

Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

Il sito della settimana

Aiuto alle mamme in difficoltà



Un punto di riferimento per le mamme che non sono in grado di prendersi cura del neonato, per disagi economici, sociali o psicologici, è il sito www.ninnao.org dell'omonimo progetto nazionale "Ninna no" a tutela dell'infanzia abbandonata, patrocinato dal [ministero della Salute](#) e dalla Società italiana di neonatologia. Cliccando su «"Ninna ho" risponde» si trovano le indicazioni per richiedere informazioni tramite mail o chiamando il numero verde 800.320023. La sezione «La culla termica» contiene approfondimenti su queste strutture speciali, presenti in diversi ospedali italiani, dove le mamme in grave difficoltà possono lasciare al sicuro il neonato, nel completo anonimato. Cliccando su «Per saperne di più», nell'area «Legislazione» sono disponibili le norme che tutelano i diritti di mamme e neonati.

La più cliccata

La modella con il braccio bionico alla conquista di New York: Rebekah Marine, 28enne nata senza l'avambraccio destro, calca le passerelle della NY Fashion Week mostrando la sua protesi mioelettrica

Il video

Seconda opinione medica, quando serve? Da domani su corriere.it/salute video-intervista con Nicola Fazio, direttore Unità di oncologia medica gastrointestinale dell'Ist. europeo di oncologia di Milano



La settimana in Parlamento. Responsabilità professionale, Ddl concorrenza e sicurezza parto

Audizione del professor Guido Alpa in commissione Affari sociali in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Prosegue l'esame nelle Commissioni riunite VI Finanze e X Attività produttive del Ddl concorrenza. E poi interrogazioni sul mantenimento del punto nascita dell'ospedale Giglio di Cefalù e sulle iniziative per una maggiore sicurezza ed umanizzazione del parto.



13 SET - La Camera dei deputati riparte lunedì 14 con la discussione generale delle mozioni concernenti iniziative per la tutela dei diritti dei consumatori nei confronti degli operatori del mercato dell'energia elettrica e del gas.

Martedì 15, mercoledì 16 e giovedì 17 avranno luogo discussioni con votazioni dei disegni di legge di ratifica: Accordo Italia-Cile sull'autorizzazione all'esercizio di attività lavorative dei familiari a carico del personale diplomatico, consolare e tecnico-amministrativo delle missioni diplomatiche e rappresentanze consolari (approvato dal Senato); Accordo Italia-Cile di cooperazione scientifica e tecnologica (approvato dal Senato); Accordo tra il Ministro dell'interno della Repubblica italiana e il Ministro dell'interno della Repubblica francese in materia di cooperazione bilaterale per l'esecuzione di operazioni congiunte di polizia; Trattato di estradizione tra la Repubblica italiana e la Repubblica popolare cinese (approvato dal Senato); dei disegni di legge -Modifiche al codice penale e al codice di procedura penale per il rafforzamento delle garanzie difensive e la durata ragionevole dei processi nonché all'ordinamento penitenziario per l'effettività rieducativa della pena; Delega al Governo per il riordino delle disposizioni legislative in materia di sistema nazionale della protezione civile; delle mozioni concernenti iniziative in sede europea e internazionale per la protezione dei perseguitati per motivi religiosi; mozioni concernenti iniziative per la tutela dei diritti dei consumatori nei confronti degli operatori del mercato dell'energia elettrica e del gas.

Giovedì 17 avrà luogo la votazione sulle dimissioni del deputato Paolo Vitelli. Nella giornata di giovedì avrà altresì luogo la votazione per schede per l'elezione di un Segretario di Presidenza, ai sensi dell'articolo 5, commi 5 e 6, del Regolamento. Martedì avrà luogo lo svolgimento di interpellanze e interrogazioni. Mercoledì avrà luogo lo svolgimento di interrogazioni a risposta immediata (question time). Venerdì avrà luogo lo svolgimento di interpellanze urgenti.

Nel corso della settimana, la **Commissione Affari sociali** proseguirà l'esame, in sede referente, del testo unificato sulle Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario in quest'ambito, verrà svolta l'audizione del professor **Guido Alpa**, presidente della Commissione consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, istituita presso il Ministero della salute.

La Commissione svolgerà poi l'audizione informale di rappresentanti di Coldiretti Lombardia, della Federazione italiana esercenti specialisti dell'alimentazione (FIESA/Confesercenti), della Federazione italiana pubblici esercizi (FIPE) e di Slow Food Italia, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge recanti Norme per la limitazione degli sprechi, l'uso consapevole delle risorse e la sostenibilità ambientale.

In sede consultiva, per il parere alla XIII Commissione Agricoltura, la Commissione inizierà l'esame del nuovo testo unificato delle proposte di legge sulle Norme per il sostegno e la promozione della coltivazione e della filiera della canapa; per il parere alle Commissioni riunite VI Finanze e X Attività produttive, inizierà l'esame del nuovo testo del disegno di legge sulla Legge annuale per il mercato e la concorrenza.

Saranno svolte, infine, le seguenti interrogazioni: [5-05377](#) Culotta: Sul mantenimento del punto nascita dell'ospedale Giglio di Cefalù; [5-06061](#) Burtone: Iniziative per una maggiore sicurezza ed umanizzazione del parto.

Da notare come nel corso della settimana le Commissioni riunite VI Finanze e X Attività produttive proseguiranno l'esame, in sede referente, del Ddl annuale per il mercato e la concorrenza.

Il **Senato** riprende i lavori Martedì 15 settembre. Durante la settimana ci sarà l'esame del Ddl Legge-quadro sulle missioni internazionali (Approvato dalla Camera dei deputati) Si terrà poi la votazione sulle dimissioni presentate dal Senatore Vacciano (Voto a scrutinio segreto con procedimento elettronico) e la votazione per l'elezione di un componente del Consiglio di Presidenza della Corte dei conti.

Inoltre sarà esaminato il Ddl per la Riorganizzazione attività di consulenza finanziaria e vi sarà la discussione di mozioni sulla tutela dei diritti dell'infanzia nei territori controllati dall'ISIS e Boko Haram e la discussione di mozioni sulle tariffe assicurative RC auto
Giovedì 17 si terranno le interrogazioni a risposta immediata, ai sensi dell'articolo 151-bis del Regolamento, al Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.

Per quanto riguarda la commissione **Igiene e Sanità** si riparte mercoledì con l'audizione informale Associazione italiana sclerosi multipla (Aism). In sede consultiva su atti del governo sarà esaminato il Ddl (prodotti cosmetici) e in sede referente Ddl 1534 (disposizioni di corpi e tessuti post mortem).

 segui [ilFarmacistaonline.it](#)


iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Ddl concorrenza. Gelli (Pd): "Con liberalizzazione fascia C si mette a rischio sicurezza cittadini e sopravvivenza delle farmacie"
- 2 **Ddl concorrenza. Farmacie.** Più paletti per le società di capitali. Fascia C con ricetta resta in farmacia. Nuove norme per i piccoli comuni e sugli orari e i turni di apertura. **Il nuovo testo**
- 3 Aifa su modalità prescrittive e di dispensazione dei medicinali generici a base di pregabalin per il trattamento del dolore neuropatico
- 4 Tatuaggi. La prima indagine in Italia. Quasi sette milioni i tatuati. Più donne che uomini. I consigli dell'Iss per tatuarsi in sicurezza
- 5 Liberalizzazione farmacie. La politica ha finalmente colto il rischio. Bene Gelli
- 6 Le scuole riaprono. Ed è allarme pidocchio 'mutante'
- 7 Farmaci. Primo semestre 2015: + 8%. Fatturato a 11,7 miliardi. Boom dei nuovi anti Epatite C: + 244% nei primi mesi del 2° semestre
- 8 Ddl concorrenza. Da domani presidio Parafarmacie a Montecitorio. "Contro le caste e a tutela della professione"
- 9 Ddl concorrenza. Federfarma a Gullotta (Parafarmacie): "Assurdo e strumentale attaccare il Pd"
- 10 Ddl Concorrenza. Gullotta (Parafarmacie) replica a Gelli (Pd): "Partito Democratico ha immolato il suo Dna sull'altare delle lobby"

Verso la manovra. Allo studio un prolungamento selettivo della decontribuzione: sud e occupazione femminile tra i beneficiari

Gli altri dossier aperti: lavoro, sanità, spending review

I TAGLI ALL'ORIZZONTE

Nel mirino c'è innanzitutto la spesa sanitaria: si lavora a bloccare almeno una parte dei 3,3 miliardi di aumento previsti per asl e ospedali

ROMA

■ Dallavoro alla sanità, dall'edilizia fino alla partita cruciale della spending review: fervono i lavori anche negli altri cantieri della legge di stabilità.

