

# Menopausa senza problemi

Una sana alimentazione, tanto movimento e rimedi naturali aiutano a fronteggiare i cambiamenti legati al termine dell'età fertile

## Fiammetta Trallo

Prima o poi, bisogna farci i conti. La tanto temuta menopausa arriva. Non è una malattia ma spesso è vissuta come tale. Ed ecco che per le over 40 al primo ciclo irregolare magari da stress, o alla prima sudata anche a ferragosto, scatta la paura di invecchiare.

Chi poi sperava ancora in cuor suo di poter portare mamma si aggiunge un'altra ansia. Molte ne si augurano arrivi al più presto per liberarsi di li abbondanti e dolorosi e di emicranie emestruali, e sentirsi libere di programmare un week end senza assorbenti in valigia. A qualsiasi età, l'arrivo della menopausa specie se accompagnata da vampate, disturbi del sonno e alterazioni del tono dell'umore, coglie impreparate. Anche le più fortunate che continuano a dormire e non sventolarsi entrano in un vortice di incertezze sul futuro

della propria salute. In realtà, la maggior parte delle malattie che insorgono in menopausa, più che alla carenza ormonale, sono legate all'età anagrafica, alla predisposizione genetica e agli inadeguati stili di vita condotti fino a quel momento. Non a caso le stesse malattie, a parte quelle di genere, si manifestano anche negli uomini di pari età. A differenza dell'estradiolo, il testosterone decresce lentamente e gli uomini, forti di un'apparente stato di benessere, si sottopongono ad accertamenti solo in presenza di disturbi. La natura con la menopausa ci invia un segnale inequivocabile che gli anni passano. Se fino a quel momento hanno prevalso logiche di carriera, donna perfetta fuori e dentro casa, figli e mille impegni, forse è arrivato il momento di volersi più bene. Fare movimento, mangiare sano, concedersi qualche trattamento anti-aging e coltivare hobby per scaricare lo stress sono tutti validi rimedi per controllare molti sintomi menopausali, affrontare con serenità la vita quotidiana e prevenire problematiche future. Il consulto ginecologico rimane l'accertamento primario per monitorare la situazione e valutare eventuali terapie, ormonali o con integratori.



## FARSI LE OSSA

Giocare d'anticipo contro l'osteoporosi vuol dire prendersi cura della salute delle ossa molto tempo prima dell'arrivo della menopausa. Fare movimento all'aperto, camminare a passo veloce mezzora al giorno, mangiare cibi ricchi di calcio, limitare il sale, pochi alcolici, niente fumo ed evitare grosse variazioni di peso. La VitD non è mai troppa. Si trova in pochissimi alimenti e pertanto dobbiamo sintetizzarla con l'esposizione alla luce solare.

## NO AL FUMO

Aprire le finestre e bere qualcosa di fresco se ci si accorge che la vampata sta per arrivare. No cibi caldi o molto speziati, bevande alcoliche e caffeina. Il fumo non aiuta. Ginnastica dolce e camminate a passo svelto ne riducono la frequenza e migliorano il riposo notturno.

L'agopuntura è un valido aiuto. Una buona anamnesi dei disturbi consente di posizionare meglio gli aghi nei distretti opportuni e ottenere maggiori effetti sul tono dell'umore piuttosto che sulla qualità del sonno.



## ERBE E VIRTÙ

La Soia è la principale fonte alimentare di isoflavoni ad azione simil estrogenica, che riduce l'intensità delle vampate contenendo due isoflavoni. Il trifoglio rosso ne contiene quattro e incide sul numero delle vampate. La cimicifuga racemosa è il rimedio antivampate più rapido, efficace e a lunga durata. Non contiene isoflavoni e può essere assunta anche da donne a cui TOS e fitoestrogeni sono preclusi per il rischio di tumore al seno.

L'associazione con agnocasto, zenzero, acido ialuronico e zinco è una valida integrazione naturale per i sintomi vasomotori più ostinati come sudorazioni profuse notturne. I semi della griffonia sono ricchi di idrossitriptofano, precursore della serotonina che controlla la gestione dello stress. I principi attivi della rhodiola rosea aiutano ad adattarsi ai cambiamenti menopausali fisico-psicologici e la gynostemma produce sostanze simili al ginseng utili per tachicardie e sbalzi pressori che accompagnano le vampate.

## LA TOS

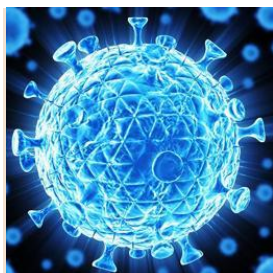
Con la terapia ormonale sostitutiva (TOS) si placano vampate e ansia, si dorme meglio, si previene osteoporosi e Alzheimer e rallenta l'invecchiamento cutaneo. Molte donne rifiutano la TOS; il principale timore è la paura del tumore al seno in donne con casi familiari o geneticamente predisposte. Chi non vuole rinunciare alla TOS con il parere del ginecologo può proseguire con il Tibolone.

## SESSUALITÀ

Calo della libido e scarsa lubrificazione sono disturbi molto frequenti. La terapia ormonale sostitutiva risolve fintanto che si assume. Creme e ovuli a base di sostanze naturali, sono utili se usate con costanza. I lubrificanti prima del rapporto agevolano la penetrazione ma sono spesso poco efficaci. Un aiuto arriva dalla medicina estetica ginecologica. Specifici filler biorivitalizzanti/reidratanti iniettati sottocute nell'area vulvare sono in grado di ottenere un vero e proprio rimodellamento estetico delle grandi labbra e del monte di Venere. Gli effetti sono anche funzionali. Di elevata efficacia sono i trattamenti con appositi laser CO2 a radiofrequenza che vanno a stimolare la crescita della mucosa e la produzione di fibre elastiche della mucosa vaginale con effetti permanenti. I risultati sono sorprendenti. A detta delle donne che li hanno sperimentati, elasticità e lubrificazione vaginale tornano simili a quelle della giovane età.

