CORRIERE DELLA SERA.it

22-07-2016

Lettori
319.200

http://www.corriere.it/

Tumori, fertilità preservata solo nel 10% dei pazienti sotto i 40 anni

In Italia il cancro colpisce 8mila giovani all'anno: 5mila donne e 3mila uomini. In ogni Regione serve una struttura di riferimento per salvare la possibilità di diventare genitori. La consulenza specialistica deve essere eseguita entro 48 ore dalla diagnosi

di Vera Martinella

Ogni giorno in Italia vengono diagnosticati almeno 30 nuovi casi di tumore in persone che hanno meno di 40 anni. In totale, circa 5mila donne e 3mila uomini all'anno si ritrovano a fare i conti con la malattia in giovane età, spesso ancor prima di essere diventati genitori, ma solo il 10 per cento di questi pazienti ha accesso alle tecniche di preservazione della fertilità. Grazie ai progressi fatti nelle terapie, una quota crescente di loro guarirà definitivamente, ma è fondamentale che, prima di iniziare i trattamenti anticancro, si ricorra se necessario ai vari metodi disponibili per garantire la possibilità futura di avere un figlio. Nel nostro Paese sono presenti 319 oncologie e sono 178 i centri di Procreazione medicalmente assistita (PMA) che applicano non solo la fecondazione in vitro, ma anche la crioconservazione (cioè il congelamento e la conservazione a temperature bassissime) dei gameti. Va però migliorata la comunicazione fra le due realtà, fra chi cura il tumore e chi si occupa di fertilità, come illustrato recentemente nelle Raccomandazioni sull'Oncofertilità, presentate a Roma dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), dalla Società Italiana di Endocrinologia (SIE) e dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetrica (SIGO).

Consulenza specialistica entro 24-48 ore

«Chiediamo al ministro della Salute - dice Andrea Lenzi, presidente SIE - di attivare un confronto con le società scientifiche per programmare il numero, le dimensioni, la distribuzione territoriale e i volumi minimi di attività per la definizione di un Centro. Uno dei nostri obiettivi è anche migliorare fra i clinici la cultura della preservazione della fertilità dopo il cancro». Secondo gli esperti è necessario promuovere una rete nazionale dei centri di oncofertilità, che consenta ai pazienti di rivolgersi a strutture pubbliche specializzate e organizzate per fare fronte a tutte le loro esigenze. E in tempi rapidi, perché non si perda tempo prezioso prima di iniziare le terapie anticancro. «Per i pazienti - spiega Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM - la Rete costituirà un grande vantaggio perché, dal momento in cui al paziente viene diagnosticata una neoplasia, l'oncologo sarà in grado di metterlo direttamente in contatto con il centro pubblico di riferimento per procedere, dopo adeguata consulenza,

alla crioconservazione dei gameti prima dell'inizio delle terapie, eludendo tutte le liste di attesa. La consulenza specialistica dovrà infatti avvenire entro 24-48 ore. Diversamente da quanto accade nell'uomo, nella donna l'utilizzo di alcune di queste tecniche è associato a un ritardo nell'inizio dei trattamenti antineoplastici: da qui l'importanza di avviare quanto prima le pazienti agli esperti in questo campo. Questo sicuramente è un ambito che necessita di un'implementazione della sanità pubblica».

Si diventa genitori sempre più tardi

La possibile comparsa di sterilità o infertilità secondaria ai trattamenti antitumorali e il conseguente impatto psicologico sui pazienti hanno acquisito importanza crescente negli ultimi anni alla luce di due fattori: da un lato, il miglioramento della prognosi nei pazienti oncologici di età pediatrica e giovanile, che ha determinato la costituzione di una vasta popolazione di giovani "survivors" oncologici, ancora in età per programmare una paternità o maternità; dall'altro lo spostamento in avanti dell'età della prima gravidanza, che comporta il fatto che molti di questi pazienti non siano ancora genitori al momento della diagnosi. In Italia la percentuale delle gravidanze registrate in donne oltre i 35 anni è passata dal 12 per cento nel 1990 al 16 per cento nel 1996 ed è stato stimato che sarà pari al 25 per cento nel 2025. I più comuni tipi di cancro prima dei 40 anni sono, nella donna: carcinoma della mammella, tumori della tiroide, melanoma cutaneo, carcinoma del colon-retto e della cervice uterina; e nell'uomo: tumore del testicolo, melanoma, linfoma non-Hodgkin, carcinoma del colon-retto e tumori della tiroide.

Un Centro multidisciplinare salva-fertilità

«Il desiderio di diventare genitori dopo la malattia è stato per troppo tempo sottovalutato - spiega Paolo Scollo, presidente SIGO -. Questo documento, indirizzato alle istituzioni, riassume i principi chiave da seguire per un cambiamento sostanziale. In ogni regione dovrebbe essere istituito almeno un Centro di riferimento in cui operino team multidisciplinari composti da ginecologi, senologi, andrologi, biologi e psicologi collegati in rete con i centri oncologici ed ematologici che abbiano esperienza nella gestione di pazienti in età fertile. Bastano poche strutture specializzate distribuite su tutto il territorio nazionale a cui devono fare riferimento altri centri connessi, in modo da realizzare un sistema efficiente ed efficace, senza spreco di risorse e con un'immediata attivazione e potenziamento delle strutture riconosciute idonee e già operanti in Italia. In questo modo potranno essere applicati i più aggiornati e validati strumenti diagnostici, terapeutici, laboratoristici e chirurgici così da garantire ai malati un percorso di cura appropriato e uniforme in tutta Italia».

Le terapie che più insidiano la fertilità

Sebbene chemioterapia, radioterapia e terapie biologiche abbiano migliorato significativamente la sopravvivenza dei pazienti oncologici, sono associate a un elevato rischio di infertilità temporanea o permanente. Il tasso d'infertilità è variabile e dipende da molteplici fattori quali: tipo della neoplasia, classe, dose e posologia del farmaco impiegato, estensione e sede del campo di irradiazione, dose erogata e suo frazionamento, età e sesso del paziente, anamnesi di pregressi trattamenti per infertilità. Alcuni tipi di chemioterapici, in particolare quelli che danneggiano il DNA, riducono drasticamente, nella donna, il numero degli ovociti primordiali, diminuendo la cosiddetta "riserva

ovarica" e aumentando il rischio di infertilità e menopausa precoce, mentre nell'uomo possono interferire in momenti più o meno precoci della cascata spermato-genetica con conseguente alterazione dei parametri seminali fino all'azoospermia (ovvero la completa assenza di spermatozoi). In entrambi i sessi, il maggior rischio di perdita della funzione riproduttiva è associato agli agenti alchilanti, come carboplatino e cisplatino. Al contrario, un basso rischio è associato a metotrexate, fluorouracile, vincristina, vinblastina, bleomicina e dactinomicina, mentre i dati relativi al rischio da taxani non sono ancora definitivi. Per quanto riguarda la radioterapia è sufficiente una dose compresa tra 5 e 20 Gy sull'ovaio per causare una disfunzione gonadica, indipendentemente dall'età della paziente (alla dose di 30 Gy il rischio di menopausa precoce si aggira intorno al 60 per cento nelle donne di età inferiore a 26 anni). Non si conoscono poi ancora gli effetti sulla fertilità dei nuovi farmaci, che rappresentano una fetta importante dell'attuale armamentario terapeutico oncologico. Non è nota, per esempio, la potenziale tossicità gonadica dei nuovi antiangiogenetici, compresi gli anticorpi monoclonali e le piccole molecole.

