

Esame del sangue a tutti i neonati per "salvarli" dalle malattie rare

Lo screening permetterà di iniziare da subito le cure e, in alcuni casi, evitare conseguenze fatali. Sotto osservazione soprattutto le patologie metaboliche. Il piano in giunta nei prossimi giorni

di **Elena Del Giudice**

UDINE

Quando ci si accorge, è già tardi. Parliamo di patologie, alcune molto severe, altre semplicemente complesse, altre ancora mortali, che possono colpire i bambini prim'ancora che nascano. Alcune, come la sordità, individuano nella diagnosi precoce la strada più adeguata per garantire a quel bimbo una migliore qualità della vita grazie alla tecnologia: l'impianto cocleare, ad esempio, impedirà nei fatti che il piccino sia sordo e gli consentirà di crescere con lo stesso passo degli altri bimbi della sua età.

Se spostiamo lo sguardo sulle patologie metaboliche ereditarie, anche qui si incontrano malattie con le quali è possibile convivere, a patto di avere da subito determinati accorgimenti o iniziare specifiche terapie, e altre che - se correttamente identificate al momento della nascita - possono essere affrontate con tempestività e garantire al bambino di poter vivere.

Ciò che hanno in comune queste diverse tipologie è una cosa fondamentale: la diagnosi immediata, il più possibile precoce. Ed è su questo che l'assessorato alla Salute sta lavorando: sugli screening neonatali. Nel caso di sordità e cecità, la diagnosi precoce «viene già eseguita in tutti i punti nascita - spiega l'assessore Maria Sandra Telesca -. Ciò che fino ad ora non facevamo e che tra poco invece faremo, sarà lo screening vero e proprio, e parliamo di screening quando non ci limitiamo a fare un esame, ma seguiamo quel bambino dalla nascita in poi». Per raggiungere l'obiettivo, si sta mettendo a punto un sistema informativo dedicato in grado di raccogliere sistematicamente tutti i dati utili.

«Nel piano della prevenzione che delibereremo tra pochi giorni - ancora Telesca - una delle linee di lavoro riguarda, per l'appunto, l'attivazione di questi screening».

A livello nazionale il [ministero della Salute](#) ha già inviato al-

la Conferenza Stato-Regioni la bozza di decreto sullo screening neonatale esteso finalizzato alla diagnosi precoce delle malattie metaboliche. «Anche in questo caso - sottolinea l'assessore - in Friuli Venezia Giulia molto è già stato fatto. Ad esempio si esegue sempre nei punti nascita lo screening per alcune patologie tiroidee, nel caso di Pordenone l'Azienda ospedaliera da tempo effettua prelievi ai figli neonati di coppie originarie di paesi che si affacciano sul Mediterraneo o dell'Africa Subsahariana o dell'India, per individuare casi di anemia falciforme». Grazie a questo intervento tempestivo «sono una trentina i bambini che seguiamo - spiega il primario di pediatria del Santa Maria degli Angeli, Roberto Dall'Amico - affetti da questa particolare forma di anemia». Lo screening neonatale esteso, che si effettua su una goccia di sangue del bimbo, consentirà dunque di diagnosticare precocemente molte patologie metaboliche.



Lo screening neonatale esteso a cui sottoporre tutti i neonati in Fvg, verrà inserito nel piano della prevenzione





La Corte ha già parlato chiaro: niente business sulla diagnosi

Le motivazioni della sentenza sull'accesso alla provetta di coppie fertili ma portatrici di malattie genetiche dovranno chiarire diversi punti, ma le 6 righe di dispositivo diffuse dalla Corte Costituzionale per rimettere in carreggiata le indiscrezioni trapelate nella serata di giovedì 14 hanno già detto alcune cose chiarissime (quanto ignorate dai media).

Anzitutto pare evidente che la Consulta ha imparato dalla lezione della sentenza 2014 sull'eterologa: occhio a non aprire vuoti normativi. Un anno fa i giudici vollero assimilare la fecondazione eterologa a quella omologa, non vedendo che senza regole specifiche la procreazione assistita con gameti altrui non può funzionare,

Le poche righe di chiarimento della Corte, dopo le indiscrezioni che avevano aperto a interpretazioni errate, bastano per capire che occorre rispondere a molte domande. Ecco le prime

ovvero quanto sta accadendo. Le nuove linee guida sulla legge 40, che risultano appena varate dal Consiglio superiore di sanità, ora dovranno attendere la pubblicazione della sentenza integrale per un doveroso aggiornamento.

Nel dispositivo del nuovo verdetto spicca invece una significativa differenza rispetto all'interpretazione frettolosamente diffusa tra giovedì e venerdì scorsi da tutti i mezzi di informazione - tranne *Avvenire* - e poi colpevolmente non corretta quando la Corte ha diffuso la nota di chiarimento. Per evitare il vuoto normativo - che deriverebbe dalla mancata precisazione

di quali siano le patologie per accedere alla fecondazione artificiale - la Consulta ha fatto riferimento a un criterio preciso, stabilito da un'altra legge (la 194). Se l'accesso alle tecniche di procreazione assistita fosse stato semplicemente destinato a coppie che si presentano con la certificazione di una qualunque anomalia genetica saremmo stati davanti a un'apertura indiscriminata: difficile trovare qualcuno che sia del tutto privo di qualche "difetto". Ma non è detto che a ogni anomalia corrisponda una patologia, per di più grave, e la Corte ha indicato la necessità di individuare «criteri di gravità». È evidente il tentativo di evitare un'apertura totale.



Il riferimento alla legge sull'aborto – sul quale ci interroghiamo negli articoli di questa stessa pagina – indica comunque un limite e solleva interrogativi ai quali non ci si può sottrarre. Per esempio: potranno accedere alla provetta coppie con patologie genetiche compatibili con la vita, e con una buona qualità della stessa? "Incurabile" infatti non sempre equivale a "grave". Inoltre dal dispositivo si arguisce che difficilmente si potrà utilizzare la diagnosi pre-impianto per verificare eventuali patologie genetiche diverse da quelle di cui la coppia è portatrice, e tanto meno si potrà utilizzare la selezione embrionale per cercare qualunque eventuale patologia. In altre parole, la diagnosi genetica cui la Corte sembra aprire non è e non può essere uno screening preventivo, "a strascico", di qualsiasi altro difetto non palesato dalla coppia. Ma c'è anche un secondo limite indicato dai giudici: l'accertamento della patologia è solo a carico di «apposite strutture pubbliche». E qui c'è già una scelta molto netta che le motivazioni non potranno che amplificare: evitare che l'offerta di diagnosi pre-impianto obbedisca alle leggi di mercato e non a precise esigenze cliniche. Solo eliminando la possibilità di guadagnare su questa pratica si potrà circoscrivere l'accesso ai casi gravi come indicato dalla Corte. E in questo le «strutture pubbliche» fanno la differenza.

Francesco Ognibene

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Embrioni e diagnosi, cosa dice (davvero) la Consulta

di Emanuela Vinai

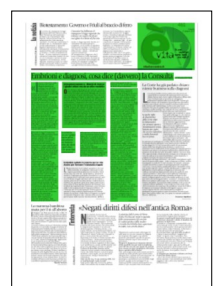
La sentenza con cui i giudici hanno aperto alla selezione pre-impianto detta già alcuni criteri clinici Che vanno letti attentamente

«**I**ntanto il dispositivo della sentenza non parla di diagnosi genetica pre-impianto, ma solo della possibilità per le coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita»: a rimarcarlo è Nicola Natale, ginecologo e già primario di Ginecologia e ostetricia all'Ospedale Manzoni di Lecco. In effetti il brevissimo testo con cui la Corte Costituzionale ha comunicato la sua decisione non fa alcun accenno alla diagnosi pre-impianto ma, mettendo in connessione due leggi molto diverse tra loro (la 40 e la 194), genera un complesso cortocircuito clinico in cui i primi a non vederci chiaro sono proprio i medici. Il rimando della Corte ai casi previsti dall'articolo 6, comma 1 b) della legge 194, lungi dallo sciogliere il nodo, accumula interrogativi che nascono proprio dall'applicazione concreta della norma.