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

## Allarme malattie sessualmente trasmissibili tra i giovani: servono screening e informazione



Nelle fasce di popolazione più giovane, soprattutto di sesso femminile, sia italiani che immigrati, compresi casi di donne in gravidanza, si annidano le maggiori percentuali di batteri e virus trasmissibili sessualmente. La *Chlamydia trachomatis* con diffusione del 3,2% in Italia e con la prevalenza più elevata nella fascia 15-19 (8,2%). Fattori predisponenti risultano essere i partner multipli e l'abuso di alcool. *Neisseria gonorrhoeae* è presente 0,5% dei casi con prevalenza maggiore nei maschi. Il *Trichomonas vaginalis* risulta presente in percentuale dello 0,7% con prevalenza maggiore nelle donne. La pericolosità del fenomeno è anche data dalla frequente asintomaticità delle infezioni, di cui la persona infetta viene a conoscenza quando gli effetti critici per la salute si sono già attivati. Per fronteggiare questo pericolo strisciante occorre intervenire sia con campagne di sensibilizzazione della pubblica opinione sui rischi effettivi sia attraverso campagne di screening.

È questo l'auspicio che Amcli, l'Associazione microbiologi clinici italiani, esprime alla luce dei risultati evidenziati dal secondo Sistema di sorveglianza sentinella delle Ist, promosso in collaborazione dal Centro operativo Aids (Coa) dell'Istituto superiore di sanità e il Gruppo di lavoro infezioni sessualmente trasmesse dell'Associazione microbiologi clinici italiani.

L'indagine - condotta dal 1 aprile 2009 al 31 dicembre 2013 - è stata effettuata su un campione di 93.403 esami condotti in 134 laboratori di Microbiologia clinica dislocati sul territorio nazionale. La maggioranza delle richieste di esame è stata richiesta da medici di medicina generale e da ginecologi.

L'87,7% degli individui da cui sono stati prelevati i campioni erano donne, il restante 12,3% uomini. L'età media è di 35 anni, con 34 anni per le donne e 37 gli uomini. Il 15% degli individui testati sono risultati stranieri, di cui il 60,6% provenienti da altri Paesi europei, il 19% dall'Africa, l'11,2% dall'America e il 9,1% da Asia ed Oceania.

Oltre alle percentuali di positività ricordate prima, un altro dato rilevante dell'indagine è quello dei soggetti asintomatici che rappresentano quasi il 50% della popolazione infetta. Questa percentuale è maggiore tra le donne rispetto agli uomini. Tra le donne la quota maggiore si registra tra i soggetti in stato di gravidanza, fatto che richiama l'importanza di eseguire il test per queste infezioni anche in stato di gravidanza, in modo da evitare complicanze che potrebbero

colpire anche il nascituro.

«Le malattie sessualmente trasmissibili rappresentano un problema ormai di rilevanza sociale vista la diffusione nella popolazione - commenta il presidente Amcli Pierangelo Clerici -. La riduzione dell'attenzione sui possibili rischi di patologie di questo tipo, dovuta nel tempo al diluirsi dell'impatto mediatico dell'AIDS grazie alle terapie che oggi consentono al paziente non più di sopravvivere ma di vivere, ha fatto sì che venissero abbandonati quei sistemi di prevenzione che negli anni erano cresciuti, come ad esempio l'utilizzo del preservativo. A ciò ha fatto riscontro un incremento di patologie a trasmissione sessuale come quelle sostenute da *C. trachomatis* (soprattutto nella fascia d'età 15-25 anni), quelle sostenute da *Neisseria gonorrhoeae* e quella da Papilloma virus (HPV). Se nei confronti di quest'ultimo una corretta campagna vaccinale in età preadolescenziale e soprattutto un'attenta verifica dell'avvenuta immunizzazione porterebbe ad una diminuzione del rischio di tumori del collo dell'utero, solo campagne di screening sugli adolescenti potrebbero evitare importanti sequele (fino all'infertilità) nel caso di infezioni sostenute dai primi due microrganismi. È tempo, come suggeriamo da sempre, di pensare a nuovi percorsi diagnostici che consentano in breve tempo e con limitata compliance del paziente (basterebbe un campione di urina) la ricerca dei microrganismi patogeni».

«L'utilizzo delle tecniche molecolari che permette 'di dare un nome' ai microrganismi patogeni responsabili delle malattie sessualmente trasmesse in tempi brevissimi con massima specificità ha rivoluzionato la diagnostica tradizionale che richiedeva più giorni per la coltura e l'identificazione dei microrganismi stessi. Ciò permette al clinico curante di anticipare la terapia e, quindi, anche di interrompere l'eventuale catena del contagio», conclude Enrico Magliano, direttore scientifico Amcli.



Venerdì 03 LUGLIO 2015

## Screening prenatale non invasivo basato sul Dna. Dal Consiglio superiore sanità ok a linee guida

***“Il documento allinea l'Italia agli altri Paesi europei nella previsione di offrire questo screening non invasivo basato sul Dna, che analizza le probabilità che il feto possa essere affetto ad esempio da sindrome di Down, Edwards, Patau, a circa 50.000 potenziali utenti ogni anno”. Indicazioni su aspetti logistici e competenze professionali. Previsti anche specifici moduli di consenso informato. [LE LINEE GUIDA](#)***

Il Consiglio superiore di sanità ha approvato, nell'Assemblea generale del 12 maggio 2015, le Linee-guida sullo Screening prenatale non invasivo basato sul DNA (Non Invasive Prenatal Testing - NIPT). È quanto comunica il Ministero della Salute sul suo sito.

“Il documento – si legge - allinea l'Italia agli altri Paesi europei nella previsione di offrire questo test a circa 50.000 potenziali utenti ogni anno. Il NIPT non è un test diagnostico, ma di screening, basato su tecniche molecolari di elevata sensibilità che analizzano la probabilità che il feto sia affetto dalle più comuni anomalie di numero dei cromosomi non sessuali: trisomia 21 (sindrome di Down); trisomia 18 (sindrome di Edwards); trisomia 13 (sindrome di Patau).