Madri dopo il tumore: nessun timore

Le principali tecniche di preservazione della fertilità nella donna sono costituite dalla crioconservazione degli ovociti o del tessuto ovarico e dall'utilizzo di farmaci (analoghi LH-RH) per proteggere le ovaie, nell'uomo dalla crioconservazione del seme o del tessuto testicolare. Il materiale biologico può rimanere crioconservato per anni ed essere utilizzato quando il paziente ha superato la malattia. Nelle giovani sottoposte a trattamenti antitumorali, sono due le preoccupazioni principali nei confronti di una gravidanza, talvolta condivise anche dai medici: da un lato i possibili effetti nocivi delle terapie sullo sviluppo del bambino, dall'altro le conseguenze della gestazione sulla donna in termini di ripresa della malattia, in particolare in caso di neoplasie ormono-sensibili come quelle del seno. «Riguardo al primo punto - sottolinea Scollo -, i dati disponibili non dimostrano un aumento del rischio di difetti genetici o di altro tipo nei bambini nati da donne precedentemente sottoposte a terapie antineoplastiche. Per quanto riguarda il secondo aspetto, oggi è noto che le pazienti che hanno avuto un figlio dopo la diagnosi di tumore mammario non hanno una prognosi peggiore rispetto alle altre. Al contrario, i risultati di uno studio condotto su 1.244 donne segnalerebbero addirittura un effetto protettivo della gestazione, con una significativa riduzione del rischio di morte. Va quindi ritenuta definitivamente caduta la storica controindicazione alla gravidanza nelle pazienti con pregresso carcinoma mammario».

I pazienti in età riproduttiva vanno informati

Nonostante non sussistano reali controindicazioni, la quota di donne che hanno almeno un figlio dopo la diagnosi di carcinoma mammario è tuttora molto bassa: solo il 3 per cento tra le donne di età inferiore a 45 anni e l'8 se si considerano le under 35». Anche per i giovani pazienti di sesso maschile, in assenza di una sindrome neoplastica ereditaria, non esiste alcuna evidenza scientifica che una precedente storia di cancro aumenti il tasso di anormalità congenite o di tumori nella loro prole. «È importante - conclude Lenzi - che tutte le persone con diagnosi di tumore in età riproduttiva vengano adeguatamente informate della possibile riduzione della fertilità in seguito ai trattamenti antitumorali e, al tempo stesso, delle strategie oggi disponibili per limitare questo rischio. Le Raccomandazioni

indicano tutti gli sforzi che dovrebbero essere messi in atto per aumentare lo scambio di informazioni fra i clinici per puntare non solo alla guarigione dei malati, ma anche al mantenimento dei loro obiettivi futuri, compresi quelli di una progettualità familiare».

quotidianosanità.it

Giovedì 21 LUGLIO 2016

Nascite pre-termine. Anche i padri manifestano sintomi d'ansia

Secondo quanto suggeriscono i risultati di un piccolo studio australiano pubblicato da JAMA Pediatrics, nei genitori di bambini nati gravemente prematuri aumenta notevolmente il rischio di ansia e depressione, rispetto a quanto si verifica nei genitori di bambini nati a termine.

(Reuters Health) - Nelle settimane immediatamente dopo la nascita, i neonati prematuri hanno spesso difficoltà nella respirazione e nella digestione del cibo. Questi primi segni possono essere premonitori di disordini più gravi nel lungo termine come alterazioni nella vista, nell'udito e nelle capacità cognitive o di futuri problemi sociali e comportamentali. Tutto questo espone i genitori dei nati prematuri a notevole angoscia che si evidenzia specie nel periodo in cui i neonati sono ricoverati nei reparti di terapia intensiva.

Lo studio
Con questi presupposti **Carmen Pace** del Royal Children's Hospital di Melbourne e colleghi hanno inteso di concentrare la loro attenzione sui genitori dei prematuri più vulnerabili, in particolare quelli nati a 30 settimane di gestazione o meno e che sono stati ammessi al reparto di terapia intensiva neonatale. Lo studio ha incluso 113 madri e 101 padri di neonati prematuri, nonché 117 madri e 151 padri di bambini sani, nati a termine. Tutti i bambini erano nati nel periodo 2011-13 presso il Royal Women's Hospital di Melbourne.

I risultati
Nelle valutazioni effettuate subito dopo la nascita, il 40% delle madri dei prematuri erano depresse, rispetto ad appena il 6% delle donne che hanno partorito a termine. Nello stesso momento, il 36% dei padri dei nati prematuri e il 5% degli altri padri erano depressi. Nell'arco di sei mesi, i tassi di depressione sono rimasti abbastanza simili per i genitori dei bambini a termine, ma non era lo stesso per i genitori dei prematuri. Infatti, il 14% delle madri e il 19% dei padri dei piccoli prematuri erano depressi anche sei mesi dopo la nascita. Andando a verificare la sintomatologia ansiosa dei genitori ugualmente si evidenziava che durante il periodo subito dopo la nascita, il 48% delle madri dei prematuri manifestavano sintomi d'ansia, rispetto al 13% delle altre madri. E fra i padri dei prematuri, il 47% soffriva di ansia, rispetto al 10% degli altri padri.

Lo studio, secondo l'autrice Carmen Pace, ha essenzialmente evidenziato che l'angoscia e la depressione sono molto comuni nei genitori di neonati prematuri; tuttavia tali manifestazioni si riducono nel tempo. Inoltre va notato che mentre la maggior parte degli studi finora condotti si concentrano sulla depressione materna post-partum anche i padri, nel caso dei nati prematuri, vanno attentamente considerati.

