Associazione Italiana di Oncologia Medica

RASSEGNA STAMPA

18-07-2017

1. CORRIERE VENETO Rifiutò la chemio Il pm: «I genitori vanno processati»
2. LIBERO QUOTIDIANO Una firma genetica che accomuna obesità, diabete e cancro del seno
3. CORRIERE.IT Un ago incandescente che genera microonde per rimuovere i tumori
4. ANSA Dieta mediterranea, alleato nei pazienti oncologici
5. QUOTIDIANO SANITÀ Ema. Maroni: “Presto la presentazione del dossier definitivo per la candidatura di Milano”
6. REPUBBLICA I dubbi sul sale le certezze sulla pancia grossa
7. REPUBBLICA Noi, loro, e le sirene ignoranti
8. STAMPA Il medico venuto dagli Usa con una terapia per Charlie
9. SOLE 24 ORE SANITA' Anche il Senato si vaccina in ritardo
10. AVVENIRE Vaccini, riparte l'esame al Senato
11. IL FATTO QUOTIDIANO I fan del decreto a Grasso: "Il testo perde pezzi"
12. IL FATTO QUOTIDIANO L'altra proposta: vaccini obbligatori solo quando serve
13. SOLE 24 ORE SANITA' Se i Big data sanitari viaggiano al rallentatore
14. SOLE 24 ORE SANITA' I casi trattati aumentano ma restano pochi
15. SOLE 24 ORE SANITA' L'indebitamento delle Asl va a quota 56,5 miliardi
16. AVVENIRE Ora l'Alta Corte «raddoppia»

Il pm: «Eleonora rifiutò la chemio, i genitori vanno processati»

Padova, chiesto il rinvio a giudizio dei coniugi Bottaro. «La convinsero a curarsi con le teorie di Hamer»

PADOVA Le hanno mentito. O, per dirla con le parole del pm Valeria Donatella Sanzari, le hanno fornito «una falsa rappresentazione della realtà sia con riferimento alla gravità e mortalità della patologia da cui era affetta, sia alla idoneità e adeguatezza dei rimedi da loro proposti, riconducibili alla Nuova medicina germanica di Hamer e assolutamente privi di qualsivoglia validità scientifica e idoneità terapeutica».

Dopo le accuse, il processo. La procura di Padova ha chiesto il rinvio a giudizio per omicidio colposo dei genitori di Eleonora Bottaro, la ragazza morta a 18 anni, stroncata dalla leucemia il 29 agosto del 2016 dopo aver rifiutato di sottoporti alla chemioterapia. La richiesta è stata inoltrata al gip Mariella Fino, che ha fissato l'udienza il 10 ottobre. Lì, il giudice deciderà le sorti di un processo senza precedenti per le implicazioni giuridiche e morali che comporta.

Sotto accusa, infatti, non ci sono soltanto le modalità che portarono alla morte della studentessa di Bagnoli di Sopra, ma il modello educativo rappresentato dai genitori. Lino Bottaro, fotografo di 65 anni, e sua moglie Rita Benini, 53, sono infatti dei convinti seguaci delle filosofie del dottor (in realtà radiato) Ryke Geerd Hamer, secondo il quale le malattie non sono altro che il manifestarsi di un forte stress psicologico: curare l'origine del disagio, comporta la guarigione dell'individuo. Fu solo per questo, secondo la procura di Padova, che Eleonora Bottaro rifiutò la chemioterapia. E, anche se il padre l'ha sempre negato, per l'accusa furono mamma e papà a spingere la figlia - quand'era ancora minorenne - a curare il tumore con la medicina alternativa, invece che con la chemio che, secondo i medici, l'avrebbe quasi certamente salvata.

Nella richiesta di rinvio a giudizio, la procura spiega come i genitori di Eleonora, attraverso quella «falsa rappresentazione della realtà», avrebbero ingenerato «immotivatamente in Eleonora il falso convincimento che la terapia chemioterapica fosse non solo non necessaria, ma addirittura dannosa e che - al contrario - l'osservanza delle regole da loro indicate avrebbe sicuramente condotto alla piena guarigione».

La ragazza manifestò i primi sintomi della malattia già nel dicembre 2015 ma rinviò ogni visita medica fino al febbraio 2016. «In tale periodo - sottolinea il pm riferendosi ai genitori- le somministravano cortisone e la sottoponevano ad agopuntura». La denuncia dei medici del reparto di Pediatria di Padova, aveva poi spinto il tribunale per i minori a togliere la patria potestà a Lino Bottaro e alla moglie. Nel frattempo, però i genitori avevano già organizzato il trasferimento in una clinica svizzera e, una volta dimessa, il suo ritorno a casa «dove, rifiutato ogni supporto, le somministravano soltanto alte dosi di vitamina C».

Omicidio colposo, quindi. Con l'aggravante «della previsione dell'evento», visto che Lino e Rita Bottaro erano stati «avvertiti da tutti i medici da loro interpellati, dell'inevitabilità della morte di Eleonora in mancanza della terapia chemioterapica».

Per provare la responsabilità dei genitori, la procura di Padova ha raccolto cartelle cliniche, tabulati telefonici e perfino conversazioni Whatsapp, oltre alla testimonianza di amici e compagni scout della studentessa.

«Eleonora - tuona l'avvocato della famiglia Bottaro, Roberto Mastalia - scelse autonomamente di rifiutare la chemio. La procura vuole un processo politico, che metta sotto accusa la libertà di ciascuno di potersi curare come meglio ritiene».

Andrea Priante

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● Eleonora Bottaro, 18 anni di Bagnoli di Sopra è morta di leucemia il 29 agosto 2016, dopo aver sempre rifiutato la chemioterapia. La procura di Padova accusa i genitori di omicidio colposo

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Libero Quotidiano.it

18-07-2017

Lettori
131.792

http://www.liberoquotidiano.it/

RICERCA SCIENTIFICA

Una firma genetica che accomuna obesità, diabete e cancro del seno

Un gruppo di ricercatori del Centro della Complessità e dei Biosistemi dell'Università di Milano è riuscito a identificare una sorta di firma genetica comune a obesità, cancro alla mammella e diabete

Un problema che ormai ci coinvolge direttamente: l'obesità non solo è sempre più diffusa nel mondo, come dimostrano i dati secondo i quali circa il 10 per cento dei bambini statunitensi ed europei sono obesi o sovrappeso, ma vede i nostri figli del belpaese addirittura ai primi posti di una classifica tutt'altro che invidiabile. Dal punto di vista sanitario, l'obesità sta superando il fumo come principale causa di morte prematura; è, infatti, responsabile di più del 70 per cento dei casi di diabete ed è stata associata ad alcuni tipi di tumore, fra cui quello della mammella. Prove cliniche ed epidemiologiche hanno evidenziato il legame fra obesità, cancro alla mammella e diabete, ma non era ancora stata ottenuta una solida conferma di questa relazione a livello di espressione genetica. Ciò è dovuto a una serie di fattori, dalla grande variabilità fra i pazienti ai limiti dei modelli di studio in vitro. Ma soprattutto, c'è anche un grosso problema relativo ai dati: la presenza di una grande quantità di rumore di fondo, che rende difficile individuare alcuni elementi ricorrenti nei risultati delle analisi di migliaia di geni in molti individui diversi.