Secondo la legge l'interruzione volontaria della gravidanza dopo i primi 90 giorni può essere praticata «quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna». La legge 194 quindi non sancisce la facoltà di abortire (né prima né dopo i 90 giorni) ma si limita a indicare le condizioni necessarie per richiedere un'interruzione volontaria di gravidanza. «La legge non prevede l'aborto volontario per le malformazioni del nascituro – ricorda Natale – ma a causa delle ricadute sulla salute della madre. E sappiamo che questa possibilità viene usata in maniera incongrua e molto libera, bypassando molti limiti». I dati relativi alle interruzioni di gravidanza dopo il primo trimestre, dalla tredicesima settimana in poi – impropriamente definiti aborti "terapeutici" –, hanno registrato nel 2012 un aumento numerico assoluto e in percentuale passando dai 3.788 del 2011 ai 3.917 del 2012 e dallo 0,5% del totale degli aborti nel 1981 al 3,8% di tre anni fa. Se andiamo nel dettaglio di alcune rilevazioni disponibili sul territorio, scopriamo che queste cifre aumentano ulteriormente. Per esempio, il rapporto sulle "interruzioni volontarie di gravidanza" (Ivg) effettuate presso gli istituti di cura

della provincia di Trento nel 2013, pur in decremento rispetto al 2012, registra che «37 di queste (4,6%) sono relative ad aborti terapeutici, indotti da una diagnosi prenatale di malformazione congenita del feto. Nel 2012 tale percentuale era il 2,5% e nel 2011 il 4,4%». Anche l'analisi effettuata dall'Assessorato Politiche della salute dell'Emilia Romagna nello stesso periodo evidenzia come «leggermente aumentata la percentuale di donne che arriva all'intervento a un'età gestazionale superiore alle 12 settimane (3,7%), quindi attribuibile ad aborti di tipo terapeutico».

L'avanzamento e la sempre maggiore disponibilità di tecnologie di diagnosi prenatali fanno sì che la salute del feto possa essere messa sotto scanner sempre più approfonditi, andando a rivelare patologie molto gravi come difetti lievissimi. Senza distinzioni. «La legge 194 non pone un criterio oggettivo di valutazione o una scala di gravità delle malattie – considera Natale –



che quindi sono lasciati alla libera interpretazione del medico e della donna. Come si può confutare che una determinata disabilità, per quanto lieve, non possa avere ripercussioni sulla psiche della madre?». Se quindi per interrompere una gravidanza per ragioni "terapeutiche" la scala di gravità delle anomalie non è indicata, quali parametri andranno adottati possibile per redigere una classifica congrua di malattie geneticamente trasmissibili? Se il criterio è la «gravità», come dice la Corte, non si potrà essere di manica larga. «Al netto di alcuni casi specifici, fare la distinzione tra grave e non grave è molto opinabile – conferma **Giandomenico Palka**, ordinario di Genetica medica all'Università di Chieti – la cataratta e l'ipotiroidismo sono due malattie genetiche trasmissibili che per me non sono gravi, ma un genitore che può scegliere come le considera?». Senza contare che – è bene ribadirlo – nessuno può garantire un figlio sano dopo la selezione genetica, come chiarisce ancora Palka: «Anche chi fa la preimpiantoistica consiglia di fare l'amniocentesi o la villocentesi a gravidanza in atto, per sicurezza». Questo dilemma si lega con la precisione della tecnica e dell'interpretazione corretta dei risultati: «Sono procedure molto delicate – spiega il genetista – in cui serve personale molto specializzato e preparato, anche sul piano etico. Ci vuole una consulenza genetica approfondita. Temo la solita *deregulation* all'italiana...». In attesa del deposito della sentenza, allo stato attuale la profilazione normativa delle malattie genetiche di cui sarà permessa l'individuazione e la selezione si presenta come un rompicapo di difficile soluzione senza correre il rischio di scontentare qualcuno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Crioconservazione e «libertà di ricerca» I giudici attesi ora da un altro verdetto

Ora la sentenza sulla diagnosi pre-impianto, prossimamente quella sul divieto di utilizzare gli embrioni per la ricerca scientifica: gli attacchi alla legge 40 non sono ancora terminati. Il nuovo procedimento arriva alla Consulta dal tribunale di Napoli. A sollecitarlo cinque medici chiamati a rispondere di associazione per delinquere, in concorso tra loro, per la crioconservazione e la soppressione di embrioni. A motivare il rinvio alla Consulta i giudici partenopei hanno richiamato una precedente sentenza sulla legge 40: la 151 del 2009, che ha fatto venir meno il divieto di produrre più embrioni di quelli strettamente necessari per un unico impianto, e comunque non superiore a tre. Il Tribunale cita poi la sentenza «Costa-Pavan» della Corte europea dei diritti dell'uomo, che ha condannato l'Italia per non aver consentito alla coppia la diagnosi pre-impianto. I giudici giudicano incostituzionale il divieto di produrre embrioni se non finalizzati alla nascita. Da qui, nella loro visione, l'irragionevolezza del divieto di utilizzarli come oggetti di ricerca. Il giudizio definitivo toccherà ancora una volta alla Consulta. (M.Palm.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VEROCONSUMO
 WWW.VEROCONSUMO.IT

Associazione regionale di consumatori e famiglie

Pillola dei cinque giorni dopo: garantito l'accesso diretto

EllaOne sarà erogata senza prescrizione medica o test di gravidanza

CATANIA - Da sabato 9 maggio è ormai possibile in Italia acquistare la pillola dei cinque giorni dopo in farmacia e senza obbligo di ricetta né del test di gravidanza. La determina **dell'Aifa** che stabilisce questo importante cambiamento è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'8 maggio. Si tratta di una vera e propria decisione storica. In questo modo è stato garantito alle donne italiane il libero accesso diretto ad *ellaOne*, la pillola detta anche del giorno dopo perché più efficace nelle prime 24 ore.

Entrando nel provvedimento, esso prevede l'erogazione del farmaco anticoncezionale d'emergenza *ellaOne*, sempre senza prescrizione medica ma solo per le donne in età maggiore di 18 anni e l'abolizione dell'obbligo del test di gravidanza prima di assumere il farmaco per tutte le donne (sia maggiorenne che minorenni).

La delibera **dell'Aifa** in questo



modo ha recepito la decisione della Commissione europea di consentire l'accesso a *ellaOne* direttamente in farmacia in tutti gli Stati membri dell'Ue, sulla base del riconoscimento da parte del Chmp (Comitato per i medicinali per uso umano), della maggior efficacia di *ellaOne* (rispetto alla vecchia pillola del giorno dopo) se usato durante le prime 24 ore, e della sicurezza del prodotto anche quando utilizzato senza prescrizione. In ogni caso non si tratta di un farmaco da banco. Non sarà quindi di libero servizio e quindi a disposizione sugli scaffali delle

farmacie. Sarà sempre necessaria una esplicita richiesta al farmacista. Dovrebbe inoltre essere esclusa la sua vendita nelle parafarmacie.

In ogni caso il direttore generale di Hra Italia, Alberto Aiuto, ha salutato con gioia l'importante novità spiegando come "dal suo lancio nel 2009, *ellaOne* sia stato considerato tra i professionisti della sanità come il nuovo farmaco di riferimento nella contraccezione d'emergenza e finora è stato utilizzato da oltre 3 milioni di donne in 70 paesi nel mondo.

È il più efficace rispetto all'opzione esistente se assunto entro 24 ore da un rapporto sessuale non protetto, o non adeguatamente protetto, in quanto è stato dimostrato di poter funzionare anche, quando il rischio di gravidanza è massimo, ovvero poco prima dell'ovulazione". Per poi aggiungere che "come Direttore Generale di una società impegnata nell'innovazione nella Health care per le donne sottolineo l'importanza di un momento come questo per l'Italia. Siamo dunque lieti di vedere che anche nel nostro Paese per le donne adulte si sia facilitato l'accesso a questa metodica contraccettiva".

Emiliano Zappalà

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Non si tratta di
 farmaco da banco
 quindi non sarà sugli
 scaffali delle farmacie**



Dolore da cancro, anche nell'anziano si può controllare efficacemente



20 maggio 2015

Il dolore da cancro può essere controllato anche nei pazienti più anziani con meno necessità di ricorso allo switch tra farmaci oppioidi rispetto al paziente adulto. Ciò conferma la buona tollerabilità di questi farmaci anche con l'avanzare dell'età e che bastano quantità moderate di oppiacei per avere effetto sul dolore in questi soggetti.

