la Repubblica.it

08-11-2016

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

Oncofertilità, ecco la mappa dei centri per chi cerca un figlio

Un giovane colpito da un tumore, oltre alle necessarie cure, deve fronteggiare la possibile comparsa dell'infertilità causata dalle terapie stesse. La scienza offre però strategie che permettono di rimandare il progetto al futuro, quando la lotta contro la malattia sarà terminata

di ALESSANDRA MARGRETH

L'ISTITUTO Superiore di Sanitàha recentemente reso noti i dati del censimento sui centri di Pma, procreazione medicalmente assistita, con crioconservazionedei gameti e tessuti. Nelle strutture sono disponibili le tecniche che consentono di preservare la fertilità nei pazienti che rischiano di perderla a causa delle cure mediche cui si devono sottoporre. In Italia sono 14 i Centri con una Unità dedicata alla preservazione della fertilità nei pazienti oncologici. Si trovano in 10 regioni; 11 sono pubblici, 2 privati convenzionati e 1, in Sicilia, è privato.

"Questi sono i centri che abbiamo censito fino ad oggi" spiega **Giulia Scaravelli**, responsabile del Centro Operativo Adempimenti Legge 40, Registro Nazionale Pma Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Iss di Sanità. "In particolare, nelle procedure per salvaguardare la fertilità delle pazienti oncologiche la tempistica è fondamentale. Ma ci sono altri centri che si stanno attrezzando e che presto potranno essere aggiunti all'elenco. Le strutture offrono un servizio di counseling per orientare i pazienti nelle loro scelte, come richiedono tutte le linee guida internazionali. Bisogna ricordare che, grazie alle procedure, ai pazienti viene offerta un'opportunità, non la garanzia di

diventare genitori in futuro”.

L’Iss sta raccogliendo anche altre importanti informazioni. “Stiamo iniziando una raccolta sistematica dei dati che dimostrano quali risultati si stanno ottenendo e i loro esiti nel tempo" chiarisce Scaravelli. "E’ un’attività che diventerà operativa in tempi brevi nel 2017. In tutta Europa ci si sta muovendo nella stessa direzione”.

Un altro recente passo avanti nell’aiutare la fertilità in chi è stato colpito da tumore è l’accordo tra due importanti strutture: la Banca del tessuto ovarico dell’Istituto Nazionale Tumori (Ifo), il cui responsabile è **Enrico Vizza**, direttore di Ginecologia oncologica all’Ifo, e il centro di Procreazione Medicalmente Assistita dell’Ospedale Sandro Pertini di Roma, diretto da **Rocco Rago**. L’ospedale Sandro Pertini aveva già avviato una collaborazione con la banca del seme del Policlinico Umberto I di Roma diretto da Andrea Lenzi.

“Il Paese ha bisogno di individuare le specifiche competenze e le eccellenze sul territorio per dar vita ad una vera e propria rete di centri di Oncofertilità che rispondano a precisi requisiti organizzativi, tecnologici, di qualità e sicurezza" ha dichiarato Rago. "Occorre facilitare e migliorare il livello di comunicazione e lo scambio di informazioni tra i centri specialistici sul territorio per permettere agli oncologi di indirizzare i pazienti al centro di oncofertilità a loro più vicino e più indicato per le specifiche esigenze”.

La crioconservazione (cioè il congelamento e conservazione a temperature estremamente basse) degli ovociti o del tessuto ovarico è una delle principali tecniche per salvaguardare la fertilità femminile. Nell’uomo si ricorre alla crioconservazione del seme o del tessuto testicolare. Il materiale biologico può rimanere conservato in tal modo per anni: una porta aperta alla possibilità, per i malati oncologici, di avere un giorno un figlio.

In Italia ogni giorno vengono diagnosticati almeno 30 nuovi casi di tumore in persone sotto i 40 anni (il 3% della casistica totale). In età giovanile i tipi di tumore più frequente nei maschi sono tumore al testicolo, melanoma, tumore al colon-retto, linfoma non- Hodgkin, tiroide; nelle femmine carcinoma mammario, tiroide, melanoma cervice uterina e colon- retto. Grazie ai progressi della medicina il loro futuro è aperto a nuove speranze.

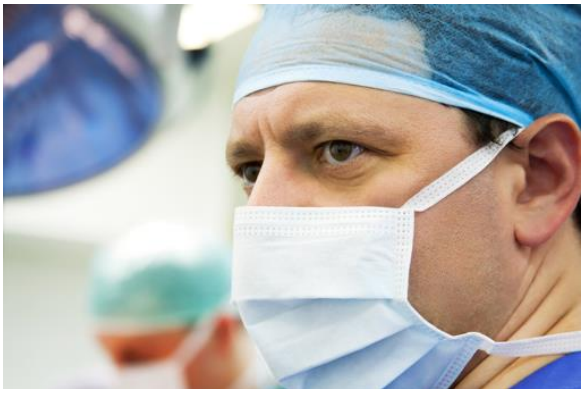
PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

08-11-2016

http://www.pharmastar.it

Displasia broncopolmonare, impiego pre-natale di steroidi migliora l'outcome in neonati prematuri

L'impiego pre-natale di steroidi è legato ad un miglioramento della mortalità e degli outcome neurologici nonchè a tassi meno elevati di enterocolite necrotizzante e displasia broncopolmonare in neonati prematuri. Queste le conclusioni di uno studio osservazionale recentemente pubblicato su Jama Pediatrics.



L'impiego pre-natale di steroidi è legato ad un miglioramento della mortalità e degli outcome neurologici nonchè a tassi meno elevati di enterocolite necrotizzante e displasia broncopolmonare in neonati prematuri.

Gli outcome osservati hanno dimostrato l'esistenza di una relazione dose-risposta con un ciclo di trattamento completo con steroidi pre-natali, con risultati migliori per gli outcome che beneficiano del trattamento rispetto a quanto osservato con cicli di trattamento parziali.

Queste le conclusioni di uno studio osservazionale recentemente pubblicato su **Jama Pediatrics.**

L'impiego pre-natale di steroidi è considerato un trattamento di routine in neonati prematuri, finalizzato a promuovere la maturazione e migliorare sia gli outcome respiratori che quelli neurologici.

Gli studi riportati in letteratura sull'efficacia di questo trattamento hanno però fornito risultati diversi in termini di beneficio complessivo, limitatamente agli outcome neurologici, anche in relazione alla tipologia di intervento utilizzata (trattamento parziale o completo).