"Nel campo biomedico vengono effettuati moltissimi esperimenti, grazie ai quali è stato possibile raccogliere ingenti quantità di dati biologici in diversi database pubblici – dice **Caterina La Porta**, membro del Centro della Complessità e dei Biosistemi (CC&B) e professoressa di patologia generale al Dipartimento di scienze e politiche ambientali dell'Università di Milano –

Combinare *set* di dati provenienti da studi diversi sarebbe molto utile per ottenere informazioni sempre più accurate e rilevanti, ma ciò comporta anche un problema, chiamato batch effect - continua La Porta, che ha coordinato la ricerca appena pubblicata su *NPJ Systems Biology and Applications* – I dati provenienti da ciascun esperimento sono infatti condizionati da cause tecniche che non hanno a che fare con i fattori biologici. Questo genera un rumore di fondo che può mascherare alcune differenze importanti dal punto di vista biologico quando si confrontano campioni appartenenti a lotti diversi". Un problema che i ricercatori coordinati da La Porta hanno cercato di mitigare usando un nuovo approccio, basato sulla combinazione di due diverse tecniche chiamate decomposizione ai valori singolari e analisi di deregolazione dei *pathway*. In questo modo sono riusciti a individuare 38 geni che sono espressi in maniera diversa negli adipociti provenienti da soggetti obesi, confrontati con quelli provenienti da soggetti on obesi.
Una sorta di firma genetica che sembra caratterizzare in maniera specifica la condizione di obesità, indipendentemente dal genere del soggetto. Questi geni sono soprattutto associati a processi di infiammazione e risposta immunitaria, e a complicazioni note dell'obesità come il diabete di tipo 2 e l'infertilità. Essi, inoltre, sono deregolati in maniera simile nel caso di cancro alla mammella, il che sembra quindi confermare l'associazione fra questo tipo di tumore e l'obesità. Alcuni di questi geni potrebbero quindi rappresentare degli interessanti marcatori biologici, utili non solo per ulteriori ricerche su questi temi, ma, eventualmente, anche per possibili scopi diagnostici.
"La forza del nostro lavoro deriva dall'uso di metodi di filtraggio e riduzione del rumore particolarmente appropriati, grazie ai quali siamo riusciti a mitigare il *batch effect*. Questa strategia di analisi potrebbe venir utilizzata anche per studiare altre patologie, consentendo di sfruttare con maggior accuratezza l'enorme quantità di dati accumulati nella letteratura biomedica – conclude La Porta – Grazie a questo approccio, siamo riusciti a identificare una lista di geni caratteristici dell'obesità, che sono anche associati al diabete di tipo 2 e al cancro alla mammella. Il tutto con un grado di precisione simile a quello usato per identificare il Bosone di Higgs". (**MARTINA BOSSI**)

https://www.nature.com/articles/s41540-017-0018-z.pdf

CORRIERE DELLA SERA.it

17-07-2017

Lettori
319.200

http://www.corriere.it/

MEDICINA

Un ago incandescente che genera microonde per rimuovere i tumori

Si entra nel fegato (o in altri organi) con un ago che, servendosi di questa energia, può distruggere tumori e metastasi di dimensioni contenute

di Alice Vigna

Un ago incandescente miracoloso, che "scioglie" i tumori velocemente e senza intoppi. Dietrofront: forse c'è qualche rischio che viene taciuto e la punta dell'ago, per esempio, può sfilarsi e provocare danni? Dalle stelle alle stalle, in un'altalena fra entusiasmi e timori: dove sta la verità nell'uso delle microonde per la termoablazione del cancro? Come spesso accade, sta nel mezzo: i grossi rischi paventati da alcuni non ci sono, ma non è neppure la soluzione perfetta per qualunque paziente ed è importante valutare grandezza, numero e localizzazione dei noduli tumorali per individuare i candidati più adatti a questa tecnica. Stando agli studi più recenti sul tema, per esempio, alcune proprietà del tessuto incidono sull'esito e devono essere tenute presenti quando si pianifica un'intervento; o, ancora, nel caso delle metastasi epatiche da tumore al colon i risultati dipendono dalla localizzazione del cancro primario e anche di questo occorre tener conto.

Le complicanze

Le microonde sono arrivate in clinica da circa dieci anni e sono perciò una tecnica più nuova rispetto all'ablazione con radiofrequenze, ma il bilancio è positivo se, come sottolineano tutte le revisioni dei dati

ottenuti finora, si scelgono i candidati giusti su cui intervenire. Vietato insomma credere di avere la soluzione per tutti i mali, ma anche temere eventi avversi che la pratica su migliaia e migliaia di casi in tutto il mondo ha dimostrato essere rarissimi, come spiega Luigi Solbiati, direttore di Radiologia interventistica e Oncologica all'Istituto Clinico Humanitas, di Milano: «Il tasso di complicanze della termoablazione con microonde è molto più basso di qualsiasi procedura chirurgica, si tratta di una tecnologia sicura e affidabile. Quando, qualche mese fa, sono emerse preoccupazioni circa la possibilità di difetti negli aghi che portano le microonde nei noduli, abbiamo realizzato un'indagine sull'esperienza degli ultimi dieci anni dei centri italiani con maggior volume di interventi, valutando gli esiti di oltre 9.600 pazienti: ebbene, le complicanze dovute a imperfezioni dei macchinari sono risultate pari a zero. All'inizio, anni fa, sono capitati casi in cui la punta dell'ago per le microonde (in materiale ceramico biocompatibile diverso dal resto della sonda, *ndr*) si è "sfilata" in uscita o è rimasta nel nodulo, ma questo non ha mai pregiudicato né il risultato del trattamento, né la salute del paziente. La percentuale di complicanze con le microonde è analoga a quella delle radiofrequenze: la mortalità si aggira sullo 0.01 per cento, molto inferiore quindi a qualsiasi intervento chirurgico standard, mentre gli eventi avversi che richiedono una terapia non superano l'1.5 per cento e sono quasi sempre minimi».

I vantaggi delle microonde

A seguito di alcuni dubbi sulla sicurezza dei macchinari, nei mesi scorsi ad alcuni strumenti era stato ritirato il marchio CE per effettuare ulteriori verifiche; tutti i test confermano la mancanza di pericoli reali per i pazienti, per cui poche settimane fa il Ministero della Salute ha riconfermato la compatibilità con il marchio CE per gli apparecchi "sotto accusa". Nessun timore quindi per una tecnologia che ha caratteristiche diverse dalle meno recenti radiofrequenze, tali da aprire possibilità di intervento impensate fino a una decina d'anni fa. «Con le radiofrequenze nel nodulo da trattare non si superano i 90-95 gradi, le microonde arrivano a 120-140 gradi - sottolinea Solbiati -. La temperatura più elevata consente di intervenire su aree più ampie in tempi più brevi, ma anche di eliminare circa un centimetro di tessuto sano attorno al tumore, riducendo drasticamente la probabilità di una ricaduta che poi sarebbe più complessa da trattare: così il tasso di recidive per noduli dai 2 ai 4.5 centimetri, per esempio, con le microonde è inferiore rispetto alle radiofrequenze. Non solo: le microonde "seguono" meglio il volume delle masse che generalmente è sferico, perché i margini dell'area trattata sono più regolari e rotondeggianti. Infine, il calore delle radiofrequenze può essere "portato via" dal sangue se ci sono vasi abbastanza grandi vicino al nodulo, riducendo l'efficacia della termoablazione nelle aree più vicine ai vasi stessi; con le microonde, più potenti, questo non accade e ciò riduce il tasso di recidive anche nelle lesioni più grandi».