Fonte: *JAMA Pediatr 2016*

Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

ANSA

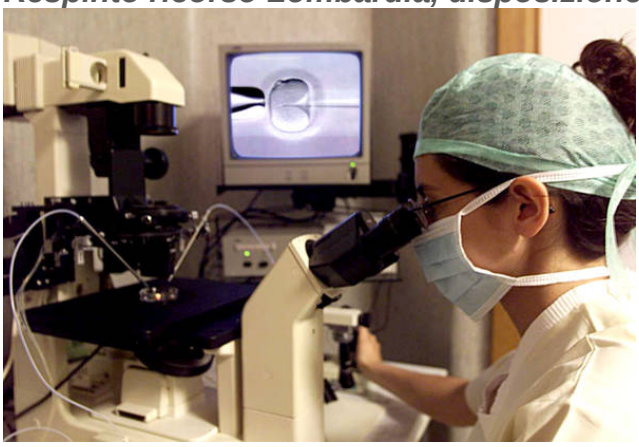
21-07-2016

Lettori
155.567

http://www.ansa.it

Consiglio Stato,illegittimo far pagare eterologa ad assistiti

Respinto ricorso Lombardia, disposizione Regione discrimina



E' illegittimo far pagare agli assistiti le spese per la fecondazione eterologa. Lo ha deciso il Consiglio di Stato, respingendo l'appello della Regione Lombardia e confermando la decisione del Tar.
"La determinazione regionale di distinguere la fecondazione omologa da quella eterologa, finanziando la prima e ponendo a carico degli assistiti la seconda, non risulta giustificata" e "realizza una disparità di trattamento lesivo del diritto alla salute delle coppie affette da sterilità o da infertilità assolute", si legge nella sentenza.
La Regione Lombardia rispetterà "la legge": l'assessore al Welfare, Giulio Gallera lo ha spiegato, dopo che il Consiglio di Stato ha dichiarato illegittimo far pagare le spese per la fecondazione eterologa. "Appena verranno approvati i nuovi Lea nazionali - ha detto - porteremo in giunta una delibera, presumibilmente a settembre, che recepirà anche le indicazioni ormai consolidate dai giudici amministrativi". Gallera ha spiegato in una nota che "l'intenzione è di redigere una delibera che abbia un preciso riferimento normativo e contestualmente recepisca le indicazioni ormai approdate all'ultimo grado della giustizia amministrativa". Secondo l'assessore, però, è "curioso che i giudici amministrativi censurino la disparità di trattamento tra le coppie che accedono alla fecondazione omologa e quelle che chiedono l'eterologa solo perché Regione Lombardia ha un sistema sanitario virtuoso e con un bilancio in attivo. Dunque seguendo il ragionamento dei giudici, questa disparità di trattamento sarebbe ritenuta corretta per tutte quelle Regioni, la maggior parte, che hanno i conti in dissesto".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 393.080
Diffusione 05/2016: 285.479
Lettori Ed. I 2016: 1.482.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Cristina Guarinelli

22-LUG-2016
da pag. 40
foglio 1
www.datastampa.it

Abortire è un problema, c'è solo un ginecologo

Il dottor Michele Mariano è un tipo sbrigativo solo perché ha tanto da fare. Ha 65 anni, lavora all'ospedale Cardarelli di Campobasso, ed è l'unico ginecologo che pratica le interruzioni di gravidanza in tutto il Molise. È vero che siamo nella regione con la più alta percentuale di medici obiettori d'Italia, ma a dar retta alla statistica almeno il 6,7 per cento dei ginecologi dovrebbe attuare la legge 194.

«La verità è che c'è un'altra collega, tra i non obiettori della regione» dice Mariano «ma di sicuro non pratica interruzioni di gravidanza».

E quando lei va in vacanza?

«Mi assento ogni tanto, per tre o quattro giorni, ma solo se il calendario delle visite e degli interventi lo consente. Facciamo circa 400 interruzioni di gravidanza all'anno, distribuiti in un paio di sedute a settimana e quasi tutti chirurgici».

Perché le donne rifiutano la RU 486?

«Una direttiva regionale impone tre giorni di ricovero a chi sceglie l'aborto farmacologico, mentre chi opta per l'intervento resta in ospedale solo per poche ore, capisce che i tempi di degenza influenzano la scelta...».

E riuscite a fare aborti terapeutici?

«No, sono interventi delicati e da solo non riesco a garantire un'assistenza medica 24 ore su 24».

Cosa accadrà, dottor Mariano, quando lei andrà in pensione?

«Compiuti i 70 anni dovrò smettere per forza. Per ora resto qui, a combattere. Mi venga a trovare che le racconto. Sono qui, dalla mattina alla sera».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 334.292
Diffusione 05/2016: 226.066
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-LUG-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

LA SENTENZA / LO HANNO STABILITO I GIUDICI DI PALAZZO SPADA. LA LOMBARDIA ERA L'UNICA REGIONE NELLA QUALE ERA A CARICO DELLE COPPIE

Maroni bocciato sull'eterologa a pagamento

La motivazione: "Disparità di trattamento lesivo del diritto alla salute"

Pronta una class action per chiedere il rimborso delle spese sostenute all'estero

ALESSANDRA CORICA

MILANO. Una bocciatura netta. E di fronte alla quale alcune coppie stanno già preparando una class action, «per chiedere il rimborso delle spese illegittimamente sostenute per andare all'estero», spiega l'avvocato Gianni Baldini. Mentre il Pirellone, dopo quasi due anni di ostruzionismo, non può che piegarsi: «Rispetteremo la legge: a settembre porteremo in giunta una delibera che recepirà le indicazioni dei giudici».

Il Consiglio di Stato boccia la Regione Lombardia che dopo la sentenza della Consulta aveva stabilito, unico caso in Italia, che l'eterologa fosse a carico delle coppie. A differenza dell'omologa, che invece è rimborsata dal servizio sanitario lombardo. «La determinazione regionale di distinguere la fecondazione omologa da quella eterologa, finanziando la prima e ponendo a carico degli assistiti la seconda, non risulta giustificata», scrivono i giudici. Che sottolineano come così si realizzi «una disparità di trattamento lesivo del diritto alla salute delle coppie affette da sterilità o da infertilità assolute». Di qui, l'obbligo per la Regione di rimborsare le terapie.

Il Consiglio di Stato si è espresso dopo il ricorso presentato dalla giunta Maroni, la cui decisione di far pagare alle coppie l'eterologa era stata bocciata in prima battuta dal Tar nel 2015. In giudici amministrativi avevano bollato come «discriminatoria» la scelta di Palazzo Lombardia di far pagare i trattamenti con tariffe tra i 1.500 e i 4mila euro. Nonostante questo, il Pirellone non aveva fatto passi indietro, e si era rivolto al Consiglio di Stato, ricordando che l'eterologa non è ancora nei Lea, i livelli essenziali di assistenza. E sottolineando come le casse regionali non avessero abbastanza fondi — nonostante i 18 miliardi di euro ogni anno stanziati per la sanità lombarda — per pagare i trattamenti. Ragioni che però per il Consiglio di Stato sono «infondate», visto che le «esigenze finanziarie da parte dell'amministrazione non possono indurla a discriminare». Non solo: i giudici ricordano come la Lombardia non abbia i conti in rosso. E quindi che «pur dovendo considerare la scarsezza dei mezzi e la limitatezza delle risorse di cui dispone, l'amministrazione non può ignorare una domanda di prestazione sanitaria» per quello che è il diritto «alla salute nel suo nucleo irriducibile, pur in un quadro di risorse finanziare limitate».

Netto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin: «Ho messo fin da subito nei nuovi Lea sia l'omologa che l'eterologa. Tra l'altro, ricordo che questa procedura si afferma in Italia grazie a una sentenza della Corte Costituzionale che eccepiva discriminazione economica sulla non applicabilità dell'eterologa in Italia. Quindi era uno degli elementi principali, se non l'elemento cardine per cui la Corte Costituzionale era intervenuta sulla legge 40».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 227.480
Diffusione 05/2016: 159.940
Lettori Ed. I 2016: 1.241.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

22-LUG-2016
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

Fecondazione

Illegittimo far pagare per l'eterologa

Far pagare agli assistiti le spese per la fecondazione eterologa è «illegittimo». A stabilirlo è stato il Consiglio di Stato, respingendo l'appello della Regione Lombardia e confermando la decisione del Tar. «La determinazione regionale di distinguere la fecondazione omologa da quella eterologa, finanziando la prima e ponendo a carico degli assistiti la seconda, non risulta giustificata e realizza una disparità di trattamento lesivo del diritto alla salute delle coppie affette da sterilità o da infertilità assolute», si legge nella sentenza. La Lombardia aveva deciso, nel settembre 2014, unica Regione in Italia, di far pagare agli assistiti la terapia per chi volesse ricorrere all'eterologa, indicando come tariffe di riferimento cifre tra i 1.500 e i 4mila euro. Un provvedimento che aveva innescato forti polemiche.