Sul fronte lavoro il governo si è impegnato a confermare lo sgravio contributivo per le assunzioni con contratto a tempo indeterminato effettuate nel 2016, anche se si sta ancora studiando con quali modalità. Sembra abbastanza sicuro che la decontribuzione avrà un costo inferiore rispetto al 2015, considerando che per la copertura figurativa dello sgravio triennale servono complessivamente circa 15 miliardi. Come anticipato recentemente dallo stesso premier Renzi si sta ragionando su un intervento selettivo, che potrebbe essere limitato alle sole regioni meridionali, che hanno tassi di disoccupazione paragonabili a quelli dei paesi europei più arretrati (20,2% nell'ultima rilevazione dell'Istat).

Secondo le simulazioni del governo questa misura avrebbe un costo annuo di circa 1,8 miliardi, ma bisogna fare i conti con la Commissione Ue che finora si è opposta alla concessione di sgravi fiscali limitati a singole aree o settori, considerati contrari al principio della libera concorrenza. Le stesse proiezioni prevedono un costo di circa 1,8 miliardi anche per la seconda ipotesi, di uno sgravio contributivo per le assunzioni di donne con l'obiettivo di superare uno dei principali gap del nostro mercato del lavoro (il tasso di occupazione femminile a luglio si attesta al 47,3% contro il 65,3% degli uomini). I tecnici di Palazzo Chigi, del Mef e del ministero del Lavoro ipotizzano anche un meccanismo di decalage temporale, per consentire ai datori di lavoro che assumono nel 2016 con contratto a tutele crescenti uno sgravio contributivo di due anni, limitato a un anno per le assunzioni del 2017. Al posto

dell'attuale esonero totale (fino al massimo di 8.060 euro l'anno per una durata di 3 anni) l'incentivo potrebbe essere ridotto a una determinata percentuale per avere un impatto minore sui conti pubblici. Tra le opzioni allo studio c'è anche la decontribuzione per le assunzioni che rappresentano nuova occupazione, sul modello di quanto fatto dal governo Monti, anche se la misura non dovrebbe contenere quelle "condizionalità" che hanno contribuito a rendere meno appetibile il bonus Giovannini.

Nel pacchetto lavoro resta l'incognita della detassazione del premio di produttività. Il governo ha fatto capire alle parti sociali che l'entità dell'intervento è legata all'intesa complessiva tra sindacati e Confindustria sul nuovo modello contrattuale e sull'attuazione delle nuove regole sulla rappresentanza. Come accade puntualmente ogni anno, questo sarà uno dei nodi che verranno sciolti solo all'ultimo dal governo.

Ma restano diverse le partite ancora aperte nella manovra. A partire dalla riconferma dei bonus fiscali per le ristrutturazioni edilizie e il risparmio energetico e l'allargamento di questi incentivi a operazioni di riqualificazione su una scala urbana, fino al finanziamento di una trentina di opere infrastrutturali strategiche.

Caldissimo anche il fronte di revisione della spesa. Con nuovi tagli che potrebbe toccare di nuovo la Sanità: nel mirino almeno una parte dell'aumento da 3,3 miliardi già previsto per legge per quest'anno per ospedali e asl. L'obiettivo minimo della spending review - con il nuovo meccanismo centralizzato degli acquisti Pa che dovrà garantire la fetta più grande - resta quello di 10 miliardi nel 2016. Ma il Governo punta a spingersi oltre per trovare innanzitutto le risorse necessarie (16 miliardi) per sterilizzare le clausole di salvaguardia fiscali (Iva in prima battuta). E poi per finanziare tutte le altre misure: dallo stop a Tasi sulla prima casa, Imu agricola e tassa "imbullonati" fino alle nuove agevolazioni per la famiglia, il lavoro e l'edilizia.

G. Pog.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE IPOTESI

20,2%

Disoccupazione al Sud

Le rilevazioni Istat del secondo trimestre 2015 pongono il Mezzogiorno allo stesso livello dei paesi più indietro d'Europa. Da qui l'ipotesi del Governo di limitare lo sgravio alle regioni meridionali

47,3%

Occupazione femminile

È il tasso di occupazione tra le donne in Italia. A fronte del 65,3% degli uomini. Anche per questo un'altra soluzione allo studio in vista della stabilità è quello di riservare lo sgravio contributivo all'assunzione delle sole lavoratrici



13 SETTEMBRE 2015

Evitare tagli lineari? Investiamo sui responsabili della gestione dei contratti di acquisto

La centralizzazione degli acquisti è uno strumento indispensabile per il governo della spesa, purché le gare siano svolte con modalità che garantiscano la tempestiva acquisizione delle innovazioni tecnologiche e tengano conto della pluralità dell'offerta assistenziale. E farlo servono persone competenti

La manovra di 2,3 miliardi sul fondo sanitario nazionale, introdotta dal dl 19 giugno 2015 n 78, convertito in l 6 agosto 2015 n 125, si basa in maniera preponderante sull'ulteriore spending review dell'acquisto di beni e servizi, introdotta dall'articolo 9 ter, che prevede la rinegoziazione dei contratti in essere per ridurre i prezzi unitari di forniture/o i volumi di acquisto.

La formulazione dell'articolo è molto complessa e merita un apposito approfondimento, in quanto riconosce agli enti del SSN il diritto di recedere dal contratto in caso di mancata volontà di riduzione del fornitore e la possibilità di accedere ad altri contratti più vantaggiosi, nelle more dell'espletamento di nuove gare in sede centralizzata o aziendale.

La centralizzazione degli acquisti è uno strumento indispensabile per il governo della spesa, purché le gare siano svolte con modalità che garantiscano la tempestiva acquisizione delle innovazioni tecnologiche e tengano conto della pluralità dell'offerta assistenziale. Tuttavia, trattasi di strumento non esaustivo. Consente di acquisire a prezzi sicuramente migliori, ma non incide sulle modalità di utilizzo dei beni e servizi.

Infatti, relativamente ai beni, sia che si tratti di beni sanitari che di attrezzature elettromedicali, appare improcrastinabile l'avvio di processi di Hta per migliorare la capacità del sistema di selezionare i dispositivi medici e le tecnologie elettromedicali in relazione al valore generato dal sistema, come ribadito efficacemente dall'articolo 26 del Patto per la salute.

Non basta acquistare a buon prezzo, ma è indispensabile stabilire perché si usa un bene e se l'utilizzo è dimensionato rispetto al processo/percorso clinico al quale è finalizzato. Per quanto concerne i dispositivi specialistici, soprattutto quelli alto spendenti, solo un attento processo di valutazione di hta può evitare di dare tutto a tutti, dissipando le poche risorse disponibili, per far sì di dare tutto a chi ne ha bisogno.

Ovviamente, la reingegnerizzazione del sistema e la programmazione sono prioritari, anche temporalmente, rispetto ai processi di hta. Ancora una volta, il *core* del governo è il giusto dimensionamento dell'organizzazione, presupposto fondamentale per una corretta programmazione dei beni e servizi da acquisire, sulla base di modelli organizzativi innovativi. Le grosse economie del sistema sanitario sono una variabile direttamente dipendente dell'organizzazione; la problematica di come acquistare al prezzo migliore il miglior prodotto o servizio è subordinato logicamente alla riprogettazione dell'organizzazione.

Si pensi al servizio di sterilizzazione rispetto all'organizzazione delle sale operatorie, al servizio di

logistica rispetto all'organizzazione del processo di distribuzione interna o al servizio di supporto degli ausiliari rispetto all'organizzazione dei posti letto per intensità di cura, all'acquisizione di attrezzature biomedicali secondo logiche di ottimizzazione, in relazione all'offerta assistenziale, piuttosto che di "appartenenza" ai singoli reparti.

I processi che abbiamo descritto necessitano di professionalità esperte, di alto profilo specialistico, dotate di conoscenze giuridiche, gestionali ed economiche. E' chiaro che rispetto a tali valutazioni sarà necessario un controllo di gestione multidimensionale che, accanto ad una contabilità di processo, tenga conto in primis dei possibili *outcome* del processo clinico.

In ambito più strettamente contrattualistico, le nuove professionalità emergenti sono costituite dai responsabili unici del procedimento (RUP) e dai direttori dell'esecuzione del contratto (DEC). Nell'ambito dell'esecuzione dei contratti di forniture e servizi appare fondamentale il monitoraggio dello svolgimento delle prestazioni contrattuali per favorire tutte le potenzialità dei capitolati di gara e tutte le opportunità contenute nelle offerte tecniche.