Obiettivo del nuovo studio, pertanto, è stato quello di valutare gli outcome a lungo termine e la

mortalità sulla base dello schedule di terapia utilizzata (parziale o completa).
A tal scopo i ricercatori hanno seguito 3.892 neonati estremamente prematuri per 22 mesi e messo a confronto gli outcome sulla base di in trattamento parziale o completo pre-natale con steroidi.
I neonati, reclutati nello studio tra il 2006 e il 2011, erano estremamente prematuri (401-1.000 g, età gestazionale= 22-27 settimane). Erano esclusi dallo studio quei neonati che morivano entro le prime 12 ore di vita senza cure neonatali aggressive.
Il ciclo di trattamento pre-natale con steroidi era considerato completo se prevedeva il ricorso a due dosi di betametasone o 4 dosi di dexametasone. Era considerato parziale, invece, in tutti gli altri casi.
Gli outcome considerati nello studio sono stati la mortalità, l'enterocolite necrotizzante, la broncodisplasia polmonare (malattia polmonare che, iniziata come sindrome da distress respiratorio, tende a cronicizzare e determina la necessità di assistere il neonato dal punto di vista respiratorio) o la presenza di alterazioni dello sviluppo cerebrale.
I risultati hanno mostrato una riduzione del tasso di mortalità con l'aumento del ricorso alla terapia pre-natale con steroidi. Nello specifico, la mortalità è stata pari al 43,1% nei piccoli pazienti non sottoposti a trattamento, del 29,6% in quelli sottoposti a cicli parziali e del 25,2% in quelli sottoposti a cicli completi di terapia pre-natale con steroidi.
Quanto alle alterazioni dello sviluppo cerebrale, la loro incidenza è risultata inferiore nei pazienti sottoposto a cicli completi di trattamento rispetto ai pazienti non trattati (aOR 0,70; IC95%= 0,55 – 0,89), meno se sottoposto a cicli parziali (aOR= 0,80; IC95%= 0,68 – 0,95).
Il gruppo trattato con cicli completi di trattamento pre-natale con steroidi ha sperimentato anche tassi inferiori di incidenza di enterocolite necrotizzante o di morte (aOR= 0,75; IC95%= 0,63 – 0,89), come pure di displasia broncopolmonare o morte (aOR= 0,79; IC95%= 0,65 – 0,96) rispetto ai neonati no n trattati, con un trend al miglioramento degli outcome rispetto al trattamento parziale pre-natale con steroidi, pur non raggiungendo, in questo caso, la significatività statistica.
In conclusione, i neonati prematuri, sottoposti a trattamento pre-natale con steroidi, hanno sperimentato tassi ridotti di mortalità (soprattutto se sottoposti a cicli completi di trattamento). La terapia è risultata associata anche a tassi ridotti di emorragia intra-craniale, enterocolite necrotizzante e displasia broncopolmonare.
Nel ricordare i punti di forza di questi studio, i ricercatori hanno ricordato la dimensione numerica della coorte considerata, nonché il focus su una popolazione particolarmente difficile (come quella dei neonati prematuri).
Tra i punti di debolezza, si segnalano, invece, il disegno osservazionale dello studio e la presenza di differenze sostanziali tra le coorti in merito ad alcuni fattori quali l'età gestazionale e lo status socioeconomico, che potrebbero aver introdotto dei bias nei risultati ottenuti.

Bibliografia

Chawla S et al. Association of Neurodevelopmental Outcomes and Neonatal Morbidities of Extremely Premature Infants With Differential Exposure to Antenatal Steroids. JAMA Pediatr. Published online October 10, 2016. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.1936

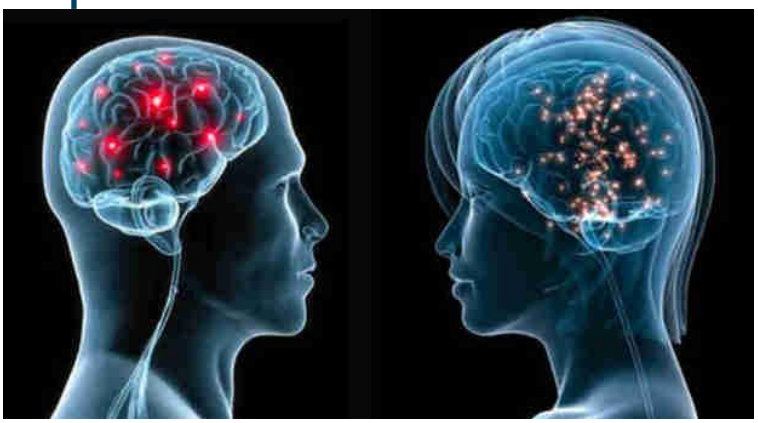
Il Messaggero.it

09-11-2016

Lettori
41.007

http://salute.ilmessaggero.it/

Memoria, lei batte lui, ma dopo la menopausa le capacità calano



Le donne di mezza età sfoggiano una migliore memoria dei coetanei maschi - sono più puntuali nel ricordare date, anniversari, compleanni e molto altro - ma la loro supremazia sull'altro sesso scema con la menopausa, quando gli ormoni femminili (estrogeni) iniziano a diminuire.

E' quanto emerge da una ricerca su un campione di 212 individui di entrambi i sessi ed età compresa tra 45 e 55 anni, pubblicata sulla rivista Menopause, giornale ufficiale della North American Menopause Society. Condotto presso il Brigham and Women's hospital di Boston, lo studio è importante perché potrebbe far luce sui motivi per cui le donne hanno un rischio praticamente doppio di demenza rispetto agli uomini.
Gli esperti hanno sottoposto il campione a una serie di test di memoria e funzioni cognitive (sondando vari aspetti della memoria, da quella associativa a quella di lavoro etc) ed hanno visto che le donne di mezza età sono superiori agli uomini per capacità mnemonica ma vanno incontro a un declino progressivo della memoria di pari passo con l'ingresso in menopausa e la conseguente diminuzione di produzione di ormoni femminili che si verifica in questa cruciale fase dell'esistenza femminile.
Gli estrogeni, la cui concentrazione scende in menopausa, sono in effetti coinvolti nel buon funzionamento dei principali "messaggeri chimici" cerebrali, i neurotrasmettitori serotonina, dopamina e Gaba. Ecco, dunque, che i problemi di memoria e la confusione mentale spesso lamentate dalle donne in menopausa trovano spiegazione in questo declino delle concentrazioni di estrogeni.

healthdesk

08-11-2016

http://www.healthdesk.it/

GLOBAL CONFERENCE ON MATERNAL INFANT HEALTH

Oms e Figo: «La tutela della salute materno-infantile diventi una priorità per i leader del G7»

Nel mondo circa 26 milioni di donne e ragazze in età riproduttiva vivono in condizioni di emergenza. Dal 2000 al 2015 il numero totale dei migranti internazionali donne è aumentato di oltre 32 milioni, con conseguenze per la loro sicurezza e la loro salute.