L'applicazione

Le microonde vengono usate sul fegato, per epatocarcinomi e metastasi epatiche da altri tumori, e danno ottimi risultati anche sul rene per noduli inferiori ai 3-3.5 centimetri, sul polmone in caso di masse inferiori ai 3 centimetri e non troppo numerose, nelle metastasi ossee per ridurre il dolore e affrontare meglio la radioterapia. In circa otto anni sono state condotte quasi 20mila procedure in tutta Italia, ma non esiste un registro perché in alcuni casi non c'è neppure una codifica regionale specifica per queste tecnologie. «Oggi in tutte le Regioni si trovano strutture che offrono l'ablazione con microonde, dai grossi centri che trattano centinaia di casi a quelli piccoli che spesso prendono la strumentazione quando hanno radunato un buon

numero di pazienti, per poi restituirla dopo gli interventi - informa Solbiati -. La maggior potenza delle microonde, che può tuttavia essere calibrata modificando la temperatura, implica la necessità di una buona esperienza da parte dell'operatore perciò in generale è meglio rivolgersi a centri con un elevato volume di procedure: maggiore è la dimestichezza con la tecnica, minore è la probabilità di eventi avversi anche nei casi più complicati».

ANSAit

17-07-2017

LETTORI
137.040

http://www.ansa.it

Dieta mediterranea, alleato nei pazienti oncologici

Libro consiglia alimenti e ricette di supporto alle cure

ROMA - Cereali antichi come l'avena e il farro integrale, olio extravergine d'oliva, verdure di stagione e frutti di bosco, legumi, pesce azzurro dei nostri mari. La dieta mediterranea è una irrinunciabile e sana abitudine per tutti e può diventare anche un prezioso alleato per i pazienti oncologici. Un adeguato stile alimentare può, infatti, modulare gli effetti negativi delle terapie e al tempo stesso aiutare l'organismo ad essere più ricettivo alle cure stesse. Recenti studi hanno anche dimostrato l'estrema utilità di alimenti e spezie, come alghe, riso basmati, funghi shiitake, curcuma, che pur non facendo parte della nostra dieta sono validi aiuti in una alimentazione salutare e nella prevenzione.

Il libro 'La dieta mediterranea integrata e terapie oncologiche' (Edizioni Latitudine 41) cerca di dare risposte agli interrogativi che i pazienti oncologici si pongono sulle abitudini alimentari da seguire prima e dopo la somministrazione di trattamenti come la chemio e la radioterapie e gli immunoterapici. Gli autori sono Elisabetta Sbisà (biologo molecolare), Maria Grazia Forte (chirurgo e specialista in nutrizione clinica oncologica), entrambe membri di Artoi (Associazione Ricerca Terapie Oncologiche Integrate) e Adolfo Sbisà Fondatore della Scuola di Cucina e Alimentazione Naturale – Apulian Natural Cookery School.

"Questo volume vuole essere una guida pratica per pazienti e familiari, ma anche per tutti coloro che vogliano assumere sane abitudini alimentari, un supporto sui cibi da evitare e su quelli da prediligere",

spiegano gli autori.

Diversi gli alimenti che un paziente oncologico dovrebbe consumare in un regime di aggressione al cancro. Cibi come quelli sopracitati che riducono lo stato infiammatorio, a basso indice glicemico, che mantengono bassa l'insulina e riducono l'apporto di sostanze nutritive alle cellule tumorali. Utilizzando informazioni e ricette che non impongono rinunce alla buona tavola, abbinati a studi specifici, il libro si pone l'obiettivo di insegnare il valore nutrizionale degli alimenti, la loro importanza nella vita quotidiana, la ricerca dei cibi più salutari, la valutazione del prodotto biologicamente valido a Km. 0. Per affrontare i giorni no del paziente e quelli che precedono,o seguono la somministrazione delle cure.

"La nutrizione è vita. Può essere fonte di disagio fisico e mentale ma anche qualcosa di più. Si può e si deve sapere cosa significa nutrire: stimolare il nostro pensiero, la nostra capacità razionale. La nutrizione è ciò che ci rende unici e diversi come specie", spiega Massimo Bonucci, Presidente Artoi.

quotidianosanità.it

Lunedì 17 LUGLIO 2017

Ema. Maroni: “Presto la presentazione del dossier definitivo per la candidatura di Milano”

Potrebbe essere presentato all'inizio della settimana prossima, al Pirellone, il dossier definitivo per la candidatura di Milano a sede dell’Agenzia europea del farmaco. Lo ha annunciato il presidente della Regione ricordando di avere sollecitato insieme al sindaco di Milano, il Presidente del Consiglio per la presentazione del dossier

“Insieme al sindaco di Milano abbiamo scritto al Presidente del Consiglio per sollecitare la presentazione del dossier. Si sta definendo anche un appuntamento di presentazione, che vogliamo fare qui a Milano, probabilmente all'inizio della settimana prossima, appena il documento sarà definito nei dettagli”.

È quanto ha annunciato durante la conferenza stampa conclusiva della seduta della Giunta di oggi, il presidente della Regione Lombardia, Roberto Maroni, In merito al dossier definitivo per la candidatura di Milano a sede dell’Agenzia europea del farmac, sottolineando la sua intenzione di presentarlo al Pirellon.

Stili di vita. Perdere peso misurare il sodio negli alimenti. Evitare insaccati e dadi. E diminuire il girovita

I dubbi sul sale le certezze sulla pancia grossa

È DAVVERO il sale il nemico numero uno di chi soffre di ipertensione? Se è vero infatti che diminuirne il consumo abbassa il rischio di insorgenza di ipertensione, ridurlo troppo potrebbe essere dannoso per la salute. «Definire la dose di sodio ottimale per l'organismo è difficile e controverso. E non abbiamo dati scientifici certi sugli effetti che diete iposaliniche estreme offrirebbero alla riduzione del rischio cardiovascolare e di decesso. Un'indagine condotta da noi suggerisce di non andare al di sotto dei 7,5 grammi al giorno, corrispondenti a 3 grammi di sodio, perché oltre questo limite non sappiamo quali potrebbero essere le conseguenze per la salute», afferma Giuseppe Mancia, presidente del congresso della Società Europea di Ipertensione. Detto questo, il consumo giornaliero di sale degli italiani è circa il doppio di quello consentito.

Per limitare l'apporto di sale bisogna innanzitutto limitare il consumo di insaccati, evitare il dado, la salsa di soia, e tutti quei prodotti che contengono glutammato. Ma non basta: bisogna poi abituarsi a insaporire i cibi con gli aromi. «Il 90% del sale che assumiamo deriva da alimenti confezionati, cibi in scatola, pane. Solo il 10% è quello che aggiungiamo alle pietanze che prepariamo», spiega Maurizio Muscaritoli, presidente della Società italiana di nutrizione clinica e metabolismo (Sinuc).

Difficile, quindi, e forse anche inutile, accanirsi solo e soltanto contro il sodio: la strategia vincente è, come sempre, quella dell'alimentazione sana e, nel caso di sovrappeso, quella di dimagrire. Perdere 5 chili significa ridurre, in media, la pressione sistolica di 4,5 mm/Hg e quella diastolica di 3,5 mm/Hg. «Se una persona ha una sistolica media di 145-140 mm/Hg, un calo ponderale potrebbe ridurre i valori pressori in modo da raggiungere valori magari non ottimali, ma accettabili», dice Muscaritoli.

Anche l'attività fisica aiuta: 30-40 minuti di corsa, nuoto, jogging, camminata a passo veloce, per almeno cinque volte a settimana, possono portare a una diminuzione di 4-8 mmHg. La prevenzione dell'ipertensione passa anche dal colesterolo, che deve essere inferiore a 200 mg/dl nelle persone a rischio più basso e inferiore a 160-130 mg/dl in quelle a rischio elevato o molto elevato, e dalla glicemia, che deve stare sotto i 100 mg/dl.