Rientrano nella finalità del Dec anche l'applicazione delle penali, la valutazione di eventuali varianti in corso d'opera e la corretta implementazione di sistemi di verifica della conformità delle prestazioni. Da una ottimale gestione dell'esecuzione del contratto dipende, quindi, la garanzia che l'aggiudicatario fornisca proprio ciò che la stazione appaltante ha scelto e lo fornisca con le modalità con le quali si è impegnata, nonché la rapida liquidazione delle fatture e, dunque, la rapidità dei pagamenti, che, oltre ad evitare risarcimenti da ritardi, inneschi un contraddittorio virtuoso con le ditte fornitrici, in una sorta di logica di partenariato fondamentale per ottenere i risultati migliori.

Queste figure non possono più essere rivestite da soggetti che spesso non sono in grado di essere efficaci contraddittori delle ditte aggiudicatrici (spesso i Dec nominati non leggono nemmeno in capitolato, il disciplinare tecnico ed il contratto!!!); peraltro, nel caso di prestazioni particolarmente complesse, accertate dal responsabile unico del procedimento (RUP), la stazione appaltante può attribuire l'incarico della verifica di conformità delle prestazioni anche ad una commissione che sia in possesso della competenza tecnica in relazione all'oggetto del contratto.

Quella del RUP e del Dec, individuate dal regolamento del codice degli appalti, tratteggiano professionalità nuove, di altissima specializzazione, con competenze giuridiche, economiche, contabili, tecniche, sulla cui formazione le aziende devono assolutamente investire, soprattutto in un momento in cui si richiede un forte governo della spesa per beni e servizi.

Il Dec diventa il centro di uno specifico controllo di gestione per tutti i processi gestionali che ineriscono ad un grosso appalto, per verificare la funzionalità presente e fornire i dati per una reingegnerizzazione futura. L'unico modo di contrastare la carenza di risorse è un continuo adeguamento dei modelli organizzativi a nuovi percorsi che, senza rinunciare alla qualità, spingano l'organizzazione verso soluzioni di efficientamento del sistema.

Ma intanto occorre investire in formazione delle nuove professionalità in grado di garantire il governo della spesa, che, a secondo dei casi, saranno amministrative, sanitarie, tecniche.

Queste figure devono costituire il punto di riferimento di processi trasversali, con il più alto know how possibile nel settore di riferimento. Bisogna passare da una logica meramente formale (il soggetto che liquida le fatture) ad una sostanziale (massima conoscenza professionale del segmento cui quell'appalto fa riferimento).

In questo modo, il Dec potrà supportare la direzione strategica nel fornire indicazioni preziose su come orientare il sistema per governare la spesa, nel senso richiesto dalla spending review imposta dal dl 78/2015, piuttosto che richiedere ai fornitori tagli lineari che, nel medio periodo, rischiano di pregiudicare l'efficacia del sistema. Federsanità Lazio ha intanto organizzato una prima giornata di approfondimento proprio sulle figure del RUP e del Dec, ma sta progettando un corso di alta formazione su queste preziose figure.

Tiziana Frittelli

Segretario Federsanità Anci Lazio

CONGRESSO A NAPOLI

Tumori, un centro su 2 non esegue il numero minimo di interventi



NAPOLI. In Italia meno del 50% dei centri esegue il numero standard minimo previsto per interventi contro il tumore. È quanto emerge dai risultati pubblicati dal sito oncoguida.it, realizzato da Aimac, [ministero della Salute](#) e Iss e diffusi al congresso della Società italiana di oncologia chirurgica a Napoli. La chirurgia - secondo quanto emerso - è il caposaldo dell'approccio multidisciplinare ai tumori solidi e, come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale, è determinante per il successo globale del trattamento. Una valutazione delle criticità in chirurgia oncologica è stata compiuta nell'ambito del Programma Nazionale Esiti di Aagenas - [Ministero della Salute](#). Nel Programma è stato preso in considerazione il rapporto tra volume di interventi eseguiti e mortalità entro 30 giorni, riferiti all'attività dei Centri Ospedalieri e Universitari nel 2013. «I risultati sono eclatanti - dichiara Alfredo Garofalo (*nella foto*), past president Società Italiana di Chirurgia Oncologica (Sico) -

per il colon retto, la mortalità post operatoria a 30 giorni passa dal 15% a meno del 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi l'anno; per lo stomaco, la mortalità post operatoria a 30 giorni si dimezza passando da più del 20% a meno del 10% quando il volume di attività raggiunge i 20/30 interventi l'anno; per il polmone la mortalità post operatoria a 30 giorni diminuisce decisamente dal 20 a circa il 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi annui; per la mammella - non potendosi attendere una mortalità operatoria da questo tipo di intervento - le linee guida internazionali identificano in 150 interventi annui la soglia minima di attività per definire la Breast Unit». A fronte di tali dati, spiega il presidente della Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo) Francesco De Lorenzo, «le associazioni dei pazienti chiedono a tutti coloro che devono affrontare un intervento di chirurgia oncologica di documentarsi sul sito [www.oncoguida.it](#) scegliendo esclusivamente i centri a più alto volume di casi trattati. Ciò potrebbe comportare automaticamente, e anche senza alcun intervento da parte delle Istituzioni, la disattivazione dei centri a maggior rischio».



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

È lunga e complessa la ricerca per identificare i bersagli molecolari

Druggability. Un nuovo termine del vocabolario della ricerca farmacologica che sta a indicare la capacità di una proteina dell'organismo umano di essere *druggable*, cioè "agganciata" da un farmaco (drug).

Normalmente si tratta di una proteina anomala (prodotta da un gene difettoso) che causa malattia e il farmaco (un anticorpo monoclonale) ha l'obiettivo di neutralizzarla. È il caso dei tumori, per esempio, dove l'alterazione di certi geni determina la produzione di proteine anomale in grado di far proliferare le cellule.

Ma anche di alcune patologie autoimmuni, come il morbo di Crohn dell'intestino, di certe malattie reumatiche come l'artrite reumatoide, o il lupus eritematoso sistemico (che interessa vari organi compresa la cute) che vengono già curate con anticorpi monoclonali.

Trovare bersagli specifici e farmaci specifici è la base delle *targeted therapies*, le terapie a bersaglio molecolare della medicina personalizzata.

La medicina di precisione vuole andare addirittura oltre: individuare proteine specifiche che causa di malattia nel singolo paziente così da costruire farmaci su misura, nel campo dell'oncologia soprattutto, ma anche in quello dell'immunologia.

«L'importante è identificare il bersaglio — commenta Guido Guidi, capo di Pharma Europa della multinazionale farmaceutica Novartis, che terrà una

relazione sul tema in occasione della 11° Conferenza sul Futuro della Scienza a Venezia —, ma questo non è tutto —. Il passo successivo è mettere a punto il farmaco, ma anche questo non basta. Quando si stava studiando l'Imatinib (il capostipite dei farmaci a bersaglio molecolare, nato come terapia della leucemia mieloide cronica, ma poi utilizzato anche in altre forme di neoplasia), ci si accorse che la somministrazione per endovena provocava la formazione di trombi. In altre parole, ci possono essere problemi legati alla molecola, alla sua stabilità, alla sua solubilità, alla via di somministrazione che devono essere affrontati. E questo lo fa la ricerca dell'industria farmaceutica».

Ecco perché i tempi di sviluppo di un farmaco possono essere molto lunghi e perché certe scoperte che riguardano target molecolari non possono avere una immediata applicazione pratica e rischiano di creare, al momento, troppe aspettative fra i malati.

«Stiamo andando verso una individualizzazione sempre più spinta — continua Guidi —. E medicina di precisione significa anche trovare, in un tumore, le nuove mutazioni che lo rendono resistente ai farmaci utilizzati. E quindi individuare nuovi target molecolari. L'obiettivo è quello di associare più molecole, dirette contro questi bersagli, per tenere sotto controllo il tumore e limitarne la progressione».