### **Le linee-guida, tra l'altro:**

- prevedono specifici modelli di consenso informato, volti alla tutela della donna
- prevedono la necessità che il Centro che offre il test possa fornire alla gestante il completo supporto durante l'intero iter diagnostico prenatale, facendosi carico del follow-up della gravidanza, con particolare riferimento al suo esito
- analizzano gli aspetti etici e l'impatto economico e sociale del test
- offrono indicazioni sugli aspetti logistici e sulle competenze professionali che devono avere i Centri che offrono il NIPT.

 **In Francia**

## Figli di utero in affitto? Sì all'anagrafe

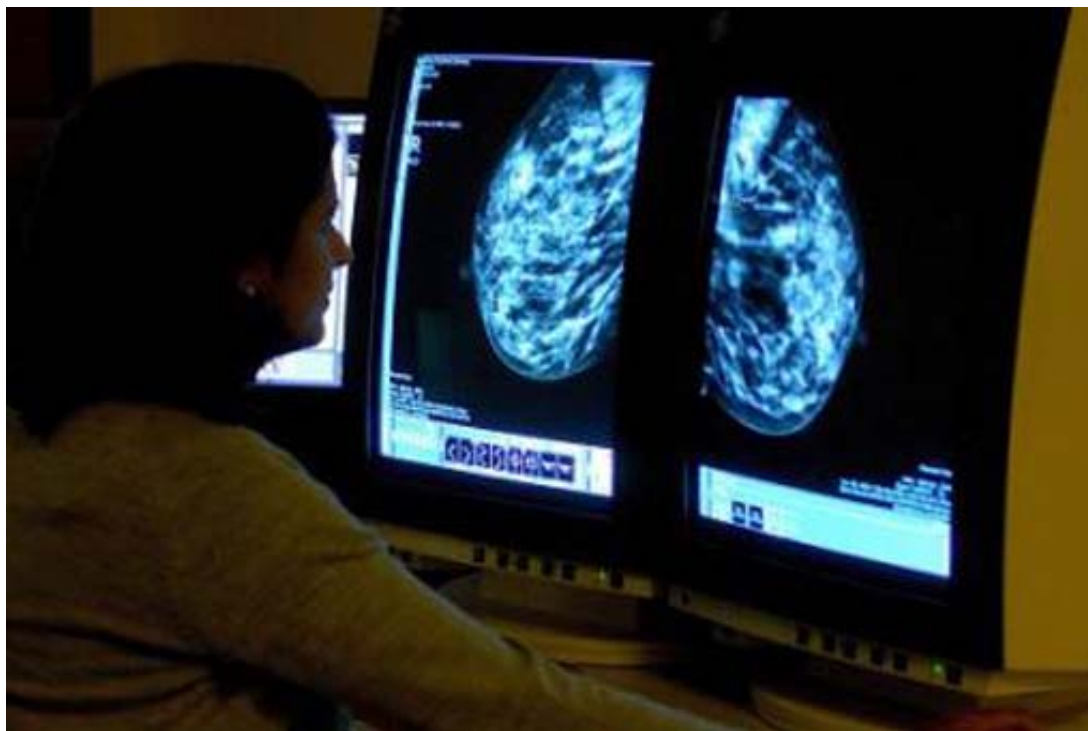
di **Stefano Montefiori**

**I**n Francia la maternità surrogata è proibita dalla legge, ma la Corte di cassazione ha stabilito ieri che i bambini nati all'estero in questo modo devono comunque essere registrati all'anagrafe. È una sentenza importante, che fa seguito alla condanna della Francia, un anno fa, da parte della Corte europea dei diritti dell'uomo. La Cassazione francese ha affrontato due casi simili: bambini nati in Russia da un padre biologico e una madre surrogata. In entrambe le vicende la Corte ha stabilito che se l'atto di nascita non è stato falsificato, se il legame di paternità è provato, la nascita per Gpa (Gestation pour autrui) non osta alla trascrizione nei registri dello stato civile. I bambini acquistano quindi la nazionalità francese, e i padri vengono riconosciuti come tali. Esultano le associazioni per i diritti civili, che vedono abolita una discriminazione nei confronti dei bambini. Gridano allo scandalo gli oppositori alle nozze gay, che vedono nella sentenza della Cassazione un «cavallo di Troia» per la legalizzazione dell'«utero in affitto» in Francia. La prossima battaglia riguarderà il riconoscimento del secondo genitore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Tumore al seno (sottotipo luminale), terapie più mirate grazie alla valutazione dei livelli di miR-30



04 luglio 2015

Un nuovo approccio al trattamento delle pazienti con carcinoma alla mammella arriva da uno studio condotto dai ricercatori dell'Unità Biomarcatori del Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Medicina Molecolare dell'Istituto Nazionale dei Tumori, finanziato anche da AIRC e pubblicato recentemente sul *British Journal of Cancer*.

In particolare, lo studio riguarda uno dei cinque sottotipi di tumore al seno individuati per scegliere al meglio le terapie molecolari, quello luminale, che interessa 7 pazienti su 10 e che include sia pazienti con ottima prognosi, praticamente sempre libere dalla malattia (malattia indolente), sia pazienti che vanno incontro a recidive locali e a metastasi anche a distanza di un decennio dalla rimozione del tumore primitivo (malattia aggressiva).

Dalla ricerca emerge l'importante ruolo di un microRNA, il miR 30e\*, che permette di individuare tra le donne con carcinoma mammario luminale senza coinvolgimento dei linfonodi ascellari (quindi ad uno stadio iniziale della malattia), quelle per le quali il rischio di sviluppare metastasi a distanza è minimo a parità delle altre variabili, come il grado di coinvolgimento della risposta immunitaria (valutata come espressione dei geni).