Un altro parametro è la circonferenza addominale, che indica i depositi di grasso intra-addominale, accusati di produrre sostanze che, favorendo l'infiammazione, aumentano il rischio cardiovascolare. Per prevenire diverse patologie, non solo l'ipertensione, è importante che la circonferenza addominale rimanga sotto i 102 cm per gli uomini e gli 88 cm per le donne. Un parametro anche molto semplice da monitorare, sia dal medico sia dal paziente. Basta un metro da sarta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

18-LUG-2017
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

> PERISCOPIO

Noi, loro, e le sirene ignoranti

DANIELA MINERVA

CHISSÀ SE CI riusciranno i ragazzi del Settebello? Tre di loro, colpiti dal Paramyxovirus, non partono per i mondiali, e gli italiani forse si convinceranno che il morbillo è una cosa seria. Che davvero è tornato e colpisce: non è una paranoia dell'Istituto superiore di sanità, una trovata politica del ministro Beatrice Lorenzin per farsi notare in tempi di elezioni, come non è un'astuta macchinazione di Big Pharma capace di tirarsi dietro come un pifferaio magico i giornalisti ignoranti e un po' codini. Lo sappiamo che è tornato: 3500 ammalati e 2 morti dall'inizio dell'anno significano proprio questo, non è più una malattia del passato ma una con cui dobbiamo combattere. In queste ore ci hanno a che fare Valentino Gallo, Marco Del Lungo e Alessandro Velotto; come si sa Gallo è ricoverato a Siracusa e gli altri sono risultati positivi ai controlli sierologici. Sono ragazzoni, nessuno pensa che siano in pericolo di vita. Altro invece se, a zonzo per il paese, Paramyxo arriva nel corpo di anziani immunodepressi, bambini con carenze di diverso tipo, ma anche adulti con patologie che già li affannano. Lì la partita può farsi cruenta. Perché Paramyxo è astuto e violento; è uno dei milioni di esseri viventi con cui entriamo in contatto e che classifichiamo a spanne "agenti patogeni". Si insinuano nel nostro corpo e il più delle volte finiscono per trovarsi un posto comodo senza darci fastidio. Sono milioni , virus e batteri, risiedono stabilmente dentro di noi, hanno integrato il loro Dna col nostro e finché siamo vivi vivono. È nel loro stesso interesse non farci morire, con questi milioni di esseri viventi, tra ciò anche i virus,abbiamo una convivenza pacifica e reciprocamente conveniente, alcuni sono anche capaci di proteggerci da altri patogeni aggressivi e letali. Che dobbiamo, invece, temere. Creature violente e stolide come Hiv o Hcv o Paramyxo, che buoni non ci stanno. E per questo bisogna evitare che ci infettino. E per questo non vaccinarsi quando possibile è una sciocchezza inaudita. Pensiamo a quanto saremmo felici se esistesse un vaccino contro Hiv o contro l'epatite C. Contro il morbillo esiste ma, chissà perché, ci sono molti genitori che decidono di non proteggere i loro piccoli. Illusi dalle sirene ignoranti che non ci siano pericoli.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 04/2017: 170.853
Lettori Ed. I 2017: 1.144.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

18-LUG-2017
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

MICHIO HIRANO HA VISITATO IL PICCOLO PROPONENDO UNA CURA SPERIMENTALE. IL 25 LUGLIO IL VERDETTO

Il medico venuto dagli Usa con una terapia per Charlie

MARIA CORBI
ROMA

«Salvate nostro figlio». L'ultimo appello dei genitori del piccolo Charlie Gard è rivolto a Michio Hirano, neurologo della Columbia University di New York, secondo cui è una corsa contro il tempo ma si può tentare una terapia sperimentale prima di staccare la spina (unica possibilità secondo i medici del Great Ormond Hospital di Londra). Il luminare, laureato ad Harvard è arrivato al capezzale del piccolo insieme al responsabile del Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione del Bambin Gesù, Enrico Bertini, ed altri dottori. Un consulto per capire le attuali condizioni del piccolo in vista dell'udienza all'Alta Corte venerdì prossimo. Il 25 luglio, poi, il giudice Nicholas Francis deciderà se rimanere della sua idea, ossia la necessità di staccare la spina, o se invece valga la pena trasferire Charlie negli Usa con Hirano per una cura che ancora non è stata sperimentata abbastanza sugli esseri viventi, ma che si stima possa dare una chance almeno teorica di miglioramento, compresa fra il 10 e il 50%. Sempre che Charlie riesca a sopportarla.

Enrico Bertini il cui parere all'inizio di questa vicenda era stato senza speranza, continua ad essere cauto, ma appoggia il protocollo di Hirano basato su studi non pubblicati sulla sindrome da deplezione del Dna mitocondriale. Mentre i medici inglesi continuano ad essere scettici sul «miracolo» convinti che il bambino andrebbe accompagnato con dignità al suo destino per non farlo soffrire. Ma ieri hanno accolto e collaborato con i colleghi stranieri facilitando l'accesso alle informazioni. A Hirano è stato offerto un contratto temporaneo di consulente onorario in modo da fargli visionare le cartelle cliniche.

Connie e Chris, mamma e papà, sono stati sempre accanto al lettino del loro Charlie durante le visite, rispondendo alle domande del professore americano. Dopo aver messo in atto una massiccia campagna di appello in difesa della vita del figlio sui social - con l'hashtag #charliesfight - si sono mossi papa Francesco e il presidente Usa Donald Trump oltre a milioni di persone comuni che hanno voluto contribuire (con 1,5 milioni di euro) per finanziare le cure del piccolo negli Stati Uniti. E da ieri hanno un filo di speranza in più. Soddisfatti di aver mobilitato l'opinione pubblica internazionale e dell'intervento di medici stranieri, convinti che il loro piccino sia ormai «un prigioniero» da strappare (parole del portavoce di famiglia) alle mani di uno Stato e d'un servizio sanitario decisi, chissà, ad affermare la propria autorità.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Cure inedite
Il 25 luglio sarà il giorno in cui il giudice Francis dovrà decidere se confermare la sentenza di staccare la spina o dare l'ok a trasferire Charlie negli Usa per inedite cure, con una probabilità teorica di miglioramento tra il 10 e il 50%

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

18-LUG-2017
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Settimana cruciale a Palazzo Madama per il primo via libera al decreto che introduce l'obbligo a scuola

Anche il Senato si vaccina in ritardo

Più dialogo con le famiglie dubbiose e multe decurtate - Arriva l'anagrafe nazionale

Multe ridotte a un massimo di 500 euro per i "no vax". Eliminazione della segnalazione dei genitori recalcitranti alla Procura presso il Tribunale per i minori. Più spazio al dialogo tra Asl e famiglie. Obbligo esteso ai minori stranieri non accompagnati. Il Ddl 2856 di conversione del Dl 73, che istituisce l'obbligo vaccinale a scuola per bambini e ragazzi da zero a sedici anni, concluderà in settimana l'esame al Senato. Poi, il passaggio rapido alla Camera: la deadline è al 6 agosto. Tra le modifiche bocciate, l'obbligo per operatori sanitari e scolastici e le profilassi in farmacia.