Le prime unioni civili entro Ferragosto

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

21-07-2016

Lettori
155.567

http://www.ansa.it

Anche i medici hanno i loro pazienti preferiti

ROMA - E' forse una delle cose più difficili da confessare, ma anche i medici hanno i loro pazienti preferiti. Che non sono quelli che non si lamentano oppure i più simili a loro, ma piuttosto quelli che conoscono da tempo e che sono stati molto malati, cosa che li ha portati spesso a frequentare il loro studio.

È quanto emerge da una piccola ricerca, su 25 medici di cure primarie, metà delle quali donne, condotta dalla Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health e pubblicata su Patient Education and Counseling e che è tra le prime ad esplorare sotto questo punto di vista il rapporto tra i dottori e i loro pazienti.

I risultati hanno evidenziato che solo tre medici affermavano di non avere dei pazienti preferiti, ma soprattutto nella quasi totalità dei cadi valeva la volontà, indipendentemente dai sentimenti provati nei confronti delle persone che avevano davanti, di fornire loro le migliori cure possibili. Molti medici hanno inoltre sottolineato che i pazienti preferiti li hanno arricchiti dal punto di vista professionale e umano.

"Per i pazienti questi risultati sottolineano l'importanza di stabilire una buona relazione con il medico delle cure primarie" spiega l'autore dello studio Joy Lee, evidenziando anche che "il paziente preferito non è quello che sta sempre male, ma quando arriva una crisi ha un rapporto buono col proprio dottore su cui fare affidamento".

quotidianosanità.it

Giovedì 21 LUGLIO 2016

"Sperimentazioni cliniche più sicure". Ecco le proposte di Ema per la revisione delle linee guida per gli studi di fase I sull'uomo

Il documento è frutto del lavoro dell'Agenzia del farmaco Ue e della Commissione. Obiettivo: "Migliorare ulteriormente le strategie per identificare e mitigare i rischi per partecipanti al processo". In ogni caso il testo non è definitivo e si potranno inviare proposte di modifica entro il 30 settembre. IL DOCUMENTO

L'Agenzia europea per i medicinali (EMA), in collaborazione con la Commissione europea e gli Stati membri dell'Unione europea (UE), ha proposto alcune modifiche alle linee guida sugli studi clinici di Fase I sugli umani per migliorare ulteriormente le strategie per identificare e mitigare i rischi per partecipanti al processo. Queste modifiche sono descritte in un nuovo documento di riflessione che è stato rilasciato per la consultazione pubblica. (Osservazioni sulle proposte devono essere inviate al FIH-rev@ema.europa.eu fino 30 settembre 2016 utilizzando l'apposito modulo).

"Gli studi clinici – sottolinea l'Ema in una nota - sono essenziali per lo sviluppo di farmaci e senza di loro i pazienti non possono avere accesso a nuovi farmaci potenzialmente salva-vita. Le linee guida internazionali e dell'UE sono in atto per garantire che le sperimentazioni cliniche sono condotte nel modo più sicuro possibile. Queste linee guida comprendono la necessità di studi approfonditi, anche in animali, per raccogliere informazioni su un farmaco prima che sia dato agli esseri umani".

Ema "ha individuato quelle parti della linea guida corrente che devono essere modificati per tener conto dell'evoluzione delle pratiche nella conduzione di questi studi dal momento che la linea guida è stata pubblicata prima. La revisione tiene conto anche le lezioni apprese dal tragico incidente che ha avuto luogo nel corso di una sperimentazione di Fase I a Rennes, in Francia, nel gennaio 2016".

Il documento di riflessione, che stabilisce le modifiche proposte per la linea guida, è stato preparato da un gruppo di esperti a livello UE che comprende esperti delle autorità nazionali competenti che autorizzano le sperimentazioni cliniche nell'UE ed è stato adottato dal Comitato per i medicinali per uso umano (CHMP). Nella UE, l'approvazione e l'esecuzione della sperimentazione clinica è di competenza delle autorità competenti degli Stati membri europei

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 200.828
Diffusione 05/2016: 149.769
Lettori Ed. I 2016: 833.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-LUG-2016
da pag. 31
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità. Confermate le procedure e i valori del pay back

Farmaci, per le industrie ripiani da 1,5 miliardi

LE NOVITÀ

L'Aifa dovrà concludere entro 180 giorni le rinegoziazioni pendenti sui prezzi dei medicinali rimborsati dal Ssn

Roberto Turno

ROMA

Restano intatte nella versione della Camera - e presumibilmente così sarà anche in quella finale del Senato - le procedure e i valori del **pay back** da parte delle **industrie farmaceutiche** per ripianare alle **Regioni** la metà del disavanzo della spesa farmaceutica accumulato nel triennio 2013-2015. Con poche modifiche rispetto al testo originario del Dl 113 (scade il 23 agosto) varato dal Governo. Una somma totale, il disavanzo a carico delle imprese, che secondo le stime dell'Aifa (Agenzia italiana dei farmaci) trasmesse sia ai governatori che alle industrie, vale cifre miliardarie: per l'esattezza 1,517 miliardi (si veda *www.sanità24*) , la grandissima parte della quale, per 1,29 miliardi, riguarda la farmaceutica ospedaliera, il vero buco nero della spesa per pillole e sciroppi a carico dello Stato, il cui deficit per legge - in attesa della riforma della governance di settore - è diviso fifty-fifty tra imprese e Regioni. I restanti 225,3 milioni di sfondamento nel triennio, invece, riguardano la farmaceutica territoriale.

La Puglia con 172 milioni, la Toscana con 164, la Lombardia con 146, sono le tre Regioni al top per il totale (ospedaliera+territoriale) di rimborsi attesi, rivelano le rilevazioni Aifa. Anche se poi queste somme, come del resto l'intera tenuta finanziaria del Dl 113m va considerata in qualche modo *sub judice* in vista della pronuncia del Tar del Lazio sui ricorsi presentati da parecchie imprese proprio nei confronti del provvedimento governativo. Secondo voci ricorrenti, le decisioni dei giudici amministrativi potrebbero essere imminenti.

Poche e non rilevanti le modifiche apportate alla Camera. Da una parte si stabilisce che l'Aifa renda pubblici i dati raccolti nelle schede di monitoraggio per i medicinali soggetti a rimborsabilità condizionata. Dall'altra si dispone che l'Agenzia del farmaci, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto, concluda le negoziazioni, ancora pendenti al 31 dicembre 2015, per la determinazione dei prezzi dei farmaci rimborsati dal Ssn.

Nulla cambia invece, nel testo licenziato ieri dall'assemblea di Montecitorio, per quanto riguarda le quote di ripiano a carico delle industrie, che sono fissate al 90% per gli anni 2013-2014 e all'80% per il 2015 rispetto al totale dello sfondamento di spesa farmaceutica pubblica accertato per quegli anni.