Questo è quanto mostrato da un lavoro pubblicato sulla rivista *Drugs & Aging* in cui gli autori del Cancer Center la Maddalena di Palermo e dell'Università dell'Aquila hanno evidenziato anche che il dolore episodico intenso si verifica in egual misura nell'adulto e nell'anziano, c'è solo qualche episodio in più nell'anziano di età più avanzata (sopra agli 85 anni).

I pazienti anziani presentano spesso problemi farmacologici complessi rispetto alle persone più giovani. Spesso il dolore nell'anziano non è controllato e nel caso del dolore oncologico non vengono prescritti oppioidi perché spesso si pensa che non vengano tollerati da tali soggetti.

Gli studi sulla gestione del dolore oncologico in persone anziane sono carenti e sono necessarie maggiori informazioni.

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare la possibile differenza di intensità del dolore, meccanismi del dolore, farmaci per il dolore episodico intenso (BTP) e uso di oppiacei tra i pazienti con dolore da cancro seguiti a casa con un programma di cure palliative. L'outcome secondario era stabilire l'efficacia del trattamento del dolore da cancro in pazienti oncologici anziani rispetto a pazienti oncologici adulti in un contesto di cure domiciliari.

Questi pazienti erano parte di un progetto chiamato l' "L'Aquila per la vita" che è stato condotto da agosto 2009 a dicembre 2013. I partecipanti, tutti malati oncologici adulti e anziani venivano seguiti a domicilio registrando dati sul dolore, sulle terapie e sulla loro efficacia attraverso dispositivi collegati alla rete. Venivano registrati i dati ad ogni visita del paziente in particolare nelle ultime settimane di vita.

A tal fine è stata effettuata una revisione retrospettiva di grafici computerizzati per i pazienti con cancro avanzato in assistenza domiciliare

Sono state misurate l'intensità e i meccanismi del dolore, la presenza di BTP, i trattamenti analgesici nelle ultime 4 settimane di vita e la frequenza di cambiamento degli oppioidi o via della via di somministrazione.

I pazienti sono stati divisi in due gruppi: adulti (< 65 anni, gruppo A), e anziani (≥ 65 anni, gruppo O). All'interno di quest'ultimo gruppo, sono stati valutati tre sottogruppi: anziani più giovani (65-74 anni, gruppo O1), anziani medi (75-84 anni, gruppo O2) anziani più in là con l'età (≥ 85 anni, gruppo O3).

Un totale di 412 pazienti erano disponibili per l'analisi.

I risultati hanno mostrato che non è stata osservata alcuna differenza nello status di Karnofsky (scala che valuta la funzione) e nella sopravvivenza nei due gruppi di età (p=0.2 e p=0.09,rispettivamente).

I dati sono stati registrati nelle ultime 4 settimane di vita del paziente attraverso un'analisi retrograda dal giorno prima del decesso in poi ad intervalli di 1 settimana, come segue: -4 settimane (-4W), -3 settimane (-3W), -2 settimane (-2W), -1 settimana (-1W), e il giorno prima del decesso (-1D).

Non sono state osservate differenze nello status di Karnofsky e nella sopravvivenza nei diversi sottogruppi di età (p=0,2 e p=0,09, rispettivamente).

Non è stata trovata alcuna differenza nell'intensità del dolore tra i gruppi di età a -4W (tendenza X2 p=0,07).

I pazienti appartenenti ai gruppi O2 e O3 erano più propensi a presentare meccanismi nocicettivi rispetto ai gruppi A e O1 (p=0,04).

La prevalenza di BTP a -4W è stata dell' 89,5%, 78,6%, 84,3%, e 74,2% nei gruppi A, O1, O2 e O3,rispettivamente).

Sono state osservate differenze significative tra i sottogruppi età (p=0,038, test di x2) con il gruppo O3 che presentava una prevalenza più bassa rispetto agli altri gruppi.

In conclusione, non sono state osservate differenze di intensità del dolore tra sottogruppi di età. Il gruppo O3 ha presentato una più bassa prevalenza di BTP in confronto con altri gruppi. Cambiamenti significativi nelle dosi di oppioidi sono stati riportati con una relazione inversa con l'età (p=0,0001).

Lo switch tra oppioidi era meno frequentemente presente nei pazienti anziani (p<0,005). Ciò conferma la buona tollerabilità agli oppioidi, probabilmente a causa della basse dosi utilizzate nelle persone anziane rispetto agli adulti.

Come sottolineano gli stessi autori, è necessaria un'attenta titolazione per raggiungere un'adeguata analgesia nei pazienti anziani. I pazienti anziani rispondono bene anche all' utilizzo di dosi basse di oppioidi e l'elevata tollerabilità gli consente anche un basso tasso di switching tra oppioidi. La prevalenza di BTP si è dimostrata più bassa solo nel gruppo dei pazienti più anziani (O3). Il dolore da cancro negli anziani deve essere considerato come una priorità nei programmi di ricerca.

Emilia Vaccaro

Mercadante S. et al. Pain characteristics and analgesic treatment in an aged adult population: a 4-week retrospective analysis of advanced cancer patients followed at home. *Drugs Aging*. 2015 Apr;32(4):315-20. doi: 10.1007/s40266-015-0253-1.

[leggi](#)

[\[chiudi questa finestra\]](#)

Ca al polmone, possibile legame tra uso di statine e minor rischio di decesso



19 maggio 2015

Uno studio di popolazione pubblicato di recente sulla rivista *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* fornisce alcune prove del fatto che l'uso di statine è legato a tassi inferiori di mortalità dovuta specificamente al cancro tra i pazienti affetti da un tumore al polmone.

"I risultati andrebbero confermati in studi osservazionali, ma giustificano l'esecuzione di studi controllati e randomizzati sull'impiego delle statine come terapia adiuvante antitumorale nei pazienti affetti da cancro al polmone" scrivono gli autori, guidati da Chris R. Cardwell, del Royal Victoria Hospital di Belfast, nella discussione del lavoro.

Negli ultimi decenni, spiegano i ricercatori, si è creata molta attenzione intorno alle potenziali proprietà antitumorali delle statine, suggerite da studi preclinici su linee cellulari di tumore al polmone e modelli animali. "Gli studi preclinici hanno portato a proporre una serie di importanti meccanismi biologici per quest'associazione, tra cui l'inibizione della proliferazione cellulare, la stimolazione della sorveglianza immunitaria antitumorale e l'interruzione del segnale oncogenico" scrivono Cardwell e i colleghi.

In questo nuovo studio, i ricercatori hanno provato a valutare in una coorte di pazienti affetti da un cancro al polmone se tra gli utilizzatori delle statine si aveva un minor rischio di decesso dovuto al tumore. A tale scopo, hanno identificato nel *English Cancer Registry* dal 1998 al 2009 un gruppo di pazienti colpiti da questa neoplasia, seguiti fino al 2012. Nell'analisi finale sono stati inclusi 3638 pazienti che risultavano aver preso le statine dopo la diagnosi di cancro e 13.398 che, invece, le assumevano già da prima.

Dopo aver aggiustato i dati per i possibili fattori confondenti, i ricercatori hanno calcolato una riduzione dell'11% della mortalità dovuta al tumore del polmone in coloro che avevano iniziato a prendere le statine dopo la diagnosi rispetto ai non utilizzatori di questi anticolesterolo (HR 0,89; IC al 95% 0,78-1,02; P = 0,09),.

Stratificando i pazienti in base al numero di prescrizioni, tuttavia, hanno trovato alcune differenze: in coloro ai quali dopo la diagnosi erano state fatte da una a 12 prescrizioni di statine, i ricercatori hanno calcolato un HR

pari a 0,94 (IC al 95% 0,81-1,09; P = 0,39), mentre in quelli ai quali erano state fatte più di 12 prescrizioni l'HR è risultato pari a 0,81 (IC al 95% 0,67-0,98; P = 0,03).

Inoltre, è emerso qualche segnale che anche il tipo di statina utilizzata possa fare la differenza. Infatti, le statine lipofile sono risultate associate più fortemente a una riduzione della mortalità rispetto a quelle idrofile (HR aggiustato 0,81; IC al 95% 0,70-0,94; P = 0,01); in particolare, nei pazienti che assumevano simvastatina gli autori hanno trovato un HR per la mortalità legata specificamente al cancro al polmone pari a 0,80 (IC al 95% 0,69-0,93; P = 0,003).

