quotidianosanità.it

Martedì 14 FEBBRAIO 2017

Tumore endometrio. Studio conferma accuratezza diagnostica del linfonodo sentinella

La biopsia del linfonod sentinella permette al clinico di avviare o meno a chemioterapia le pazienti affette da tumore all'endometrio. A questo protocollo terapeutico rispondono bene le pazienti linfonodo-positive.

(Reuters Health) – Secondo i risultati dello studio FIRES, la biopsia del linfonodo sentinella (SLN) offre un'elevata accuratezza diagnostica nel rilevare metastasi di cancro dell'endometrio in donne con tumore dell'endometrio in stadio 1. Un'accurata stadiazione del tumore dell'endometrio è importante, poiché le donne linfonodo-positive ottengono un beneficio in termini di sopravvivenza dalla chemioterapia, che invece non raggiungono quello linfonodo-negative.

Lo studo
Emma Rossi e colleghi, della University of North Carolina, Chapel Hill, hanno valutato l'accuratezza diagnostica della mappatura del linfonodo sentinella utilizzando un'imaging di fluorescenza, assistita da robot, del tracciante verde indocianina nel rilevamento di metastasi linfatiche in 385 donne con tumore dell'endometrio, confrontandola al gold standard della linfoadenectomia completa. 41 donne su 340 sottoposte a linfoadenectomia presentavano linfonodi positivi e 36 su 263 che avevano almeno un linfonodo sentinella risultavano avere linfonodi positivi.

35 di queste 36 donne (97%) hanno ricevuto la corretta identificazione della malattia grazie all'analisi del linfonodo sentinella.Sei donne (17%) presentavano un linfonodo sentinella positivo esclusivamente in regioni che il chirurgo ha individuato come al di fuori della linfoadenectomia di routine, con corrispondenti linfonodi non sentinella negativi nelle aree tradizionali. Il linfonodo sentinella presentava una sensibilità del 97,2% per il rilevamento di malattia metastatica linfonodale e aveva un valore predittivo del 99,6%.

"La biopsia del linfonodo sentinella per il tumore dell'endometrio dovrebbe non essere considerata sperimentale, ma un approccio standard alla stadiazione chirurgica", ha commentato Emma Rossi. "Questo studio non dimostra che si tratta di una strategia diagnostica perfetta, ma fornisce ai chirurghi dati specifici che definiscono il rischio di non rilevare la malattia se applicano tale tecnica".

Fonte: *Lancet Oncology 2017*

Will Boggs

(Versione Italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 11/2016: 8.350
Lettori 2016: 108.000
Quotidiano - Ed. Trentino Alto Adige

TRENTINO

Dir. Resp.: Alberto Faustini

15-FEB-2017
da pag. 22
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

IL PERSONAGGIO

L'ostetrica con settemila «figli»

Maria, 92 anni, star a Sanremo. Il primo parto fu a Cles

Maria Pollacci ha 92 anni e settemila «figli». Sì, perché lei fa l'ostetrica da una vita e tutti i bimbi che ha fatto nascere sono un po' anche suoi. Maria ha fatto emozionare l'Italia salendo sul palco del Festival di Sanremo per raccontare la sua storia. Una storia iniziata proprio in Trentino: il primo bimbo lo fece nascere a Cles.

QUATTROMANI A PAGINA 22

IL PERSONAGGIO » L'INTERVISTA

Maria, il Trentino e i suoi 7 mila «figli»

L'ostetrica dei record (ospite a Sanremo) partì da Cles . Tanti i bimbi nati qui. E sulla chiusura di Cavalese dice: scherziamo?

di Francesca Quattromani
TRENTO

Maria Pollacci è bella da togliere il fiato, con i suoi 93 anni che farà a settembre. Regina dell' Ariston ha fatto levare il cappello a mezza Italia con la semplicità di chi racconta del proprio lavoro. Ostetrica, ha fatto nascere 7.643 bambini, l'ultimo proprio la sera dopo la notte sanremese. L'emiliana che vive a Pedavena ha fatto nascere il suo primo bambino all'ospedale di Cles, Lorenzo Tramontin che oggi è ingegnere a Milano.

Lo ha poi rivisto?

Lo ho cercato per tutta la vita, volevo andare anche dalla de Filippi poi, due anni fa, lo ho ritrovato. Mi chiama zia. Di tutti bambini che ho fatto nascere forse sì, lui è quello che mi è rimasto più nel cuore. Se penso a Cles, c'è stata quella volta che sono che sono entrata nella gabbia dei leoni, con in braccio il figlio del domatore. Sa, in paese era venuto il circo.

La leonessa si preparava al salto e lei beveva una coppa di champagne...

Mi ci ha messa la mamma del bambino lì dentro. Se una mamma decide che non c'è pericolo il pericolo non c'è. Quelli del circo andarono in tutta la valle a dire che, quella sera, il nuovo nato salutava il pubblico dalla gabbia dei leoni. C'era davvero tanta gente.

Maria, lei è un'ostetrica di montagna, Cosa dice a chi decreta la chiusura degli ospedali di valle con la prepotenza dei numeri?

Ma se fosse vostra figlia, vostra moglie a partorire tra i monti? Vorrei vedervi mentre la caricano che urla su un elicottero o su un'ambulanza. Ma sapete che cosa significa avere un bambino, il male che fa?

Non le manda a dire nemmeno al ministro Lorenzin?

Vorrei vedere te al posto loro.

Maria, che bell'accento emiliano. Lei ha una risata cristallina. Ha messo tutto in valigia quando venne in Trentino?

Erano gli anni 50, avevo 23 anni, i capelli neri, portavo i tacchi e mettevo il rossetto.

Una ragazza di città che arriva nel Trentino di allora, come andò?

«Apriti cielo quando arrivai a Sopramonte. Era il tempo in cui l'Italia la giravo per concorso. Ogni posto che ho avuto lo ho preso tramite concorso. Per un paio di anni ero stata anche a Povo, ma era troppo vicino alla città, lavoravo poco.

Di Povo cosa ricorda?

Mi ricordo tutto. Non era facile. Alla messa della domenica, poi, c'era un prete. Dal pulpito diceva di quelle cose. Non era gentile con i fedeli. Li chiamava orsi... Quello la se era a Modena lo levavan dalle spese. Pensai, ma dove sono capitata? A Sopramonte, per l'appunto, dove in sette mesi non ho fatto nemmeno una puntura. C'era una vecchia levatrice che venne a dirmi, Signorina, io non ho mai portato i tacchi e non mi sono mai messa il rossetto. Ma e alora! le dissi. Alla fine andammo d'accordo. Da quel giorno lavorai. Il rossetto e i tacchi non me li tolsi mica. Anni difficili, quelli di Sopramonte. Il Trentino non è l' Emilia, com'era duro entrare nel cuore della gente.