Altre novità in arrivo sono invece quelle che semplificano le procedure autorizzative per le apparecchiature a risonanza magnetica (Rm), modificando per legge un Dpr (che ha valore regolamentare) del 1994. Tra l'altro si cancellano alcuni limiti che consentivano l'uso di determinate Rm esclusivamente presso grandi complessi di ricerca e studio ad alto livello scientifico (università ed enti di ricerca, policlinici, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), ai fini della validazione clinica di metodologie di Rm innovative.

Infine, è stato approvato un emendamento che di fatto estende la platea dei beneficiari i di un indennizzo per i danni da sindrome da talidomide, riconoscendolo – a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione - ai nati tra il 1958 e il 1966, invece che tra il 1959 e il 1965, come previsto dalla normativa oggi vigente. Lo stanziamento è di 3,96 milioni l'anno dal 2016.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NORME&TRIBUTI

Comuni, più spazio alle assunzioni

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 11/2013: 464.428
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA SETTE

Dir. Resp.: Pier Luigi Vercesi

22-LUG-2016
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Antonio Polito / Finestra sul cortile

Prima di farsi una canna per piacere

L'Italia non fa abbastanza per rendere la marijuana terapeutica accessibile a chi ne ha bisogno, pur avendo una legislazione avanzata. Cominciamo da qui

Arriva alla Camera, lunedì prossimo, una proposta di legge per la legalizzazione della cannabis. Anche se non è affatto detto che il Parlamento riuscirà poi per davvero ad approvare un testo su una materia molto controversa e potenzialmente esplosiva dal punto di vista politico, bisogna in ogni caso salutare il fatto che per la prima volta abbia deciso di occuparsene, avviando almeno il dibattito. Onore dunque a deputati come Benedetto Della Vedova che, in assenza di un'iniziativa del governo, si sono mossi raccogliendo le firme a Montecitorio.

Il testo base che va in aula ha però un difetto tipico della vastissima produzione normativa italiana: si legifera, si legifera, ma senza mai verificare prima come ha funzionato la legislazione precedente. Con il risultato che nascono sempre nuove norme ma non si attuano mai quelle che già esistono. Nella legge si mescola infatti un po' superficialmente, e forse anche un po' per approfittare della pressione delle associazioni dei malati, l'uso della marijuana a scopo ludico e quello a scopo terapeutico. Si tratta di un errore. Sono materie molto diverse tra di loro, qualunque sia la nostra opinione sul "farsi le canne".

L'Italia ha una legislazione avanzata per la marijuana terapeutica che risale al 2014; ma alla legge non ha corrisposto un'applicazione pratica adeguata, anzi si può dire che nei fatti le cose non vanno affatto bene. Il primo problema è la quantità di cannabis prodotta in Italia: troppo scarsa per la domanda sempre crescente dei malati. Ci sono due tipologie di persone che possono beneficiare del consumo di marijuana: i malati terminali, che combattono così nausea, inappetenza e umor nero; e malati cronici come quelli affetti da neuropatie, spasticità, cefalee, che spesso non trovano sollievo con altri farmaci. L'uso è dunque destinato a crescere, e di molto. Fino a due anni fa in Italia se ne consumavano venti chili all'anno. Oggi, racconta il dottor Marco Bertolotto, se ne consuma altrettanta nella sola Asl 2 di Savona, dove opera un centro della terapia del dolore all'avanguardia al quale ricorrono pazienti da tutt'Italia che non trovano aiuto altrove. Basti pensare che in Canada, Paese con soli 35 milioni di abitanti, se ne produrranno quest'anno ben quattro tonnellate.

In attesa che l'Istituto farmacologico di Firenze, incaricato dal ministero della Difesa della sperimentazione, cominci a produrre la sostanza per l'uso interno, noi importiamo ancora marijuana a caro prezzo dall'Olanda. E purtroppo la soluzione al problema della produzione non può essere quella suggerita dalla nuova legge in discussione, e cioè l'autocoltivazione da parte dei malati. I medici che la somministrano sostengono infatti che l'uso di una sostanza psicotropa non può essere mai lasciata al fai-da-te, perché interferisce con altri farmaci, il dosaggio deve essere sotto controllo, il paziente va seguito costantemente.

Gaetano La Porta / AGF

Cresce la domanda
Fino a due anni fa in Italia si consumavano venti chili all'anno di marijuana. Oggi se ne consuma altrettanta nella sola Asl 2 di Savona, dove opera un centro della terapia del dolore all'avanguardia.

ISTRUZIONE PER I MEDICI. E qui arriva l'altro grande problema: la preparazione dei medici è scarsa. Sono pochissimi coloro che possono ricorrere con competenza a questo tipo di terapie. Con il risultato che i pazienti in disperata ricerca di chi li possa consigliare e assistere sono sempre troppi di più di quelli che i pochi medici disponibili possano veramente aiutare. Pur essendo garantito dal servizio sanitario, il ricorso alla terapia con la cannabis è spesso così sconosciuto che molte regioni non spendono nulla perché non hanno richieste. Sarebbe dunque molto importante, anzi urgente, avviare in tutt'Italia dei corsi per i medici.

Capisco che il dibattito politico e culturale su legalizzare oppure no la marijuana è molto più seducente e più glamour, e che da lunedì di questo si occuperanno i politici. Ma c'è un aspetto molto concreto sul quale abbiamo già raggiunto un ampio accordo, quello terapeutico; salvo poi non fare abbastanza per renderlo accessibile a chi ne ha bisogno. Propongo che lunedì, prima di discutere dell'uso ludico della marijuana, i deputati comincino da qui.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 227.480
Diffusione 05/2016: 159.940
Lettori Ed. I 2016: 1.241.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

22-LUG-2016
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

La Consulta riapre il caso Eternit-bis

"Possibile processare l'ex amministratore delegato Schmidheiny per nuove imputazioni"

258 le vittime
Purtroppo il bilancio non è definitivo L'amianto può uccidere anche a decenni di distanza

3000 persone
Quelle che nei primi due gradi di giudizio si erano viste riconoscere il diritto a un risarcimento

SILVANA MOSSANO

Stephan Schmidheiny è processabile per il caso «Eternit Bis» in cui la procura di Torino contesta il reato di omicidio volontario di 258 (almeno per ora) persone morte di mesotelioma, il cancro maligno provocato dall' amianto.

La Corte Costituzionale, ieri, ha depositato la sentenza in merito all'applicazione del principio «ne bis in idem» all'imprenditore svizzero, ultimo patron in vita della Eternit italiana, fino a quando l'azienda produsse manufatti (tetti e tubi) con amianto. Il quesito posto dal gup di Torino, Federica Bompieri, alla Corte di legittimità, era questo: «Può Schmidheiny essere imputato in un processo Eternit Bis, dopo essere già stato giudicato, con sentenza definitiva, nel precedente Eternit uno, in cui il reato contestato era sì diverso - disastro ambientale doloso -, ma identico l'ambito di condotta?». L'interrogativo era stato sollecitato dai difensori dell'imputato, Astolfo Di Amato e Carlo Alleva. La Corte Costituzionale, a distanza di cinquanta giorni dall'udienza pubblica in cui erano presenti molti casalesi dell'Afeva (Associazione famigliari e vittime amianto), ieri ha dato una risposta. Semplificando i termini giuridici, l'essenza è che Schmidheiny è processabile nell'Eternit Bis sicuramente per quanto riguarda i decessi avvenuti dopo l'Eternit Uno, ma, probabilmente, secondo le prime interpretazioni della sentenza, anche per i morti già nominati nell'altro procedimento.