Anche aver assunto le statine prima della diagnosi si è associato a una riduzione significativa della mortalità cancro-specifica legata al tumore al polmone (HR 0,88; IC al 95% 0,83-0,93; P < 0,001). In questo caso, tuttavia, il numero di prescrizioni non ha mostrato di influire sull'ampiezza dell'effetto, così come il tipo di statina utilizzato.

Nella discussione, Caldwell e i colleghi scrivono che "la causa della riduzione della mortalità legata al cancro al polmone nei pazienti affetti da questo tumore che prendono le statine è sconosciuta". Inoltre, avvertono, "come per tutti gli studi osservazionali, non si può escludere la presenza di fattori di confondimento residui" e segnalano che in questa coorte, per esempio, non è stato possibile aggiustare i dati in base allo stadio del tumore.

"Questi risultati devono essere confermati in ulteriori grandi studi epidemiologici, ... che potrebbero sostanziare la decisione di condurre una sperimentazione su simvastatina nei pazienti affetti da cancro del polmone" concludono gli autori.

C.R. Cardwell, et al. Statin Use and Survival from Lung Cancer: A Population-Based Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2015;24(5):833-41; doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0052.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]



21-05-2015

Lettori
86.000

<http://www.agi.it/>

Tumori: Roche presenta all'Asco studi su 20 farmaci

(AGI) - Monza, 20 mag. - Nel corso del meeting annuale dell'American Society of Clinical Oncology (Asco), l'azienda farmaceutica Roche presenterà studi clinici su 20 farmaci oncologici: da quelli per il trattamento del tumore polmonare a piccole cellule in stadio avanzato a quelli per il trattamento del linfoma non-Hodgkin, fino a quelli per il trattamento del melanoma e del carcinoma mammario HER2. In particolare, verranno presentati ulteriori risultati degli studi registrativi di alectinib, un inibitore di ALK, nel trattamento del tumore polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato e di obinutuzumab, per il trattamento del linfoma non-Hodgkin indolente. I dati presentati saranno oggetto delle domande per l'autorizzazione all'immissione in commercio. Anche l'immunoterapia è al centro della ricerca Roche con la presentazione dei dati su MPDL3280A (anti-PDL1) nel tumore al polmone non a piccole cellule in stadio avanzato. Roche sta discutendo con l'FDA i dati intermedi di POPLAR, il grande studio randomizzato di fase II, per la concessione dello status di "Breakthrough Therapy" per il tumore al polmone. Saranno inoltre presentati i dati preliminari su venetoclax, un farmaco in fase di sperimentazione nel linfoma non-Hodgkin e nel mieloma multiplo. La FDA ha recentemente concesso la designazione di "Breakthrough Therapy" a venetoclax per i pazienti affetti da leucemia linfocitica cronica refrattaria/recidivata con un'anomalia genetica conosciuta come delezione 17p. Infine, importanti aggiornamenti arriveranno dagli studi su cobimetinib, farmaco per il trattamento del melanoma con mutazione di BRAF in stadio avanzato, attualmente in fase di esame sia dalla FDA che dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA). E poi gli studi su pertuzumab nel trattamento neoadiuvante (prima della chirurgia) del carcinoma mammario HER2 positivo in fase precoce. .

<http://www.corriere.it/salute/>

Tumori: supporto da psicologi esperti per affrontare diagnosi e scelte terapeutiche

Servono ambulatori dedicati, con un'attenzione specifica alla riabilitazione non solo fisica, ma anche psichica

di Vera Martinella

Avere accesso alle migliori terapie disponibili è un passo fondamentale per curare con successo un tumore. Altrettanto indispensabile è però prendersi cura del benessere psicologico dei malati, che devono essere pienamente informati della loro condizione anche per poter prendere parte alle decisioni sulle terapie, come peraltro è previsto dalla legge sul consenso informato alle cure. «Gli studi più recenti suggeriscono che la maggior parte dei pazienti preferisce conoscere la verità sulla propria salute e ricevere informazioni dettagliate sulla patologia, la prognosi e le possibilità di cura — spiega, nel Rapporto 2015 della Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, Anna Costantini, presidente della Società Italiana di Psico-oncologia —. Inoltre, i malati desiderano avere notizie sulla prognosi, in un ambiente riservato, durante un colloquio (senza interruzioni) in cui potranno riuscire a esprimere paure e preoccupazioni e il medico abbia modo di verificare che il paziente abbia compreso tutti gli aspetti».

Un dialogo sincero è ciò di cui i pazienti hanno più bisogno

In Italia c'è sempre stata una tendenza alla “mezza verità” che vede spesso uniti medici e familiari nell'intento di proteggere il malato, non sempre consapevole della diagnosi e delle condizioni reali in cui si trova. L'atteggiamento paternalistico che minimizza il numero di nozioni date al diretto interessato si è però sempre più ridotto negli ultimi dieci anni, anche per via dell'obbligatorio consenso informato introdotto nel 2006. Da un'indagine italiana pubblicata lo scorso mese sulla rivista scientifica *Psycho-Oncology* è emerso che, in effetti, la grande maggioranza dei malati interpellati (87%) era consapevole della diagnosi, ma la metà delle persone con tumore metastatico valutava erroneamente le proprie possibilità di guarigione. Inoltre, circa un terzo degli intervistati pensava che i familiari nascondessero spesso o sempre le cattive notizie per proteggerli. «I malati — osserva Costantini, autrice principale dello studio e direttore della Psico-oncologia all'ospedale Sant'Andrea di Roma — hanno dichiarato d'avere bisogno di parlare con i propri cari della malattia, mentre queste mezze verità ostacolano un dialogo sincero, che è ciò di cui i pazienti hanno più bisogno».

Approccio psicologico mirato anche dopo la guarigione

Emerge anche chiaramente che conoscere la realtà delle cose non porta a disperazione, non accresce lo stress dei malati, non influisce sui loro processi di adattamento mentale al cancro. «È quindi

fondamentale che dalla diagnosi in poi, per la scelta delle terapie e anche nella fasi più difficili della malattia avanzata, i pazienti siano al centro anche della comunicazione — aggiunge Luigi Grassi, direttore della Clinica Psichiatrica all'Università di Ferrara, tra gli autori dell'indagine —. Sempre più di frequente, davanti alle molte nuove terapie disponibili, i pazienti sono chiamati a prendere decisioni importanti insieme ai loro curanti: dev'essere chiaro, in questo percorso, quale sia il desiderio dei malati e se vogliono o meno condividere le scelte con i parenti». È facile capire che, se la situazione volge al peggio, ci si voglia preparare; ma anche nei casi in cui si arriva alla guarigione accade che le persone, negli anni successivi alle terapie, soffrano di disagi fisici o psicologici non trattati. O, peggio, non riconosciuti affatto. «Gli italiani che convivono con una diagnosi di tumore, recente o lontana nel tempo, secondo le stime nel 2015 arriveranno a 3 milioni — conclude Stefania Gori, segretario nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica e direttore dell'Oncologia all'ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (Verona) —. Cresce anche il numero di guariti e lungosopravvivenenti, che hanno nuove necessità a cui dobbiamo far fronte, sul piano medico e sociale. Servono ambulatori dedicati, con un'attenzione specifica alla riabilitazione psico-fisica: la riorganizzazione degli ospedali, con la creazione delle Reti Oncologiche Regionali, deve tener conto anche di questo».

quotidianosanita.it

Mercoledì 20 MAGGIO 2015

“Esci dal tunnel. Non bruciarti il futuro”. Al via primo tour di oncologi e pneumologi contro i danni del fumo

E' stata presentata oggi a Roma la nuova campagna nazionale Walce (Women Against Lung Cancer in Europe). Si partirà da Torino il 31 maggio, quindi si sbarcherà a Bari, da qui a Milano, poi Bologna per concludersi nelle piazze di Roma il 15 novembre. L'obiettivo è sensibilizzare i cittadini e prevenire le malattie respiratorie e il cancro al polmone. Patologie sempre più al femminile.