GOBBI A PAG. 6-7

Settimana clou al Senato per il sì alla legge di conversione del decreto sull'obbligo scuola

Vaccini, sanzioni «ai minimi»

Multa massima a 500 euro e nessuna segnalazione - Farmacie «escluse»

Multe ridotte ai minimi per le famiglie "no vax". Eliminazione della segnalazione dei genitori recalcitranti alla Procura presso il Tribunale per i minori. Più spazio al dialogo, con le aziende sanitarie che - in caso di mancato rispetto dell'obbligo - convocheranno i genitori per «fornire ulteriori informazioni sulle vaccinazioni e sollecitarne l'effettuazione».

Il disegno di legge 2856 di conversione del decreto legge 73 - relatrice **Patrizia Manassero** (Pd) - che istituisce l'obbligo vaccinale a scuola per bambini e ragazzi da zero a sedici anni, ha concluso giovedì scorso la sua prima settimana di esame in Aula al Senato. Un avvio lento, cominciato con la bagarre che mercoledì in aula ha accompagnato l'intervento della ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**. Concluso con una dichiarazione tranchante della ministra, in risposta agli attacchi ad ampio raggio - dai presunti conflitti d'interesse in seno agli organi di consulenza del ministero alla mancanza di un'effettiva necessità e urgenza del provvedimento, se non forse per il morbillo - dei senatori dell'opposizione. «La politica - è stata la risposta finale di Lorenzin - di fronte alle istituzioni scientifiche deve fare un passo laterale, perché la politica non fa la scienza ma la accompagna, la regola e la garantisce ai cittadini».

Poi, accantonata anche l'ipotesi fiducia, che pure era stata autorizzata dal Consiglio dei ministri ma che è stata accantonata davanti all'esigenza di «un dibattito ampio e necessario in risposta alle richieste dei cittadini, che l'Aula del Senato, non può non fare propria», come hanno spiegato sia **Emilia De Biasi** (Pd) sia il senatore **Paolo Romani** (Fi) - l'esame del provvedimento è partito.

Drastica la sforbiciata all'impianto sanzionatorio: le multe, che nel testo originario andavano da 500 a 7.500 euro, in base alla gravità dell'inosservanza (una o più mancate vaccinazioni), ora - con una modifica sostenuta da tutti i gruppi parlamentari - oscilleranno in un range tra 100 e 500 euro. Una sanzione che, malgrado le richieste di più senatori di ridurre l'obolo a una cifra meramente simbolica - si è parlato anche di centesimi di euro - è stata mantenuta proprio per giustificare l'obbligatorietà della norma. Che - lo ricordiamo - la legge introduce per gli iscritti ad asili nido, materne e superiori.

Ma contrariamente a quanto richiesto da più parti, Regioni incluse, l'obbligo non riguarderà gli operatori sanitari e scolastici: la commissione Bilancio del Senato ha respinto, per mancanza di copertura, l'emendamento (inizialmente approvato dalla Igiene e Sanità), presentato in questo senso dai senatori di Forza Italia. I quali, malgrado la riproposizione di più versioni, avallata dalla stessa relatrice, si sono visti respingere anche la proposta di poter effettuare le vaccinazioni, ai medici coadiuvati da infermieri, nelle farmacie territoriali. Anche qui, l'assenza di copertura - ma pure la Federazione dei medici si era opposta - ha fatto naufragare la modifica al testo.

Resta accantonato fino a martedì 18 luglio - quando Palazzo Madama riprenderà l'esame degli emendamenti con la prospettiva di votare entro mercoledì 19 luglio gli otto articoli del testo, da inviare alla Camera per la conversione entro la deadline del 6 agosto - il parere della commissione Bilancio sull'emendamento all'articolo 1, a firma M5S (ma presentato in formulazioni analoghe anche da altri gruppi parlamentari, maggioranza inclusa). Prescrive la produzione di formulazioni "monocomponenti" per i vaccini obbligatori: una modifica appesa innanzitutto all'esito della Relazione tecnica chiesta dalla V commissione alla Ragioneria generale dello Stato e che, se dovesse "passare", consentirebbe agli individui già immunizzati naturalmente di superare l'obbligo di sottoporsi al doppio pacchetto di somministrazioni tetravalenti ed esavalenti.

Il Senato ha approvato infine - con parere favorevole del Governo e della relatrice - l'emendamento (forzista) che estende il vincolo ai minori stranieri non accompagnati. Saranno sottoposti, come i loro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

18-LUG-2017
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

coetanei residenti in Italia, al nuovo pacchetto di dieci profilassi obbligatorie (nel testo d'ingresso erano dodici) - anti poliomielitica, anti difterica, anti tetanica, anti epatite B, anti pertosse, anti Haemophilus influenzae tipo b, anti morbillo, anti rosolia, anti-parotite, anti varicella - e alle quattro vaccinazioni «ad offerta attiva e gratuita», su cui era stata già raggiunta, con accordo by-partisan Pd-Forza Italia, l'intesa in commissione Igiene e Sanità: cioè anti-meningococco B e C, anti pneumococco e anti rotavirus. Sarà il ministero della Salute, entro dieci giorni dalla conversione in legge del decreto e sulla base della verifica dei dati epidemiologici e delle coperture vaccinali ottenute, a dare indicazioni pratiche alle Asl per la chiamata attiva su queste quattro profilassi.

Infine, vanno ricordate le altre modifiche introdotte già in XII commissione al decreto: l'istituzione dell'Anagrafe vaccinale nazionale - necessaria ad avere finalmente il polso della situazione su coperture, epidemiologia ed eventuali emergenze - e la negoziazione obbligatoria dei prezzi dei vaccini in capo all'Aifa, l'Agenzia nazionale del farmaco.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

6 agosto
La deadline per la conversione in legge del decreto n. 73 varato dal Consiglio dei ministriil 19 maggio scorso

14
Il numero complessivo di vaccinazioni, tra obbligatorie e «ad offerta attiva e gratuita», inserite nel disegno di legge di conversione del decreto

3.500
I casi di morbillo notificati in Italia secondo l'Iss, di cui il 35% avrebbe riportato almeno una complicanza (2 i casi di encefalite e 2 decessi)

2,5 milioni
Il numero di persone che secondo quanto riportato dalla ministra Lorenzin sono state salvate quest'anno nel mondo grazie ai vaccini

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 04/2017: 116.452
Lettori Ed. I 2017: 292.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

18-LUG-2017
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Vaccini, riparte l'esame al Senato L'appello: «Non vinca chi urla»

Lettera dei genitori pro-vax a Grasso: ascoltate noi

A firmare il testo la mamma di una bimba malata a cui è stato chiesto di cambiare classe perché troppi compagni non erano vaccinati

Il Senato ricomincia dai vaccini, oggi. La speranza del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, è che l'esame del decreto si concluda questa settimana «portando un ottimo risultato per l'Italia». Il timore – suo e di tutti i convinti sostenitori delle norme contenute nella prima versione del testo – è che quel risultato scenda a più compromessi del dovuto, dopo quelli già "dolorosi" della riduzione del numero di vaccinazioni obbligatorie, dell'alleggerimento delle sanzioni, della bocciatura dell'obbligo di vaccinazioni per medici e insegnanti.