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Libero Salute

SALUTE E PREVENZIONE. Al via da Milano la campagna a favore dello screening di una delle forme oncologiche più diffuse

Tumore del colon, di corsa con #iRUN2

■ MARTINA BOSSI

■ ■ ■ Il giusto stile di vita, in particolare la regolare attività fisica, può contribuire a ridurre il rischio di insorgenza del tumore del colon retto e lo screening offerto gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale può scoprire il tumore prima che sia troppo tardi. E proprio con questo obiettivo è partita da Milano #iRUN2, la campagna nazionale di sensibilizzazione alla salute, alla prevenzione e allo screening del tumore colon retto, promossa dall'associazione no profit Podisti da Marte, dall'Osservatorio Nazionale Screening (Ons), dal Gruppo Italiano Screening Coloretale (GISCoR), con il sostegno de La Gazzetta dello Sport e il contributo non condizionante di Roche. La tappa lombarda che mercoledì scorso ha inaugurato l'iniziativa gode, inoltre, del Patrocinio di Regione Lombardia e del sostegno della Rete Oncologica Lombarda (ROL). «In Italia le persone con una pregressa diagnosi di tumore al colon retto sono quasi 300.000 e siamo di

fronte al tumore in assoluto a maggiore insorgenza nella popolazione italiana, con quasi 52.000 diagnosi stimate per il 2014. Tra gli uomini si trova al terzo posto, preceduto solo dai tumori di prostata e polmone (14% di tutti i nuovi tumori), mentre tra le donne si colloca al secondo posto, preceduto dal tumore della mammella», ricorda Roberto Labianca, Coordinatore ROL. Il test utilizzato nella quasi totalità dei programmi di screening è la ricerca del sangue occulto nelle feci, eseguito ogni 2 anni. L'esame, estremamente semplice, non invasivo, consiste nella raccolta, eseguita a casa, di un piccolo campione di feci e nella ricerca, in laboratorio, di tracce di sangue non visibili a occhio nudo, che possono essere indizio della presenza di forme tumorali oppure di polipi che possono, in futuro, degenerare. Hanno già dato la loro adesione ad #iRUN2, Massimo Giletti, Nino Formicola (alias Gaspere), Alessandro Cecchi Paone, Annalisa Manduca, l'on. di sport come Maurizio Damilano.



Photo: Carlo Ufiderico



SALUTE

Ogni malato avrà il **suo farmaco**

La nuova medicina «di precisione» vuole individuare con l'analisi del Dna la specifica forma di patologia del singolo paziente, così da mirare ancora meglio la cura

Progressi

Questa «rivoluzione» è basata sulla odierna capacità di analizzare enormi quantità di dati

Sperimentazione

Occorrerà attuare cambiamenti anche nella conduzione dei test clinici

Mary Ann Anselmo, 59 anni, cantante americana di jazz del New Jersey, costa Est degli Stati Uniti, e Marcia Stiefel, 68 anni, pensionata del North Dakota. Due donne colpite dallo stesso tumore, un glioblastoma del cervello (diciamo: uno dei più difficili da curare), ma con un destino diverso.

A Mary Ann i medici dello Sloan Kettering di New York, uno dei più famosi istituti per la cura del cancro al mondo, hanno analizzato il genoma del tumore, hanno scoperto una alterazione del Dna (capace di stimolare la crescita tumorale) sensibile a un farmaco non prescritto per il glioblastoma (si usa nel melanoma), glielo hanno somministrato, con successo. Per Marcia non è stato così, non aveva la mutazione (non solo: nel North Dakota, gli ospedali non sono attrezzati come a New York) e l'unica prospettiva è stata quella di continuare la chemioterapia.

Ecco, questo è un po' il succo della nuova medicina di precisione: la possibilità di individuare la particolare forma di malattia di cui il paziente soffre (attraverso l'analisi del Dna) e curarla. Con i mezzi che si hanno già a disposizione o studiandone altri. Personalizzando, cioè, la cura in modo da

somministrare il farmaco giusto al paziente giusto. E non solo nel caso dei tumori.

Ormai da alcuni anni, però, si parla di terapie personalizzate. Che cosa sta cambiando?

«La medicina personalizzata, annunciata da tempo, — precisa Giuseppe Testa, professore di Biologia molecolare all'Università di Milano e direttore del Laboratorio di Epigenetica delle cellule staminali all'Istituto europeo di Oncologia — così non è stata. Si è limitata a stratificare meglio i pazienti, riclassificandoli a livello molecolare e individuando terapie valide per quei gruppi, non per il singolo (come, invece è accaduto per Mary Ann, ndr). Più che di "personalizzazione" si dovrebbe parlare di "gruppiizzazione"».

L'ambizione, invece, è intervenire sul singolo.

«E questo comporta almeno due problemi — continua Testa —. Il primo riguarda le modalità con cui si dovrà dimostrare l'efficacia di un farmaco e, il secondo, i sistemi regolatori, cioè tutto l'iter di registrazione di un medicinale».

Questo nuovo approccio, dunque, porta a un cambiamento di mentalità nella ricerca scientifica, nella conduzione delle sperimentazioni cliniche (oggi, per esempio, si comincia

a parlare di *trial basket*: si sperimenta un farmaco non in pazienti che hanno la stessa malattia, ma in coloro che hanno la stessa mutazione genetica), nei sistemi che dovranno regolare l'immissione in commercio e anche nei rapporti fra accademia e industria.

«Ne dobbiamo essere consapevoli — commenta Testa —. L'idea che la scienza va avanti e poi le leggi si adeguano non funziona più. È indispensabile che la scienza si confronti subito con la politica». Questo è uno dei messaggi che usciranno dalla 11° Conferenza mondiale The future of Science di Venezia, dedicata appunto alla medicina di precisione.

Una rivoluzione, dunque, basata anche sulla capacità che abbiamo oggi di analizzare enormi quantità di dati.

«Non solo i dati del genoma — conclude Testa — ma anche quelli che riguardano la nostra vita quotidiana, quello che mangiamo, quanti drink beviamo alla sera. Ormai le nostre vite sono digitalizzate. Basti pensare quante informazioni passano attraverso i social media, come Facebook e Twitter».

Sarà dall'incrocio di questi dati che potranno emergere indicazioni per la cura, ma anche per la prevenzione delle malattie.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La prospettiva



OGGI La medicina dell'imprecisione

► I farmaci non funzionano su tutti i pazienti

DOMANI La medicina di precisione

► Le persone possono essere affette dalla **stessa malattia**, però con **alterazioni genetiche diverse**

► Per ogni paziente sarà scelto il farmaco che va a colpire le sue specifiche alterazioni



LE TAPPE DEL NUOVO APPROCCIO

- **Scoperta** - Identificazione delle alterazioni genetiche legate alla malattia nel singolo paziente
- **Sviluppo** - Sperimentazioni del farmaco più mirate su quei pazienti che possono trarne beneficio
- **Registrazione** - Migliori garanzie di efficacia e sicurezza, poiché i destinatari saranno pre-selezionati in base ai test genetici
- **Pratica clinica** - Ottimizzazione della cura

centimetri

SALUTE

Anche se **non si è «atleti»** bisogna presentare il nulla osta del dottore

È il caso, per esempio, di chi fa attività non curricolare organizzata però dalla scuola, come un torneo di pallavolo tra classi

L'attività sportiva non agonistica - forse quella per la quale si hanno più dubbi a causa di quel «non» che può dar adito ad equivoci - riguarda solo tre tipi di soggetti. E precisamente: chi fa attività sportiva non curricolare organizzata però in ambito scolastico (per esempio, la corsa campestre, i tornei di pallavolo o pallacanestro tra classi e così via); chi partecipa ai giochi studenteschi a livello provinciale e regionale; chi è tesserato da una Federazione oppure da un Ente di promozione dello sport.

In quest'ultima categoria rientra probabilmente il 99% delle persone coinvolte in attività sportive non agonistiche.

Per l'attività non agonistica è richiesto un certificato del medico?

Sì. E deve essere rilasciato da specialisti in Medicina dello sport negli ambulatori delle Asl, oppure presso i centri privati autorizzati; dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, limitatamente ai propri assistiti; dai medici della Federazione medico sportiva del Coni.

Quali esami clinici sono necessari?

Prima del rilascio del certificato, il medico deve raccogliere l'anamnesi del paziente ed eseguire un esame obiettivo che comprenda la misurazione della pressione arteriosa. Inoltre, il medico ha l'obbligo di acquisire agli atti copia del referto di un elettrocardiogramma a riposo effettuato dal paziente almeno una volta nella vita. Se l'esame non è mai stato effettuato in precedenza è evidente che andrà fatto per l'occasione.

Per chi ha più di 60 anni e presenta fattori di rischio cardiovascolare, il medico prescriverà un elettrocardiogramma basale ogni anno.

Va inoltre riferita la posizio-

ne ufficiale dei medici federali di tutte le Federazioni sportive italiane, che hanno suggerito a tutti i loro tesserati di sottoporsi all'elettrocardiogramma ogni anno.

E se l'aspirante sportivo, a prescindere dall'età, soffre di patologie croniche già note che comportano un aumento del rischio cardiovascolare, che cosa succede?

In questi casi dovrebbe essere prescritta l'esecuzione di un elettrocardiogramma basale ogni anno.

Va detto, peraltro, che il medico può sempre prescrivere, a suo libero giudizio, anche altri accertamenti ed esami, in relazione alle specifiche necessità del paziente.

I certificati per l'attività non agonistica sono a pagamento?

Sì, con l'eccezione di quanto previsto in poche Regioni. Nei casi di attività sportive parascolastiche - su specifica richiesta del Dirigente scolastico - e di partecipazione ai Giochi della Gioventù i certificati sono invece rilasciati gratuitamente. Va precisato che la gratuità riguarda soltanto la visita e la certificazione, mentre non riguarda l'eventuale Ecg, o qualsiasi altro esame prescritto dal medico, il cui costo è a carico del paziente.