Una sigaretta gigante nelle piazze italiane, un tunnel lungo 14 metri, un percorso di conoscenza e sensibilizzazione a tappe: si parte dal totem posacenere in ingresso, si passa al desk per l'esame spirometrico, si può parlare con lo pneumologo e con l'oncologo e ricevere opuscoli informativi e gadget. Obiettivo: coinvolgere in modo forte giovanissimi e giovani, adulti e anziani, tabagisti e non, medici, insegnanti e Istituzioni con un progetto offerto gratuitamente, contro i danni del fumo, primo fattore di rischio del cancro al polmone e dell'aumento delle malattie respiratorie e cardiovascolari.

“Esci dal tunnel. Non bruciarti il futuro.” Questo è il messaggio che Walce Onlus (Women Against Lung Cancer in Europe), l'associazione europea dedita ai pazienti affetti da tumore del torace e ai loro familiari, lancia in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco, con il suo primo tour d'informazione nazionale contro il tabagismo. L'iniziativa attraverserà l'Italia: si partirà da Torino il 31 maggio, quindi si sbarcherà a Bari, da qui a Milano, poi Bologna per concludersi nelle piazze di Roma il 15 novembre (mese di sensibilizzazione del tumore polmonare).

“Dobbiamo raggiungere direttamente i cittadini – sostiene **Silvia Novello**, presidente Walce Onlus e docente nel Dipartimento di Oncologia Polmonare all'Università di Torino –, perché i numeri sono drammatici. Nel nostro Paese si contano, infatti, 11,3 milioni di fumatori attivi, il 22% della popolazione: 6,2 milioni sono uomini (il 25,4%); mentre sono oltre 5 milioni le tabagiste (il 18,9%). Per la prima volta dal 2009, si osserva poi un aumento della prevalenza di giovani donne fumatrici: dal 15,3% del 2013 al 18,9% del 2014. Non solo, un italiano su 4 è esposto ai pericoli del fumo passivo; l'80% ignora che anche questo possa provocare il cancro del polmone e che sia responsabile di riniti, bronchiti e asma, se gli esposti sono i bambini”.

La campagna, presentata oggi a Roma, ha il patrocinio di Aiom (Associazione Italiana di Medicina Oncologica), Fondazione Insieme Contro il Cancro, Healthy Foundation, Aipo (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) e dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari. “Da maggio fino a novembre, saremo nelle piazze di diverse città italiane con un grande spazio informativo – spiega Novello –. Sarà sempre presente un medico pneumologo e sarà possibile effettuare un test spirometrico gratuito: un esame semplice e veloce da eseguire, che misura il grado della capacità polmonare e respiratoria di una persona. Nel tunnel, il cittadino riceverà informazioni sui contenuti nocivi di una sigaretta (sono ben 4000 le sostanze tossiche!), sui reali danni da fumo; a partire dal tumore al polmone, che ha colpito solo in Italia 40mila persone nel 2014, con più di 33mila decessi”.

“Uno dei problemi sta nella diffusione del fumo fra le adolescenti e le giovani donne – continua **Francesco Cognetti**, Presidente di Fondazione Insieme contro il Cancro –. Per troppo tempo, infatti, il

tumore del polmone è stato considerato una patologia quasi esclusivamente maschile, mentre oggi miete più vittime anche fra le donne: rappresenta la terza neoplasia killer tra i tumori femminili. Il fumo è, poi, un fattore di rischio anche per il cancro del seno, della testa-collo, della vescica, del pancreas".

"Sappiamo che circa un terzo dei cittadini di età compresa tra i 18 e i 34 anni è un fumatore abituale. Si tratta di una generazione che ha verosimilmente iniziato a fumare negli anni in cui era già in vigore la legge che vieta il fumo nei locali pubblici. – prosegue **Giuseppe Tonini**, membro del Direttivo Nazionale Aiom –. Per questo dobbiamo insistere con campagne di informazione ed educazione, di pari passo con provvedimenti che limitino l'impatto del tabagismo, come ad esempio l'aumento del costo delle sigarette, un maggiore controllo nella distribuzione del tabacco, un'estensione delle leggi di divieto, l'aumento dei controlli soprattutto nelle strutture scolastiche".

"Ogni anno aumentano, infine, l'enfisema, la bronchite cronica e la bronco pneumopatia ostruttiva: – sottolinea **Franco Pasqua**, Commissario Regionale Aipo Lazio e Componente del Consiglio Direttivo Nazionale Aipo – malattie molto diffuse, che hanno un forte impatto sulla qualità di vita dei pazienti e rappresentano un'importante causa di assenza dal lavoro. Dire addio al fumo non è una missione impossibile e comporta grandi benefici per la salute. Si può smettere anche senza ricorrere a prodotti sostitutivi a base di nicotina, che rendono poi più difficile interrompere il vizio".

"Fumare conquista sempre di più il gentil sesso – aggiunge **Franco Lavallo**, Vicepresidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari –, con importanti ricadute sulla salute della donna. Per questo abbiamo creato il primo Osservatorio Italiano sulla Medicina di Genere: perché la ricerca e la pratica clinica, in ogni ambito della medicina, siano sempre più personalizzate e orientate alle diverse esigenze di uomini e donne".

"Il nostro tour si pone obiettivi ambiziosi – conclude Novello –. Rinnoviamo un appello anche alle Istituzioni affinché siano introdotte norme più stringenti, peraltro già adottate con successo in altri Paesi. Solo così è possibile difendere la salute di tutti i cittadini, specialmente delle persone più a rischio, come le donne in gravidanza, i bambini e gli adolescenti". L'intera campagna è resa possibile grazie al contributo di Lilly, AstraZeneca, Roche, Bristol-Myers-Squibb e Celgene.

<http://www.healthdesk.it/>

Oncologi e pneumologi in tour contro i danni del fumo

In Italia si contano più di 11 milioni di fumatori attivi, il 22% della popolazione; 6,2 milioni sono uomini (il 25,4% dei maschi italiani); mentre oltre 5 milioni sono le donne (il 18,9% delle italiane); e per la prima volta dal 2009 si osserva un aumento della prevalenza di giovani donne fumatrici: dal 15,3% del 2013 al 18,9% del 2014. Non solo: un italiano su quattro è esposto ai pericoli del fumo passivo, ma l'80% ignora che anche questo può provocare il cancro del polmone e che è responsabile di riniti, bronchiti e asma nei bambini. Se non bastasse, giova ricordare che nel 2014 il tumore al polmone ha colpito solo in Italia 40 mila persone e ne ha uccise più di 33 mila.

Sono questi numeri a spiegare buona parte delle ragioni per le quali Walce, Women against lung cancer in Europe, promuove una nuova campagna per contrastare i danni del fumo. L'obiettivo è coinvolgere in modo forte giovanissimi e giovani, adulti e anziani, tabagisti e non, medici, insegnanti e Istituzioni perché «i numeri sono drammatici» conferma Silvia Novello, presidente di Walce e docente nel Dipartimento di Oncologia polmonare all'Università di Torino.

La campagna, presentata mercoledì 20 maggio a Roma, ha il patrocinio di Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), Fondazione Insieme contro il cancro, Healthy Foundation, Aipo (Associazione italiana pneumologi ospedalieri) e dell'Ordine dei medici di Bari.

«Da maggio fino a novembre - spiega Novello - saremo nelle piazze di diverse città italiane con un grande spazio informativo. Sarà sempre presente un medico pneumologo e sarà possibile effettuare un test spirometrico gratuito: un esame semplice e veloce da eseguire, che misura il grado della capacità polmonare e respiratoria di una persona». Il cittadino, inoltre, riceverà informazioni sui contenuti nocivi di una sigaretta (sono ben 4 mila le sostanze tossiche!) e sui reali danni da fumo.

L'iniziativa partirà da Torino il 31 maggio, quindi sbarcherà a Bari, poi a Milano e Bologna per concludersi a Roma il 15 novembre, mese di sensibilizzazione del tumore polmonare.



21-05-2015

Lettori
86.000

<http://www.agi.it/>

Lombardia: 22% giovani under 15 fumano, al via campagna Aiom

(AGI) - Milano, 20 mag. - Allarme fumo tra i giovani lombardi.