Sullo sfondo di questo scenario globale si è svolta la Global Conference on Maternal Infant Health, la conferenza internazionale promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) e dalla Federazione Mondiale di Ginecologia ed Ostetricia (Figo), sulle condizioni di salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti nel mondo.

«Le donne sono attori chiave nello sviluppo della società, della salute e del sistema di assistenza del ventunesimo secolo – ha dichiarato Flavia Bustreo, candidata per l'Italia alla Direzione Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal 2010 Vice Direttore Generale OMS per la Salute della Famiglia, delle Donne e dei Bambini - È necessario che gli Stati favoriscano e tutelino la loro salute in tutto il mondo, riducendo le conseguenze derivanti dalle crisi migratorie e umanitarie. Oltre l'80 per cento dei Paesi in crisi non hanno ancora raggiunto gli obiettivi prefissi a causa di un conflitto recente, di disastri naturali o di entrambi. Per farlo hanno bisogno di adeguati strumenti scientifici, sociali ed economici che la comunità medico-scientifica, lavorando in partnership con gli altri soggetti internazionali, può identificare e condividere con i leader del prossimo G7 affinché il diritto alla salute delle donne e dei bambini sia una priorità della agende internazionali».

Durante i tre giorni della conferenza (Firenze 3-6 novembre) sono stati esaminati i dati sulle diseguaglianze tra paesi ricchi ed i più poveri e sull'impatto che le differenze economiche hanno sulla salute e sullo sviluppo delle nuove generazioni.

«Le complicanze che creano problemi anche mortali alle madri e neonati – spiega Gian Carlo Di Renzo, Segretario Generale Figo - sono note a tutti e non provocano più

conseguenze letali nei paesi industrializzati, mentre colpiscono ancora in modo grave dove mancano le infrastrutture necessarie, causando ogni anno la morte di oltre 300 mila giovani donne che partoriscono in condizioni di assoluta mancanza di assistenza e di circa 3 milioni di bambini nati morti. I flussi migratori, l'impatto dei cambiamenti climatici e l'aumento delle malattie non trasmissibili come diabete e obesità rappresentano le nuove emergenze per la salute delle donne in gravidanza e i loro neonati, la fascia di popolazione più debole a cui è necessario dare una risposta attraverso strategie e azioni possibili che agiscano sulla qualità delle cure e sull'assistenza».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 244.697
Diffusione 08/2016: 159.849
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

10-NOV-2016
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it

La sua eredità: "Il tumore si può sconfiggere"

Grazie a lui parole come prevenzione, stili di vita corretti e lotta al fumo sono diventate buone pratiche di uso comune
La nuova frontiera della ricerca adesso passa attraverso i "farmaci intelligenti" e gli studi sul sistema immunitario

1000 persone Ogni giorno in Italia vengono colpite da una qualche forma tumorale spesso prevenibile

80 mila Sono le persone che ogni anno perdono la vita in Italia per tumori legati al fumo, in prevalenza ai polmoni e alla bocca

2 milioni Le persone che muoiono ogni anno nel mondo per tumori legati a stili di vita sbagliati come l'obesità, abuso di sale, scarsa attività fisica

5 anni La media mondiale di sopravvivenza al tumore, con notevoli differenze a seconda del tipo di tumore, dell'età e del sesso

Le domande

VALENTINA ARCOVIO

1

Qual è l'eredità scientifica lasciata da Umberto Veronesi?

L'oncologo ha il merito di aver rivoluzionato l'oncologia in Italia e nel mondo, in particolare quella contro il tumore del seno. Se oggi infatti, il cancro al seno è meno devastante rispetto a 20 anni fa lo dobbiamo soprattutto a Veronesi. L'oncologo, infatti, ha dimostrato che il tumore al seno, quando diagnosticato precocemente, può essere eliminato chirurgicamente senza asportare integralmente il seno. Inoltre, «fu uno dei primi a occuparsi di prevenzione e corretti stili di vita, oggi considerati l'arma fondamentale nella lotta contro il cancro», spiega Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom).

2

Quanto sono importanti gli stili di vita nella prevenzione e nella lotta al cancro?

Tantissimo, specialmente sul fronte della prevenzione. Si stima infatti che oltre il 40% delle morti per cancro potrebbe essere facilmente prevenibili modificando gli stili di vita. Secondo l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc), il fumo resta di gran lunga la principale causa di morte con 1,5 milioni di decessi all'anno, ma numerosi altri fattori sono preoccupanti: l'obesità, una dieta con eccesso di sale, alcol, il basso consumo di frutta e verdura, e, seppure in minor misura, l'eccesso di carne rossa e processata, aggiunti a una scarsa attività fisica, sarebbero responsabili di quasi 2 milioni di morti per cancro nel mondo.

3

A che punto è la lotta contro il cancro?

Oggi sempre più pazienti vengono curati e riescono a sopravvivere al cancro. In Italia, in particolare si guarisce di più, come testimoniano gli ultimi dati del censimento «I numeri del cancro in Italia 2016», recentemente pubblicato dall'Aiom e dall'Associazione italiana registri tumori. In generale, la sopravvivenza a 5 anni è aumentata notevolmente rispetto a quella dei casi diagnosticati nei quinquenni precedenti sia per gli uomini (55%), sia per le donne (63%). Su questo risultato positivo ha influito il miglioramento della sopravvivenza per alcune delle neoplasie più frequenti: colon-retto, seno e prostata. Dati incoraggianti, questi, che non devono però far abbassare la guardia in quanto resta alto l'allarme legato ai nuovi casi di cancro: nel 2016 si stima che nel nostro Paese saranno colpite circa 1.000 persone al giorno.

4

Quali sono stati i progressi più significativi negli ultimi anni?

In questi ultimi anni si sono moltiplicati i cosiddetti farmaci intelligenti, quelli cioè sviluppati sulla base delle conoscenze dell'oncologia molecolare, e che hanno come target bersagli cellulari presenti cioè solo nelle cellule malate. Si è cominciato quindi a considerare il tumore come un insieme di malattie, ognuna con caratteristiche diverse e questo ha aperto la strada alla cosiddetta medicina di precisione. Si tratta di un tipo di medicina più aggressiva solo contro le cellule tumorali e quindi meno nociva per le cellule sane, esattamente come suggeriva la filosofia di Veronesi. Inoltre, passi in avanti significativi sono stati fatti nella ricerca di marcatori molecolari in grado di facilitare la diagnosi precoce del tumore.

