individuare soluzioni anche su altri punti irrisolti». Impegnato a tessere la tela anche **Raffaele Calabrò** (Ncd): «Stiamo cercando con fatica un dialogo con il Pd per riuscire a ottenere che l'idratazione assistita non venga sospesa, salvo che svolga funzione di veicolo di terapie necessarie alla cura della patologia specifica». I punti fermi per Calabrò restano «no all'eutanasia passiva e quindi alla sospensione di idratazione e nutrizione artificiali sic e simplici, no al relegamento del medico e del fiduciario a figure marginali, sbiadite e senza possibilità di incidere nelle scelte che nel tempo possano risultare anacronistiche in seguito a nuove innovazioni della medicina. E ovviamente bisogna avere chiaro che le Dat si applicano soltanto ai pazienti che versano in una condizione clinica irre-

versibile»

**Gian Luigi Gigli** (Democrazia solidale) vuole «evitare il rischio di qualsiasi interpretazione in senso eutanasi. Per fare questo occorrerebbe ricondurre il tema dell'idratazione e della nutrizione al suo contesto clinico. Vuol dire distinguere tra malato terminale e in condizioni stabilizzate, tra idratazione e nutrizione che curano la patologia o che servono solo a mantenere il metabolismo del paziente e la cui sottrazione equivarrebbe a una scelta suicidaria o alla decisione di affrettare la morte di un paziente incapace. Da ultimo occorre rimuovere l'obbligatorietà per le strutture sanitarie che non condividono la scelta della sospensione delle cure». **Paola Binetti** (Udc)



è tra quanti chiedono a gran voce di prendere tutto il tempo che occorre per assumere decisioni così delicate: «Sono giorni opportuni per tutti noi, per riflettere, rasserenare gli animi e pensare a proposte concrete per migliorare un testo che sui punti chiave è ancora ambiguo e presenta margini di alto rischio – riflette –. Io stessa sto lavorando alla presentazione di emendamenti che senza nessuna volontà ostruzionistica sciolgano alcuni nodi. Credo che l'unica strada percorribile sia da un lato di rinunciare alla chiusura a oltranza di chi ritiene il testo non più modificabile, e dalla nostra parte di uscire da un isolamento che non gioverebbe a nessuno e affrontare coraggiosamente i punti cruciali contando sugli argomenti di ragione, sull'esperienza clinica di molti di noi, e sulla volontà esplicita di fare un servizio al Paese, abbassando il livello della conflittualità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Aborto, assunti i non obiettori Lorenzin e i vescovi insorgono

- > Scontro politico sul concorso per garantire le interruzioni di gravidanza. Medici divisi
- > Zingaretti: rispettata la 194. Altre Regioni con lui. Aumentano gli interventi clandestini

ROMA. Prima la Cei, poi la ministra alla Sanità **Beatrice Lorenzin**. Sul concorso del San Camillo di Roma per l'assunzione di due ginecologi obiettori di coscienza piovono le critiche del Vaticano e del governo.

BOCCI, DE LUCA, FAVALE E RODARI  
ALLE PAGINE 2 E 3

## Medici non obiettori stop di Cei e Lorenzin "Così si snatura la 194"

### I vescovi e la ministra contro le assunzioni Ma altre regioni sono pronte a seguire il Lazio

Il governo: "È evidente che abbiamo una norma che non prevede questo tipo di selezione"

**MICHELE BOCCI**

ROMA. Prima la Cei, poi la ministra alla Sanità. Sul concorso del San Camillo di Roma per l'assunzione di due ginecologi obiettori di coscienza piovono le critiche del Vaticano e del governo. «Si snatura l'impianto della 194 che non aveva l'obiettivo di indurre all'aborto ma prevenirlo. Predisporre medici appositamente a questo ruolo è una indicazione chiara», dice don Carmine Arice, direttore dell'Ufficio nazionale per la pastorale della salute della Cei. **Beatrice Lorenzin**, che ieri era a Bruxelles e che qualche mese fa era intervenuta alla Camera sullo stesso tema parlando di modalità di reclutamento discriminatoria, ha aggiunto: «È evidente che abbiamo una legge che non prevede questo tipo di selezione. Dà invece la possibilità, qualora una struttura abbia proble-

mi di fabbisogno, per quanto riguarda singoli specifici servizi, di poter attingere anche in mobilità da altro personale. Tra l'altro quando si fanno assunzioni e concorsi non mi risulta che ci siano parametri che vengono richiesti».