Non deve esserlo stato nemmeno entrare nelle case..

C'era tanta neve, negli inverni di montagna. Con la mia borsa prendevo la corriera, andavo a piedi, per visitare le partorienti. Andavo e poi tornavo nei giorni dopo il parto. Bisognava ben guardare che fosse tutto a posto, che madre e figlio stessero bene. Una sera mi recai in una casa di Sopramonte che aveva appena inaugurato una stufa che andava che era un piacere. Vidi i due bimbi, 7 e 9 anni, boccheggiare. Uno smise di respirare. Monossido. Li portai fuori, li rianimai. Salvai loro e tutti noi alla fine. Ricevetti poi anche il telegramma del sindaco, era il 51.

Furono anni felici i 14 passati in Trentino?

Da una casa all'altra, a piedi, in corriera, di notte, di giorno.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 11/2016: 8.350
Lettori 2016: 108.000
Quotidiano - Ed. Trentino Alto Adige

TRENTINO

Dir. Resp.: Alberto Faustini

15-FEB-2017
da pag. 22
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Sempre. Una volta un medico mi diede un passaggio con la moto. Era notte, nevicava, tanto per cambiare. Uno strappo e volai giù dalla sella mentre quell'altro lì se la parlava da solo. Ad un certo punto se ne accorse e poi rise. Io mica tanto, avevo un male..

Ma a Cles dove viveva?

In ospedale. A Povo era più bello, vivevo a Villa Segantini.

Parti difficili ne avrà visti tanti..

Ho visto tanti bambini nascer deformi, sa ci si sposava tra parenti.

E poi ci fu quella volta del circo. Sempre sola?

No, nel frattempo mi aveva raggiunto mio fratello, Duilio che a Trento ha studiato. Faceva il chirurgo estetico, si era sposato a Romagnano. Era il più giovane di noi. Tre sorelle e lui, che è stato il primo ad andarsene. Ha due figli, Corrado e Cesare. In Trentino ci torno spesso, ho amici, tanti.

Che cosa fa ora?

Beh, sa, ho le mie orchidee, son 35, ed il lavoro. Ora sono tranquilla. I parti li ho il mese prossimo.

Servirebbe in Trentino un'ostetrica di montagna, ora che chiudono i punti nascita.

Sono arrabbiata, ma sti politici cosa pensano. Da Cavalese a Trento con le doglie, ma scherziamo. Vogliono che si facciano bambini e si chiudono gli ospedali. Robe dell'altro mondo.

Lei al telefono risponde sempre, se perde la chiamata richiama. Osterica sempre?

I bambini non aspettano.

La Signora Maria mette a posto la sua borsa, che sia tutto pronto, non si sa mai. Intanto annaffia le sue orchidee.

IN TRENTINO

Lavorò a Povo e a Sopramonte

Maria Pollacci operò in Trentino per 14 anni, dal 50 al 64. Lavorò a Povo, Sopramonte e a Cles dove fece nascere il suo primo bambino. Quel bambino lo cercò per tutta la vita, trovandolo solo due anni fa. E' Lorenzo Tramontin che oggi vive a Linate e fa l'ingegnere. «Da allora ci sentiamo e ci vediamo spesso. Lui mi chiama zia. Quando lo trovai, due anni fa e ci sentimmo al telefono sentivo che aveva le lagrime agli occhi». Degli anni trentini Maria ricorda la fatica della montagna, del far nascere i bambini dove non c'erano collegamenti e dove, in inverno, nevicava tanto. Emiliana faticò con il carattere locale, ma non tolse mai nè tacchi nè rossetto.

Maria Pollacci negli anni '50 a Cles, con un bimbo del circo nella gabbia dei Leoni. Oggi, a quasi 93 anni, è l'ostetrica di montagna dei record

Maria Pollacci tra Carlo Conti e Maria de Filippi, ospite nei giorni scorsi del Festival di Sanremo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

15-FEB-2017
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

Test all'Istituto Superiore di Sanità

La biopsia liquida monitora la progressione del tumore

Una biopsia liquida per analizzare le particolari particelle, le «vescicole», rilasciate nel sangue dai tumori e che trasportano una serie di alterazioni molecolari. È l'approccio sviluppato nei laboratori dell'Istituto Superiore di Sanità da un team della ricercatrice Désirée Bonci e da Ruggero De Maria, ordinario di Patologia Generale alla Università Cattolica. Il test è stato sperimentato su un gruppo di pazienti affetti da tumore alla prostata, al polmone e al colon. «Questi segnali proteici - spiegano gli studiosi - sono associati non solo alla presenza del cancro, ma anche alla resistenza alle terapie e rappresentano i bersagli dei nuovi farmaci personalizzati».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

15-FEB-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

ETICA E MALATTIA

La scelta di Dino malato di Sla Farsi addormentare per morire

Aveva 71 anni e lottava dal 2012 contro la malattia Per togliersi la vita ha scelto una sedazione profonda

DECISIONE CON LA MOGLIE

Non ha fatto spegnere il respiratore, ma sospeso le terapie e la nutrizione

Serenella Bettin

■ Avrebbe compiuto 71 anni il primo marzo, Dino Bettamin. Da cinque era malato di Sla e ha deciso di lasciarsi andare, morendo dolcemente. Semplicemente addormentandosi. Per sempre.

È il primo caso in Italia di «sedazione profonda», detta anche palliativa o terminale, che viene somministrata a un malato di Sla. Bettamin che faceva il macellaio di professione, era di Montebelluna, in provincia di Treviso, e lunedì pomeriggio è morto. Una sofferenza troppo forte, la sua, per una malattia comparsa nel 2012 e che lentamente l'aveva consumato. Due anni fa era arrivato a pesare 38 chili, poi si era ripreso raggiungendo i 62, ma la Sla non lascia scampo.

Una malattia neurodegenerativa che a poco a poco assorbe e mangia le parti del corpo. Quando le gambe e la schiena non hanno più retto, non si è perso d'animo e ha continuato a uscire con la moglie Maria, usando la carrozzina e il respiratore. «Mio marito era lucido, ha fatto la sua scelta – ha detto la moglie – e noi gli siamo stati accanto». Dal 2015 Dino Bettamin era seguito da Cura con Cura, una società privata che gli forniva assistenza domiciliare. Lui, dopo l'ennesima crisi respiratoria, aveva capito che gli restava poco tempo; soffriva, come dicono gli infermieri che lo seguivano, di uno stato di angoscia non più gestibile. Aveva chiesto di essere sedato e di dormire fino alla morte, per sempre. «Una chiara richiesta di sedazione basata su un chiaro sintomo refrattario – hanno spiegato gli infermieri della società - dato da un'angoscia incoercibile anche con farmaci e trattamenti psicologici, nonostante tutta l'umanità e la professionalità con cui è stato assistito nelle varie fasi della patologia».