5

Quali sono invece le prospettive future?

Secondo l'Airc, sono quattro le nuove sfide su cui i ricercatori si stanno concentrando per rendere sempre più curabile il cancro: immunità, prevenzione, microambiente e medicina di precisione. Il primo filone riguarda gli studi sul sistema immunitario per l'attivazione dei meccanismi di difesa contro le cellule maligne. Si tratta di un settore molto vivace che sta registrando risultati importanti. Il secondo filone è concentrato sulla prevenzione e la diagnosi, indispensabili per isolare i fattori di rischio e fermare il cancro prima che si manifesti. Il terzo filone di ricerca riguarda lo studio del microambiente, la «casa» del tumore: l'obiettivo è quello di comprendere le relazione del cancro con il resto dell'organismo. Infine, continua la ricerca di nuovi bersagli e strumenti efficaci per colpirli.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSAit

10-11-2016

http://www.ansa.it

Tumore seno: non solo noduli, per 1 donna su 6 sintomi diversi

Da infiammazione a dolore ascella,ecco a cosa fare attenzione

ROMA - Non solo i noduli: circa 1 donna su 6 (il 17 per cento) con diagnosi di tumore al seno manifesta sintomi diversi della malattia, tra i quali ulcerazioni della mammella, anomalie del capezzolo, infezioni del seno o infiammazioni, gonfiore al braccio o all'ascella o dolore all'ascella stessa. Non sempre però vi è piena consapevolezza di questi 'segnali' e la visita dal medico viene rimandata. È quanto emerge da uno studio dello University College London, presentato alla National Cancer Research Institute (NCRI) Cancer conference a Liverpool.

I ricercatori hanno esaminato i dati di più di 2.300 donne con diagnosi di cancro al seno nel Regno Unito nel 2009-2010.

Hanno scoperto che, sebbene la maggior parte avesse cercato aiuto in fretta, quelle con sintomi diversi dai noduli risultavano più propense a ritardare la visita dal medico. Non solo: meno propense a rivolgersi subito al dottore erano anche coloro che avevano sia il nodulo sia altri sintomi. Quelle con ulcerazioni della mammella, anomalie del capezzolo, infezioni del seno o infiammazioni, il braccio o l'ascella gonfi, e dolore all'ascella avevano maggiore probabilità di aspettare più a lungo di tre mesi prima di rivolgersi al medico.

"È fondamentale che le donne siano consapevoli del fatto che un nodulo non è l'unico sintomo di tumore al seno - spiega Monica Koo, che ha presentato la ricerca - se vi è preoccupazione per qualsiasi sintomo che riguarda il seno, la cosa migliore da fare è un controllo medico il più presto possibile. Fare una diagnosi precoce è davvero cruciale per aumentare le possibilità di sopravvivenza".

askanews

09-11-2016

http://www.askanews.it/

Medicina integrata per vincere il cancro al seno

Al Polo Donna del Policlinico Gemelli di Roma

Consulenze nutrizionali, fitoterapia, sostanze naturali e omeopatiche, lezioni di Qi-gong e meditazione, trattamenti di riflessologia plantare e agopuntura: tutto questo è offerto, in associazione alle terapie tradizionali, dal Polo Donna della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli per aiutare le donne con tumori mammari o ginecologici a svolgere il proprio percorso di cura in modo meno faticoso e ridurre sensibilmente gli effetti collaterali della chemioterapia e radioterapia, con conseguenti ricadute positive sull'esito stesso delle cure. Questa esperienza pluriennale del Servizio di Terapie Integrate e i risultati fin qui ottenuti saranno presentati al 13° Congresso Internazionale SIO (Society for Integrative Oncology) che si terrà a Miami dal 5 al 7 novembre.

"Un approccio olistico alle pazienti con tumore mammario o ginecologico è certamente un valore aggiunto per ridurre gli effetti collaterali delle cure oncologiche tradizionali e contribuire, insieme al supporto psicologico, a un più efficace recupero del benessere psicofisico e una migliore qualità di vita", spiega Riccardo Masetti, Direttore della UOC di Senologia del Policlinico e Presidente della Susan G. Komen Italia Onlus. "Il Servizio di Terapie Integrate del Polo Donna solo negli ultimi 9 mesi ha trattato gratuitamente più di 100 pazienti oncologiche, con percentuali di gradimento superiori al 90%". "Le principali indicazioni cliniche per queste attività - spiega Stefano Magno, responsabile del Servizio di Terapie integrate - variano dalla gestione dello stress legato alla diagnosi e ai trattamenti, al potenziamento del sistema immunitario fino al trattamento di effetti collaterali quali la nausea, le vampate di calore, l'insonnia, la fatigue, le radiodermiti che possono manifestarsi in corso di chemioterapia o radioterapia. E poiché le terapie integrate sono discipline poco invasive, sono potenzialmente utili in ogni caso".

.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

10-NOV-2016
da pag. 28
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

«Sanità digitalizzata Così si risparmiano 4 miliardi ogni anno»

Il ministro Lorenzin: i referti saranno in Rete

L'intervista

di **Margherita De Bac**

Innovazione
Nella nuova Finanziaria c'è una norma che collega il fascicolo alla tessera sanitaria

ROMA Trasformazione digitale della sanità pubblica, prospettiva realistica e necessaria. «Molto vicina e in gran parte già realizzata. Noi vediamo questo processo come fonte di grande risparmio, fondamentale per migliorare il rapporto qualità-costo, ridurre sprechi e inefficienze. Ogni euro verrà reinvestito per migliorare l'assistenza ai cittadini», fa il punto sullo stato dell'arte della rivoluzione la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin.

È il tema dei tre giorni di dibattito e confronto organizzati a Milano per la seconda edizione di «S@lute, il Forum dell'innovazione» che si apre stamattina. Iniziativa sostenuta dal *Corriere della Sera*, promossa da Allea e Fpa con la collaborazione di Motore Sanità, e che premierà i progetti più significativi sul piano dell'innovazione. Non solo informatica, ma anche — ad esempio — un carrello «intelligente» per il trasporto di farmaci.

Ministro, a che punto è la trasformazione digitale della sanità?

«Il primo provvedimento attuativo è il regolamento del fascicolo sanitario elettronico, uscito a settembre 2015. È uno strumento formidabile che permette di accedere ai dati riguardanti ogni cittadino. Il Politecnico di Milano stima che le strutture sanitarie potrebbero risparmiare circa 3,8 miliardi l'anno. Ad esempio, dalla cartella clinica elettronica e la dematerializzazione dei referti potremmo ridurre la spesa di 2,2. Verrebbero eliminati i costi della stampa e il tempo di infermieri».