A prendere parola su questo punto, con una lettera indirizzata al presidente del Senato Pietro Grasso, in queste ore è stata Corinna Verniani, la mamma di una bimba di 7 anni che l'anno scorso aveva già denunciato come sua figlia, a causa di una malattia, non potesse essere vaccinata ma che nella sua classe otto bambini su diciannove non avessero fatto il richiamo contro morbillo, parotite, rosolia. Risultato: i dottori le avevano consigliato di cambiare classe alla piccola. «Siamo genitori qualsiasi, siamo genitori di bambini sani, di bambini malati, siamo alcuni di quei quasi novanta per cento di genitori italiani che non si radunano nelle piazze, che non molestano chi svolge un servizio pubblico, ma che ogni giorno si comportano secondo le regole del vivere in comunità e che vaccinano normalmente i propri figli, per la propria protezione e per sentire di appartenere ad una società», si legge nella lettera, pubblicata anche su Facebook e che in poche ore ha raccolto la firma di altri 2.500 genitori, compresi scienziati come l'epidemiologo Pierluigi Lopalco e il virologo Roberto Burioni. «In questi giorni al Senato abbiamo assistito al mercimonio di un valore prezioso – continua l'appello –: la nostra fiducia in voi e nella scienza. Il decreto che reintroduce l'obbligatorietà delle vaccinazioni, ogni giorno viene esautorato un po', per compiacere una forma di comunicazione sociale che non dovrebbe dettar legge; chi urla più forte oggi pare averla vinta». Chiari i riferimenti al dibattito in Commissione Sanità, da cui il decreto è uscito indubbiamente menomato: «Non consentiamo a insegnanti e medici di dare il buon esempio, alleggeriamo le sanzioni fin quando al massimo non daremo un simpatico buffetto a chi non vaccina i propri figli senza motivo valido. Abbiamo ascoltato parole tra gli scranni del Senato che fanno tremare i polsi e rivelano quanto radicate siano l'ignoranza e la scaramanzia: vaccini metallici, vaccini al tungsteno, improvvisati trattati di immunologia. Tra di noi ci sono genitori che quotidianamente affrontano la malattia dei propri figli e conoscono bene la materia, ci sono anche genitori che si sono spesi pagando un prezzo intimo e personale per cercare di tranquillizzare altri genitori». Secondo i firmatari della lettera «se la politica non sarà dalla parte della ragione e dei cittadini con fermezza, le coperture caleranno ancora pericolosamente e dopo non ci sarà informazione capace di salvare coloro che ne pagheranno le spese».

Intanto – mentre dopo i tre giocatori della nazionale di pallanuoto è toccato al segretario del Pd di Treviso, Christian De Pellegrin, 36 anni, di contrarre il virus del morbillo e finire ricoverato in isolamento nel reparto di Malattie infettive dell'ospedale San Martino – è l'Europa intera a finire sotto la lente di ingrandimento del rapporto annuale di monitoraggio sui programmi globali di immunizzazione diffuso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) e dall'Unicef. Secondo cui nel Vecchio Continente sono circa 650mila i bambini che nascono ogni anno e che non ricevono la serie completa delle tre dosi di vaccino contro difterite, tetano e pertosse nel primo anno. Numeri che, insieme alle 35 morti per morbillo registrate l'anno scorso, destano allerta tra le autorità sanitarie internazionali. **(V.D.)**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 86.689
Diffusione 12/2016: 50.320
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

18-LUG-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

L'APPELLO SUI VACCINI

I fan del decreto a Grasso: "Il testo perde pezzi"

"IL PROVVEDIMENTO che introduce l'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'iscrizione a scuola "sta perdendo pezzi" e, alla fine, "sta vincendo chi urla più forte". In una lettera inviata ieri al presidente del Senato Pietro Grasso - alla vigilia della ripresa dell'esame del testo a Palazzo Madama - Corinna Verniani, mamma di una bimba che non può essere vaccinata perché affetta da una malattia, richiama l'attenzione sull'importanza delle vaccinazioni e la lettera è stata già sottoscritta da migliaia di genitori 'pro vax'. Lo scorso anno, la donna denunciò che la figlia non poteva essere vaccinata, ma nella prima elementare che frequentava ben 8 bambini su 19 non avevano fatto il richiamo contro morbillo, parotite e rosolia ed i medici le consigliarono quindi di allontanare la piccola dalla classe. "Ogni giorno - scrive oggi - il ddl viene esautorato un po', per compiacere una forma di comunicazione che non dovrebbe dettar legge; chi urla più forte oggi pare averla vinta". Intanto, domani riprenderà la discussione in Aula al Senato e se la Federazione degli Ordini dei medici Fnomceo invita a "vigilare sulla riproposizione di norme" giudicate negativamente, come quella che voleva 'medici-vaccinatori' nelle farmacie.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 86.689
Diffusione 12/2016: 50.320
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

18-LUG-2017
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'altra proposta: vaccini obbligatori solo quando serve

I critici Un gruppo di medici ed esperti propone un'alternativa al piano del governo: "Le imposizioni siano locali e temporanee"

IL DOSSIER

» VIRGINIA DELLA SALA

Chi si oppone deve proporre un'alternativa altrimenti ci scappa il morto": la citazione è di Roberto Burioni, ordinario di microbiologia dell'ospedale San Raffaele di Milano, durante il Forum nazionale dei circoli del Pd "Italia 2020". Si parlava di vaccini, di emergenze, di decreti. "Internet ha aperto a tutti, ed è una cosa buona - aveva detto Burioni, che proprio sui social network ha una seguitissima pagina - Ma dà anche la voce a chi dice bugie perché la comunità scientifica non discute sull'efficacia dei vaccini". Proprio online, però, nel giorno in cui l'Istituto superiore di sanità diffonde la guida per sfatare le Fake news sui vaccini si può reperire anche la risposta a Burioni, firmata da undici tra medici, docenti e ricercatori, già noti per le loro posizioni in difesa della trasparenza in medicina. Un'alternativa in cinque punti che, sorpresa, non esclude l'obbligatorietà.

MORBILLO. Primo punto: affrontare l'urgenza morbillo. Va bene raggiungere la copertura vaccinale al 95 per cento, ma solo dove ce ne sia davvero bisogno, ovvero con l'introduzione temporanea dell'obbligo solo nelle realtà locali che presentino dati di copertura inferiori. "Il morbillo - spiegano - è l'unica patologia prevenibile con vaccino che vede in corso un'urgenza epidemica (anche se i casi del 2017, ancorché inaccettabili, non hanno superato di molto quelli del 2010 e sono tuttora meno di quelli del 2011, anni con copertura vaccinale antimorbillo superiore all'attuale". Una misura coerente anche con gli impegni ufficiali internazionali.

COME IL VENETO. Il secondo punto riguarda le altre patologie indicate dal decreto. L'idea è che anche per le altre patologie, dalla difterite al tetano, si potrebbero attivare misure urgenti (che possono contemplare l'obbligo vaccinale) e temporanee quando le coperture reali scendano sotto soglie di allarme. Soglie che, però, non possono essere generiche ma determinate e aggiornate in modo specifico - cioè di malattia in malattia - con un dibattito scientifico che tenga conto anche delle prove che si accumulano nella letteratura scientifica. In sintesi, se il problema è il morbillo, non bisognerebbe estendere ad altre vaccinazioni "un'emergenza che non c'è". Inoltre, le percentuali di copertura indicate dall'Oms per ottenere l'effetto gregge (il livello di vaccinazione di una popolazione che tutela anche agli individui che non hanno sviluppato direttamente l'immunità) non sono le stesse per tutti i vaccini. Non si dovrebbe quindi fare riferimento a un generico 95% di copertura. "Imporre un limite al diritto di accettare o meno una cura, garantito a ciascuno dalla Costituzione, può essere legittimo solo se il rifiuto di un trattamento mette concretamente a rischio altri - spiega la lettera - Nei casi in cui ciò non accade, la coercizione non è più legittimata". Quindi, tenendo ferma la necessità di intervenire sui casi locali di morbillo, propongono un periodo di pausa, riflessione e studio, con la promozione di un confronto scientifico che "andrebbe aperto anche a esperti indipendenti".