Ogni quanto tempo occorre rinnovare la certificazione di idoneità per l'attività non agonistica?

Ogni anno, ovviamente a partire dalla data del rilascio.

Che cosa deve scrivere il medico sul certificato che rilascia?

Il medico deve attestare che, sulla base della visita effettuata, nonché del referto del tracciato Ecg - e dei referti di eventuali altri controlli - la persona non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

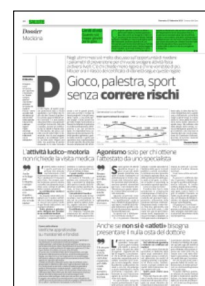
SALUTE

Limiti di età

Quando si è
troppo giovani
per le gare

Chi già da «piccolo» si sente un atleta e preme per iniziare un'attività agonistica deve fare i conti con l'anagrafe. Infatti, c'è un preciso limite di età per iniziare l'attività agonistica. Stabilirlo per ciascuna disciplina spetta alle Federazioni sportive nazionali e al Coni. Per esempio, per il tennis l'età minima per l'attività agonistica è 8 anni; per il calcio, l'atletica leggera e le arti marziali è 12 anni; per il ciclismo 13 anni, per il pugilato 14. Sempre in tema di bambini e ragazzi un chiarimento che servirà a molti genitori: per frequentare le ore di «educazione fisica» a scuola non è necessario alcun tipo di certificato medico: è una materia curriculare e la frequenza è obbligatoria per tutti. Semmai, il certificato medico può essere necessario per chiedere l'esonero dalle lezioni di educazione fisica, quando lo stato di salute dello studente è tale da sconsigliarne la frequenza.

D. N.



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

L'attività ludico-motoria non richiede la visita medica

Anche se la legge non lo impone, è sempre utile consultarsi con il medico sull'attività che si vuole iniziare

L'attività ludico-motoria è quella praticata da persone non tesserate con Federazioni o Enti di promozione sportiva e il suo fine è mantenere il benessere psico-fisico. Per esempio, nuotare in piscina, giocare a tennis, a calcetto, fare ginnastica in palestra sono esempi di attività ludico-motoria amatoriale.

La certificazione medica è obbligatoria?

No, ma può essere utile consultarsi con il medico sull'attività che si intende intraprendere, sia per non correre rischi, sia per fornire indicazioni a un eventuale istruttore.

Molte piscine o palestre, però, chiedono per l'iscrizione un certificato medico?

Ci possono essere ragioni assicurative: i responsabili della struttura si vogliono tutelare. Questo però non significa che ci sia un obbligo di legge.

A quale medico eventualmente rivolgersi?

Al medico di famiglia o al pediatra che conoscono l'assistito, a specialisti in Medicina dello sport e ai medici della Federazione medico sportiva italiana, in linea di principio a qualsiasi medico.

Cosa attesterà il medico?

Che il paziente gode di buona salute e non ha patologie in atto tali da controindicare la pratica sportiva ludico-motoria, oppure indicherà limitazioni all'attività da svolgere.

Il certificato si paga?

Sì e l'importo è lasciato alla valutazione del medico (dovrebbe dirlo prima al paziente).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

Agonismo solo per chi ottiene l'attestato da uno specialista

Bisogna misurare, tra l'altro, peso, altezza e la pressione

arteriosa, nonché eseguire Ecg, spirometria, test visivo

Si può parlare di attività agonistica sia per i ragazzi sia per gli adulti quando praticino uno sport in modo continuativo ed esclusivamente in forme organizzate dalle federazioni sportive nazionali, dagli enti di promozione sportiva riconosciuti dal Coni, e dal ministero dell'Istruzione per quanto riguarda i Giochi della Gioventù a livello nazionale.

Quando un'attività viene definita di livello agonistico?

La "qualificazione", anche in base ai limiti di età specifici per ogni sport, è stabilita dalla singola federazione sportiva e dagli enti di promozione sportiva riconosciuti dal Coni.

In questi casi è obbligatorio il certificato medico?

Sì, e lo possono rilasciare soltanto i medici specialisti in Medicina dello sport, in Centri pubblici o privati accreditati. La richiesta non deve provenire dal singolo aspirante atleta, ma dalla società sportiva della quale andrà a fare parte. La richiesta al medico va presentata su un modulo regionale specifico.

Come si svolge la visita?

Il medico deve fare la visita garantendo lo svolgimento

contemporaneo di tutti gli accertamenti clinici obbligatori: controllo dei parametri antropometrici, misurazione della pressione arteriosa, elettrocardiogramma basale e sotto sforzo, Step test, spirometria, test visivo, test delle urine, e altri esami nel caso di sport fisicamente molto impegnativi come, per esempio, il pugilato. La visita può essere comunque integrata da tutti gli accertamenti che il medico ritenesse necessari.

Cosa viene scritto sul certificato?

In genere il certificato dice che: la persona è ritenuta idonea per la specifica attività agonistica indicata. Va inoltre scritta la durata della certificazione: di solito un anno; per alcuni sport, come le bocce e il golf, la validità è biennale. Se l'atleta fa più attività agonistiche, avrà bisogno di distinte richieste e di separati certificati, uno per ogni disciplina.

Chi paga per il certificato?

Fino ai 18 anni e in caso di persone con disabilità il certificato è gratuito; negli altri casi è a carico dell'interessato (o della società sportiva).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CorriereSalute

Attività fisica

Quando serve l'ok

del medico



Chi vuole iscrivere il bambino in piscina o chi intende frequentare una palestra deve chiedere il certificato al dottore? E lo sportivo della domenica deve fare l'elettrocardiogramma? Le regole da seguire in base ai diversi livelli di impegno previsti e i consigli degli esperti per non mettere a rischio la salute

Negli ultimi mesi si è molto discusso sull'opportunità di rivedere i parametri di prevenzione per chi vuole svolgere attività fisica ai diversi livelli. C'è chi chiede meno rigore e chi ne vorrebbe di più. Ma per ora il rilascio del certificato di idoneità segue queste regole

Gioco, palestra, sport senza **correre rischi**

Per mio figlio, di dodici anni, che praticherà judo a livello agonistico e per l'altro mio figlio che farà i tornei di pallavolo a scuola, quali certificati medici servono? E a mia madre, che penserebbe a una ginnastica soft per la terza età, visto che è anziana, occorre un certificato che ne attesti la buona salute?

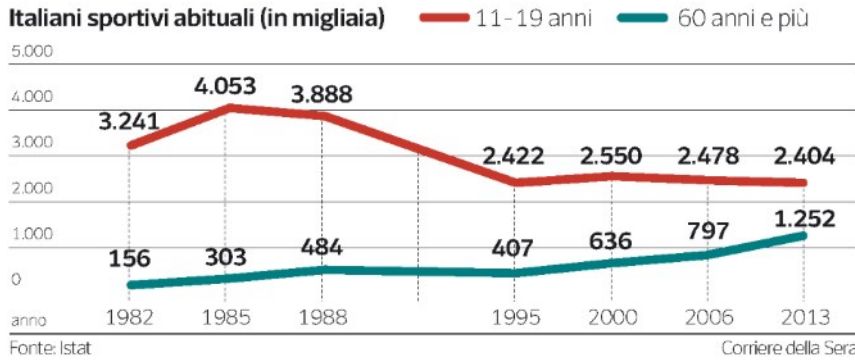
Mio marito, che gioca a calcio con gli amici tutte le domeniche, non ha mai neppure pensato a un certificato medico, ha fatto male? Magari non tutte, ma qualcuna di queste domande ve le state facendo anche a voi in questi giorni, non solo perché è tempo di buoni propositi (vita più sana, dieta e sport...), ma anche perché magari vi siete accorti che per tutta l'estate (vedi articolo a fianco) ha infuriato la polemica su elettrocardiogramma obbligatorio o no, per praticare sport. Per rispondere tocca cominciare da una premessa: l'attività sportiva *agonistica*, quella *ludico-motoria* e quella *non agonistica* sono regolamentate in modo specifico (la prima dal Decreto ministeriale del 18 feb-

braio 1982, le altre due dal Decreto ministeriale del 24 aprile 2013 e dall'articolo 42-bis della Legge n. 98 del 2013). E ci sono anche le Linee guida del ministero della Salute (Decreto 8 agosto 2014). Ma vediamo, allo stato attuale delle norme, come si distinguono questi tre tipi di attività e che cosa fare in ciascuno dei casi, con la consulenza di Gianfranco Beltrami, docente di Scienze motorie Università di Parma.