Per inquadrare la vicenda, nell'Eternit Uno Schmidheiny (inizialmente con il coimputato Louis De Cartier, poi deceduto) era accusato dalla procura di Torino (Raffaele Guariniello, Gianfranco Colace e Sara Panelli) di disastro ambientale doloso, per la diffusione criminosa di fibra d'amianto di cui si conosceva la pericolosità mortale almeno dagli anni '50-'60. Fu condannato (a 16 anni in primo grado, a 18 in Appello), mentre la Cassazione decretò la prescrizione. All'indomani del colpo di spugna, la procura propose un altro filone di inchiesta con imputazione diversa: l'omicidio doloso. Indicò un elenco di 258 vittime, di cui un centinaio avvenute dopo il primo processo. Tutti morti innocenti - moltissimi non avevano mai lavorato all'Eternit - che, inconsapevoli, hanno respirato la fibra. La diffusione dissennata di amianto fu il frutto della condotta di Schmidheiny che, secondo la difesa, sarebbe la stessa tanto nell'Eternit Uno quanto nel Bis? No, secondo la Corte Costituzionale.

Condividono l'impianto i legali di parte civile Maurizio Riverditi, Sergio Bonetto, Esther Gatti e Laura D'Amico. «Nessun dubbio, in merito all'inesistenza del bis in idem, per le morti successive al primo processo - afferma Riverditi -, ma quelle stesse vittime già nominate in quel contesto non furono valutate allora come singoli casi di morte, perché il precedente procedimento considerava l'esistenza di un disastro ambientale, non la condotta di Schmidheiny rispetto ai singoli decessi, già avvenuti e che, purtroppo, continuano a verificarsi». «Più chiaro di così! Il processo Eternit Bis s'ha da fare eccome!» è il commento dell'Afeva. E il sindaco di Casale, Titti Palazzetti: «La Corte Costituzionale ha riacceso la nostra speranza di giustizia».

Processabile, però, non significa ancora che l'imputato sarà processato: ora dovrà riprendere l'udienza preliminare interrotta e il gup (pare diverso dal precedente) deciderà sul rinvio a giudizio davanti alla Corte d'Assise. «Con possibili pene - azzarda l'avvocato Bonetto - non meno severe di quelle già inflitte e poi prescritte».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 200.828
Diffusione 05/2016: 149.769
Lettori Ed. I 2016: 833.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-LUG-2016
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

La sentenza. I giudici di Palazzo Spada: illegittimo il pagamento chiesto dalla Regione Lombardia

Fecondazione, anche l'eterologa a carico della sanità pubblica

Era rimasta l'unica Regione a far pagare - con costi che arrivano fino a 4mila euro - la fecondazione eterologa, quella cioè che ricorre alla donazione (di seme o ovuli) esterna alla coppia vietata dalla legge 40 del 2004 poi bocciata dalla Consulta. A fronte invece di un ticket per chi avesse fatto ricorso alla fecondazione omologa. Ora quella decisione presa dalla Lombardia nel 2014, unica in Italia a far pagare gli assistiti, è stata definitivamente bocciata come «illegittima» dal Consiglio di Stato che ha confermato la decisione del Tar respingendo l'appello della Regione. Che ieri ha fatto sapere che rispetterà la decisione appena verranno approvati i nuovi Livelli essenziali di assistenza (i Lea sono attualmente all'esame delle Regioni): «Porteremo in giunta una delibera - ha chiarito l'assessore lombardo al Welfare Giulio Gallera -, presumibilmente a settembre, che recepirà anche le indicazioni ormai consolidate dai giudici amministrativi».

Secondo Palazzo Spada «la determinazione regionale di distinguere la fecondazione omologa da quella eterologa, finanziando la prima e ponendo a carico degli assistiti la seconda, non risulta giustificata». E, aggiunge la sentenza, «realizza una disparità di trattamento lesivo del diritto alla salute delle coppie affette da sterilità o da infertilità assolute». Secondo Gallera, però, è «curioso che i giudici amministrativi censurino la disparità di trattamento tra le coppie che accedono alla fecondazione omologa e quelle che chiedono l'eterologa solo perché la Lombardia ha un sistema sanitario virtuoso e con un bilancio in attivo. Dunque seguendo il ragionamento dei giudici - rileva - questa disparità di trattamento sarebbe ritenuta corretta per quelle Regioni, la maggior parte, che hanno i conti in dissesto». Sul punto è intervenuta ieri anche il ministro della Salute Beatrice Lorenzin che ha chiarito come nei nuovi Lea ormai vicini al varo è stata inserita «da subito» la fecondazione eterologa che «si è affermata in Italia grazie ad una sentenza della Corte Costituzionale che proprio eccepiva una discriminazione economica sulla sua non applicabilità in Italia».

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

21-07-2016

http://www.doctor33.it/

Pani: sì a Fnomceo. Sui vaccini non esiste libertà di opinione

Dopo la decisione della Fnomceo di usare misure forti con i medici che sconsigliano le vaccinazioni, anche Luca Pani Direttore generale dell'Aifa, assicura il suo pieno sostegno alla Federazione e rilancia auspicando un circolo virtuoso tra le istituzioni che preveda anche delle gare nazionali.

Prof. Pani come vede la forte presa di posizione della Fnomceo sui vaccini?
La decisione della Fnomceo è una decisione importantissima, soprattutto perché ribadisce ai medici un senso di responsabilità e di chiarezza in modo non simbolico. È molto importante una presa di posizione perché su questioni del genere mantenere un atteggiamento equidistante, lasciando libertà di opinione a chiunque, non è possibile e, anzi, si presta a dare spazio al popolo degli anti-vaccinisti che di questo approfitta.

Il governatore dell'Emilia Romagna, Stefano Bonaccini, ha annunciato che nella sua regione sarà obbligatorio vaccinarsi prima dell'iscrizione a scuola. È d'accordo con questa scelta?
Questa decisione mi sembra molto importante per dare immediata attuazione al percorso che le regioni devono, giustamente, mettere in atto per seguire le indicazioni della Fnomceo che si è espressa così chiaramente.

Ognuno, in questa partita dovrebbe avere un compito?
Mi piacerebbe pensare che ci sia un circolo virtuoso di consequenzialità in cui le istituzioni, ognuna nel loro ruolo come ha fatto la Federazione dei medici, si rinforzano l'una con l'altra nei percorsi che hanno fortissimi impatti sulla salute. L'ultimo passaggio di questo circolo virtuoso, che è stato più volte raccomandato dall'Antitrust e che noi abbiamo da poco ripreso, è la possibilità di fare delle gare nazionali per i vaccini unendo la criticità

clinica, la tutela della salute, la responsabilità clinico-scientifica, il percorso terapeutico e anche l'appropriatezza economica, sulla quale il nostro ministro della Salute si sta battendo in maniera continua.