TRASPARENZA. Gli ultimi due punti riguardano, nell'ordine, la richiesta di trasparenza e di prevenzione. Un'anagrafe informatizzata di raccolta dati "unica, efficiente e integrata" con quella di farmacovigilanza aumenterebbe "efficienza, trasparenza e credibilità degli interventi vaccinali e autorevolezza delle istituzioni". Infine, gli "interventi informativi, educativi e di promozione della salute di efficacia documentata nel ridurre specificamente le malattie infettive e le loro conseguenze, che meritano attenzione da parte dei livelli di governo della Sanità". La formazione, insomma, prima dell'obbligo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti

- **LA COPERTURA** del 95 % per il morbillo deve essere raggiunta con l'imposizione solo dove ce n'è davvero bisogno
- **DISTINGUERE** tra le soglie raccomandate dall'Oms e aggiornarle
- **GARANTIRE** trasparenza, informazione ed educazione con dati aggiornati e pubblici e con iniziativa di coinvolgimento e sensibilizzazione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

18-LUG-2017
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

MEDICINA DI PRECISIONE

Se i Big data sanitari viaggiano al rallentatore

La sanità moderna sta ormai vivendo da più di un decennio una serie continua di radicali e importanti trasformazioni legate sia al rapido processo di innovazione in medicina, che, negli ultimi anni, sta "traghettando" la sanità da un concetto di medicina di popolazione a quello di una medicina personalizzata o di precisione, sia alla continua e crescente pressione sui costi legata alla difficoltà, soprattutto nei sistemi sanitari di natura pubblica, di garantire la sostenibilità di tali sistemi.

Tra i diversi fattori di cambiamento, quello del passaggio dalla medicina di popolazione a una medicina di precisione, che tiene conto della variabilità genetica dei singoli individui, dell'ambiente, del microbioma e dello stile di vita delle singole persone, è quello che se da un lato consentirà probabilmente di trattare patologie ancora oggi ritenute non curabili o curabili con risultati modesti, dall'altro metterà in crisi in futuro i principi stessi su cui sino ad oggi si è basata la medicina.

Il classico approccio alla ricerca biomedica, che prevedeva ad esempio, nel caso di sviluppo di nuovi farmaci, una serie di fasi di sviluppo, dalla ricerca in laboratorio a quella pre-clinica e clinica, mirate a identificare differenza tra gruppi di popolazioni trattati con il nuovo farmaco, perde gran parte della sua validità se lo inquadriamo nel contesto della medicina di precisione. Ad oggi infatti normalmente scoprire che un farmaco o un qualsiasi intervento sanitario è più efficace in un sottogruppo di popolazione, spesso rappresenta l'opzione non solo per trattare in maniera maggiormente efficace i pazienti che meglio rispondono alla terapia, ma anche per evitare di utilizzare risorse economiche per trattamenti che già sappiamo essere inefficaci su specifici pazienti. Tipicamente identificare tali sottogruppi di pazienti con l'approccio tradizionale dei" grandi" trial clinici con migliaia di pazienti arruolati, costringe i ricercatori a effettuare post hoc analisi. Tale approccio è estremamente inefficiente e spesso non è in grado di identificare le cause di differenze di risposta terapeutica da parte di diversi sottogruppi di popolazione. Ciò spesso quindi si traduce nella necessità di avviare ulteriori studi per validare le cause e le caratteristiche del sottogruppo di popolazione che risponde meglio al trattamento.

Ciò causa, con gli attuali meccanismi di regolazione di ingresso dell'innovazione tecnologica nella pratica clinica, un allungamento dei tempi della messa a disposizione della nuova tecnologia e un potenziale incremento di costi non appropriati nel caso in cui non si riuscisse ad identificare le variabili alla base della diversa risposta.

Il concetto alla base della medicina di precisione non è valido solo in ambito terapeutico, ma anche in un contesto più ampio come quello della sanità pubblica e della prevenzione, in cui la comprensione dei meccanismi di interazione tra le variabili ambientali (clima, esposizione a particolari inquinanti, ecc) e le abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, ecc) possono dare indicazioni importanti per prevenire l'insorgenza stessa di specifiche patologie. Un cambiamento così radicale nei meccanismi di produzione della conoscenza dei determinanti di salute e/o di malattia, comporta una modifica degli stessi meccanismi basilari con cui sino ad oggi si sono prodotte, regolate e utilizzate le informazioni scientifiche.

Non è più sufficiente studiare ampi gruppi di popolazione, ma è ormai necessario che vengano studiati i singoli individui nella loro vita quotidiana sia nei momenti di buona salute che di malattia. Ogni giorno milioni di persone assumono medicazioni da cui non traggono beneficio o vengono esposte a fattori di rischio ambientali che potenzialmente, in quelle particolari "personali" condizioni del microbioma, possono poi portarli a sviluppare o meno specifiche patologie. Raccogliere, collezionare e analizzare miliardi di dati di singoli persone e/o pazienti, i cosiddetti Big data, comporta enormi difficoltà non solo di carattere tecnico ma anche criticità di carattere legislativo in tema di protezione ed utilizzo dei dati, Tali difficoltà sono quelle che probabilmente hanno causato un ritardo, rispetto ad altri settori, nell'utilizzo dei Big Data in sanità. Malgrado ormai vi siano gli strumenti per gestire sia le problematiche tecniche che giuridiche. Nei prossimi anni la necessità di sostenere adeguatamente il processo di una innovazione tecnologica efficace, appropriata, sostenibile ed equa, rende non più procrastinabile l'utilizzo sistematico e massivo dei cosiddetti big data.

Marco Marchetti
Direttore Centro nazionale per l'Hta
Istituto Superiore di Sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

18-LUG-2017
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

GLI ULTIMI DATI DEL MINISTERO

I casi trattati aumentano ma restano pochi

Una migliore qualità riesce a ridurre i costi per paziente

Pur essendo l'alternativa più efficace ed economicamente sostenibile all'attuale modello che ruota attorno all'ospedale, l'assistenza domiciliare per la cura a lungo termine degli anziani fragili o con patologie croniche ad oggi è pressoché un privilegio: ne gode infatti solo il 2,7% degli ultrasessantacinquenni residenti in Italia (in alcuni Paesi del Nord Europa sono assistiti in casa il 20% degli anziani), e le prestazioni, le ore dedicate a ciascun assistito, la natura pubblica o privata degli operatori e il costo pro capite dei servizi sono i più differenti e variegati, a seconda delle aree del Paese. E sono assistiti a domicilio nel nostro Paese solo 370mila over 65, a fronte di circa 3 milioni di persone che risultano affette da disabilità severe, dovute a malattie croniche, e che necessiterebbero di cure continuative. Lo rilevano i dati del ministero della Salute e la survey effettuata da Italia Longeva.

«L'Italia - ha spiegato il presidente di Italia Longeva Roberto Bernabei - non ha ancora dato una risposta univoca, né ha individuato un modello condiviso, per la gestione della più grande emergenza demografica ed epidemiologica del presente e del futuro. Dato di fondo è la disomogeneità, ma emergono due suggerimenti: tranne qualche eccezione, **servizi insufficienti laddove è meno sviluppata l'integrazione fra servizio sanitario e operatori sociali dei Comuni, e assistenza domiciliare meno** costosa dove si dedicano più ore "di qualità" a ciascun paziente».