Dopo una prima sedazione palliativa quindi si è andati avanti con altre somministrazioni. La sera del 5 febbraio la guardia medica ha aumentato il dosaggio del sedativo che già Dino assumeva via flebo e il giorno dopo la dottoressa che lo seguiva a domicilio ha cominciato a somministrare gli altri farmaci del protocollo. «Non ha chiesto – fa sapere al *Corriere del Veneto* l'infermiera che lo seguiva a casa – di spegnere il respiratore nonostante la legge lo consenta nei casi di sedazione profonda; anzi, lo terrorizzava l'ipotesi di morire soffocato. Ha optato per una scelta in linea con la legge, la bioetica e la sua grande fede. Nonostante le gravi crisi respiratorie, ha vissuto con dignità fino al 6 gennaio, giorno della sua ultima cioccolata calda bevuta ad Asolo con i familiari. Poi – ha concluso l'infermiera – la stanchezza e la depressione l'hanno sopraffatto e ha iniziato a contrastare le macchine. Da lì la sua richiesta».

La sedazione profonda si ha nei casi in cui non c'è più niente da fare. Si sospendono le terapie e si cessa anche la nutrizione assistita, come in questo caso. Così lunedì quando la moglie lo ha rassicurato dicendogli che aveva fatto tutto quello che le aveva chiesto di fare, Dino si è addormentato. La figlia Agnese ha espresso questo desiderio: «Lasciateci nel nostro lutto per rispetto nei confronti di mia madre e della memoria di mio padre che non c'è più». E proprio ieri in Commissione Affari sociali alla Camera era in corso una discussione sul trattamento di fine vita: il rapporto tra la volontà del paziente e i doveri del medico.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

15-FEB-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

PROTESTE SEDUTE NOTTURNE PER PORTARE IL DDL ALLA CAMERA. I CATTOLICI: LASCIAMO LA COMMISSIONE

«Biotestamento in aula». E il Vaticano lo boccia

PAROLIN PREOCCUPATO

Il segretario di Stato: «Non si riduca all'autodeterminazione del paziente»

■ ROMA

STRETTA tra le polemiche per la tabella di marcia del disegno di legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat), o Biotestamento, al fine di garantirne l'approdo in aula alla Camera il 20 febbraio come previsto, dopo un primo rinvio. Ieri la commissione Affari sociali di Montecitorio ha deciso l'avvio di sedute notturne, per garantire la fine dell'esame degli emendamenti entro la settimana. Ma le polemiche infuriano, soprattutto intorno a uno dei punti più delicati del testo: la possibilità per il soggetto di decidere lo stop ad alimentazione e idratazione artificiale.

È STATO «già confermato – chiarisce la relatrice del testo Donata Lenzi (Pd) – il punto relativo alla possibilità di decidere l'interruzione della nutrizione-idratazione artificiale per il soggetto capace di intendere, mentre l'articolo 3 relativo alle Dichiarazioni anticipate sullo stop alla nutrizione, per il momento in cui non si dovesse più essere coscienti, non è stato ancora affrontato».

LA TENSIONE sale al punto tale che ieri i deputati cattolici hanno annunciato di valutare l'abbandono della commissione: «L'asse Pd-Si-M5s – affermano – continua la sua corsa per legalizzare in Italia la sospensione di idratazione e nutrizione nei pazienti in fase di malattia non terminale, aprendo di fatto all'eutanasia per omissione e al suicidio assistito nelle strutture del Servizio sanitario nazionale». Ma anche la Chiesa prende posizione sulla questione della proposta di legge che, dopo la discussione in commissione, dovrà approdare alla Camera. Nel corso dell'incontro bilaterale tra Italia e Vaticano il segretario di Stato vaticano, Pietro Parolin, ha espresso preoccupazione per la riduzione di tutta la problematica solo all'autodeterminazione del paziente.

«C'È BISOGNO – ha detto lo stesso Parolin – di uno spazio maggiore per il dialogo tra medico e paziente». Ma la questione fine vita non è stata trattata solo dal disegno di legge attualmente al vaglio della commissione. C'è infatti anche una proposta di legge di iniziativa popolare per la legalizzazione dell'eutanasia, promossa dall'Associazione Coscioni: è incardinata nelle commissioni congiunte Affari sociali e Giustizia, ma il dibattito è fermo al 3 marzo 2016.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

15-FEB-2017
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Legge sul fine vita. «Più spazio al dialogo tra medico e paziente»

Sul progetto intervengono il cardinale Parolin e il segretario Cei Galantino Alla Camera braccio di ferro ma anche qualche spiraglio

FRANCESCO OGNIBENE

La legge sul fine vita avanza, anzi, no. È difficile leggere nei prossimi passi del controverso progetto che la Commissione Affari sociali della Camera sta esaminando da un mese e che dovrebbe dettare le regole sulle «dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari». Una scelta seguita con grande attenzione anche al di fuori del Parlamento per la sua grande portata sociale, con riflessioni giunte ieri anche dalla Santa Sede: «È stata espressa preoccupazione – ha detto in serata ai giornalisti il cardinale segretario di Stato Pietro Parolin al termine dei colloqui con il governo italiano in occasione della cerimonia per l'anniversario dei Patti lateranensi – nel senso che il tema non deve essere ridotto alla problematica dell'autodeterminazione. C'è invece bisogno di uno spazio maggiore di dialogo tra medico e paziente». Dello stesso tenore le dichiarazioni del segretario generale della Cei monsignor Nunzio Galantino: «Non si può andare avanti mettendo come pilastro iniziale quello dell'autodeterminazione assoluta, escludendo il medico, le strutture, la possibilità della partecipazione alla decisione da parte del medico – ha detto nella stessa occasione –. Il governo ci ha detto che è una iniziativa parlamentare, e quindi l'esecutivo per ora non c'entra, ma abbiamo avuto una rassicurazione sulla sua attenzione in merito a questo problema».