Daniela Natali
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Generazioni a confronto



Il libretto

In Regioni, come la Toscana, per l'agonismo è necessario un "libretto sanitario sportivo". «Sul libretto - precisano all'Ordine dei medici di Firenze - vanno annotati i dati dell'atleta e gli estremi delle visite superate. Il documento è utile per seguire l'atleta nel tempo e gli eventuali trattamenti cui si è sottoposto».

Italiani poco attivi



I SEDENTARI

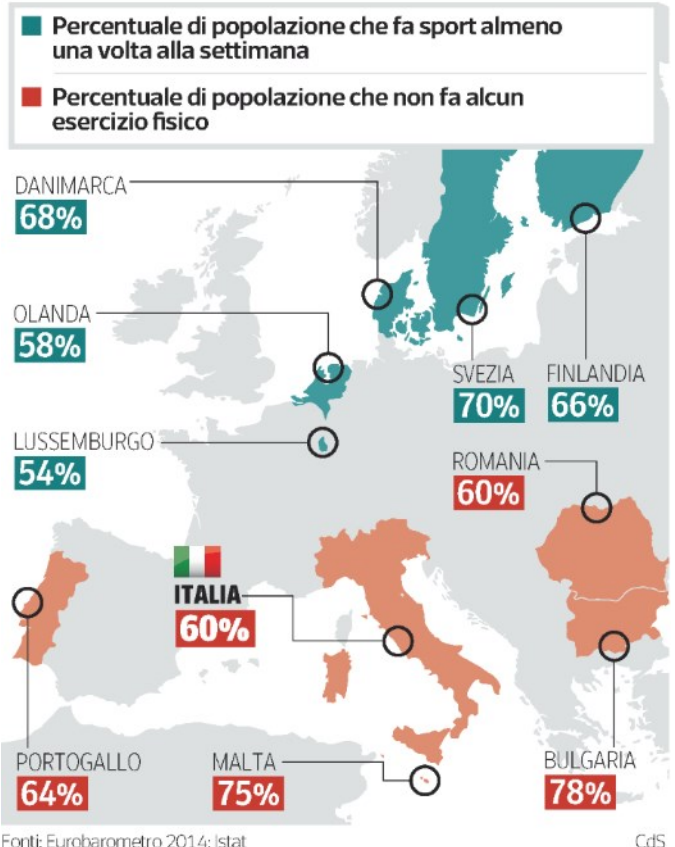


QUANTO CONTA IL BUON ESEMPIO

La quota di bambini e ragazzi che fa attività fisica, a seconda dell'impegno sportivo dei genitori



LA «CLASSIFICA» EUROPEA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

L'elettrocardiogramma protegge o scoraggia?

Il dibattito

Buon senso
Un genitore può decidere comunque di sottoporre il figlio al test cardiologico

Non bastasse il gineprajo dei certificati, esperti e politici sono tornati a discutere anche sulla necessità o meno dell'elettrocardiogramma. Al di là del buonsenso del genitore, che può comunque decidere di sottoporre il figlio all'esame, le linee guida del Ministero stabiliscono che l'Ecg debba essere effettuato anche da chi pratica un'attività non agonistica (vedi nella pagina accanto) per ottenere il certificato medico.

Prima della pausa estiva, tuttavia, la Commissione Affari sociali della Camera ha chiesto che palestre e piscine "federate Coni" non lo domandino più, perché per la stessa attività le altre strutture sono dispensate dal chiedere la certificazione. La risoluzione firmata all'unanimità chiede inoltre di far coprire dal Servizio sanitario gli esami per il certificato sportivo di minori, disabili ed anziani.

La Commissione sostiene che gli accertamenti debbano essere decisi dal medico di medicina generale o dal pediatra, in relazione al paziente e al tipo di attività, altrimenti anche a causa del costo dell'esame (vedi box sopra) si rischia di allontanare la gente dallo sport.

Anche la Federazione italiana medici pediatri, assieme alla Società di pediatria e all'Associazione culturale pediatri, di recente ha scritto al ministro della Salute chiedendo che per i bimbi sotto i 6 anni non sia ri-

chiesto il certificato, e neppure l'elettrocardiogramma.

In realtà, già il Tavolo tecnico che ha elaborato le linee guida sui certificati per il ministero della Salute ha concluso che «dall'esame della letteratura non vi sono evidenze che indichino in modo diretto il beneficio di uno screening elettrocardiografico di base in termini di riduzione della mortalità». E ha aggiunto: «Inoltre non vi sono sufficienti evidenze per raccomandare un accertamento elettrocardiografico generalizzato della popolazione sana. Sembrano invece emergere sufficienti elementi per consigliare l'accertamento elettrocardiografico di base a soggetti da avviare all'attività sportiva di tipo competitivo con particolare riguardo ai non agonisti».

È stata proprio l'Italia - con uno studio condotto in Veneto dal 1979 al 2004 tra gli altri dal professor Domenico Corrado del Dipartimento di Scienze cardiologiche, toraciche e vascolari dell'Università di Padova - a dimostrare a livello mondiale l'efficacia dell'elettrocardiogramma (a 12 derivazioni) tra gli individui dai 14 ai 35 anni che praticano attività agonistica, per prevenire eventi drammatici come la morte improvvisa. Paragonando l'incidenza di morte improvvisa da sport prima e dopo l'adozione del programma di screening italiano, si è rilevata una riduzione del 90% di mortalità dopo un periodo di 25 anni.

«Questo perché — spiega Corrado — tra i 14 e i 35 anni le patologie che portano a morte improvvisa, come le cardiomiopatie o le canalopatie, sono identificabili con l'elettrocardiogramma. Sotto i 14 anni invece, l'esame può servire a identificare sostanzialmente solo la sindrome del QT lungo. Altre malattie genetiche si svi-

luppiano dopo la pubertà».

E dunque opportuno il ricorso all'elettrocardiogramma per tutti? «Ho delle perplessità sull'efficacia e sull'utilizzo dell'Ecg come mezzo di screening di massa in età pre puberale — risponde Corrado —. Rischiamo di moltiplicare i costi, perché l'Ecg genera una serie di sospetti che richiedono altri accertamenti più onerosi».

Di diversa opinione è il professor Francesco Fedele, cardiologo presidente della Fondazione italiana cuore e circolazione della Società italiana di cardiologia, che rilancia invece la proposta dell'esame elettrocardiografico tra i 6 e i 19 anni nel periodo pre e postpuberale «refertato da chi lo sappia fare», cioè da un cardiologo.

«È chiaro che possono risultare dei "falsi positivi" (cioè dei falsi allarmi, ndr) — ammette Fedele —. Come Fondazione, abbiamo fatto quasi 30 mila elettrocardiogrammi nelle scuole di tutta Italia e abbiamo riscontrato alterazioni nel 15-20% dei ragazzi. Ciò non significa che siano tutti patologici. Il risultato induce però a fare un ulteriore accertamento, che consente poi di scoprire quell'1% con patologie vere».

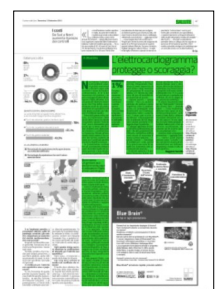
«Esistono tante campagne di prevenzione — aggiunge Fedele —. Anche i nostri giovani possono essere "a rischio" e allora vale davvero la pena di istituzionalizzare un elettrocardiogramma a scuola o nelle attività sportive».

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1%

È la quota di morti improvvise per arresto cardiaco che si verificano in ambito sportivo. A causarle l'esercizio fisico di intensità significativa e la presenza di cardiopatie o anomalie cardiache «silenti»



SALUTE

Cuore sotto sforzo

Verifiche approfondite su maratone e fondisti

Se non si è tesserati da una società sportiva, ma si partecipa a manifestazioni di "particolare ed elevato impegno cardiovascolare", patrocinate da società sportive, si impone una particolare attenzione clinica. Manifestazioni di questo tipo sono, per esempio, quelle podistiche di lunghezza superiore ai 20 km, «gran fondo» di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo.

In questi casi, il controllo medico deve comprendere, oltre alla rilevazione della pressione arteriosa, un elettrocardiogramma basale, uno Step test o un test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca e altri eventuali accertamenti ritenuti utili e opportuni a giudizio del medico.

I medici autorizzati a rilasciare questo tipo di certificato sono: gli specialisti in Medicina dello sport negli ambulatori delle Asl o in Centri privati autorizzati; i medici di medicina generale e pediatri, limitatamente ai propri assistiti. I certificati sono a pagamento e valgono un anno. Sul documento viene scritto che, sulla base della visita effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, del referto degli esami strumentali eseguiti (con indicazione della tipologia e della data dei vari test svolti), il soggetto non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (di cui all'art 4 del Decreto ministeriale 24/04/2013).