Quello che ha fatto il Lazio viene osservato con interesse dalle altre Regioni, in particolare quelle in difficoltà ad assicurare l'interruzione volontaria di gravidanza per carenza di non obiettori. «Non sono convinto della tenuta giuridica dell'atto, che probabilmente sarà impugnato. Ma se si dimostrasse legittimo seguiremmo di sicuro la stessa strada», dice Baldo Guicciardi, assessore alla Salute della Sicilia. Apertura anche dal Molise,



che ha il record di obiettori (più di 9 su 10). «Abbiamo 312mila abitanti e per ora con un medico strutturato rispondiamo alla domanda — spiega il presidente Paolo di Laura Frattura — Se però ci trovassimo in difficoltà, il concorso potrebbe essere una strada». Dalla Puglia sono più scettici. «Assunzioni con quei presupposti non si possono fare. La soluzione sta nel convenzionarsi con specialisti esterni non obiettori. Grazie a loro per ora sopprimeremo alle carenze». La posizione è simile a quella delle Marche, mentre dalla Basilicata fanno sapere che in questo momento non c'è spazio per le assunzioni, vista la crisi del sistema sanitario: «E poi

avremmo più bisogno di anestesisti». L'assessora toscana Stefania Saccardi, invece, non pensa al concorso dedicato perché «i nostri dati sono buoni, abbiamo abbastanza non obiettori e gli aborti sono in netto calo». Dalla Lombardia invece arriva un forte no della Lega all'idea del Lazio. Il sindacato dei ginecologi, la Fesmed, non critica l'impostazione del concorso. «Quello si può fare in quel modo — dice il presidente Giuseppe Ettore — Ma dopo, se chi ha vinto cambia idea è impossibile allontanarlo come minaccia di fare il Lazio, perché quel professionista ha diritto di diventare obiettore quando vuole. Un giudice gli darebbe ragione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Gli obiettori

**Obiezione nei reparti dove si fa l'aborto in Italia**

### Ginecologi



### Anestesisti



### Infermieri



FONTE: Relazione del ministro alla Sanità sull'attuazione della legge 194 - 2015

## I numeri

**379**

Le strutture dove si pratica l'lvg in Italia

**632**

Tutti i reparti di ginecologia in Italia

Il numero di aborti settimanali per ginecologo non obiettore

**3,3**

**1,6**

1983

2016

**62,3%**

Le donne che aspettano meno di 2 settimane tra il rilascio del certificato e l'intervento



## Obiettori per regione

Dati in %

Molise	<b>93,3</b>
Bolzano	<b>92,9</b>
Basilicata	<b>90,2</b>
Sicilia	<b>87,6</b>
Puglia	<b>86,1</b>
Campania	<b>81,8</b>
Abruzzo	<b>80,7</b>
Lazio	<b>80,7</b>
Veneto	<b>76,2</b>
Calabria	<b>72,9</b>
Marche	<b>68,8</b>
Piemonte	<b>67,4</b>
Umbria	<b>65,6</b>
Liguria	<b>65,4</b>
Lombardia	<b>63,6</b>
Friuli V.G.	<b>58,4</b>
Toscana	<b>56,2</b>
Emilia R.	<b>51,8</b>
Valle d'Aosta	<b>13,3</b>

Dir. Resp.: Luciano Fontana

IL DOSSIER

## Viviamo di più: la corsa ai 90 anni



Adriana Bazzi, Elvira Serra  
alle pagine 26 e 27

# La rincorsa ai 90 anni

Cresce l'aspettativa di vita  
Le donne coreane in testa,  
il divario con gli uomini  
è destinato a ridursi  
«Pesano le nostre abitudini»