Proprio sul rapporto tra medico e paziente e sulla vincolatività delle Dichiarazioni anticipate di trattamento si era concentrato in mattinata il lavoro dei deputati in Commissione. La seduta di ieri, forse la più sofferta, ha visto infatti rinnovarsi il confronto tra due posizioni sinora inconciliabili: quella di chi insiste nel porre al centro la volontà del paziente e le sue Dat e quella di quanti invece chiedono un maggiore equilibrio con il ruolo del medico, per evitare soluzioni eutanasiche più che possibili. E un punto di incontro pare ancora lontano.

La giornata, in realtà, si era aperta con un segnale distensivo: l'inserimento nel comma 7 dell'articolo 1 (che obbligava il medico a «rispettare la volontà espressa dal paziente» senza condizioni, esentandolo significativamente «da responsabilità civile o penale») di due righe importanti: «Il paziente – si legge ora in chiusura del comma – non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali». Una precisazione che avrebbe dovuto trovare un seguito nella revisione dell'articolo 3 dedicato alle «Disposizioni anticipate di trattamento». E che invece ha visto consumarsi una nuova frattura tra la maggioranza che sostiene la legge (Pd-M5S-Sinistra italiana) e il gruppetto di deputati centristi e cattolici che le si oppone. È stata infatti approvata la riscrittura dell'articolo proposta dalla relatrice Donata Lenzi (Pd) che ha corretto, migliorandolo, un emendamento sostitutivo della collega di partito Maria Amato, e che però ha sortito l'effetto di far saltare tutti gli emendamenti dei critici della legge. Che hanno reagito con fermezza: «Siamo costretti a valutare se rinunciare alle successive sedute, non essendovi più spazio residuo per apportare miglioramenti». Firmato Paola Binetti, Raffaele Calabrò, Benedetto Fucci, Gian Luigi Gigli, Domenico Menorello, Alessandro Pagano ed Eugenia Roccella. Una posizione alla quale il presidente della Commissione Mario Marazziti ha risposto con «un nuovo invito al dialogo per far arrivare in aula un testo discusso in ogni sua parte» senza tagliare i tempi. Sarà questo il tema dell'Ufficio di presidenza convocato da Marazziti per decidere oggi su una nuova tempistica. «Sì al confronto, no ad atteggiamenti dilatori», sintetizza Donata Lenzi. In sintesi: un fronte chiede all'altro di moderarsi, se lo faranno entrambi l'arrivo del ddl in aula potrebbe slittare a fine febbraio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

14-02-2017

http://www.healthdesk.it/

IL FUMO FA MALE ANCHE A SIGARETTA SPENTA: QUELLO DI “TERZA MANO” DANNEGGIA IL SISTEMA IMMUNITARIO

I danni diretti sono ben noti, quelli del fumo passivo anche. Ora i ricercatori del Berkeley Lab invitano a prendere sul serio una nuova minaccia: il fumo di terza mano. Le particelle residue che che si depositano nell’ambiente possono incidere sul peso e sul sistema immunitario

Difficile salvarsi dai danni del fumo anche se non si fuma. Non ci sono infatti buone notizie per chi condivide gli stessi ambienti dei fumatori: per mettersi al riparo non basta mantenersi a debita distanza da chi ha la sigaretta accesa. Sì, perché a minacciare la salute dei non fumatori ci sono anche le sostanze tossiche che si depositano sulle superfici dei mobili e delle pareti rimanendovi a lungo anche quando il posacenere è stato svuotato.

A mettere in guardia i fumatori di “terza mano” dai rischi a cui vanno incontro sono i ricercatori del Lawrence Berkeley National Laboratory (Berkeley Lab): gli arredi di una stanza frequentata da fumatori sono un ricettacolo di particelle dannose da temere tanto quanto, se non di più, del fumo passivo. I residui della combustione adagiati sulla superficie di televisori, tavoli e divani, possono infatti avere effetti negativi sul peso e intralciare il coretto sviluppo delle cellule del sistema immunitario. Per lo meno questo è ciò che accade negli animali.

I ricercatori hanno osservato che topi appena nati alloggiati in ambienti “arredati” con batuffoli di cotone intrisi di fumo per tre settimane pesavano molto meno dei topi che facevano parte del gruppo di controllo, vissuti in gabbie dall’aria pulita. Inoltre, i due gruppi mostravano differenze sostanziali nella composizione delle cellule del sangue associate al sistema immunitario. In generale i topi esposti al fumo di terza mano avevano livelli più elevati di piastrine e globuli bianchi. E queste alterazioni erano correlate all’insorgenza di infiammazioni e allergie. Gli effetti sul numero delle cellule persistono a lungo, anche fino a 14 settimane dopo l’interruzione dell’esposizione nel caso degli animali appena nati e fino a due settimane per gli adulti.

Lo studio pubblicato su Scientific Reports giunge alla conclusione quindi che i piccoli sono più a rischio. «Avevamo il sospetto - dice Bo Hang del Berkeley Lab

- che i più giovani fossero più vulnerabili a causa del sistema immunitario non ancora maturo, ma non avevamo molte prove concrete per poterlo dimostrare. In questo caso abbiamo osservato che il fumo di terza mano sembra capace di inibire l'aumento di peso nei topi appena nati, ma non nei giovani adulti».

La buona notizia è che l'effetto negativo sulla crescita è reversibile. Alcune settimane dopo aver allontanato gli animali dagli ambienti contaminati, il peso aumentava allo stesso ritmo dei topi non esposti al fumo di terza mano.

Se i risultati dello studio condotto su modello animale si dimostrassero riproducibili tali e quali per gli esseri umani, anche in questo caso a correre i rischi maggiori sarebbero i bambini piccoli, a causa della loro incorreggibile abitudine di toccare tutto e metterselo in bocca, proprio in un fase delicata della crescita, quando il loro sistema immunitario non è ancora maturo.

I danni del fumo di terza mano, fino a poco fa trascurato dagli studi rispetto al fumo diretto e a quello passivo (o di seconda mano), avevano attirato l'attenzione dei ricercatori di Berkeley già nel 2010. Gli scienziati avevano allora lanciato il l primo allarme scoprendo che la nicotina può reagire con l'ozono e l'acido nitroso nell'aria producendo particelle di areosol ultra sottili dalle proprietà cancerogene. Grazie a ulteriori indagini i ricercatori avevano anche dimostrato che le particelle prodotte dal fumo avevano il potere di alterare i geni livello cellulare sia in modelli umani che animali.

«Il fumo di terza mano - concludono i ricercatori - è un fattore di rischio per la salute sottovalutato. È chiaro che sono necessari ulteriori studi, soprattutto sugli esseri umani, in modo tale da individuare strategie di intervento per ridurre i danni del fumo di terza mano».