Per il cittadino cosa cambia?

«Ai benefici bisogna aggiungere i possibili risparmi economici di circa 5,4 miliardi. I cittadini potranno ritirare i referti via web e così prenotare esami e visite evitando le attese al telefono».

La nuova Finanziaria del 2017 cosa prevede in tema di digitalizzazione?

«Contiene una norma che collega il fascicolo sanitario alla tessera sanitaria. In pratica, in ogni parte d'Italia si parlerà un unico linguaggio, a vantaggio del cittadino che ovunque vada avrà con sé i dati personali. Il fascicolo consentirà al paziente di poter disporre immediatamente del suo stato di salute e al medico di accrescere qualità e tempestività delle decisioni».

Al Forum si parla di un altro capitolo suggestivo, l'intelligenza artificiale. Che significa in sanità?

«Quando ci potremo avvalere dell'intelligenza artificiale avremo non solo dati completi ed esaurienti ma anche la capacità di elaborarli per programmare meglio la ricerca e decidere strategie sul territorio».

Farmaci e cure innovative, l'Italia può sostenerne il costo?

«Il fondo sanitario è stato aumentato di 2 miliardi, ora è di 113 miliardi. Cinquecento milioni vanno ai nuovi farmaci per l'epatite C, altri 300 per cure di malattie non altrimenti trattabili. I risparmi che derivano dalla ristrutturazione della spesa sanitaria anche attraverso la trasformazione digitale verranno reinvestiti per offrire ai cittadini nuove prestazioni».

Secondo il direttore scientifico di S@lute, Paolo Colli Franzone, che si basa su dati dell'Osservatorio Netics, un incremento della spesa pari al 2,64% sarebbe sufficiente a garantire alla nostra sanità la svolta verso una reale innovazione. Che ne pensa?

«Che fino ad oggi siamo riusciti ad aumentare il Fondo nonostante la fase complessa dell'economia. Ricordo che l'andamento del Fondo è collegato a quello del Pil. Ad oggi vantiamo profondi processi di innovazione nonostante il Pil».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 374.273
Diffusione 08/2016: 248.077
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

10-NOV-2016
da pag. 33
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Milano. La ricetta elimina-code delle strutture d'eccellenza: un sovrapprezzo sul contributo al Servizio sanitario per assicurarsi visite ed esami in tempi brevi

Il superticket per saltare la lista d'attesa l'ultima frontiera delle cliniche private

La scelta di alcuni grandi centri per arginare l'emorragia di pazienti verso alternative low cost

ALESSANDRA CORICA

MILANO. La chiamano la "terza via". Per ottenere la visita specialistica o l'esame di cui si ha bisogno in tempi relativamente rapidi. Mettendo mano al portafogli ma senza svenarsi, come occorrerebbe fare se si prenotasse una visita privata. È la "solvenza calmierata", l'ultima frontiera della sanità privata made in Lombardia: visite a pagamento, ma con tariffe più basse di quelle tradizionali. Comunque superiori rispetto al ticket del Servizio sanitario nazionale. Una sorta di sovrapprezzo, insomma, che permette di saltare la coda e ridurre i giorni da trascorrere in attesa che arrivi il proprio turno.

A introdurre la novità sono stati diversi tra i grandi centri privati che operano a Milano e nell'hinterland: il San Raffaele e il San Donato, del gruppo controllato dalla famiglia Rotelli. Ma anche la Multimedica di Sesto San Giovanni e l'ospedale San Giuseppe, e poi le strutture che fanno capo all'Auxologico. Tutti centri di eccellenza: chi si rivolge a uno di questi a pagamento dev'essere pronto a spendere almeno 120-150 euro per una visita specialistica. Al contrario dei piccoli centri medici low cost, che sono spuntati come funghi negli ultimi anni, dove per un controllo specialistico si spendono al massimo 60 euro.

Di qui, la strada del sovrapprezzo "tagliacode", che dà al malato la possibilità di essere visitato prima (ma non da un medico scelto da lui), purché sia disposto a pagare di tasca propria, nella grande struttura d'eccellenza. Una soluzione che, d'altro canto, consente al grande ospedale privato di non perdere pazienti (e clienti) a favore dei centri low cost.

L'iniziativa è partita, tre anni fa, nelle strutture (tra cui i centri San Carlo, San Michele, San Luca e Capitanio) che fanno capo all'Auxologico di piazzale Brescia a Milano: qui l'opzione è scelta dal 10 per cento dei pazienti. Che oggi per una visita cardiologica possono attendere tra sette e dieci giorni pagando 65 euro con la "solvenza calmierata". Oppure 125 giorni al San Carlo, 133 al San Luca e 127 alla Capitanio, pagando il ticket di 28,50 euro. Più alto il costo di un'ecografia bilaterale al seno: in questo caso, il paziente paga 75 euro per fare l'esame in massimo dieci giorni. Con il ticket a 46,80 euro aspetterebbe circa due mesi in tutte le strutture dell'Auxologico.

«La solvenza calmierata è un'opportunità di scelta in più per il cittadino. Quasi tutte le prestazioni possono essere richieste con questa modalità», assicurano dall'istituto.

Discorso simile nelle strutture del gruppo San Donato, come il San Raffaele e il policlinico San Donato: qui la tariffa si chiama "smart cost" ed è stata introdotta un paio d'anni orsono. Ormai la sceglie un paziente su due, tra quelli che fanno visite ed esami a pagamento. «Con la tariffa smart il paziente ha a disposizione uno specialista dell'équipe di riferimento — spiega Paolo Rotelli, numero uno del gruppo — L'esborso è leggermente più alto rispetto al ticket: per una visita specialistica che prevede un ticket di 28 euro il paziente ne paga circa 50. Mentre con la solvenza piena il costo della visita sarebbe di 120 euro circa: in questo modo cerchiamo di andare incontro alle nuove esigenze di cure della popolazione». Così, per esempio, per una visita cardiologica semplice (senza esami strumentali) al San Donato un paziente, pagando 28 euro di ticket, deve aspettare 25 giorni. Versandone 120, con la classica tariffa a pagamento, appena due. La via di mezzo? Cinquanta euro, e dieci giorni di attesa, con la tariffa pari a ticket più sovrapprezzo.