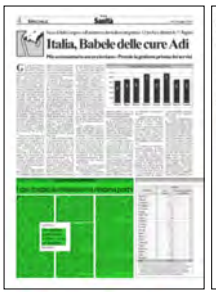
Anche i dati ufficiali dell'Adi di fonte ministero della Salute testimoniano ampiamente di disomogeneità profonde nell'offerta tra una Regione e l'altra: ad esempio il tasso di anziani assistiti in Adi o la percentuale di spesa sanitaria dedicata all'Adi presentano incredibile variabilità nei diversi contesti.

In particolare, a fronte di una media nazionale nel 2014 che indica 0,6 assistiti trattati in Adi per ogni 100 residenti (+ 27,7% rispetto al 2013), un'ampia variabilità è presente tra il tasso minimo di 0,1 assistiti in Adi (per 100) di Calabria e Valle d'Aosta, e i valori massimi di 1,2 e 1,1 rispettivamente della Provincia Autonoma di Trento e dell'Emilia-Romagna.

Anche gli ultimi dati relativi al 2016, di fonte Sistema informativo assistenza domiciliare (SIAD), esprimono una marcata variabilità: con riferimento al tasso di anziani assistiti (per 100) si va dal 5,1 del Molise allo 0,3 del Lazio a fronte di una media nazionale di 2,8 (era 2,3 nel 2014). In totale si sono registrati 804.866 casi trattati, in aumento rispetto a quelli riportati nel 2011 (507.126) e nel 2013 (732.780).

Inoltre i dati sulle prese in carico Adi per intensità di cura mettono in luce la prevalenza di quelle a più basso livello di intensità: 37% Cia base (Cia da 0 a 0,13), 23% di I livello (Cia 0,14-0,30) e 18% di II livello (Cia 0,31-0,50).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

18-LUG-2017
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

CORTE DEI CONTI

L'indebitamento delle Asl va a quota 56,5 miliardi

È la classica slavina che scende a valle, che si ingrossa e finisce inevitabilmente per creare seri imbarazzi di gestione ai sistemi sanitari locali. L'indebitamento complessivo degli enti del Ssn si conferma essere un moloch difficile da scalfire. Un macigno resistente, resisentissimo, che nel 2015 ha toccato i 56,65 mld, con una crescita di ben il 16% rispetto a un anno prima.

Un cattivo, anzi un pessimo segnale, considerato che invece nel quadriennio 2012-2015 s'è ridimensionato dell'8,43%. Ma adesso è tornato indietro, a ripreso inesorabilmente a risalure, facendo segnae in termini assoluti un aumento in dodici mesi di poco più di 8 mld.

Senza dire che la voce comprende l'altro moloch, quello dei debiti verso i fornitori del Servizio sanitario nazionale: sempre nel 2015 era di 22,9 mld. Anche in questo caso, arrestando la corsa fatta registrare gli anni prima verso la riduzione: rispetto al 2014 è sceso appena di 200 mln circa, dopo che dal 2012 era diminuito di 15 mld. Insomma, i fornitori possono attendere. Vecchia storia

Foto di gruppo. È la fotografia consegnata dalla Corte dei conti nel rapporto sulla finanza regionale al 2015, appena inviata al Parlamento. E chissà che ne farà, viene da dire. Una relazione che ripete i giudizi tutto sommato positivi raggiunti di questi anni dal Ssn, a cominciare dal netto calo dei disavanzi, dagli interventi (in taluni casi tentativi, neppure ancora risolutivi) nelle Regioni in piano di rientro o sotto lo schiaffo del commissariamento. Buoni giudizi che la magistratura contabile fotografa anche sulla base di rapporti europei e di apposite "classifiche", senza trascurare la segnalazine del basso livello di spesa sanitaria pro-capite in Italia rispetto ai nostri partner Ue. Così il debito. L'indebitamento complessivo degli enti Ssn anche verso la Regioni e gli altri enti, è stato nel 2015 di 56,65 mld. Quello delle Regioni ordinarie era di 51,4 mld , il 20,7% in più del 2014, e quello delle Regioni a statuto speciale di 5,2 mld (-12,78%). Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Toscana e Lazio rappresentano circa il 68% del totale del debito. Quanto invece al debito verso i fornitori - 22,89 mld - 20 mld sono in carico alle Rgioni ordinarie (-0,77% sul 2014), mentre 2,84 mld (-1,39% rispetto al 2014) gravava sulle spalle di quelle a statuto speciale. Il calo complessivo rispetto all'anno prima è stato dello 0,85%, un netto ridimensionamento rispetto al calo del 33% fatto segnare dal 2011 al 2014.

Red. San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 04/2017: 116.452
Lettori Ed. I 2017: 292.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

18-LUG-2017
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

Il caso. Ora l'Alta Corte «raddoppia»

Un paziente affetto da Sla chiede l'eutanasia. E un filo rosso lo lega alla lobby del suicidio assistito e ai giudici: il «tutore legale» del bimbo è anche presidente di una Ong che vuole introdurre la pratica in Gran Bretagna

Silvia Guzzetti
Londra

C'è un filo rosso importante che lega il caso di Charlie Gard, il piccolo di undici mesi, affetto da una rarissima disfunzione del mitocondrio, sul cui destino l'Alta corte britannica si eprimerà martedì 25 luglio, e quello di Noel Conway, il 67enne di Shrewsbury, malato di sclerosi laterale amiotrofica, che si è rivolto allo stesso tribunale per chiedere il suicidio assistito.
Conway, un docente universitario in pensione, è, infatti, sostenuto nella sua battaglia, dall'associazione Dignity in Dying, una "charity" senza scopi di lucro, che si batte per la legalizzazione dell'eutanasia in Gran Bretagna, e che chiede che i medici possano prescrivere a Conway una dose letale. A guidare l'altra importante associazione per l'eutanasia britannica, Compassion in Dying, è poi Victoria Butler-Cole, proprio l'avvocato nominato come "tutore legale" di Charlie, perché, per la legislazione britannica un figlio ha diritti propri indipendenti dai genitori: per questo va rappresentato da un legale nel corso di un processo. La scoperta che a dover tutelare gli interessi del figlio sia una figura leader del movimento pro-eutanasia ha scioccato i genitori di Charlie, che si battono eroicamente da mesi, perché il figlio venga curato con una terapia sperimentale.
Le due Ong del movimento per la legalizzazione dell'eutanasia coinvolte dal caso di Charlie Gard e di Noel Conway, sono strettamente legate avendo lo stesso amministratore delegato e gli stessi membri del consiglio di amministrazione tra i quali vi è, appunto, Victoria Butler-Cole. L'avvocatessa è stata nominata come tutrice di Charlie da "Cafcass", un altro ente pubblico che rappresenta i minori davanti ai tribunali di famiglia e dovrebbe garantire i loro diritti. Intanto Connie Yates e Chris Gard, i genitori di Charlie, hanno anche contestato il fatto che il figlio, di appena 11 mesi, sia rappresentato da un legale perché ritengono che dovrebbero essere gli unici autorizzati a difendere i suoi diritti.
«Si tratta di un profondo conflitto di interessi», hanno sottolineato i genitori di Charlie quando hanno scoperto che la tutrice del figlio è a favore del suicidio assistito. Come nel caso di Noel Conway, ex professore, non più in grado di camminare, che respira con l'aiuto di un respiratore, e che vuole ottenere dall'Alta Corte la non incriminazione per chi lo aiuterebbe a morire in Gran Bretagna.
Il caso all'Alta Corte sarà analizzato a cominciare da questa settimana, dovrebbe durare cinque giorni: secondo il quotidiano *Guardian*, rappresenta il tentativo più importante, fino ad oggi, di ottenere la legalizzazione dell'eutanasia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media