L'Agenzia europea del farmaco trasloca Milano ci prova. Rasi: "Decidere presto"

Con la Brexit, 900 esperti e famiglie via da Londra. Già 8 candidature ufficiali. Intervista al direttore esecutivo dell'Ema

di

14 febbraio 2017

"QUALUNQUE sarà la prossima sede dell'Agenzia europea del farmaco (Ema), occorre decidere presto": così da Londra il direttore esecutivo dell'Agenzia, il microbiologo italiano **Guido Rasi**, arrivato quasi a metà mandato (scadrà ad ottobre 2020) affronta il complesso post-Brexit e la ressa di candidature europee già arrivate per ospitare i 900 esperti che lavorano dal 1995 a Canary Wharf. L'Italia ha ufficialmente presentato l'opzione Milano e, recentemente in Senato è stata votata una mozione bipartisan, escluso il Movimento 5 Stelle, in questo senso. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha parlato di mettere in bilancio "un investimento di 56 milioni che servirà per costruire la futura sede dell'Ema". L'Agenzia è responsabile della valutazione scientifica, supervisione e controllo di sicurezza per la medicine e la veterinaria, per tutta l'Unione Europea (28 Paesi).

Rasi, ex direttore dell'Agenzia italiana del farmaco, ad inizio anno al *Financial Times* aveva espresso preoccupazione per la fuga di parecchi membri storici dello staff: "dal voto di giugno al 31 dicembre 2016 sono andati via più esperti senior di venti anni di storia dell'Agenzia". Ora ritorna sulla questione.

"Dopo il voto dello scorso giugno - chiarisce Rasi - l'Ema si appresta ad affrontare una serie di sfide molto complesse. In particolare, a me così come al senior management dell'Agenzia, sono due le fattispecie che preoccupano di più: la necessità di trattenere il più alto numero di esperti e il mantenimento delle condizioni che permettono di far funzionare l'Ema come una macchina perfettamente oliata. Il primo problema è di natura quasi prettamente personale; bisogna comprendere che dietro i dipendenti dell'Ema ci sono delle famiglie, figli e coniugi che in caso di ricollocamento dovrebbero cambiare scuola, lavoro e abitudini. Vista la grande professionalità ed esperienza che li contraddistingue alcuni di questi potrebbero decidere di rimanere a Londra cambiando lavoro, potendo così mantenere invariati equilibri familiari che non possono non essere presi in considerazione.

Per far fronte a questo fenomeno è necessario che nel momento in cui verrà presa la decisione sul ricollocamento dell'Agenzia venga tenuta in conto la

la Repubblica
3 mesi a 19.99€
e 20€ in buoni sconto
la Repubblica

tvzap la social TV Seguici su

STASERA IN TV

Rai 1 20:30 - 21:25 Affari tuoi 36/100

Rai 2 21:20 - 23:00 Boss in incognito 8/100

5 20:40 - 22:50 Paris Saint Germain - Barcellona

22:00 - 23:00 The Flash - Stagione 3 - Ep. 7

Guida Tv completa »

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

1. Festival di Sanremo 92/100 Mi piace

ILMIOLIBRO EBOOK

necessità di portare l'Ema in una città che fornisca scuole europee con un alto livello di istruzione e possibilità professionali per i coniugi dei dipendenti. Il secondo problema è di natura organizzativa, l'Agenzia ospita oltre 36.000 visite mensili da parte di esperti da tutta Europa. È assolutamente fondamentale che la futura sede dell'EMA abbia una rete di trasporti internazionali e interni tale da poter permettere che l'affluenza dei delegati avvenga senza problemi".

È cambiato qualcosa dopo il discorso del premier britannico Theresa May e il voto del Parlamento inglese?
"No, penso che nulla possa cambiare la situazione attuale, le domande rimangono sempre le stesse, quando avverrà il ricollocamento e a quali condizioni."

Realisticamente quanto tempo si impiegherà per un simile trasloco dal momento della decisione della nuova sede?
"È impossibile stimare un tempo, vi è ancora moltissima incertezza da questo punto di vista. Quello che le posso dire è che da parte mia la speranza, ripeto, è che ci sia rapidità nella decisione, accompagnata da tempi più lunghi per la preparazione, affinché l'Agenzia possa ricominciare i suoi lavori con la consueta efficienza qualunque sia la sede su cui ricadrà la decisione".

L'ipotesi di un trasferimento dell'Ema in Svezia a Stoccolma dove esiste già un'altra importante Agenzia europea della Salute, l'ECDC (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie), creando un distretto europea della salute, potrebbe essere un vantaggio per quella candidatura?
"Sono molti i paesi che si sono ufficialmente proposti per ospitare l'Ema, per l'esattezza: Austria, Danimarca, Irlanda, Italia, Olanda, Portogallo, Svezia e Ungheria. Ognuno di questi ha i suoi pro e i suoi contro, non è possibile definire chi sia favorito senza analizzare attentamente le proposte di ognuno. Vi sono dei criteri che vanno necessariamente rispettati ma la decisione spetta al Consiglio europeo".

Lei ha un punto di vista privilegiato e una lunga esperienza anche all'Ema: può disegnare una sorta di città-sede ideale per l'Agenzia?
"Vi è sicuramente la necessità di rendere la transizione il più indolore possibile per i dipendenti e quindi c'è il bisogno che la città che ospiterà l'EMA offra possibilità professionali per i loro coniugi così come scuole e atenei di ottimo livello per i loro figli. Altra condizione assolutamente necessaria è l'efficienza della rete di trasporti internazionali e locali. È cruciale che i delegati che animano i lavori delle nostre commissioni siano presenti nei luoghi indicati nel momento indicato".

Per Milano vede qualche ostacolo?
"La decisione sulla futura sede dell'Agenzia è fondamentalmente politica. La speranza è che l'Agenzia, congiuntamente con la Commissione Europea, possa aiutare il Consiglio a prendere una decisione così rilevante con la consapevolezza di tutti i fattori più importanti per poter far continuare al meglio il lavoro che viene svolto all'interno di queste mura. Detto ciò credo che Milano possa rientrare nei criteri generali di elegibilità".