Questa esperienza dell'Emilia Romagna, andrebbe applicata al resto del Paese?
Sicuramente c'è da chiedersi se questi aspetti virtuosi a livello regionale possano essere traslati anche a livello nazionale, considerando il fatto che virus e batteri non guardano i confini territoriali. È poi anche difficile spiegare ai cittadini come mai in certe regioni ci sono delle obbligatorietà e in altre no. Al di là di queste problematiche, però, rilevo comunque un risveglio delle coscienze in senso clinico-scientifico sulla base delle evidenze scientifiche, appunto, e questo per l'Aifa, come abbiamo sempre detto, è importantissimo.

Rossella Gemma

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
IHQI df Evaluation 07/21/2016
ABBONATI ACCEDI

21 lug 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Farmaci
Malattie e disturbi mentali
Pediatria
Medico chirurgo

LAVORO E PROFESSIONE

Vaccini, i pediatri Sipps plaudono alla linea dura Fnomceo

di *Sipps (Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale)*

La Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), esprime il più vivo apprezzamento per la decisa posizione assunta dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) in merito alle vaccinazioni, che ritiene pienamente condivisibile. «Il calo delle coperture vaccinali in età pediatrica al 24° mese che si è registrato nel 2014 per il secondo anno consecutivo – dichiara Giuseppe Di Mauro, Presidente SIPPS - richiede l'attenzione delle Istituzioni e di tutti i cittadini, ed in particolare dei genitori che hanno la responsabilità dei loro figli: si corre il rischio della ricomparsa di infezioni da anni debellate e della ripresa di altre, la cui incidenza si stava riducendo, che potranno colpire non solo i bambini che per decisione dei loro genitori non sono stati vaccinati, ma anche quelli che non hanno risposto alla vaccinazione o non possono essere vaccinati per motivi medici, o perché troppo piccoli, o che non hanno ancora completato il ciclo vaccinale».
Come sottolineato nel documento approvato all'unanimità dal Consiglio Direttivo dell'Ordine, secondo i pediatri della SIPPS sono necessarie misure che favoriscano la partecipazione attiva e consapevole della popolazione ai programmi vaccinali, aiutino le famiglie a superare la crescente diffidenza verso le vaccinazioni e diano il massimo impulso alle vaccinazioni dei primi mesi di vita, sulla base di un calendario vaccinale comune a tutte le regioni italiane.
«Particolarmente importante – prosegue Di Mauro - è l'auspicio che nelle sentenze inerenti a temi di salute i magistrati recepiscano la metodologia dell'evidenza scientifica e che il Ministero della Salute e le autorità competenti partecipino fin dal primo grado a giudizi in cui venga discussa una eventuale correlazione tra vaccini e autismo. Ciò consentirebbe di evitare che vengano emanate sentenze basate su documenti privi di validità scientifica, come quelle che negli ultimi anni hanno stabilito l'esistenza di tale correlazione ed hanno contribuito ad accrescere in modo esponenziale la diffidenza delle famiglie nei confronti delle vaccinazioni. E' parimente apprezzabile il sostegno che si intende assicurare alle normative regionali e nazionali che riaffermino la necessità della vaccinazione, e prevedano misure utili ad implementarla, compresa la non iscrivibilità all'asilo nido. Di grande importanza – precisa il presidente SIPPS - è l'avere sottolineato il ruolo centrale del medico nella promozione delle vaccinazioni e l'avere riconfermato l'obbligo che gli compete nel collaborare all'attuazione dei provvedimenti di sanità pubblica: solo in casi specifici, quali ad esempio alcuni stati di deficit immunitario, il medico può sconsigliare un intervento vaccinale. Il consiglio di non vaccinarsi nelle restanti condizioni, in particolare se fornito al pubblico con qualsiasi mezzo, costituisce infrazione deontologica».

«Nel documento – afferma Luciano Pinto, vicepresidente SIPPS Campania - si ricorda infine che "secondo la Costituzione della Repubblica la tutela della salute dell'individuo rappresenta un interesse della collettività". E' certamente importante l'avere ricordato questo diritto, che la SIPPS ha da sempre sostenuto nelle sue battaglie a sostegno delle vaccinazioni, ma, come Società Scientifica Pediatrica, non può non ricordare che le vaccinazioni rientrano "nell'interesse superiore del fanciullo", come previsto dalla la Convenzione ONU sui Diritti del Fanciullo del 1989, ratificata dall'Italia nel 1991, e ribadito nel 2015 dal Comitato Nazionale di Bioetica. Inoltre, dal 2014 la "Patria Potestà" è stata sostituita dalla "Responsabilità Genitoriale". Il minore – aggiunge il Professor

HiQPdf Evaluation 07/21/2016

Pinto - è titolare “jure proprio” del diritto alla salute che esercita tramite i genitori, che ne sono i legali rappresentanti: essi non sono liberi di decidere della salute di un bambino come di cosa propria, ma devono rispettare il principio del preminente interesse del minore senza che su di questo prevalgano scelte ed opinioni personali». «La SIPPS – conclude il presidente Di Mauro - esprime pertanto un parere favorevole a provvedimenti legislativi che consentano al minore di usufruire di questo diritto naturale in tempi rapidi, senza che si debba ricorrere a complessi e lunghi procedimenti giudiziari per farlo rispettare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015

Epatite C: innovazione sostenibile per il Ssn entro 5 anni

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015

Hcv tra sostenibilità di sistema e accesso alle cure

IMPRESE E MERCATO
03 Settembre 2015

Vendite in farmacia in salita del 4,8% nel 2015

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

HiQPdf Evaluation 07/21/2016

Dieta troppo grassa? Verso vaccino made in Italy contro danni da stravizi a tavola

MEDICINA

Tweet

(Fotogramma)

Pubblicato il: 21/07/2016 16:11

Sono la spina nel fianco dello stile di vita occidentale: gli effetti negativi sulla salute di una dieta moderna ricca di grassi. Ma adesso una scoperta made in Italy apre una nuova strada da esplorare: quella del vaccino. **Immunizzare contro alcuni batteri intestinali, presenti in sovrannumero quando ci si alimenta con una dieta occidentale ricca di grassi, può ridurre gli stati infiammatori e prevenire malattie metaboliche** come l'aterosclerosi e il diabete di tipo 2. L'intuizione è frutto del lavoro portato avanti da un team di ricercatori del Laboratorio di microbiologia e virologia dell'Irccs ospedale San Raffaele di Milano, in collaborazione con l'università degli Studi dell'Insubria di Varese.

Lo studio, che si è guadagnato le pagine di 'Scientific Report', rivista scientifica del gruppo 'Nature', è stato condotto su un modello murino e in futuro potrebbe avere "importanti ricadute" per la prevenzione delle malattie in questione sull'uomo, spiegano gli autori fra cui figura anche il medico 'paladino' dei vaccini - molto seguito sui social network - **Roberto Burioni, insieme a Massimo Clementi** (entrambi sono professori dell'università Vita-Salute San Raffaele) e a un ricercatore che oggi insegna nell'ateneo insubrico, **Filippo Canducci**, che ha coordinato il lavoro.

A questo primo traguardo si è arrivati a piccoli passi, spiega Burioni commentando i dati dello studio anche sul suo profilo Facebook: "Prima ci siamo accorti che nelle coronarie dei pazienti colpiti inaspettatamente da un infarto venivano incredibilmente prodotti anticorpi contro una sostanza estranea che non conoscevamo. Poi siamo riusciti a capire che queste sostanze estranee erano proteine di batteri che sono normalmente ospiti del nostro intestino. **Oggi siamo riusciti a dimostrare che vaccinando un topo con queste sostanze, l'aterosclerosi** (che provoca l'occlusione delle arterie ed è per questo la causa degli infarti, degli ictus e di tanti altri guai) **viene notevolmente rallentata**".