Alla Multimedica la tariffa ridotta è disponibile solo per le prime visite e per gli esami semplici, come le ecografie. Costo, 55 euro: così, per una visita cardiologica con il ticket si possono aspettare fino a 33 giorni. Con la tariffa ridotta, al massimo dieci. «Da inizio 2016 — dicono dalla sede di Sesto San Giovanni — finora l'ha scelta un paziente su dieci».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

10-11-2016

http://www.doctor33.it/

CURE TRANSFRONTALIERE, MENO DI 100 ITALIANI NEL 2015 CURATI IN ALTRI PAESI

Solo 194 richieste di autorizzazione preventiva per accedere alle cure sanitarie in altri paesi dell'Unione. A tanto ammontano le richieste fatte in Italia, stando al primo Rapporto della Commissione Europea sulla Direttiva Cure Transfrontaliere per l'anno 2015. Di queste solo 73 hanno avuto il via libera, per un totale di quasi 200 mila euro rimborsati. E non va meglio nel resto d'Europa, dove le richieste sono state poco più di 1.000, di cui ben la metà sono state bocciate, in genere perché le cure erano disponibili nel Paese d'origine. Le cause principali, si legge, «informazioni carenti, differenze dei sistemi sanitari nazionali, ostacoli organizzativi e amministrativi e scarso sostegno politico».

Lussemburgo è lo Stato che ha ricevuto il maggior numero di richieste per autorizzazione preventiva a curarsi in altri Paesi dell'Unione (334) e il maggior numero di quelle autorizzate (253). Quanto ai tempi medi di lavorazione delle richieste si va dai 3 giorni lavorativi in Romania ai 3,4 mesi in Grecia; tra i 15 e i 30 giorni in Italia. A chiedere informazioni ai Punti di Contatto Nazionali su come ricevere cure all'estero sono stati soprattutto i cittadini della Polonia (31.736 richieste), seguiti ad ampia distanza dal Regno Unito (8.471), a fronte di appena 428 richieste in Italia. Interessante notare come nel nostro Paese il canale informativo passi per la domanda scritta, mentre altrove sono attivi anche sportelli e telefoni. La direttiva prevede anche la possibilità di ottenere rimborsi per prestazioni non soggette a preventiva autorizzazione. Anche in questo caso, poche le domande (circa 90 mila) ad eccezione di Belgio e Danimarca. In media in 8 casi su 10 (78%) sono stati concessi rimborsi, per un totale di 20 mln di euro. In Italia sono state presentate appena 127 richieste di rimborso, di cui 66 accettate, per un totale di 21 mila euro rimborsati.

quotidianosanità.it

Mercoledì 09 NOVEMBRE 2016

Manovra. Farmaci. Le Regioni chiedono modifiche ai tetti (più diretta e meno convenzionata), payback al 75% per le aziende e per i biosimilari molti dubbi sulle nuove regole per le gare. Gli emendamenti delle Regioni

Le Regioni passano ai raggi x le misure per la farmaceutica contenute nella legge di Bilancio ora all'esame della Camera. E propongono diversi emendamenti nel timore che le nuove regole proposte dal Governo possano far saltare i conti dell'assistenza farmaceutica. DOCUMENTO SU ART. 59 – GLI EMENDAMENTI

Aumentare la quota di payback sulle aziende e rimodulazione tetti in favore degli acquisti diretti. Ma non solo, no alla norma che vieta la possibilità alle centrali di acquisto di eseguire gare in equivalenza terapeutica e no a stravolgimenti del codice degli appalti per le gare sui farmaci biologici a brevetto scaduto per i quali siano presenti sul mercato i relativi farmaci biosimilari.
Sono queste le proposte di modifica elaborate e approvate dalla commissione Salute delle Regioni rispetto all'art. 59 della Manovra in tema di spesa farmaceutica. Domani il tema sarà all'attenzione dei governatori.

Per quanto riguarda i tetti di spesa le Regioni valutano che la rimodulazioni così come prevista produrrà una perdita per le regioni di circa 500-600 milioni. Per questo motivo le ipotesi, "al fine di compensare i maggiori oneri a carico delle regioni potrebbero essere ad esempio la ridefinizione di una quota di pay back da parte delle aziende farmaceutiche per lo sfondamento della spesa per acquisti diretti nella misura del 75% anziché del 50 % e la riduzione del tetto per la farmaceutica convenzionata dal 7,96% al 7,00 % e contestuale incremento del tetto per gli acquisti diretti dal 6,89 a 7,85".

Dura critica all'eliminazione della possibilità alle centrali di acquisto di eseguire gare in equivalenza terapeutica. "Oltre ad essere in evidente contrasto – evidenziano le Regioni - con le più elementari leggi del mercato e della concorrenza, impedisce alle regioni di poter acquisire economie valutabili, su base annua, a livello nazionale dell'ordine di 500-1.000 milioni di euro".

Infine altro stop in merito alle misure sulle gare per i farmaci biologici a brevetto scaduto per i quali siano presenti sul mercato i relativi farmaci biosimilari.

"Non è noto il motivo per cui si debba stravolgere il codice degli appalti per una fattispecie specifica di beni che, fra l'altro hanno usufruito di una esclusività commerciale per oltre 20 anni".

"A questo proposito - rilevano le Regioni - è solo il caso di segnalare che sono in scadenza nei prossimi anni molti farmaci biologici fra i quali epoetina beta, ,interferon alfa, trastuzumab, rituximab, adalimumab, darbepoetina, bevacizumab ed altri che hanno già perduto la copertura brevettuale come epoetina alfa, somatropina, filgrastim, infliximab, insulina glargine, follitropina, etanercept con un fatturato complessivo anno di circa 1,4 miliardi di euro. L'attivazione di procedure concorrenziale potrebbe portare economie non inferiori al 25-35 % con un risparmio non inferiore a 400 milioni di euro".

L.F.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 74.049
Diffusione 08/2016: 40.471
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

10-NOV-2016
da pag. 33
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

PRIVACY/ Sentenza della Cassazione: l'informazione generica rimane senza indennizzo

Dati on-line se senza patologia

Il comune risarcisce i danni da pubblicazione sull'albo

DI ANTONIO CICCIA MESSINA

Il comune non deve risarcire i danni se pubblica all'albo pretorio on-line dati sanitari, senza indicazione della patologia. La diffusione di un'informazione generica (come la sola informazione dell'infortunio a un ginocchio) implica una soglia di danno minimo, che rimane senza indennizzo. A maggior ragione se gli interessati non sono in concreto identificabili, come per esempio avviene in una grande città, in cui ben difficilmente ci si prende la briga di andare a consultare l'albo pretorio on-line per fatterelli di scarsa importanza.