Il vizio della sigaretta, infatti, e' un'abitudine quotidiana per il 22% dei 15enni contro il 19% del resto d'Italia. Ma a preoccupare sono anche i dati sugli 11enni (1% in Lombardia fuma, in linea con la media nazionale) e dei 13enni (il 4% dei lombardi contro l'8% della media nazionale). Numeri che hanno fatto inserire il contrasto al fumo nella campagna 'Non fare autogol', promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) per spiegare agli adolescenti come tenersi alla larga da malattie e disturbi. I dati emersi, sottolinea l'associazione, sono preoccupanti, anche perche' una "bionda" non contiene solo tabacco (gia' di per se' nocivo), ma anche elementi dannosi per il nostro organismo: a ogni boccata, durante la combustione, si sprigionano piu' di 4.000 sostanze chimiche. Ecco perche' diventa fondamentale informare e sensibilizzare gli adolescenti sull'importanza degli stili di vita sani, con la collaborazione dei piu' importanti calciatori della Serie A. Al fianco di AIOM in questo progetto si sono schierati la presidenza del Consiglio dei Ministri, il CONI, la Federazione Italiana Giuoco Calcio (FIGC) e l'FMSI (Federazione Medico Sportiva Italiana). L'iniziativa coinvolge tutte e 20 le squadre del campionato di calcio di Serie A. Un vero e proprio 'Tour della prevenzione' in 15 citta'. Gabriella Farina, coordinatore regionale AIOM, ha spiegato che "il cancro colpisce di piu' le Regioni settentrionali (+26%) rispetto al Sud: in Lombardia nel 2010 si sono registrati 47.148 nuovi casi di tumore, con 21.879 decessi". Nel 2014 in Italia, invece, "si sono registrati 365.500 nuovi casi (erano 366.000 nel 2013) e le percentuali di guarigione sono in miglioramento: il 63% delle donne e il 57% degli uomini sono vivi a cinque anni dalla diagnosi". Il merito "e' da ricondurre alla piu' alta adesione alle campagne di screening, alla maggiore efficacia delle terapie e ai progetti di sensibilizzazione". .

Le start-up della Silicon Valley ultima frontiera contro le malattie

Davide Ruggero, co-fondatore della Effector, è ritenuto una star della nuova medicina

Lo stadio successivo della rivoluzione nella genetica: l'elaborazione dei "Big Data" disponibili

La farmaco-genomica apre nuovi orizzonti alla lotta al tumore. E i ricercatori sono contesi tra le università

DAL NOSTRO INVIATO
FEDERICO RAMPINI

QUANDO Davide Ruggero mi riceve nel suo laboratorio, dall'apparenza potrebbe essere il batterista di un'orchestra jazz napoletana. Tutto, dalla capigliatura all'abbigliamento, lo classifica tra gli artisti, genio e sregolatezza. Siamo in California, dove Steve Jobs non avrebbe creato Apple se fosse andato in ufficio tutti i giorni in giacca e cravatta. Il venture capital californiano ha già investito 50 milioni nella start-up di cui Ruggero è co-fondatore, la Effector. Ruggero è una star della nuova medicina, lo ha reclutato la University of California-San Francisco (portandolo via dall'università di Philadelphia) come ricercatore in un nuovo campo: la farmaco-genomica. Sta aprendo nuovi orizzonti alla lotta contro il cancro.

«Siamo pionieri - mi spiega - nell'affrontare con un approccio nuovo la cosiddetta "traduzione aberrante" dall'acido ribonucleico Rna alle proteine. Cioè il processo patologico di trasformazione di una cellula sana in cellula cancerogena. Con quel termine designiamo la mutazione oncogena, perché altera la traduzione delle proteine. La nostra sfida è sviluppare i primi farmaci che bloccano questa traduzione aberrante». Entro agosto dovrebbe esserci un annuncio ufficiale dell'università Ucsf, in cooperazione con la sua azien-

da Effector, sulla conclusione dei test pre-clinici, e quindi il lancio della prima molecola in grado di bloccare uno dei meccanismi cruciali del cancro.

Ruggero, che dopo tanti anni di ricerca negli Stati Uniti maneggia con più disinvoltura la terminologia inglese, è convinto che siamo alla vigilia di un «breakthrough», una rottura rivoluzionaria. O anche un «cambio di paradigma». Per spiegare come ci sono arrivati, lui e la squadra di collaboratori, usa un linguaggio tipico della Silicon Valley: «Qui dentro ragioniamo sempre *out of the box*, fuori dalla scatola delle convenzioni. E se una domanda ci sembra troppo ardua, se non troviamo la risposta perché non abbiamo la tecnologia giusta, la nostra reazione è questa: dobbiamo inventarci una tecnologia che non esiste ancora». Tra gli sviluppi affascinanti di queste ricerche aggiunge «il legame tra invecchiamento e tumori, un nesso che tutti conosciamo visto che alcuni tumori arrivano solo a una certa età; una volta scoperta la ragione, le implicazioni potrebbe essere notevoli».

Ruggero fa parte anche della nuova tendenza verso la "medicina personalizzata", che lui spiega a partire da un esempio semplice: «a chemio contro il cancro è un'arma generica, non è selettiva; la nostra missione consiste nell'uccidere esclusivamente le cellule cancerogene senza nuocere a quelle normali». Proprio in questi giorni il governatore della California Jerry Brown e la presidente della University of California Janet Napolitano hanno lanciato un vasto piano per lo sviluppo della Precision Medicine. Che andrebbe tradotta come medicina mirata, personalizzata. «Il nostro obiettivo - spiegano i promotori - è capire meglio perché gli individui talvolta reagiscono in modo molto diverso agli stessi medicinali e alle stesse terapie. O perché alcune malattie hanno un'incidenza che cambia a seconda delle razze, dei gruppi etnici». L'idea è che la rivoluzione nella

genetica e nella genomica deve passare a uno stadio successivo: elaborare i Big Data disponibili, «analizzare l'immensa quantità d'informazioni molecolari, ambientali, sociali, individualizzare l'approccio clinico attraverso la tecnologia mobile». Parola magica, questa: tecnologia mobile. Guarda caso, a poche decine di miglia da qui c'è Apple che si prepara a consegnare ai clienti le prime ondate di Apple Watch, l'orologio intelligente che tra le sue funzioni avrà proprio il monitoraggio costante della nostra salute. E c'è Google, che essendo diventato «il primo medico di famiglia degli americani» (al minimo sintomo di malessere, ci si fa un'autodiagnosi usando il motore di ricerca Google) ora investe nel software della diagnostica medica avanzata. E' un pullulare di iniziative in campo biomedico, dove incroci gli stessi protagonisti delle altre rivoluzioni digitali. La vedova di Steve, Laurene Powell Jobs, in società con il fondatore di Yahoo Jerry Yang finanzia la start-up Color Genomics di Burlingame: tra i suoi prodotti c'è un test della saliva che per soli 250 dollari individua il rischio genetico di tumore al seno.

Altri guardano verso orizzonti più lontani. "Orizzonti perduti", è il libro-culto che li ispira: il romanzo di James Hilton che nel 1933 lanciò il mito di Shangri-La, misteriosa comunità del Tibet i cui abitanti possiedono il segreto dell'eterna giovinezza. Il Palo Alto Longevity Prize, fondato dall'investitore Joon Yun, premia chiunque contribuisca a portare la vita umana oltre i 120 anni, e ha già assegnato un trofeo da un milione a un'équipe di ricercatori in grado di allungare del 50% la longevità delle cavie di laboratorio. Altri sognano il futuro immaginato da Kazuo Ishiguro nel suo romanzo "Non lasciarmi", in cui saremo accompagnati da un clone coi nostri "tessuti di ricambio", da trapiantare ogni volta che un pezzo originale si guasta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SCHEDA

IL PIANO

Il governatore della California e l'University of California lanciano un piano per lo sviluppo della Precision Medicine

L'OROLOGIO

La Apple sta per consegnare ai clienti l'orologio intelligente che tra le sue funzioni avrà proprio il monitoraggio costante della nostra salute

IL TEST

Tra i prodotti di Color Genomics di Burlingame c'è un test della saliva che per soli 250 dollari individua il rischio genetico di tumore al seno



L'ESPERTO

Davide Ruggero è stato reclutato dalla University of California-San Francisco come esperto di ricerca nella farmaco-genomica, che promette nuovi risultati nella lotta al cancro

<http://salute24.ilssole24ore.com/>

Rapporto Istat 2015: oltre 6 italiani su 10 soddisfatti del Ssn ma uno rinuncia alle cure

L'80% degli italiani è soddisfatto delle proprie condizioni di salute e la maggioranza della popolazione adulta (60,8%) valuta positivamente il Servizio sanitario pubblico, un valore costante dal 2005 ma con variabilità territoriali acute nell'ultimo anno. In un quadro tutto sommato ancora positivo emerge il dato della rinuncia all'assistenza: un italiano su dieci (il 9,5%) non ha potuto fruire di prestazioni che dovrebbero essere garantite dal Ssn per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta (tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà a raggiungere la struttura oppure orari scomodi). Sono i dati del Rapporto annuale Istat 2015.