“Lo studio - spiega la dottoressa Maria Grazia Daidone, direttore del dipartimento di Oncologia Sperimentale e Medicina Molecolare dell'Istituto dei Tumori e coordinatrice del progetto insieme alla dottoressa Vera Cappelletti, ricercatrice biologa dell'INT - non si limita a valutare il ruolo prognostico di alcuni microRNA, piccole molecole di RNA che regolano l'espressione genica e sono disregolate nei tumori. Cerca anche di stabilire quanto queste molecole contribuiscono a definire il rischio di metastasi anche in presenza delle informazioni già fornite da età della paziente, dimensione e grado istologico del tumore e presenza di malattia nei linfonodi ascellari, informazioni già presenti nel foglio della diagnosi”.

Daidone precisa: “In questo caso si è dimostrato che un' elevata espressione di miR-30e\* conferisce un effetto protettivo sulla comparsa di metastasi: il rischio relativo di metastatizzazione a distanza è circa 8 volte inferiore per le pazienti il cui tumore esprime elevati livelli di miR-30e\* rispetto a quelle il cui tumore ne esprime

bassi livelli o non lo esprime del tutto. Tale risultato ha trovato conferma anche su casistiche indipendenti di pazienti operate in altri Istituti e questo rafforza l'osservazione iniziale dell'Istituto Nazionale dei Tumori. Infine lo studio, ha offerto una spiegazione dell'effetto protettivo della maggiore espressione di miR 30e\*”.

L'individuazione precoce di questi gruppi risulta quindi di importanza fondamentale per una pianificazione terapeutica più mirata che eviterebbe l'esposizione a trattamenti tossici e costosi a pazienti che non ne necessitano. Aiuterebbe a identificare le pazienti con malattia aggressiva prima che questa si manifesti, con la possibilità quindi di contrastarne l'insorgenza con terapie specifiche.

“Si tratta di un ulteriore passo in avanti per il trattamento dei tumori grazie al lavoro dei nostri ricercatori – commenta il presidente dell'Istituto dei Tumori, Giuseppe De Leo -. Un'ottima notizia che vogliamo diffondere proprio nella settimana di Expo dedicata alle donne: una ricerca coordinata proprio da due donne che regala nuova speranza alle pazienti di tutto il mondo”.

[[chiudi questa finestra](#)]



## Carcinoma gastrico, presto in Italia l'antiangiogenesi ramucirumab



04 luglio 2015

Presto disponibile in Italia ramucirumab un nuovo trattamento per l'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea (GEJ) o gastrico (stomaco) in stadio avanzato.

Ramucirumab potrà essere somministrato da solo o in combinazione con paclitaxel dopo una precedente chemioterapia di I linea per il trattamento dell'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea (GEJ) o gastrico in stadio avanzato dopo la chemioterapia e come monoterapia in questa indicazione per i pazienti per cui il trattamento in combinazione con paclitaxel non è adeguato.

Dopo aver ottenuto l'approvazione di tutti gli enti regolatori, ultima delle quali quella della Commissione Europea a fine 2014, ramucirumab è ora atteso anche dall'oncologia italiana.

L'annuncio è stato dato durante il 17° Congresso mondiale sui tumori gastrointestinali in corso a Barcellona, principale evento mondiale nel settore, che riunisce i principali esperti dei tumori che colpiscono ogni componente del tratto gastrointestinale e di tutti gli aspetti relativi al trattamento tra cui lo screening, la diagnosi e le più recenti opzioni terapeutiche.

Ramucirumab è approvato negli Stati Uniti per il trattamento di pazienti con adenocarcinoma gastrico o della giunzione gastroesofagea (GEJ) avanzato o metastatico successivamente alla chemioterapia.

Il farmaco è una terapia antiangiogenica. Ha inibito l'angiogenesi in un modello animale in vivo. E' un antagonista del recettore 2 per il VEGF che si lega specificamente e blocca l'attivazione di tale recettore, bloccando e legandosi ai ligandi del recettore del VEGF, VEGF-A, VEGF-C e VEGF-D. L'angiogenesi VEGF-mediata è coinvolta nella patogenesi di diverse malattie, compreso il carcinoma gastrico in stadio avanzato. Diversi studi sono in corso o in programma per la sperimentazione di ramucirumab come monoterapia e in combinazione con altre terapie oncologiche per il trattamento di molteplici tipi di tumore.

Ramucirumab agisce con un nuovo meccanismo antiangiogenico rispetto ai farmaci già esistenti perché inibisce in maniera diretta l'angiogenesi, ovvero la formazione di nuovi vasi sanguigni che apportano sangue alle cellule tumorali; è un farmaco intelligente che si lega in maniera specifica sul recettore di tipo 2 del fattore

di crescita dell'endotelio vascolare (VEGF) e inibisce la segnalazione a valle coinvolta nella formazione e nel mantenimento del sistema vascolare che alimenta il tumore.

“Fino ad oggi l'approccio terapeutico per questo tipo di pazienti è sempre stato molto definito e limitato. L'arrivo di ramucirumab rappresenta, per noi, un cambiamento positivo che ci permette di pensare ad un nuovo percorso terapeutico oltre l'orizzonte al quale eravamo abituati” ha dichiarato Stefano Cascinu Direttore della Clinica di Oncologia Medica dell'Università Politecnica delle Marche.

“In un campo, come quello del carcinoma gastrico, in cui da molto tempo non si sono registrate significative evoluzioni dal punto di vista terapeutico, siamo ora in attesa di trasferire questi risultati, fino ad oggi limitati ad importanti studi, nella nostra pratica clinica quotidiana e dare modo a tutti i pazienti che tratteremo di avere un vantaggio in termini di sopravvivenza mantenendo una buona qualità della vita”

L'autorizzazione all'immissione in commercio si basa sui risultati di due studi globali di fase III, randomizzati, in doppio cieco e controllati con placebo: RAINBOW e REGARD. RAINBOW ha valutato ramucirumab in combinazione con paclitaxel (un tipo di chemioterapia) per l'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea e gastrico avanzato dopo la chemioterapia, mentre REGARD ha valutato ramucirumab come monoterapia nella stessa indicazione.

A ramucirumab è stata concessa la designazione di farmaco orfano dal Comitato per i medicinali orfani (COMP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali per il trattamento del carcinoma gastrico nell'Ue.