Le opzioni forti. Come si può capire, per l'economia di una città, l'arrivo della sede dell'EMA sarebbe davvero una importante svolta. Grandi e forti interessi ruotano intorno all'operazione. Qualche cifra: un budget annuale di 300 milioni, 65,000 visitatori e circa 500 meeting ogni anno. Non va sottovalutato anche il fatto che già il Giappone ha avvertito la Gran Bretagna del trasloco degli interessi del biofarma nipponico nella sede dove andrà l'Ema. La Danimarca, con Copenhagen, si è proposta in maniera efficace con l'arruolamento come "inviato speciale" anche dell'ex Ceo della farmaceutica Novo Nordisk, e dagli osservatori è vista tra le favorite. Formalmente solo la Repubblica Ceca e l'Estonia si sono ritirate dalla competizione. Francia e Germania potrebbero proporre una sede tra varie città in competizione sul loro territorio. La Svezia con Stoccolma ha da giocare la "carta" del distretto europeo della Salute, con l'ECDS già a due passi dal prestigioso Karolinska Institut. La Spagna con Barcellona ha buone chance ma è in gara anche per l'European Banking Authority, 160 impiegati di grande esperienza, finora con sede a Londra. Restano con buone possibilità Olanda e soprattutto Irlanda (anche per la lingua). Il fatto di essere nuovi Paesi membri (dal 2004) e con nessuna Agenzia europea sul territorio, nella logica della distribuzione invece dell'accorpamento,

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

Sanità24 | Il Sole 24 ORE

14 feb 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

DAL GOVERNO

Contrordine: il Fondo sanitario 2017 non sarà di 113 miliardi ma di 112,578 mld

di *Red.San.*

Confermato il taglio da 422 milioni alle Regioni: l'audizione di oggi di una delegazione di assessori in commissione Igiene e Sanità del Senato conferma la notizia di una decurtazione al Fondo sanitario nazionale 2017. Che sarà ripartito non già per i 113 miliardi promessi, ma per 112,578 miliardi. «Inevitabile - afferma il coordinatore degli assessori alle Finanze Massimo Garavaglia che guidava la delegazione in Senato - l'effetto netto sul Fsn dell'onere dei 422 milioni su cui gli "statuti speciali" hanno presentato ricorso e che ora vengono spalmati sulle Regioni a statuto ordinario. Rispetto al 2016, il fondo aumenta di appena 300 milioni, se si considerano tutti i vincoli: dal miliardo per i farmaci ai 400 milioni per il contratto, ai 75 milioni per le stabilizzazioni fino ai 100 milioni per i vaccini». E i nuovi Livelli essenziali di assistenza, prossimi alla pubblicazione? «Faremo quel che potremo - è la risposta secca di Garavaglia - anche considerando che per il ministero bastano gli 800 milioni blindati in manovra, mentre per noi servirebbero 1,5 miliardi».

Di «balletto di cifre» sulla testa dei cittadini parla il senatore Luigi d'Ambrosio Lettieri. «Da una parte - attacca - ci sono le Regioni secondo cui la dotazione del Fsn diminuisce, dall'altra parte il ministro della Salute Lorenzin che garantisce l'esatto opposto: i soldi per i Lea ci sono, afferma, e non sono a rischio le nuove prestazioni sanitarie, nessun problema. A pensar male si fa peccato ma spesso ci si azzecca. Mi auguro di sbagliarmi - aggiunge il senatore - ma non vorrei che la ministra, di cui apprezzo la tenacia, non si stia trasformando in una specie di scudo protettivo del Mef. Più famelico che in passato, oggi il ministero dell'Economia va disperatamente alla ricerca di fondi per coprire poste di bilancio che, neanche a dirlo, vengono coperte come al solito con fondi sottratti ancora una volta alla sanità e dunque alla tutela della salute dei cittadini. Chiedo chiarezza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

quotidianosanità.it

Martedì 14 FEBBRAIO 2017

Responsabilità professionale. Emendamenti al voto in Aula alla Camera tra il 16 e il 21 febbraio

L'Assemblea di Montecitorio sarà impegnata in questi giorni sul decreto banche,sul quale il Governo ha oggi deciso di porre la questione di fiducia. La ripresa dell'esame del ddl Gelli slitterebbe così a giovedì, o all'inizio della prossima settimana. Intanto il relatore per la maggioranza, Federico Gelli (Pd), ha già dato parere negativo in sede di Comitato dei nove, su tutte le proposte di modifica presentate.

Breve stop alla Camera per il disegno di legge sulla responsabilità professionale e il rischio clinico. Dopo la presentazione del provvedimento di ieri, in questi giorni l'Assemble sarà impegnata per l'esame del decreto banche, sul quale il Governo ha oggi deciso di porre la questione di fiducia. Il voto suglie emendamenti al ddl Gelli, dunque, prenderà il via tra giovedì 16 e martedì 21 febbraio. Intanto, il relatore per la maggioranza, **Federico Gelli (Pd)**, ha già dato parere parere negativo in sede di Comitato dei nove, su tutte le proposte di modifica presentate.

L'intento è quello di approvare in fretta il provvedimento già la prossima settimana nel testo già licenziato dal Senato.

Giovanni Rodriquez

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

15-FEB-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

Brevi

FARMACI

Scaccabarozzi: migliorare terapie con più investimenti

L'Italia ha bisogno di attirare sempre più investimenti per rafforzare l'industria farmaceutica. Così il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi, al VI summit "Italy Meets the United States of America". «Innovazione, internazionalizzazione, produzione, ricerca, export, qualità delle risorse umane, capacità 4.0, digitalizzazione dei processi industriali, della ricerca, big e smart data per migliorare le terapie. Punti di forza da consolidare dell'industria farmaceutica» indica Scaccabarozzi. Frattanto l'Italia è già sul gradino più alto del podio in Europa per presenza industriale da parte di aziende americane, che hanno investito dal 2010 già 3 miliardi di dollari.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

15-FEB-2017
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

L'INTERVISTA **MAURIZIO D'INCALCI**

«Paure e pregiudizi sui farmaci»

■ Maurizio D'Incalci, 64 anni, responsabile del dipartimento di oncologia dell'istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, ha contribuito all'identificazione e allo sviluppo di diversi farmaci che sono oggi utilizzati contro i tumori. Nel 2014 ha scritto *Come nascono le medicine* insieme con Lisa Vozza, divulgatrice scientifica, un manuale dove spiega come si trovano le molecole «buone» per ciascuna malattia.

Perché sempre più persone affette da tumori cercano rimedi spesso folli? Poca fiducia nei farmaci tradizionali?

«Purtroppo sono tutte soluzioni campate per aria, le credenze risultano confuse, i processi chimici vengono visti come negativi. C'è un problema generale della nostra società che non sa guardare con spirito critico e pensa che il naturale sia tutto buono, vincente. L'ogm, il geneticamente modificato, è sbagliato, viene demonizzato. Lavoro con estratti naturali e posso garantire che la natura produce sostanze ultra tossiche. I veleni più pericolosi si trovano in natura».