Resta intatto il gap nord-Sud

La geografia della salute tracciata dall'Istat rileva differenze notevoli condizionate soprattutto da due variabili: presenza di personale sanitario (proxy della presenza di strutture sul territorio) e la mappa del finanziamento al Ssn.

Nelle regioni del Sud la quota pro capite di finanziamento non raggiunge i 1.900 euro, con il minimo di 1.755 in Campania, mentre in altre aree del Paese supera i duemila euro. I valori massimi, superiori ai 2.300 euro, si rilevano in Valle d'Aosta, Bolzano e Trento, dove sono anche più elevate le dotazioni medie di personale sanitario a fronte di prevalenze nettamente più basse di popolazione in cattive condizioni di salute.

Nel tempo quindi anche i giudizi si sono polarizzati, con l'aumento complessivo dei molto soddisfatti al Nord (30%) e dei molto insoddisfatti, soprattutto nel Sud, dove quasi una persona su tre esprime un giudizio negativo (con punteggi da 1 a 4). Nel Lazio – una delle regioni con un piano di rientro particolarmente oneroso – si registra un netto incremento della quota di insoddisfatti, pari a 8 punti percentuali.

Problemi di salute (più di un quinto della popolazione totale) si rilevano in Umbria, Sardegna, Emilia-Romagna, Marche, Friuli-Venezia Giulia, Puglia e Abruzzo. Penalizzate soprattutto le Regioni in piano di rientro, con bassi livelli di dotazione di personale sanitario e un finanziamento inferiore alle necessità (1.810 euro per abitante in Puglia, 1.890 nelle Marche e 1.915 in Sardegna).

Il Sud resta in generale un'area di svantaggio, sulla salute e non solo. Tra carenza di servizi, disagio economico, diseguaglianze sociali e scarsa integrazione degli stranieri residenti. Anche se il Rapporto Istat non manca di segnalare un «altro» Sud, caratterizzato da condizioni economiche più agiate, maggiore equità nella distribuzione dei redditi e livelli di soddisfazione per la qualità della vita che rendono questi territori più vicini a quelli del

Centro-nord.

Le criticità maggiori si rilevano in alcune realtà urbane meridionali (conurbazione napoletana, area urbana di Palermo e, in Puglia, i sistemi locali urbani litoranei a nord di Bari) e si riflettono pesantemente sulle condizioni di salute e sulla soddisfazione rispetto al contesto di vita. Nei centri urbani meridionali c'è infatti una presenza elevata di persone con malattie croniche gravi e limitazioni funzionali.

L'invecchiamento della popolazione

La struttura per età della popolazione è fortemente invecchiata. «La quota consistente di popolazione in età anziana si deve al progressivo aumento della vita media, mentre la riduzione delle coorti più giovani, più accentuata al Centro-nord, è il risultato della diminuzione della fecondità che, dalla metà degli anni Sessanta, si è protratta per oltre 30 anni». All'invecchiamento della popolazione italiana si contrappone la giovane struttura per età degli stranieri, fra i quali prevalgono le persone in età attiva e riproduttiva, e i minori.

Mercoledì 20 MAGGIO 2015

Rapporto Istat. La sanità ai tempi della crisi. Il 9,5% degli italiani rinuncia alle cure per motivi economici o liste d'attesa troppo lunghe. Ma il 71,5% giudica eccellenti le prestazioni ricevute

A confronto, spesa, risposta ai bisogni, dotazione del personale e soddisfazione dei pazienti. Emerge un Paese sostanzialmente diviso tra una sanità del Nord che funziona e una del Sud (Lazio compreso) in difficoltà. Situazione più grave nelle regioni in Piano di rientro. Le regioni meridionali le più "sottofinanziate". [IL RAPPORTO ANNUALE 2015](#).

Di seguito il capitolo integrale del Rapporto annuale Istat 2015 dedicato alla "Eterogeneità territoriali del Sistema sanitario nazionale: equità allocativa e livelli di soddisfazione".

Le riforme che hanno interessato il Sistema sanitario nazionale (Ssn) a partire dagli anni Novanta – fino agli ultimi provvedimenti sul contenimento della spesa e del Patto della Salute – hanno avuto un triplice obiettivo: quello di attuare il principio di sussidiarietà nel settore sanitario, attraverso la devoluzione alle Regioni della gestione e organizzazione dei servizi di assistenza e l'introduzione del federalismo fiscale; avviare il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie; migliorare l'efficienza del settore, attraverso il controllo della spesa e l'obbligo del pareggio di bilancio da parte delle Regioni.

Il processo di rientro dal debito, cui hanno dovuto far fronte numerose Regioni, associato alla difficile congiuntura economica, ha avuto come conseguenza una riduzione dell'equità nell'accesso alle cure cui si ispira il nostro Ssn. Il fatto che alcune delle Regioni sotto piano di rientro dal debito non riescano ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, erogando volumi di prestazioni al di sotto degli standard ritenuti adeguati, testimonia le difficoltà del settore.

L'analisi che segue pone l'attenzione sugli aspetti allocativi del Sistema e sulla congruenza con i bisogni potenziali di assistenza sanitaria. A tal fine è stato effettuato un confronto tra la "geografia della salute", la mappa della dotazione del personale sanitario (proxy della presenza di strutture sul territorio) e la mappa del finanziamento al Ssn. Il confronto tra il netto gradiente territoriale nord-sud nella distribuzione del finanziamento tra le Regioni e la molto più variegata geografia della salute mette in luce lo squilibrio tra i bisogni potenziali di assistenza sanitaria e i criteri allocativi delle risorse adottati.

Nelle regioni del Sud la quota pro capite di finanziamento non raggiunge i 1.900 euro, con il minimo di 1.755 in Campania, mentre in altre aree del Paese supera i duemila euro. I valori massimi, superiori ai 2.300 euro, si rilevano in Valle d'Aosta, Bolzano e Trento, dove sono anche più elevate le dotazioni medie di personale sanitario a fronte di prevalenze nettamente più basse di popolazione in cattive condizioni di salute.

Quote elevate di persone con problemi di salute (più di un quinto della popolazione totale) si rilevano in Umbria, Sardegna, Emilia-Romagna, Marche, Friuli-Venezia Giulia, Puglia e Abruzzo.

Tra queste, una situazione critica si osserva per le Regioni in piano di rientro che hanno bassi livelli di dotazione di personale sanitario e ricevono un finanziamento inferiore a quello correlato al bisogno (1.810 euro per abitante in Puglia, 1.890 nelle Marche e 1.915 in Sardegna); questo squilibrio, che dura da tempo, potrebbe essere una causa oltre che un effetto dei deficit di bilancio. La consistenza del personale sanitario e l'ammontare dei finanziamenti pubblici rappresentano elementi importanti di valutazione ma, in un quadro così complesso e articolato, è essenziale misurare l'offerta di servizi sanitari anche in termini di qualità percepita dai cittadini e di accessibilità dell'assistenza.

La prospettiva del paziente è infatti riconosciuta come elemento importante per la valutazione della qualità di cura, perché consente di considerare aspetti dell'attività assistenziale altrimenti non valutabili, quali la comunicazione, la trasparenza, la condivisione sulle decisioni terapeutiche e il rispetto per la dignità della persona.

Per rispondere a tale obiettivo, è stato considerato il livello di soddisfazione complessivo dei cittadini per il servizio sanitario pubblico e quello specifico per le prestazioni erogate nell'ambito di strutture sia pubbliche sia accreditate, nonché l'eventuale rinuncia a prestazioni sanitarie erogabili dal Ssn per motivi economici o connessi all'offerta (liste di attesa troppo lunghe, scomodità per raggiungere la struttura oppure orari scomodi per la fruizione della prestazione).