### **Lo studio RAINBOW**

RAINBOW è uno studio globale, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, di fase III su ramucirumab più paclitaxel rispetto a placebo più paclitaxel come trattamento in pazienti con carcinoma gastrico avanzato (localmente avanzato, non resecabile o metastatico) compreso l'adenocarcinoma GEJ refrattario a chemioterapia iniziale a base di fluoropirimidina e platino. In totale, 665 pazienti sono stati randomizzati in 27 paesi. L'endpoint primario dello studio RAINBOW era la sopravvivenza globale e l'endpoint secondario era la sopravvivenza libera da progressione.

### **Lo studio REGARD**

REGARD è uno studio globale, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, di fase III su ramucirumab più le migliori cure di supporto (BSC) rispetto a placebo più BSC come trattamento in pazienti con carcinoma gastrico localmente avanzato o metastatico compreso l'adenocarcinoma GEJ in seguito a progressione dopo chemioterapia iniziale a base di fluoropirimidina o platino. In totale, 355 pazienti sono stati randomizzati in 29 paesi. La misurazione dell'esito di efficacia principale dello studio REGARD era la sopravvivenza globale e la misurazione dell'esito di efficacia secondario era la sopravvivenza libera da progressione.

### **Il carcinoma gastrico**

Il carcinoma gastrico (o dello stomaco) è la quinta forma di cancro più comune al mondo e la terza principale causa di morte per cancro. Si sono registrati quasi 1 milione di nuovi casi nel mondo nel 2012 (631.000 uomini, 320.000 donne), con circa 723.000 decessi (469.000 uomini, 254.000 donne). Il cancro dello stomaco è più prevalente in paesi extra-USA e Ue. Si stima che il numero totale di nuovi casi di cancro allo stomaco diagnosticati nel 2012 in Francia, Germania, Italia, Spagna e Regno Unito sia stato di circa 50.000.

Il carcinoma gastrico è una patologia per cui si formano cellule cancerose nello stomaco. Si sviluppa lentamente, di solito nel corso di molti anni, e spesso passa inosservato. Con l'avanzare del cancro allo stomaco, il tumore può entrare nella circolazione sanguigna e attraverso di essa diffondersi in organi come il fegato, i polmoni e le ossa.

Il tipo più comune di cancro dello stomaco è chiamato adenocarcinoma, che inizia da un tipo comune di cellule che si trovano nel rivestimento dello stomaco.

[[chiudi questa finestra](#)]

# Scoperto test per lo screening del tumore al colon

*Massimiliano Mazzone ha posto le basi per una diagnosi precoce con un semplice esame del sangue*

■ Negli scorsi giorni al Centro di biotecnologie molecolari dell'Università di Torino si è tenuto il Seminario annuale della Società italiana di biofisica e biologia molecolare. Tra i molti oratori d'eccezione Riccardo Cortese, che ha illustrato l'approccio della sua Compagnia Biotèch per lo sviluppo rapido di vaccini contro malattie emergenti; Pier Paolo Pandolfi, che ha presentato le sue ultime scoperte nel campo della regolazione dei geni importanti nello sviluppo dei tumori; Massimiliano Mazzone che ha ricevuto il prestigioso Premio Chiara D'Onofrio da parte dell'omonima Fondazione. Mazzone è un giovane ricercatore che si è formato a Torino laureandosi in Biotecnologie mediche e poi svolgendo il PhD studiando il ruolo dell'ipossia nel promuovere l'attività invasiva delle cellule tumorali presso l'IRCC di Candiolo. La recente scoperta di Mazzone pone i presupposti per una diagnosi precoce e non invasiva dei tumori al colon-retto. «Il nostro sistema immunitario - spiega - sente la presenza di cellule cancerose già a uno stadio molto precoce, e in particolare sostanze secrete dalle cellule tumorali attivano i monociti che circolano nel sangue periferico. Tramite una collaborazione tra diversi centri di ricerca e ospedalieri tra cui l'Uz di Leuven e centri di Bruxelles, Heidelberg e Roma, siamo riusciti ad analizzare un grande numero di campioni di cellule derivate da pazienti e a identificare 23 geni coinvolti in questo processo la cui specifica espressione permette di identificare individui affetti dal tumore. Monomark, come abbiamo chiamato questo test, può diagnosticare il cancro al colon con un solo prelievo di sangue e con una specificità e sensibilità vicine al 100 per cento. Lo sviluppo di questo test permetterà di individuare i casi di tumore al colon-retto nella loro fase iniziale, quando la probabilità di sopravvivenza supera il 95 per cento, contro meno del 10 se il tumore viene diagnosticato in fase avanzata. Molto più sensibile dei test attualmente in uso che si basano sul rinvenimento di sangue nelle feci, permetterà di sottoporre alla colonscopia, una tecnica invasiva, dolorosa e non priva di rischi, solamente gli individui risultati positivi, con notevole vantaggio sia per i pazienti che per il sistema sanitario».