Lo ha stabilito la Corte di cassazione (sentenza della sezione terza civile, n. 20615 depositata il 13 ottobre 2016), salvando un comune siciliano che ha pubblicato sul suo sito internet i provvedimenti di autorizzazione alla costituzione dell'ente nelle cause contro persone di cui ha indicato alcuni dati sensibili.

La sentenza della Cassazione è in netto contrasto con i provvedimenti del garante per la protezione dei dati personali quanto alla definizione di dato sanitario e anche con quelli relativi alla liceità della pubblicazione sui siti internet degli enti locali.

Ma vediamo di illustrare la sentenza.

Nel caso specifico un comune ha pubblicato all'albo pretorio presente sul sito internet dell'ente due deliberazioni, nella prima delle quali ha indicato nomi e cognomi di alcune persone coinvolte in un sinistro stradale e nella seconda i dati sanitari di una signora che era caduta nell'atrio comunale.

Con le deliberazioni, per le quali l'articolo 124 del Tuel, Testo unico enti locali (dlgs 267/2000), il comune ha deciso di resistere in giudizio contro i danneggiati.

In parallelo gli interessati hanno promosso un'altra causa sempre contro il comune per risarcimento del danno per violazione della loro privacy e hanno avuto ragione in primo grado.

Il comune, però, ha fatto ricorso in Cassazione e ha ottenuto il ribaltamento della sentenza.

Secondo la Cassazione la pubblicazione e la diffusione dei dati personali doveva ritenersi lecita, perché il comune non avrebbe potuto fare diversamente, essendo applicabile un obbligo specifico di pubblicazione (articolo 124 del Tuel). In proposito la Cassazione non ha ritenuto rilevante il fatto che le deliberazioni sono rimaste sul sito oltre il quindicesimo giorno, e cioè il termine massimo previsto dall'articolo 124 citato. La sentenza precisa che questo termine non è di natura perentoria, tanto più che il dlgs 33/2013 (decreto sulla trasparenza), per la pubblicazione degli atti sul sito internet dell'ente pubblico, ha disposto un termine di conservazione di cinque anni.

La sentenza si è dedicata anche al concetto di dato personale e di dato sensibile. La Cassazione ha sostenuto che, per il risarcimento, ci vuole una probabilità in concreto di identificazione dell'interessato; ha ritenuto inoltre che il dato sanitario non è un generico riferimento alla salute, ma quello descrittivo di una patologia specifica.

Nel dettaglio la Cassazione ha sostenuto che non vi è identificabilità delle persone se le deliberazioni non riportano informazioni significative oltre il nome e cognome. Secondo la sentenza andrebbero aggiunti, per esempio, data e luogo di nascita, residenza, codice fiscale, attività lavorativa.

La pronuncia aggancia la possibilità di identificazione anche ad altri indici.

Secondo la Cassazione bisogna considerare il contesto e, quindi, se siamo in un comune piccolo in cui si conoscono tutti (a allora basta il nome e cognome) oppure se siamo in una città più grande.

In un grosso centro per la identificazione si devono fare ricerche, consultando banche dati, effettuando operazioni molto dispendiose e del tutto sproporzionate, soprattutto se si tratta di un banale incidente d'auto e di una banale caduta in un locale del palazzo comunale.

In una grande città nome e cognome possono non dire nulla e questo impedirebbe, dice la Cassazione, il verificarsi di un danno reputazionale.

Quanto al dato sanitario, la Cassazione ha giudicato che non ci sarebbe stato un trattamento di dati sulla salute: non basta il riferimento generico all'infortunio al ginocchio, perché ci vuole il riferimento specifico a patologie, terapie, anamnesi e accertamenti diagnostici.

Da ultimo la Cassazione ha precisato che, anche se ci sono dati sensibili, il risarcimento non è automatico.

La pronuncia ritiene che è risarcibile il danno solo se è serio e grave, mentre non sono risarcibili i danni minimi, che non superano la soglia di tollerabilità.

In ogni caso non sono risarcibili i danni non provati in maniera specifica nella loro identità e nella loro quantificazione.

La sentenza è in controtendenza con la consolidata nozione di dato sensibile; inoltre confonde le pubblicazioni per fini di trasparenza (per le quali il dlgs 33/2013 prevede il termine di conservazione di 5 anni) dalle pubblicazioni per fini ulteriori, come quelle all'albo pretorio on-line (per le quali il garante si è pronunciato più volte per l'illiceità della conservazione oltre 15 giorni).

La pronuncia, inoltre, restringe il concetto di dato sanitario alle sole patologie specifiche, anche qui in contrasto con gli orientamenti del garante. E si tratta di un punto molto importante, visto che il codice della privacy vieta la diffusione di dati sanitari e tale divieto è

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 74.049
Diffusione 08/2016: 40.471
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

10-NOV-2016
da pag. 33
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

soggetto a sanzione penale e amministrativa.

Tali contrasti non fanno che alimentare un notevole disorientamento nella prassi delle p.a., che nonostante tutto devono, per legge, contemporaneamente rispettare la trasparenza degli atti e la riservatezza delle persone.

© *Riproduzione riservata*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

10-NOV-2016
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

è vita
SIS
Giovedì, 10 novembre 2016
vita@avvenire.it

Malattie rare, la «periferia» della medicina

Da oggi in Vaticano il summit mondiale su ricerca, terapie e farmaci per un settore di frontiera

di Stefania Careddu

Qualche segnale positivo c'è, ma perché la luce sulle malattie rare non sia a intermittenza è necessario cambiare il punto di vista: considerarle una risorsa e non un peso per il sistema. «La problematica non è settaria né limitata ma rilevante e rappresenta una questione di sanità pubblica», sottolinea **Nicola Spinelli Casacchia**, presidente di Uniamo-Federazione italiana malattie rare, tra i relatori della 31° Conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per gli Operatori sanitari che si apre oggi in Vaticano e ha per tema proprio le patologie rare oltre a quelle "neglette", ovvero le infezioni tropicali diffuse nei Paesi poveri. A dispetto dell'aggettivo che rimanda a qualcosa di sporadico e non comune, le malattie rare (sono definite così quelle che colpiscono una persona su 2mila), spiega Spinelli Casacchia, affliggono «160 milioni di pazienti, di cui 30-35 milioni in Europa e un numero compreso tra i 400 e gli 800mila in Italia, dove se si conta chi soffre per un tumore raro si sfonda il muro del milione». Senza dimenticare «che a loro si aggiungono familiari e congiunti».