Nel mondo benestante sempre più persone, da qui al 2030, raggiungeranno e supereranno la soglia dei novant'anni di vita. In cima alla classifica ci saranno le donne sudcoreane, seguite dalle francesi e dalle giapponesi. Nel gruppo di testa, alla nona posizione, ci sono anche le italiane. Gli uomini sono alla rincorsa della controparte femminile: si conteranno sempre più «oldest old» come dicono gli anglosassoni, i «vecchi più vecchi», in Corea, ma anche in Italia. E le differenze fra le aspettative di vita fra i due sessi si ridurranno, un po' dappertutto.

La nuova fotografia della popolazione degli anni a venire, nei 35 Paesi più industrializzati, è stata scattata da uno studio pubblicato sulla rivista inglese *Lancet* e condotto dall'Imperial College di Londra con l'Organizzazione mondiale della Sanità. Uno studio ricco di dati che ha voluto capire quali Paesi avranno le performance migliori nell'aumentare le loro aspettative di vita. E le peggiori. Chi migliorerà di più sarà, appunto, la Corea seguita dalla Francia e da alcuni

Paesi dell'Est Europa, come la Slovenia. L'Italia è ai primi posti, ma siccome vanta già un ottimo standard per quanto riguarda la vita media della popolazione (attualmente è 85 anni per le donne e 80 per gli uomini) potrà migliorare nel raggiungimento della soglia dei novanta, ma meno degli altri.

Chi se la vede male sono gli Stati Uniti, l'unico Paese fra i più ricchi a non avere un sistema sanitario universale per la popolazione (sta per essere smantellato l'Obamacare, il programma di assistenza costruito dall'ex presidente Barack Obama). E anche la Gran Bretagna, dove il vantato National Health Service sta facendo acqua da tutte le parti. Per dire: un italiano vive mille giorni in più rispetto a un inglese.

«Centoventi anni è la durata massima della vita, secondo le ultime ricerche — commenta Carlo Vergani, geriatra dell'Università di Milano —. Possiamo cercare di avvicinarci il più possibile a questo termine, determinato da un mix di genetica e comportamenti, modificando soprattutto gli

stili di vita (buona alimentazione e attività fisica) che incidono almeno per il 30% sulla mortalità. Sulla genetica non si può intervenire». La scalata alla longevità dei coreani si basa proprio sul fatto che seguono una dieta salutare e hanno un basso tasso di obesità (principale fattore di rischio di malattia). Tutto il contrario degli americani, fra i più obesi al mondo.

Ci sono motivi di ottimismo per guardare al futuro, ma ci sono anche problemi connessi a questa nuova futura realtà. «I dati di *Lancet* per l'Italia sono in linea con quelli dell'Istat — conferma Gianpiero Dalla Zuanna, senatore e professore di Demografia all'Università di Padova —: l'età media, 88 anni per le donne e 83 per gli uomini, si alza perché più persone arrivano a 90 e passa anni».

Di fronte a questa situazione si dovranno ripensare i ter-



Con interviste a Franca Valeri, Raffaele La Capria, Giulia Maria Crespi e Teddy Reno

mini del pensionamento e l'assistenza per la popolazione che invecchia, non senza patologie: un conto è la quantità della vita, un conto è la qualità, spesso compromessa da patologie legate all'invecchiamento. «Occorrerà andare in pensione più tardi e riorganizzare il lavoro in base alle capacità di queste persone — commenta Dalla Zuanna —. Abbiamo recuperato almeno dieci anni di vita in salute rispetto al passato». Che vanno reinventati.