**Amici dell'uomo** Un successo per la nostra ricerca

# I cani (italiani) che riescono a fiutare i tumori

*Sono stati addestrati a individuare la malattia annusando l'urina dei pazienti*

## Oscar Grazioli

■ In campo chirurgico, già oggi, interventiparticolarmentedelicativen-gono affidati alle mani di un robot, in una scenografia degna del miglior Spielberg. In un laboratorio di analisi accanto invece, entrano un paio di cani addestrati e sniffano ciotole che contengono urina. Fuori dalla porta alcuni uomini seduti cercano il pacchetto di sigarette, altri stropicciano un quotidiano che non riescono a leggere. L'ansia di sapere li divora. Da quei cani che annusano le loro urine arriverà il responso sulla loro prostata e da queinasipuò dipendere una vita. Quest'ultima scena non è ancora routine, perché necessita di un lungo percorso noto come «validazione» da parte degli organismi sanitari preposti alla sicurezza e alla massima precisione possibile delle analisi diagnostiche di laboratorio, altrimenti si torna a Stamina e Di Bella e al caos totale. Non cisiamo però molto lontani e l'orgoglio di questa scoperta è tutto italiano perché, seppure il germe di questi studi sia iniziato altrove, tutto il lavoro di addestramento dei cani e del riconoscimento del cancro attraverso le sostanze volatili emesse dalle urine è stato portato avanti dal professor Gianluigi Taverna, dal direttore Giorgio Guazzoni e dai collaboratori del centro Humanitas di Rozzano assieme al Centro Militare Veterinario di Grosseto. Taverna, ora responsabile dell'urologia («Mater Domini») di Castellanza, ha scoperto che certi cani, addestrati allo scopo, sono in grado di diagnosticare con una precisione del 97% i tumori maligni della prostata, annusando l'urina del malato. «Nella prima fase, che si è conclusa tempo fa - spiega Taverna - abbiamo coinvolto 902 persone, suddivise tra sane e affette da cancro della prostata di diversa aggressività». Zoe e Liù,

due pastori tedeschi addestrati allo scopo, hanno cominciato ad annusare un piccolo quantitativo delle loro urine e l'analisi incrociata dei dati ha messo subito in luce una straordinaria capacità di individuare i soggetti malati e quelli sani. Siamo a una precisione che sfiora il 100%. Neanche il famoso esame del PSA è in grado di fare tanto. Il riconoscimento dei nostri ricercatori è stato coronato dalla pubblicazione della loro scoperta, in aprile di quest'anno, sull'autorevole *Journal of Urology*, mentre il direttore della Columbus University, in un suo editoriale, ha scritto che si tratta probabilmente del terzo lavoro più importante, sulla diagnostica del cancro della prostata, di tutti i tempi. Mica noccioline! Il cruccio di Taverna, che è stato invitato più volte a lavorare all'estero, è che, more solito, si fa enorme fatica a trovare i fondi (cifre peraltro ben poco impegnative) per portare avanti la ricerca su due piani: continuando con i cani naturalmente, ma tenendo d'occhio gli sviluppi di questa scoperta, sui quali pare stiano già lavorando in altre nazioni. Si tratta di identificare le sostanze che colpiscono le cellule olfattive dei cani e mettere a punto un «naso elettronico» affidabile e riproducibile ovunque. In Italia abbiamo tutto, scienziati, tecnologia, voglia di lavorarci (anche gratuitamente come ha fatto talvolta Taverna e il suo staff). Mancano pochi soldi per ottenere un mezzo diagnostico che ci invidierebbe (e ci comprenderebbe ovviamente) tutto il mondo. La serietà della ricerca, a parte le pubblicazioni scientifiche, è garantita dal fatto che la stampa anglosassone, dal *Guardian* all'*Independent*, dal *Telegraph* al *Daily Mail* se ne sta ampiamente occupando. Vogliamo perdere anche questo treno?





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

## 'Navigatore' in ospedale guida il malato di cancro, il trend in Usa

Nei 71 giorni da quando ha visto la prima volta il suo medico per un nodulo sospetto al seno destro, Ricki Harvey ha accumulato 40 appuntamenti per visite ed esami. Prima mammografia, ecografia e biopsia. Poi incontri con il chirurgo oncologo, il radioterapista, l'oncologo generale, l'assistente sociale, il genetista e il fisioterapista. Quindi le infusioni bisettimanali per la chemioterapia. Ma Harvey, 65 anni, americana della Virginia, non è mai stata sola: ogni suo passo è stato affiancato da **"navigatori dei pazienti"**, nel suo caso infermieri, il cui compito è quello di aiutare i malati di cancro a 'districarsi' attraverso un sistema che è diventato così complesso da lasciare sgomento molte persone, in una fase della vita in cui sono tanto vulnerabili.

A segnalare il nuovo trend della sanità a stelle strisce è il 'Washington Post', che sottolinea come per molti pazienti il 'navigatore' umano sia una manna dal cielo. "Alcune persone hanno a che fare con tutto questo da sole", racconta Harvey. "Non riesco nemmeno a immaginarlo". Eppure fino ad ora la ricerca mostra che i navigatori hanno solo un modesto effetto: ci sono poche prove che facciano risparmiare denaro e la soddisfazione dei pazienti non sarebbe univoca. Insomma, in una fase in cui tutti sono costretti a fare i conti con la sostenibilità delle scelte sanitarie, ci si chiede se quello dei navigatori sia un servizio aggiuntivo che semplicemente rassicura i pazienti, o se sia davvero molto utile.

"Penso che per molti pazienti affetti da cancro questo tipo di 'navigazione' non possa avere un grande un impatto sul tipo di cure che ricevono", sostiene Scott Ramsey del Fred Hutchinson Cancer Center a Seattle, che ha studiato il rapporto costo-efficacia dei navigatori umani, in un progetto del National Cancer Institute. Ma d'altra parte c'è chi invece ha investito su questa soluzione, e sostiene che il programma consenta ai malati di tumore di risparmiare tempo, denaro e garantirsi una migliore assistenza, anche se la ricerca non ha ancora dimostrato il loro pieno valore.

Il risparmio sarebbe dovuto al fatto che il 'navigatore' aiuta a decifrare



fatture e conti, e a individuare programmi governativi e privati per sostenere le cure, sostiene Mandi Pratt-Chapman, direttore della George Washington University School of Medicine's Cancer Institute. I medici e gli ospedali inoltre risparmiano denaro, perché si riducono le visite saltate, i regimi di trattamento sono seguiti al meglio, i problemi vengono rilevati in precedenza e le visite al pronto soccorso si riducono, aggiunge Pratt-Chapman, che sovrintende il team di 'navigatori' del suo centro oncologico.

Ormai sono attivi migliaia di navigatori umani nei centri oncologici e in altre strutture mediche in tutto il Paese. Nessuno sa ancora quanti siano, ma la loro organizzazione professionale, l'Academy of Oncology Nurse and Patient Navigators, fondata da Lillie Shockney del Johns Hopkins Breast Center nel 2010, conta ormai 5000 membri. Ma chi sono i navigatori umani? Si va da infermieri con competenze cliniche, fino a laici, ex pazienti e persino a volontari che aiutano i malati a superare gli ostacoli quotidiani e al burocrazia.