California. Primo sì al suicidio assistito

Il Senato approva la legge che porterebbe a cinque gli Stati americani che consentono la pratica. Ma il governatore può ancora porre il veto

LORETTA BRICCHI LEE
NEW YORK

La California ha fatto un ulteriore passo verso il suicidio assistito. Il Senato statale ha infatti approvato con 23 voti a favore e 14 contrari una proposta di legge che permette ai medici di aiutare i malati terminali a mettere fine alla propria esistenza. Adulti mentalmente capaci a cui rimangono sei mesi di vita possono ottenere farmaci letali a condizione che questi vengano richiesti almeno tre volte, di cui una per iscritto, e che la richiesta venga approvata da due medici. La misura modellata sulla legge dell'Oregon, primo Stato Usa nel 1997 a permettere il suicidio assistito, ha passato il vaglio dell'Assemblea a metà settimana e necessita ora della firma del governatore democratico Jerry Brown che non ha ancora espresso la propria posizione in materia. Quando, a inizio anno, la proposta, o-

steggiata da gruppi cristiani e associazioni di disabili, si era arenata in Commissione sanità della Camera, Brown aveva sottolineato che fosse «più appropriato» riprendere la discussione durante la regolare sessione legislativa.

I proponenti hanno invece fatto in modo di ripresentare la misura durante una speciale sessione legislativa per il finanziamento alla sanità, quando la Commissione era formata da membri più liberali, evitando così un nuovo stop. La controversia però rimane. I gruppi religiosi ricordano che solo Dio decide della vita e della morte e le associazioni a difesa dei disabili temono che tale legge possa aprire ad abusi. Per contro, chi è favorevole al suicidio assistito fa notare che molti individui colpiti da malattie neurodegenerative a uno stadio avanzato non potranno fruire del provvedimento in quanto non in grado di deglutire volontariamente oppure mentalmente capaci.

Se la legge verrà ratificata, la California diventerebbe il quinto Stato Usa a consentire il suicidio assistito dopo Oregon, Washington, Vermont e Montana. In altri 20 Stati americani sono state presentate proposte di legge equivalenti dopo la vicenda assai pubblicizzata (soprattutto sui social network) della 29enne californiana Brittany Maynard che, colpita da un tumore incurabile al cervello scelse di trasferirsi in Oregon per mettere fine alla propria vita, ma in nessuno di essi si è giunti sinora all'approvazione di una legge.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In California sì all'eutanasia Il dilemma del governatore

Brown ha studiato da prete: è contro la pena capitale, ma pro aborto

Il caso

di **Viviana Mazza**

C'è un episodio che il governatore della California Jerry Brown ama raccontare. Una volta, molti anni fa, si trovò di fronte a un quesito d'esame a quale non riusciva a trovare una risposta soddisfacente: «Scrivi la tua impressione su una foglia verde». Erano così tante le sfumature e i significati della parola «impressione», così tanti i cliché da evitare — come ha raccontato alla rivista *Atlantic* — che si trovò incapace di rispondere. Erano gli anni Sessanta e Brown era un giovane seminarista gesuita che, alla fine, lasciò il noviziato per studiare Lettere classiche e Giurisprudenza e seguire le orme del padre in politica. Oggi il governatore, che non ha perso comunque la fede di un tempo, si trova di fronte ad un dilemma morale e politico ben più lacerante: firmare o no la legge che renderebbe l'eutanasia legale in California? Ha poco più di una settimana per decidere. Per ora è rimasto in silenzio.

Il Senato della California ha approvato venerdì la legge sul suicidio assistito, con 23 voti favorevoli e 14 contrari, dopo che la Camera aveva fatto altrettanto (44 contro 35). Le norme approvate in California prevedono che le richieste possano arrivare solo da chi ha un'aspettativa di vita inferiore ai sei mesi e che tra dieci anni la legge «scada» e debba essere riapprovata.

La parola d'ordine della campagna pro eutanasia è stata «dignità», e il volto simbolo quello di Brittany Maynard, la ventinovenne californiana malata di un cancro incurabile al

cervello che lo scorso novembre si è trasferita in Oregon — uno dei quattro Stati americani dov'è legale insieme a Washington, Montana e Vermont — per poter fare la sua scelta. I genitori, con il ritratto della figlia tra le braccia, hanno seguito passo dopo passo la campagna. «Questo è un movimento iniziato da Brittany», hanno spiegato in lacrime. La Chiesa cattolica si è fortemente opposta. L'arcivescovo di Los Angeles José Gomez ha argomentato che per i poveri «il suicidio assistito diventerà non una scelta ma l'unica opzione». I contrari sostengono che di fronte a spese astronomiche senza copertura sanitaria le stesse famiglie dei malati terminali li spingeranno a scegliere «la pillola letale».

Il cattolico Jerry Brown resta in silenzio, come un tempo di fronte alle sfumature di quella «foglia verde». La fede lo ha portato a sposarsi in chiesa, a lavorare con Madre Teresa di Calcutta, a visitare più volte il Vaticano, a opporsi alla pena di morte. Non in tutto però è in linea con la Chiesa: è favorevole all'aborto come pure alle nozze gay. Il dilemma sull'eutanasia si risolverà firmando la legge o mettendo il suo veto. Se non fa nulla, entrerà in vigore a gennaio. Se la blocca, i sostenitori annunciano un referendum.

Il campo del «sì» è certo che alla fine il governatore firmerà, perché la maggioranza dei californiani è a favore della morte assistita (il 76% secondo un sondaggio dell'università di Berkeley). Anche molti medici hanno cambiato opinione, passando da un'opposizione decennale a una prospettiva più neutrale: ora dicono che è una scelta personale del paziente. Il caso di Brittany ha dato impulso a iniziative pro eutanasia in sedici Stati — per ora senza successo. Una vittoria in California avrebbe un peso nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda



● La legge approvata in California, che adesso attende la firma (o il veto) del governatore 77enne Jerry Brown (nella foto) prevede che le richieste di suicidio assistito possano arrivare solo da chi ha un'aspettativa di vita inferiore ai sei mesi. Bisogna

presentare due domande «verbali» a una distanza di meno di 15 giorni l'una dall'altra, più una richiesta scritta, firmata anche da due testimoni. È previsto che il medico si consulti privatamente con il paziente per evitare coercizione. Tra dieci anni inoltre la legge «scadrà» e dovrà essere riapprovata

● Solo quattro Stati americani — Oregon, Washington, Montana e Vermont — consentono al momento ai medici di prescrivere farmaci che consentono la morte assistita. L'Oregon è stato il primo ad approvare una legge sull'eutanasia nel 1997. Da allora i sostenitori hanno cercato di presentare proposte di legge, incontrando forte opposizione da parte di gruppi religiosi, alcune associazioni di medici e politici bipartisan



SALUTE

Chi mangia camminando tende a distrarsi E va incontro all'**abbuffata**

Linea in pericolo

A farci ingrassare non è soltanto l'abitudine sbagliata di consumare i pasti guardando la televisione

Se vi capita spesso di mangiare camminando, per esempio di consumare un pezzo di pizza o di focaccia preso al volo all'ora di pranzo, fate attenzione: mangiare così potrebbe favorire gli eccessi calorici più ancora di altre note "cattive abitudini", come guardare la Tv mentre siete a tavola.

A suggerirlo è uno studio, pubblicato on line sul *Journal of Health Psychology*, svolto da ricercatori dell'Università del Surrey (Regno Unito) su 60 giovani donne, alcune delle quali a dieta. Le partecipanti alla ricerca sono state invitate a consu-

mare una barretta di cereali, alcune camminando, altre guardando una sitcom alla Tv, altre ancora stando sedute e conversando; tutte le donne sono poi state sottoposte a un test nel quale potevano consumare a volontà quattro tipi di snack (confetti di cioccolato, carote, uva, salatini). I ricercatori hanno osservato che "mangiare e camminare" è la combinazione "peggiore". In questa condizione, infatti, le donne a dieta hanno mangiato decisamente di più rispetto a quelle che guardavano la Tv o chiacchieravano, e confrontando ragazze a stecchetto, e non, si è visto che le prime camminando introducevano ben il quintuplo di confetti di cioccolato e in generale più snack.

Insomma, sembrava che il cibo mangiato camminando venisse "dimenticato", inducendo ad approfittare di più degli snack proposti nella seconda fase dell'esperimento. «Questo studio ci ricorda che quando si segue una dieta è ne-

cessario focalizzare l'attenzione sul cibo, per controllare la quantità ingerita — commenta Nicoletta Cavazza, docente di Psicologia sociale all'Università di Modena-Reggio Emilia —. In presenza di fattori di distrazione la focalizzazione viene meno, con ripercussioni negative non solo sul cibo assunto mentre si compie l'azione ma anche, come è emerso, sul cibo consumato successivamente. Un altro aspetto che riguarda l'atto specifico del camminare sta nel fatto che questa attività può fornire una giustificazione del maggiore consumo di cibo (e anche di cose poco sane) perché chi fa movimento spesso si illude sulle calorie bruciate. Se l'obiettivo è controllare il peso, conviene sedersi e concentrarsi solo sul cibo, considerando anche che la maggior parte dello *street food* è, sì, gustoso, ma è anche più ricco di grassi e di calorie di quanto spesso si pensi».