L'aspetto più preoccupante sono i medici, o pseudo tali, che incoraggiano e alimentano certe terapie.

«Alcuni sono in malafede, per altri si può parlare solo di stupidità, affermano cose senza alcun fondamento e poi c'è la tendenza a generalizzare, a prendere per buone tutte le indicazioni. C'è da dire che molti oncologi non creano un rapporto soddisfacente con i pazienti, si limitano a prescrivere farmaci mentre poi interviene l'omeopata che ascolta il malato di tumore, gli dedica tempo, è capace di dialogare, ne segue le problematiche».

Il dipartimento di oncologia del Mario Negri sperimenta anche sostanze non strettamente farmacologiche?

«Certo, non sono prevenuto. Lavoriamo con qualsiasi tipo di composto, il mio gruppo ha sperimentato le proprietà di un piccolo organismo di origine marina presente nelle mangrovie. Dalla ricerca è risultato il trabectidina, un antitumorale che non solo colpisce il cancro, ma anche le cellule che lo aiutano a crescere».

Avete analizzato alcuni rimedi che circolano su Internet?

«Tanti pazienti mi telefonarono per sapere se poteva funzionare il rimedio a base di veleno di scorpione. Mi sono fatto mandare il prodotto da Cuba, l'abbiamo analizzato, ci sono solo delle sostanze con un debole effetto antinfiammatorio. Abbiamo analizzato anche l'aloe, non ha nessun principio antitumorale. Il problema dei tumori è la loro variabilità, quindi se si sono assunte delle sostanze per un certo periodo e si sono visti dei risultati, l'illusione è che abbiano un effetto antitumorale. Ma se non c'è un fondamento scientifico non si può prendere il rimedio per valido».

Tutto questo parlare di diete anticancro?

«Mangiare meno, assumere molta verdura e frutta sicuramente va bene, senza penalizzare la carne. Molte affermazioni sulle diete da seguire se si ha un tumore non sono motivate da dati scientifici».

P.F.R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MEDICO Maurizio D'Incalci

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

15-FEB-2017
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE / ALLA PIÙ IMPORTANTE ASSISE MONDIALE SUI VIRUS GLI SCIENZIATI SPIEGANO COME CURARE TUTTI I MALATI, PER SEMPRE

"Con i nuovi farmaci cancelleremo l'epatite C"

I NUMERI

1.600.000
I CONTAGIATI
Si stima che gli italiani contagiati dal virus C siano 1,6 milioni

65.000
LA TERAPIA
A oggi sono stati curati con i nuovi farmaci solo 65.000 malati

500.000 €
IL FONDO
I costi sono coperti da un Fondo speciale da 500.000 euro all'anno

Medicine così potenti da spazzare via i germi E costi in caduta libera grazie alla concorrenza

DALLA NOSTRA INVIATA
ELVIRA NASELLI

SEATTLE. Farmaci nuovissimi in arrivo e prezzi in discesa libera. Sono i due nuovi elementi che potrebbero decretare la fine dell'epatite C e la scomparsa del virus. Si potrebbe cancellare la malattia, cosa rarissima in medicina. A patto, però, di poter curare tutte le persone che hanno contratto il virus. Cosa che oggi nel nostro Paese non si può fare, causa i prezzi dei farmaci. Ma lo spettro delle medicine disponibili è ormai ampio, altre nuove e più potenti sono in arrivo e l'agenzia regolatoria (Aifa) può oggi negoziare, negoziare, negoziare. Un ciclo di terapia — sia con la combinazione di Msd che con i farmaci di Abbvie e Gilead — costa sui 10.000 euro, ma gli esperti suggeriscono che arriverà a costarne 4mila. E così si potrà quadrare il cerchio: farmaci così potenti da poter spazzare via il virus per tutti i contagiati.

Al Croi di Seattle, il congresso annuale mondiale su virus e batteri (*Conference on retroviruses and opportunistic infections*), all'ordine del giorno c'è proprio questo: cancellare l'epatite C dal catalogo delle malattie del mondo. Anche se nessuno si nasconde le difficoltà. «Più persone si trattano e meno circola il virus — ragiona Giuliano Rizzardini, direttore del dipartimento Malattie infettive del Sacco di Milano — ma arrivare a cancellare l'epatite C dalla scena senza un vaccino è difficile. Basta che ci sia una sola persona in grado di trasmettere il virus e non ci si riesce. Certo è che con i farmaci in arrivo poi, risparmieremo ancora di più, e guadagneremo in vantaggi».

I nuovi farmaci — cosiddetti *next generation* — funzionano così bene che le agezie regolatorie americana ed europea hanno garantito una corsia preferenziale e più veloce per l'approvazione. Dovrebbero arrivare sul mercato entro l'anno.

«Noi abbiamo trattato nelle sperimentazioni un migliaio di pazienti — continua Rizzardini — i *next generation* sono molto ben tollerati. La durata più breve e il ricorso a una sola pillola rendono inoltre la terapia più facilmente accettata, e il costo diminuisce perché abbiamo controlli per periodi più brevi. Insomma, funzionano meglio e ci consentiranno di trattare più persone». L'obiettivo è curare ottantamila italiani all'anno. E «in qualche tempo la maggior parte dei pazienti sarà guarita», conclude il medico.

È vero che, anche con i prezzi dei farmaci in caduta libera, per i *next generation* serviranno molti soldi. «Abbiamo già trattato i pazienti più gravi, ora dobbiamo cominciare ad aprire agli altri — ragiona Antonio Gasbarrini, ordinario di Gastroenterologia alla Cattolica di Roma — sappiamo che la terapia non è economica, certo, ma nemmeno lo sono altre terapie con farmaci biologici, quella per la colite ulcerosa da Crohn, ad esempio, costa ottomila euro, e va fatta a vita. E potremo calibrare le terapie in modo da contenere i costi». Nessuno sa quale sarà il prezzo dei nuovi prodotti in arrivo, in portafoglio ad Abbvie e Gilead, ma c'è da scommettere che, sulla spinta delle trattative in corso, non toccheranno cifre astronomiche.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