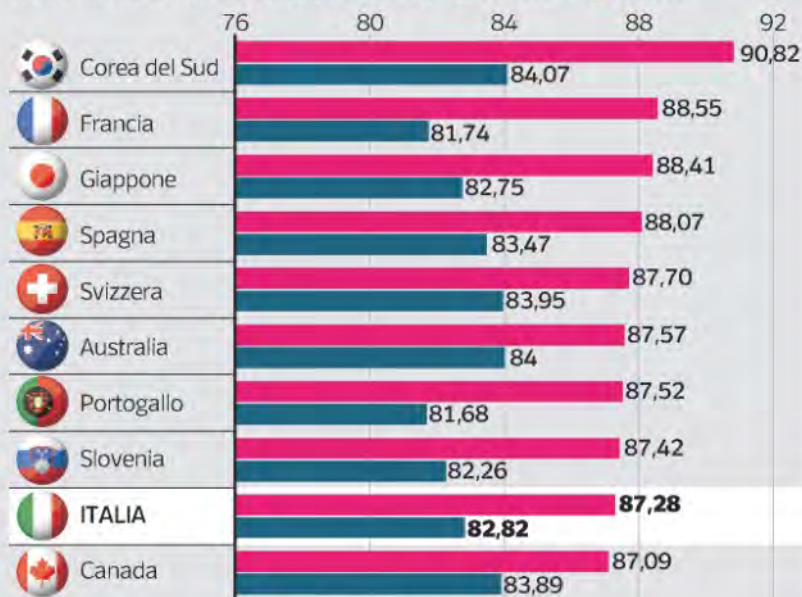
**Adriana Bazzi**  
 © RIPRODUZIONE RISERVATA

# IL DOSSIER SULLA LONGEVITÀ

## Le previsioni

### I Paesi con l'aspettativa di vita più elevata

(dati medi tra chi nasce nel 2030 - in anni) ■ Femmine ■ Maschi

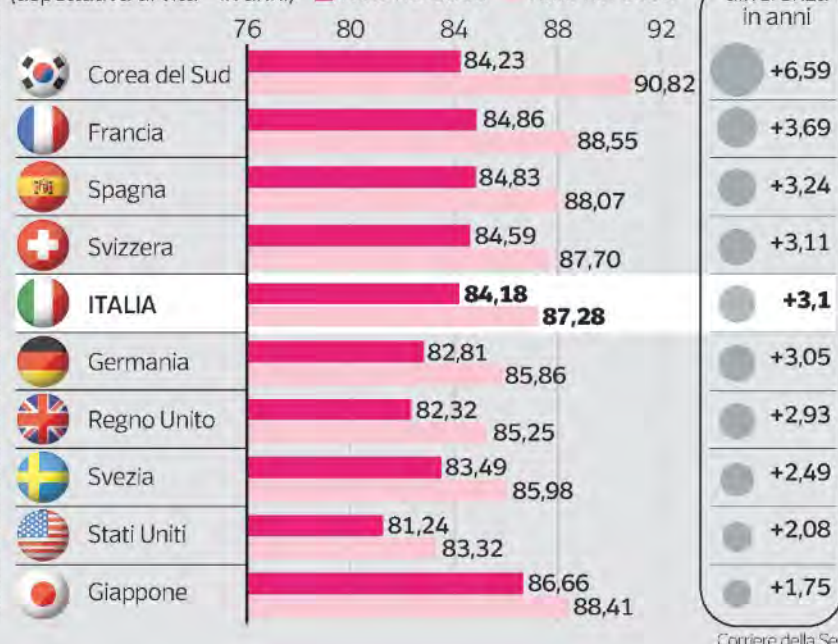


Fonte: Imperial College di Londra e Organizzazione mondiale della sanità

## L'evoluzione delle donne

(aspettativa di vita - in anni)

■ Nate nel 2010 ■ Nate nel 2030



Corriere della Sera

# Donne sempre più longeve oltre quota 90 anni nel 2030

Studio su Lancet, migliorano  
le prospettive anche gli uomini:  
supereranno la soglia degli 80

ROMA Si vive sempre più a lungo: nei 35 paesi industrializzati l'aspettativa di vita aumenterà almeno del 65% per le donne e dell'85% per gli uomini nel 2030. Le donne della Corea del Sud saranno le prime al mondo a superare nel 2030 la barriera dei 90 anni come aspettativa di vita media, seguite da quelle di Francia, Spagna e Giappone. Lo stimano i ricercatori dell'Imperial College di Londra e dell'Oms in uno studio su Lancet. Tra le donne, l'Italia nel 2030 perderà due posizioni, collocandosi al nono posto (ma rimanendo tra le prime 10), dopo Portogallo e Slovenia, mentre il Giappone perderà il suo attuale primato.