Difficoltà che includono il pagamento dei conti, la ricerca di un mezzo di trasporto per andare in ospedale, la questione degli appuntamenti da prendere, oltre a informazioni sul congedo per malattia e all'assistenza per i contraccolpi emotivi. L'idea risale al 1990, quando Harold Freeman, un medico dell'ospedale di Harlem, si rese conto che i suoi pazienti in gran parte poveri e senza assicurazione non ricevevano cure anti-cancro di qualità, perché spesso si 'perdevano' nei meandri del sistema. Un problema diffuso, come racconta la stessa Harvey, che si è sentita "spaventata e confusa", finché non è stato coinvolto un navigatore, nel suo caso un'infermiera. "E' stata come un angelo dal cielo", ha ricordato. "Trenta minuti dopo la mia diagnosi, lei mi ha chiamato e mi ha detto esattamente quello che stava per accadere".

## I ricercatori riuniti a Genova

# Attacco all'ultima frontiera dell'infinitamente piccolo

Il microscopio a super-risoluzione, sviluppato all'Iit, potrà aprire la strada a importanti applicazioni soprattutto in campo medico

FRANCESCO MARGIOCCO

**GENOVA.** Dimentichiamo i vecchi microscopi con le loro invisibili provette schiacciate tra due vetrini. Il futuro della microscopia è lo studio nel dettaglio di oggetti molto più grandi e complessi e il sogno di ogni microscopista è poter analizzare direttamente il corpo, vivo, di un uomo.

Cosa oggi tutt'altro che possibile ma che un domani potrebbe diventare realtà grazie alla tecnologia del foglietto di luce. A dispetto del nome arcaico, e delle origini in effetti antiche, siamo in un terreno in gran parte inesplorato.

Inventato agli inizi del ventesimo secolo dal fisico tedesco Henry Siedentopf e dal chimico austriaco Richard Adolf Zsigmondy, il foglietto di luce è ritornato prepotentemente in scena dopo un lungo oblio agli inizi di questo millennio. Consiste, in sintesi, in un microscopio in cui un fascio di luce scansiona l'oggetto illuminandolo progressivamente, un foglio luminoso che affetta, virtualmente, l'oggetto sotto esame, permettendo al microscopista di esaminarlo fettina dopo fettina. A questa tecnologia Alberto Diaspro e Francesca Cella Zanacchi dell'Istituto italiano di tecnologia hanno aggiunto la super-risoluzione, vale a dire la capacità di guardare le fettine nel minimo dettaglio, molecola per molecola.

Non è un caso che sia proprio l'Iit ad organizzare il convegno che si apre domani a Genova e riunito per tre giorni a Palazzo Ducale il gotha della micro-

scopia mondiale. Il primo a prendere parola, domani alle 17 nella Sala del maggior consiglio, sarà Ernst Stelzer, il microscopista ottico tedesco che attorno agli anni 2000 ha reso efficace l'uso del foglietto di luce in biologia e in medicina, e ha reso meno futuribile e più concreta la possibilità di usare questo strumento per osservare il corpo umano, per esempio per studiare come si sviluppa un tumore e se e come un farmaco anti-tumorale può avere effetti su questo sviluppo. Non ci siamo ancora arrivati, ma nella farmaceutica gli sviluppi potrebbero davvero essere rivoluzionari. Lo stesso vale per la diagnostica. Se oggi un ottimo medico è in grado di fare una diagnosi precisa anche quando ha davanti a sé dati offuscati, perché si avvale della propria esperienza, domani la possibilità di errore sarà pressoché nulla perché quel medico potrà contare, oltre che sulla propria esperienza, su dati nitidi.

È passato un secolo dall'invenzione d'inizio Novecento, che valse nel 1925 il Nobel a Zsigmondy per i suoi studi - fatti con quel microscopio - sui colloidali. È solo nel 2014, un secolo dopo quell'invenzione, che *Nature Methods*, la più importante rivista scientifica dedicata ai metodi sperimentali, nomina il foglietto di luce metodo dell'anno. I motivi di questo riconoscimento tardivo hanno a che fare con la tecnologia. Attorno agli anni Due-mila si sono diffusi i componenti tecnologici che permet-

tono di realizzare questo tipo di microscopi in modo efficiente ed economicamente sostenibile. Sono tre in particolare: la possibilità di avere una sorgente di luce stabile, con laser a bassa potenza; la disponibilità su vasta scala di lenti di eccellente qualità; la disponibilità di sistemi di rilevazione del segnale, o detector, molto sensibili.

Diaspro e Zanacchi, i due organizzatori del convegno, sono rispettivamente il direttore del dipartimento di Nanofisica dell'Iit e una delle sue migliori allieve. Diaspro è anche il presidente del Nikon Imaging Center che la grande omonima azienda giapponese ha creato all'interno dell'Iit di Genova.

In Italia è l'unico centro di questo tipo, mentre ne esistono altri tre in Europa, a Parigi, Heidelberg e Londra, e cinque in altre parti del mondo. È in questo centro che è nato il connubio tra foglietto di luce e super-risoluzione ed è qui, promette Diaspro, che nascerà a breve il primo microscopio dotato di queste due tecnologie e tascabile.

margiocco@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## **L'ONU, L'UNESCO E IL 2015 "ANNO DELLA LUCE"**

Per volontà dell'assemblea generale delle Nazioni Unite e dell'Unesco il 2015 è l'anno internazionale della luce. In tutto il mondo vengono promosse iniziative per far conoscere le attività dedicate alla luce, dalla scienza all'arte.

## **UN CONVEGNO APERTO ALLA CITTÀ**

Sarà Ernst Stelzer (nella foto), uno dei maggiori esperti di microscopia al mondo, a dare il via alle 17 di domani al convegno sul "foglietto di luce", che proseguirà fino all'8. L'incontro è nella Sala del maggior consiglio di Palazzo Ducale.