15-FEB-2017
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

La ricerca

Una pillola per prevenire il contagio da Hiv

Come funziona
Farmaci da prendere tutti i giorni come profilassi antivirale per persone a rischio molto alto
Il nodo di costi e altre infezioni

dalla nostra inviata a Seattle **Adriana Bazzi**

Una pillola come alternativa al preservativo per prevenire il contagio da Hiv? Un'alternativa no, dicono esperti e rappresentanti delle associazioni dei pazienti, ma uno strumento in più sì, soprattutto per persone a rischio altissimo di infezione: uomini che fanno sesso con uomini, transgender, sex workers, e chi usa droghe per endovena. Si chiama profilassi pre-esposizione, o PrEP, e prevede la somministrazione di due farmaci antivirali, il tenofovir e l'emtricitabina, da prendere tutti i giorni. Secondo alcune ricerche, presentate a Seattle in occasione del Croi, conferenza mondiale sui virus, la pillola funziona in oltre il 90 per cento dei casi (70 per cento nei tossicodipendenti). «Non c'è dubbio che sul piano scientifico il farmaco sia utile ed efficace per prevenire il contagio — dice Massimo Galli, direttore della Clinica di malattie infettive dell'Università di Milano all'Ospedale Sacco —. Il problema, però, diventa politico-sanitario quando si passa alla sua utilizzazione nella pratica». Punto primo: la pillola contrasta il contagio da Hiv, ma non le altre infezioni sessualmente trasmesse, come quelle da papillomavirus o da herpes, che oggi sono in costante aumento. Il preservativo, invece, protegge anche da queste. Punto secondo: la terapia è costosa. «Per la sanità pubblica, però, il costo giustificherebbe i benefici — commenta Stefano Vella, dell'Istituto superiore di sanità italiano —. Molti programmi di prevenzione sono falliti proprio nelle categorie più a rischio e quando una persona si ammala rappresenta poi un costo elevato per il sistema sanitario». Negli Stati Uniti le assicurazioni rimborsano la PrEp, in Francia è rimborsata. E in Italia, dove non si parla quasi più di Aids, ma l'infezione continua a colpire, ogni anno, 4.000 mila persone fra cui molti giovani omosessuali? Le autorità sanitarie non hanno ancora deciso e, intanto, si sta facendo sentire la voce delle associazioni di attivisti. Una di queste, la Plus onlus, di cui è vicepresidente Giulio Maria Corbelli, sta premendo sull'Aifa, l'Agenzia italiana per il farmaco, perché definisca se e come le categorie a rischio possano avere accesso al trattamento. Nell'attesa, però, la realtà rischia di superare la scienza (e la politica sanitaria). Intanto c'è chi usa questo farmaco «on demand», al bisogno, come pillola del «sabato sera», quando le occasioni di incontri si moltiplicano e potrebbe diventare, insieme a droghe e alcol, il nuovo ingrediente del *chem sex*, il sesso chimico, una moda che si sta diffondendo. Non è difficile ottenere le pillole: basta comperarle online. In Gran Bretagna è consentito, da altre parti no, così si stanno costituendo i «buying group», i gruppi di acquisto, che attraverso una rete di contatti, possono far arrivare i farmaci a destinazione. Qualcosa di simile potrebbe avvenire presto anche in Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

15-FEB-2017
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

Gli scienziati. Il genoma umano non è più così «intoccabile»

Un rapporto delle Accademie statunitensi ha messo in guardia dai rischi della modificazione di cellule riproduttive con le nuove tecniche di editing, però ha concluso che «cautela non significa divieto»

NEW YORK

Gli scienziati e gli esperti di etica statunitensi si sono espressi sull'editing genetico di embrioni, sperma e ovuli, ovvero a modifiche che possono alterare per sempre il genoma umano. Un rapporto pubblicato ieri dalle Accademie nazionali delle scienze (Nas) e di Medicina (Nam) americane ha messo infatti la comunità scientifica in guardia dai rischi legati alla modificazione delle cellule riproduttive umane e dal loro impianto in utero. Ma ha concluso che «cautela non significa divieto».

La commissione, composta da 22 ricercatori e medici di livello mondiale, dopo un anno di lavoro ha dunque definito i progressi scientifici che hanno reso possibile (per ora solo a laboratorio, non ancora su esseri umani) l'editing genetico trasmissibile «una possibilità realistica che merita seria considerazione». Si tratta di una svolta nell'approccio a una nuova tecnologia di manipolazione del Dna, nota come Crispr-Cas9, che è talmente rapida, economica ed efficace da aver aperto improvvisamente nuove frontiere nella medicina genetica. All'indomani della sua scoperta ed irruzione nel mondo della genetica, nel 2015, scienziati ed eticisti riuniti a Washington avevano dichiarato «irresponsabile» l'uso della nuova tecnologia in cellule riproduttive o embrioni umani a fini terapeutici.

Ma nel corso di poco più di un anno si sono moltiplicati a livello globale i laboratori che hanno cominciato a sperimentare con il nuovo metodo, approfittando dell'assenza di linee guida provenienti dal mondo accademico e, in molti casi, dai governi nazionali. La modifica della linea germinale umana non è per ora permessa negli Stati Uniti e in molti altri Paesi. Ma la docente di bioetica Alta Charo, una dei due presidenti del comitato, ha chiarito ieri che «non vi è un governo planetario con il potere far rispettare limiti alla ricerca. L'obiettivo delle accademie è di contribuire allo sviluppo di norme internazionali, di una specie di accordo globale che limiti l'uso di questa tecnologia a scopi benefici e al trattamento di malattie gravi».

Il comitato sembra dunque aver messo da parte l'esigenza di arrivare a un «ampio consenso sociale»: criterio che aveva definito necessario in passato prima che la scienza e la medicina possano procedere a fare modifiche ereditabili. Crispr-Cas9 funziona come forbici molecolari che possono selettivamente troncare parti indesiderate del genoma e sostituirle con nuovi tratti di Dna. Sue applicazioni sono già in atto per correggere, all'interno di un paziente, una singola mutazione genetica che provoca una malattia degenerativa, come l'anemia mediterranea, ma non in cellule riproduttive umane o embrioni.

Il gruppo ha sottolineato dunque che studi clinici che portino alla modifica della linea germinale umana possono essere autorizzati «solo per condizioni gravi, se non ci sono alternative e sotto supervisione rigorosa». Ha invocato inoltre che la ricerca proceda in base ai principi della trasparenza, dell'attenzione e della responsabilità scientifica, del rispetto della dignità personale e dell'equità.

Gli scienziati hanno anche ribadito che la tecnica non deve essere utilizzata per il «miglioramento eugenetico» del patrimonio genetico di una singola persona, in modo da renderla più forte bella o alta. Ma anche qui non si tratta di un no assoluto. Sostenendo che «la ricerca e lo studio in questa direzione devono continuare», il comitato sembra infatti quasi arrendersi all'inevitabilità della creazione futura di «bambini su misura».

Elena Molinari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media