La ricerca indaga il complesso equilibrio tra la flora batterica intestinale e il sistema immunitario dell'organismo che la ospita. E' noto da tempo che la dieta occidentale, ricca di grassi e povera di fibre, altera la flora batterica, favorendo la crescita di determinate popolazioni di batteri in sfavore di altre, spiegano gli esperti. Alcuni di questi batteri però, se presenti in sovrannumero, attivano il sistema immunitario dell'organismo, avviando così il processo di infiammazione e favorendo l'insorgenza di malattie metaboliche e cardiovascolari, come appunto l'aterosclerosi.

L'intuizione dei ricercatori è stata quella di **immunizzare l'organismo verso questi batteri in sovrannumero, aiutandolo a produrre quei globuli bianchi** che si occupano di modulare la risposta immunitaria e riducendo così il processo infiammatorio. Nello studio - che ha ricevuto finanziamenti del ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca e del ministero della Salute - rispetto ai roditori che non avevano ricevuto il vaccino, quelli immunizzati mostravano ridotti livelli di infiammazione, meno zucchero nel sangue e una progressione più lenta delle placche aterosclerotiche. "Questo risultato - afferma Canducci - apre una via di studio veramente nuova e rappresenta il primo passo verso la messa a punto di vaccini volti a ridurre le conseguenze nocive di una cattiva alimentazione".

Il porcospino respinge l'attacco dei leoni

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. Canone Rai, con le prime bollette arrivano anche le prime 'sorprese'
2. Facebook sospende la pagina di Zerocalcare, ecco perché
3. Lotta alla povertà, fino a 400 euro al mese a famiglia dal 2 settembre
4. "Mi stia a sentire!", battibecco in tv tra Ciriaco De Mita e la deputata Pd Alessia Morani /Video
5. L'afa del deserto infiamma l'Italia, ma nel weekend cambia tutto

Video

Il porcospino respinge l'attacco dei leoni

SpotMini, il nuovo robot a metà tra un cane e una giraffa

Sesso sadomaso in cambio di soldi e ricariche, arrestato 49enne

High Evaluation 07/21/2016

Burioni tiene a ribadire che in questa fase "**gli esperimenti sono stati fatti tutti nei topi e siamo ancora lontani da un utilizzo clinico. Però è un piccolo, importante passo nella giusta direzione**" e i risultati, commenta all'AdnKronos Salute, "ci fanno pensare che si tratti di un valido approccio e di un modello affidabile di vaccino". Un approccio innovativo, aggiunge Canducci, "perché non eliminiamo i batteri, ma sfruttiamo la loro presenza per ottenere un effetto benefico. La strategia è modificare la risposta che l'organismo ha nei confronti di questi batteri, che vivono nell'intestino e aumentano in condizioni di aumentata infiammazione: facciamo in modo che non reagisca aumentando l'infiammazione ma riducendola. Ora ci impegneremo perché questa scoperta raggiunga la meta della sperimentazione clinica".

Tweet

TAG: Ricerca, vaccino, aterosclerosi, diabete di tipo 2, dieta occidentale, grassi e zuccheri, batteri intestinali, infiammazione, studio italiano, Irccs San Raffaele Milano, università degli Studi dell'Insubria, Roberto Burioni, Massimo Clementi, Filippo Canducci

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI

Roma, dentro la 'Nuvola' firmata Fuksas

R1, l'umanoide 'made in Italy' per le famiglie

Pedofilia, sequestrati migliaia di file audio e video, 8 arresti e 13 denunce

Ecco il robot che fa l'orto al posto tuo

Occhio al volante, per una 'vacanza coi fiocchi'

Cyclotron, la bicicletta del futuro

In Evidenza

Ricerca Personale Adnkronos, Sviluppo Business

Amministrative 2016 /Speciale Adnkronos

Il Giubileo di Francesco /Speciale

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 354.388
Diffusione 05/2016: 266.814
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-LUG-2016
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

«Bypass Burger»: a Las Vegas pasti gratis da ventimila calorie

Fa discutere il ristorante «Heart Attack Grill», che regala panini giganti ai clienti di oltre 150 chili

Scommettere sulla propria salute e non su un tavolo di casinò è lo slogan dell'«Heart Attack Grill» (la cucina da infarto), aperto a Las Vegas e oggi negli Stati Uniti oggetto — ovviamente — di grandi polemiche. «Questo è un fast food che offre cibi ad altissimo contenuto calorico dannosi per la salute — spiega cinico Jon Basso, il proprietario del locale — ma ai nostri clienti non importa. Vengono qui come se entrassero in un casinò, per scommettere». «Heart Attack Grill» offre infatti pasti gratuiti a chiunque pesi oltre i 150 chili e all'ingresso veste i clienti con camici da pazienti, «così nel caso si sentissero male, potranno essere caricati direttamente sull'ambulanza». Gli hamburger sono fuori misura e quello più richiesto, entrato di prepotenza nei guinness dei primati, è l'«Octuple Bypass Burger». Si tratta di un panino con 8 strati di carne, 25 sottilette, 40 strisce di bacon, una cipolla e un pomodoro intero, salsa chili, maionese e ketchup. Calorie totali: oltre 19 mila.

L'attrazione principale non sono solamente questi panini ma infermiere e medici molto sensuali in abiti succinti che servono ai tavoli, pronti a spronare i clienti in difficoltà. Per la cronaca, se vi sentirete male, scordatevi che vi rianimino, sono solo figuranti. Se invece supererete questo test di salute, sarete accompagnati fino alla vostra auto, comodamente seduti su una sedia a rotelle. Il locale è stato duramente criticato dai nutrizionisti americani, anche perché frequentatissimo. Non tanto da curiosi turisti bensì da avventori in sovrappeso che visitano tutti i giorni «Heart Attack Grill» pur di mangiare gratuitamente, alcuni dei quali tristemente deceduti nel locale. «Una persona media brucia circa 140 calorie se cammina per circa 2 chilometri — racconta Laura Kruskall, direttrice del dipartimento di Scienze della salute e della nutrizione dell'Università del Nevada —. Ciò significa che chi ingerisce 8000 calorie a pasto, ovvero quello che una persona normale assume in 5 giorni, dovrà camminare almeno 128 chilometri per bruciarle. Questo mostra chiaramente la pericolosità nel mangiare fuori misura oltre ogni limite». Las Vegas a parte, insomma, che da sempre vive sul gioco d'azzardo e sull'intrattenimento senza limiti, sembra che negli Stati Uniti la consuetudine di mettere davanti il profitto alla salute dei cittadini resti ben radicata.

Daniele Compatangelo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il locale

● «Heart Attack Grill» (cucina da infarto) è il locale americano di Jon Basso che prepara solo cibi ad altissimo contenuto calorico e dannosi per la salute

In tavola L'«Octuple Bypass Burger», con otto strati di carne, servito nel locale di Las Vegas

data stampa
dal 1980 monitoraggio media