La maggioranza della popolazione adulta (60,8 per cento) ha valutato positivamente il servizio sanitario pubblico, con l'attribuzione di punteggi che variano tra 6 e 10,23 valutazione stabile rispetto al 2005. Tuttavia, il giudizio complessivo nasconde disequaglianze territoriali, che si sono accentuate rispetto al 2005.

Nel Nord aumenta la quota dei cittadini che ritiene molto soddisfacente l'attività del servizio sanitario pubblico: quasi il 30 per cento si dichiara molto soddisfatto (con punteggi da 8 a 10). Al Sud la quota non raggiunge il dieci per cento. Nel tempo i giudizi si sono polarizzati, con l'aumento complessivo dei molto soddisfatti al Nord e dei molto insoddisfatti, soprattutto nel Sud, dove quasi una persona su tre esprime un giudizio negativo (con punteggi da 1 a 4).

Nel Lazio – una delle regioni con un piano di rientro particolarmente oneroso – si registra un netto incremento della quota di insoddisfatti, pari a 8 punti percentuali. A parità di caratteristiche sociali e demografiche e delle principali determinanti socio-economiche, si confermano i forti squilibri nella geografia della soddisfazione.

L'opportunità di avere un elevato livello di soddisfazione rispetto alla Toscana (presa a riferimento perché simile alla media nazionale) è oltre quattro volte superiore a Bolzano e a Trento e tre volte in Valle d'Aosta; si dimezza in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno e nel Lazio. L'analisi per Azienda sanitaria locale (Asl) consente di valutare nel dettaglio l'elevata eterogeneità territoriale. In alcune Asl, ad esempio quelle di Bolzano e Trento, la quota dei molto soddisfatti rappresenta la maggioranza della popolazione adulta (rispettivamente 54,2 e 51,6 per cento), mentre le più basse percentuali si rilevano in alcune Asl della Campania (2,3 per cento) o della Calabria (circa tre per cento).

Le regioni con la maggiore eterogeneità interna sono il Piemonte, dove la quota dei molto soddisfatti varia nelle 13 Asl dal 14,7 al 43,6 per cento, **e la Toscana**, dove varia dall'8,7 al 32,3 per cento.

Il livello di soddisfazione migliora sensibilmente quando la valutazione riguarda prestazioni sanitarie cui si è fatto ricorso nell'ambito del Ssn.

Il 71,5 per cento di chi ha fruito di una visita o un accertamento di tipo specialistico ha espresso un giudizio di eccellenza sulla qualità complessiva dell'ultima prestazione, con punteggi tra 8 e 10.26 La stima fa riferimento a un consistente gruppo di popolazione: le persone che hanno fatto ricorso, nel 2013, a visite mediche specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) o accertamenti diagnostici specialistici a carico del Ssn sono circa 25 milioni, il 41,2 per cento della popolazione.

Le differenze territoriali del livello di soddisfazione sono meno pronunciate rispetto a quelle per

il giudizio complessivo sul Ssn, soprattutto per effetto di valori più alti nel Mezzogiorno. Infatti, anche nelle regioni che si collocano nella parte più bassa della graduatoria (Molise, Campania, Calabria), la maggioranza di coloro che si sono sottoposti a una visita o un accertamento specialistico a carico del servizio sanitario pubblico assegna un punteggio che varia da 8 a 10.

Nonostante ciò, resta evidente la distanza del Nord dalle regioni del Mezzogiorno e da alcune del Centro. Si è più spesso molto soddisfatti delle visite o degli accertamenti specialistici a Trento (con un rischio relativo quasi doppio rispetto alla Sardegna presa come riferimento), a Bolzano, in Emilia-Romagna e Lombardia, mentre livelli più bassi si osservano nelle regioni del Mezzogiorno ma anche in gran parte del Centro.

In tutte le Asl, a eccezione di cinque casi, la maggioranza di chi si è sottoposto a visite o accertamenti specialistici assegna punteggi di eccellenza.

Il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie (foregone care) è un importante indicatore di qualità dell'offerta, perché rivela una domanda di assistenza alla quale il sistema non riesce a dare adeguata risposta.

Il 9,5 per cento della popolazione non ha potuto fruire di prestazioni che dovrebbero essere garantite dal servizio sanitario pubblico per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta(tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà a raggiungere la struttura oppure orari scomodi).

Le fragilità si concentrano, ancora una volta, su alcuni soggetti e su specifiche aree. Nel Nord-ovest si registra la quota più bassa (6,2 per cento) di rinuncia per motivi economici o carenza dell'offerta, mentre nel Mezzogiorno la quota è più che doppia (13,2 per cento). Tuttavia lo svantaggio per chi ha una condizione economica meno favorevole è maggiore nel Nord.

Osservando le differenze regionali, tenendo sotto controllo le caratteristiche socio-demografiche e gli altri fattori che hanno un impatto sul fenomeno, emerge una netta separazione tra Centro-nord e Mezzogiorno a svantaggio di quest'ultimo. Fa eccezione il Lazio, che presenta un rischio del 60 per cento superiore alla regione di riferimento, confermando una situazione decisamente peggiore rispetto alle altre regioni del Centro. Il rischio più basso di rinuncia si rileva nelle Province autonome di Trento e Bolzano, in Valle d'Aosta e in Lombardia.

Tra le Asl ci sono forti distanze: si passa dal 21,7 per cento di rinunce in una Asl della Sardegna al 2,6 per cento nella Asl di Trento e in una della Lombardia. Nel Nord si osserva la maggiore concentrazione di Asl che hanno quote non superiori al 5,5 per cento di persone che rinunciano a prestazioni erogabili dal Ssn per motivi legati all'offerta. Merita comunque particolare attenzione l'eterogeneità intra-regionale, che presenta un valore massimo in Emilia-Romagna (dal 2,9 al 13,7 per cento, tra le 11 Asl), elevato in Piemonte, Toscana, Lazio, Sicilia, Puglia e Sardegna, mentre in Veneto, la regione con il maggior numero di Asl, la rinuncia a prestazioni essenziali oscilla tra il 4,0 e l'11,5 per cento.

Gli squilibri allocativi, la contrazione della spesa e le conseguenti difficoltà a garantire i livelli essenziali di assistenza riferiti possono tradursi in un aumento della spesa a carico delle famiglie (out of pocket). Infatti, gli strumenti principali che le Regioni attuano per il contenimento della spesa e il rientro del debito sono l'introduzione dei ticket e di quote di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini. Si tratta di interventi che hanno l'obiettivo di ridurre la spesa pubblica, anche attraverso un contenimento della domanda ottenuto con l'introduzione di un costo per le prestazioni sanitarie.

Tuttavia ulteriori aggravii di spesa per le famiglie potrebbero aumentare la rinuncia a prestazioni sanitarie, dovuta spesso a motivi economici. Ciò comporta un rischio di sottoconsumo sanitario, pericoloso per le condizioni di salute della popolazione

<http://www.adnkronos.com/salute/>

Al Sud più di un cittadino su 10 rinuncia a curarsi per colpa della crisi



Il Mezzogiorno ha la quota più alta in Italia di popolazione (13,2%) che rinuncia a curarsi per motivi economici o carenza dell'offerta. Al Nord Ovest la quota è più bassa (6,2%). Le fragilità si concentrano su alcuni soggetti e su specifiche aree del Paese, ed emerge una netta separazione tra il Centro-Nord e il Sud a svantaggio di quest'ultimo. Fa eccezione il Lazio, che ha una situazione decisamente peggiore rispetto alle altre Regioni del Centro. E' quanto ha rilevato l'Istat nel Rapporto Annuale 2015.

Secondo l'Istituto di statistica i maggiori responsabili sono "l'introduzione dei ticket e di quote di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini. Inoltre ulteriori aggravii di spesa per le famiglie - osserva il rapporto - potrebbero aumentare la rinuncia a prestazioni sanitarie, dovuta spesso a motivi economici. Ciò comporta un rischio di sottoconsumo sanitario, pericoloso per le condizioni di salute della popolazione".

Analizzando le singole aziende sanitarie a livello regionale - evidenzia l'Istat - emergono forti distanze: si passa dal 21,7% di rinunce in una Asl della Sardegna al 2,6% nella Asl di Trento e in una della Lombardia. Nel Nord, infine, si osserva la maggiore concentrazione di Asl che hanno quote non superiori al 5,5% di persone che rinunciano a prestazioni erogabili dal Ssn per motivi legati all'offerta.