Carla Favaro Nutrizionista
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cibi da «passeggio»

Alimenti	Energia kcal	Grassi g
Panino (g 80) con porchetta (g 120)	590	18
Trancio di pizza con salame piccante (g 200)	567	26
Piadina con prosciutto crudo e mozzarella (g 180)	536	25
Trancio di focaccia al formaggio (g 150)	496	30
Arancino di riso al ragù (g 150)	450	27

I valori variano, anche sensibilmente, in base alla tipologia degli ingredienti

CdS



LiberoSalute

Risultati in minor tempo e previene il recupero dei chili persi

Perdere peso con il pallone intragastrico

■■■ Una pandemia complessa che pesa in modo significativo sul Servizio Sanitario Nazionale e che, secondo i dati presentati in occasione di Expo 2015 sul costo dell'obesità e delle malattie ad essa correlate, vale, solo in Italia, circa 9 miliardi di Euro l'anno. «Per le persone in sovrappeso grave o obesità leggera, o comunque quando il BMI è uguale o superiore a 27 - spiega Alfredo Genco, professore del Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica del Policlinico Umberto I di Roma - ci sono soluzioni non chirurgiche come il palloncino intragastrico, sicuro ed efficace, in grado di far perdere fino al 59% del peso in eccesso in 6 mesi, riuscendo a portare ad un risultato quindi in tempi relativamente rapidi». Questo strumento permette di sentire prima il senso di sazietà e, quindi, diminuisce il desiderio di introdurre grandi quantità di cibo. Ha, inoltre, un alto profilo di sicurezza e di efficacia, come dimostrato da un grande numero di studi pubblicati nell'arco degli ultimi 20 anni. Tra i motivi, il vantaggio di non necessitare di un intervento chirurgico per essere posizionato e di poter essere rimosso e riposizionato ad intervalli di tempo più o meno lunghi, per dare una continuità al trattamento e quindi permettere sia di perdere peso, sia di mantenerlo nel lungo periodo. L'uso del palloncino intragastrico ha un tempo limite di 6 mesi, dopo i quali è necessario rimuoverlo e, se viene ritenuto opportuno un reinserimento, bisogna attendere un periodo di tempo determinato dal medico. (C. DON.)



SALUTE

Bisogna «coltivare» la flora intestinale con più alimenti integrali e meno grassi per ridurre peso e colesterolo

Rischio obesità

Se alteriamo il microbioma con una dieta squilibrata, i segnali di sazietà arrivano male al cervello e non ci sentiamo mai appagati

Dolci, fritti, salumi e formaggi grassi fanno schizzare verso l'alto l'ago della bilancia non solo perché sono ipercalorici, ma anche perché "allevano" nel nostro intestino colonie di batteri che remano contro il mantenimento del peso forma. Stando a un'indagine presentata di recente al congresso della *Society for the Study of Ingestive Behavior* statunitense, infatti, mangiare troppo spesso cibi ricchi di grassi peggiora la composizione della flora batterica intestinale e altera perfino i circuiti cerebrali, impedendo di sentirsi sazi.

«Di norma, i diversi ceppi di microrganismi che fanno parte del "microbioma" - ovvero la popolazione batterica intestinale tipica per ciascuno di noi - costituiscono un insieme abbastanza stabile, che "oscilla" poco perché ha un suo equilibrio — spiega Krzysztof Czaja, dell'Università della Georgia, autore dello studio —. Se però cambiamo alimentazione, aumentando molto il consumo di grassi, il microambiente dell'intestino si modifica, con un effetto quasi immediato sui batteri che devono adattarsi per trarre energia da ciò che mangiamo: alcune specie "esplodono", altre diminuiscono fin quasi a sparire. Il risultato è una maggiore infiammazione locale, con danni ai nervi che portano messaggi dall'intestino al cervello e viceversa. Di conseguenza i segnali di sazietà non arrivano bene al sistema nervoso centrale e perfino le aree cerebrali correlate ai comportamenti alimentari si riorganizzano».

Tutto ciò si traduce in una minor capacità di essere appagati dal cibo e, quindi, nella tendenza a mangiare troppo, sulla base di un meccanismo che, secondo Czaja, sarebbe corresponsabile dell'attuale epidemia di obesità: «Il sistema di comunicazione fra intestino e cervello si è evoluto per millenni mentre ci nutrivamo di cibi integrali da fonti naturali e non era pronto a fronteggiare i prodotti industriali e raffinati: mangiare alimenti ricchi di zuccheri e grassi altera i delicati equilibri della microflora e "confonde" il cervello, spianando la strada all'accumulo di peso».

Oggi sta diventando sempre più chiaro che nutrire bene la flora batterica intestinale significa rimanere sani: lo conferma anche una ricerca apparsa nei giorni scorsi su *Circulation Research*, che dimostra come le specie di batteri presenti incidano non poco sul peso corporeo e anche sui livelli di colesterolo e trigliceridi nel sangue. Stando ai dati raccolti, su circa 900 olandesi, 34 ceppi di batteri contribuirebbero a discrete differenze fra gli individui: chi ha la fortuna o il merito, grazie a una dieta sana, di avere nell'intestino le specie "positive" è più magro, ha i trigliceridi più bassi e il colesterolo "buono" più elevato rispetto a chi non può contare su un microbioma altrettanto favorevole.

«L'uomo vive in simbiosi con i suoi batteri, che sono in un numero dieci volte superiore a quello delle cellule: si tratta quasi di un "organo" a sé che influenza in modo consistente la nostra salute, perché non solo ci aiuta a digerire il cibo, assorbire i nutrienti, invia segnali al cervello e contribuisce alla regolazione del metabolismo, ma modula anche l'attività del sistema immunitario» osservano gli autori dello studio.

Non a caso la flora intestinale si modifica anche nei pazienti con diabete di tipo due, come hanno appena dimostrato ricercatori dell'israeliano *Weizmann Institute of Science*, studiando i tassi di crescita delle popolazioni batteriche del microbioma.

Nella nostra pancia, esiste, quindi, un ecosistema complesso che ha un'influenza notevole sulla salute, di cui possiamo prenderci cura con un'alimentazione che promuova la crescita dei batteri buoni. Quale sia la dieta ideale è ancora allo studio, ma alcune indicazioni ci sono: oltre ai cibi integrali, sembra utile introdurre molti vegetali perché favoriscono i ceppi produttori di acido butirrico, in grado di ridurre l'infiammazione e il rischio di tumore al colon.

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

Pensa la salute



di **Riccardo Renzi**

Gli effetti della diffidenza verso le vaccinazioni

Se nel mondo ogni anno muore un milione e mezzo di bambini per malattie che possono essere prevenute con le vaccinazioni, non è solo colpa della povertà, ma anche per quella che l'Oms chiama *vaccine hesitancy*, che più che un'esitazione è una diffidenza, quando non una vera e propria ostilità da parte dei genitori. È un fenomeno in crescita preoccupante, che riguarda sia Paesi poveri sia Paesi del mondo occidentale dove non ci sono problemi di approvvigionamento dei vaccini. Il caso dell'Ucraina (vedi articolo su Corriere.it/salute), dove sono ricomparsi anche due casi di poliomielite, è significativo. Nei Paesi sviluppati la causa più importante di un' "esitazione" talvolta fatale è costituita dai falsi miti, che oggi trovano più rapida diffusione via Internet: i vaccini provocano l'autismo (uno studio di quest'anno sembra aver chiuso la questione definitivamente), i vaccini rendono le donne infertili, eccetera. In Italia, 4 genitori su 10 esprimono preoccupazioni riguardo alle vaccinazioni. Come contrastare il fenomeno, che ha caratteristiche molto diverse secondo le diverse situazioni e culture locali? In Europa come negli Usa già si stanno studiando quali siano le migliori strategie di comunicazione anti hesitancy. Interessante una ricerca dell'Università dell'Illinois: attraverso questionari ha messo in luce un aspetto che, scusate la presunzione, noi divulgatori conosciamo bene. Lo studio ha concluso che serve poco contrastare i falsi miti con argomenti scientifici, perché contro le paure irrazionali hanno poca efficacia gli argomenti razionali. Può essere più utile mettere in evidenza i rischi che comportano le malattie evitabili: vale a dire combattere la paura con altre paure più fondate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