Migliorano le prospettive anche per gli uomini, che ridurranno le distanze dalle donne. C'è oltre il 95% di probabilità che la loro aspettativa di vita alla nascita in Corea del Sud, Australia e Svizzera superi gli 80 anni entro il 2030, e del 27% oltre gli 85 anni (l'Italia è nona). Stati Uniti, Giappone, Svezia, Grecia, Macedonia e Serbia sono quelli che avranno i minori miglioramenti per entrambi i sessi. Dovunque il vantaggio delle donne rispetto agli uomini dovrebbe ridursi entro il 2030, tranne che in Messico, dove la crescita nell'aspettativa di vita per il gentil sesso sarà maggiore di quella maschile, e in Cile, Francia e Grecia, dove i due sessi cresceranno in modo simile.



# LE DONNE PRIME NELLA CORSA ALLA VITA ETERNA

ASPETTATIVA OLTRE I 90 ANNI PER LA PRIMA VOLTA

## La vita è sempre più lunga. E rosa

di **Daniele Abbiati**

**L**a notizia è vecchia: stiamo invecchiando. Ma ringiovanisce sempre di più, nel senso che invecchiamo sempre di più. Qualcuno, anche fra i non sbarbati, anzi fra i matusa da quel dì, sbotta: che palle vivere in un mondo di vecchi! E poi magari corre (si fa per dire) a fare gli esami del sangue

di routine. Invece, sarà banale dirlo, la notizia è buona: in fondo è sempre meglio vivere che morire, o no? L'ha aggiornata ora l'Oms che dice: nel 2030 le signore sudcoreane supereranno addirittura la soglia dei 90 anni di «aspettativa di vita», e le altre e gli altri, gli uomini, come al solito (e non per cavalleria) in leggero ritardo, lì da presso a tallonarle. Pare inoltre che l'Italia sia messa bene, nella geronto-hit: figurando nella Top ten mondiale per un pelo (bianco) sia con le donne, al nono posto, sia con gli uomini, al decimo. Certo, si tratta dei Paesi industrializzati, di quel G35 dai confini piuttosto laschi, ma che sicuramente non comprendono il depresso Terzo mondo. Del resto una «soffiata» proveniente dalla Cia (ma facilmente reperibile in rete) stilava già nel 2014 principesche stime nettamente over-90 per i pensionati del Principato di Monaco, a fronte di un triste e sottoproletario under-50 per i poveri, in tutti i sensi, abitanti del Ciad. Insomma, al di là dei numeri, e dunque della matematica, la previdenza sociale, globalmente

parlando, resta un'opinione. Non opinabile è invece il contemporaneo corollario periodicamente rinnovato al classico *De senectute*. Dalla Fonte miracolosa, mito medievale ma mai fuori moda, riciclato oggi nelle spa per anziani danarosi, alla piscina del *Cocoon* di Ron Howard o a quella della *Giovinezza* di Paolo Sorrentino dove sguazza, insieme a Michael Caine e ad Harvey Keitel, la miracolosa (lei sì) Madalina Ghenea, l'inseguimento all'irraggiungibile eternità prosegue a ritmo serrato. E mentre una settimana sì e l'altra pure apprendiamo (sempre con una punta d'invidia) del sereno commiato del 104enne e della 109enne di turno, qualcuno ha per tempo messo le mani avanti dicendo che la Bibbia aveva torto: saremo in grado di superare i 120. Come in autostrada, senza che l'Altissimo o chi per Lui ci fermi al posto di blocco e ci metta una mano sulla spalla mormorando: «Fine corsa figliolo, adesso vieni con me». Ed essendo provato che l'ottimismo è un tonico, chi ci impedisce di gonfiare un po' le statistiche mettendo un 1 davanti a 90? Tanto, quando lo scopriranno saremo abbondantemente morti.