«Il fenomeno è drammatico, soprattutto se si considera che il 70% delle patologie rare, molte delle quali fatali, è di pertinenza pediatrica», ma secondo il presidente di Uniamo è bene guardare a esso come a un «settore strategico per le sue implicanze etiche, tecnologiche ed economiche». «Più che un problema per il welfare e il sistema sanitario – aggiunge –, la si deve ritenere una sfida: il progresso nel campo della malattie rare può aiutare ad avere risposte anche in funzione di quelle comuni», afferma Spinelli Casacchia evidenziando che «le aziende impegnate nella ricerca molecolare sono in crescita così come è in espansione il settore dei farmaci cosiddetti "orfani" e innovativi».

Lo sviluppo dei farmaci orfani resta tuttavia una nota dolente perché «sconta l'incertezza del ritorno dell'ingente investimento necessario in ricerca clinica, a fronte di un esiguo numero di pazienti cui sono destinati», conferma **Mario Melazzini**, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco, sottolineando che in Italia «sono previsti percorsi che consentono, in particolari condizioni, un accesso anticipato ai medicinali orfani prima dell'approvazione, tempi accelerati della negoziazione del prezzo, tutele economiche per le aziende produttrici». Il malato, dice, è sempre «un valore, una risorsa perché porta con sé un patrimonio di conoscenze ed esperienza da mettere a disposizione di istituzioni, autorità, ricerca clinica, per contribuire a meglio orientare le scelte che riguardano il suo percorso di cura».

Se tanti sono i fronti aperti, «si stanno facendo passi in avanti per favorire la ricerca di base e clinica», rileva **Marco Tartaglia**, responsabile dell'area di Ricerca malattie genetiche e rare dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma. «Grazie alle tecnologie e alla genomica si è fatto molto per identificare nuove malattie rare e arrivare a una diagnosi precoce», continua il genetista, ricordando che «poiché la stragrande maggioranza di queste patologie ha una base genetica, l'identificazione del gene è il primo passo per comprendere il meccanismo patogenetico e la variabilità clinica». E, aggiunge, «una diagnosi precoce permette una migliore presa in carico del paziente, di effettuare una corretta consulenza genetica e prospettare l'uso di farmaci disponibili per rallentare o bloccare la progressione delle complicanze della malattia».

«La stella polare nel cielo buio delle malattie resta la salute

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

10-NOV-2016
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

della persona umana, anche singola: è convinzione radicata nella Chiesa che il bene comune coincida con il bene del singolo», ribadisce l'arcivescovo **Vincenzo Paglia**, presidente della Pontificia Accademia per la vita, facendo riferimento al «pensiero classico religioso per il quale in una persona c'è già l'universo intero». «Sin dall'inizio del suo pontificato, Francesco richiama l'urgenza di portare al centro le periferie: le malattie rare, specialmente quelle neglette che riguardano i poveri, gli abbandonati perché non rispondono alle leggi di mercato e dei grandi numeri, sono le periferie della medicina», osserva Paglia, secondo il quale «richiamare i diritti di questi malati è un'opera non solo di misericordia ma di cultura». Perché «i diritti dei malati poveri non sono "diritti poveri", ma diritti a pieno titolo». Questa sfida dunque «richiede il coinvolgimento del mondo sanitario, dei decisori politici, degli infermieri, dei volontari, degli scienziati e della comunità ecclesiale», gli fa eco monsignor **Jean-Marie Mupendawatu**, segretario del dicastero vaticano della Salute. «Non si può – chiarisce – predicare il Vangelo senza curare gli infermi. La sollecitudine verso gli ultimi rientra nel Dna della missione della Chiesa». E oggi, «seguendo l'esempio del Papa che ne è il primo testimone, siamo chiamati a tradurre la misericordia in atti quotidiani». Ecco allora, conclude Mupendawatu, «che questa Conferenza, alla quale partecipano 350 delegati dai cinque continenti, diventa occasione per informare, formare e dare un contributo culturale, educativo e pastorale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

10-NOV-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Super-calcoli per la mappa del Dna umano

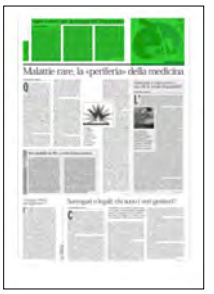
La notizia

di Graziella Melina

Lo studio della possibile mappatura genetica di vasti campioni di individui continua ad avanzare. I ricercatori della Columbia University guidati da David Blei grazie all'algoritmo Terastructure – versione aggiornata di quello elaborato nel 2000, lo Structure – hanno sperimentato la possibilità di assemblare una mole notevole di dati genetici e risalire anche alle caratteristiche più antiche. Secondo il nuovo studio, per la rivista *Nature Genetics*, condotto su dati simulati di 10mila individui, l'algoritmo sarebbe in grado di stimare la struttura di una popolazione in modo più accurato e più velocemente di attuali metodi. «È un risultato rilevante – sottolinea Domenico Coviello, direttore del Laboratorio di Genetica umana all'Ospedale Galliera di Genova –, ancora una volta la tecnologia dà nuove possibilità di ottenere dati, e questo favorisce la ricerca e la conoscenza». In questo caso, si aprirebbero nuove prospettive «nella lettura del Dna e nel tentativo di collegare le infinite combinazioni e interazioni nei geni nel nostro corpo». Il nuovo software sarebbe in grado di tracciare la struttura di tutta la popolazione umana su scala mondiale. E grazie alla molteplicità di dati elaborati si potrebbe arrivare a controllare le normali varianti genetiche all'interno di un sottogruppo.

Sulle reali applicazioni resta però ancora tutto da provare. «Il flusso relativo al progresso delle tecnologie, sia biomediche e ancor di più informatiche – mette in guardia Coviello –, ha avuto e continua ad avere uno sviluppo enorme, mentre quello dell'applicazione pratica delle conoscenze, pur beneficiando da queste ultime, va a una velocità molto inferiore». In sostanza, i benefici clinici potrebbero non essere celeri e universali. «La società civile – rimarca Coviello – deve imparare a distinguere ciò che è realmente fattibile da quello che è invece una pura illusione e un dannoso desiderio di onnipotenza basata sulla decisione individuale. All'inizio del secolo abbiamo già vissuto l'illusione che il sequenziamento del Dna avrebbe curato tutte le malattie. Dopo 16 anni abbiamo appreso quanto sia complessa l'interpretazione della lettura del Dna e di quanto sia stretta l'interazione con l'ambiente – ossia l'epigenetica –, che rende l'uomo non più schiavo del suo Dna ma libero con le sue scelte anche di modificare il senso di quanto è scritto nei propri geni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media