## Comma 566, responsabilità professionale e atto medico: prove di dialogo tra medici e politici

**Un dibattito pubblico voluto dalla Fnomceo con al centro il tema caldo del ruolo professionale. A prendere la parola Vargiù, D'Incecco e Fucci della Commissione Affari Sociali della Camera, il magistrato D'Ippolito, il medico legale Rodriguez, l'assessore sardo Arru, la presidente Fnomceo Chersevani, il presidente Enpam Oliveti e Proia, consigliere del ministero della Salute.**



**03 LUG** - Davvero il comma 566 minaccia il ruolo medico? E la proposta di legge sull'atto medico può essere utile a tutelare la professione? E, ancora, quando si riuscirà ad arrivare a quella legge sulla responsabilità professionale sanitaria intorno alla quale la Commissione Affari Sociali della Camera sta lavorando dall'inizio della legislatura?

Intorno a queste domande, chiaramente intrecciate tra loro, si è sviluppata un'intera mattinata di discussione, organizzata oggi a Roma dalla Fnomceo e moderata da **Cesare Fassari**, direttore di *Quotidiano Sanità*. Un'occasione di confronto tra rappresentanti della professione medica, della politica e della magistratura che, come ha sottolineato la presidente **Roberta Chersevani**,

vuole aprire un percorso di collaborazione e capire come, ognuno per la sua parte, si possa arrivare a creare le condizioni per consentire ai medici di lavorare in un clima più sereno, non avvelenato dal contenzioso legale, e quindi anche più efficace nella tutela della salute della popolazione.

**Vittoria D'Incecco (PD)**, presentatrice della proposta di legge sulla definizione di atto medico, ha aperto il confronto spiegando come il suo testo derivi proprio dalla discussione sviluppata in Commissione Affari Sociali per definire il testo unico sulla responsabilità professionale. "Per definire le responsabilità, bisognava definire il ruolo e, per fare questo, mi sono ispirata al Codice deontologico, che però è norma giuridica di secondo livello. Un passaggio necessario anche per limitare la discrezionalità dei giudici, che possono altrimenti seguire di volta in volta strade diverse".

Il presidente dell'Enpam, appena riconfermato, **Alberto Oliveti** ha richiamato la necessità di dare sicurezza a tutta la professione e soprattutto ai medici, basandosi sul metodo scientifico, proprio del mondo medico, e sulla certezza normativa del "chi fa cosa".

Ma proprio **Pierpaolo Vargiù (SC)**, presidente della Commissione Affari Sociali, ha indicato come sia davvero difficile arrivare a definire una norma giuridica su questioni così complesse, come la responsabilità professionale. Proprio per questo ha chiesto la collaborazione del mondo medico, indicando come l'iter legislativo sia ancora molto lungo. Proprio per questi tempi lunghi, Vargiù, pur riconoscendo la necessità di definire i ruoli professionali, ha sottolineato come un intervento sull'atto medico rischi di cristallizzare una

realtà come l'attività medica che è invece in continuo cambiamento.

Una proposta diversa, con molti riferimenti anche ad altre realtà internazionali, è venuta da **Luigi Arru**, attualmente assessore alla Sanità della Sardegna ma a lungo responsabile del Centro studi della Fnomceo. Arru ha ricordato come sia ferma da tempo anche la riforma dell'Ordine dei medici, nella quale invece potrebbe trovare spazio un ruolo di certificazione e valutazione delle competenze professionali che metterebbe pienamente in gioco il ruolo di ente ausiliario dello Stato degli Ordini. Accanto a questo, in materia di responsabilità professionale, Arru ha ricordato come il dibattito più avanzato sulla gestione del rischio sia orientato alla non colpevolizzazione e al superamento di gerarchie rigide nelle équipe.

Un'idea condivisa da **Francesco Fucci (FI)**, segretario della Commissione Affari Sociali, secondo il quale gli Ordini dovrebbero avere l'autorevolezza di attribuire competenze caratteristiche ai professionisti. Fucci ha chiesto a tutti gli interlocutori di concentrare la propria attenzione sulla legge relativa alla responsabilità professionale, che facendo convergere gli sforzi potrebbe arrivare ad essere approvata.

Per **Adelchi D'Ippolito**, procuratore aggiunto della Repubblica di Venezia che è stato anche consigliere giuridico della ministra **Lorenzin**, la legge sulla responsabilità professionale deve trovare un punto d'equilibrio tra la tutela del cittadino e la serenità del medico, che è anche un interesse pubblico, perché consente un miglior servizio. In questa direzione occorre separare responsabilità penale e risarcimento, che è spesso la molla che porta alla causa penale. D'Ippolito ha ricordato come solo il 2% delle denunce si concluda con una condanna e questo potrebbe suggerire di utilizzare con maggiore frequenza l'istituto della "lite temeraria", là dove cioè non vi fossero valide motivazioni di partenza per la denuncia. D'Ippolito ha anche fatto la proposta di trasformare la figura del perito in un "collegio di periti", nel quale potrebbe entrare anche una rappresentanza degli Ordini.

Anche **Daniele Rodriguez**, docente di medicina legale all'Università degli Studi di Padova, ha avanzato una

proposta: consentire anche nelle cause civili di arrivare ad un'autopsia, oggi consentita solo per le cause penali. Questo potrebbe togliere alcune delle motivazioni che spingono alla denuncia penale. Rodriguez ha poi difeso il comma 566, fortemente avversato dalla Fnomceo, sostenendo che si tratti, comunque, della prima norma scritta della legislazione italiana sull'atto medico.

Una lettura coincidente con quella offerta da **Saverio Proia**, consigliere del ministero della Salute, che ha sottolineato come la prima parte del comma 566 sia stato pensato e scritto a tutela del medico. "Il comma, ha aggiunto, prevede poi una grande novità come quella della concertazione tra tutti i soggetti interessati, medici compresi, che sarebbe un errore non sfruttare appieno per una condivisione del cambiamento che può e deve essere fatto solo con il consenso e il protagonismo di tutte le professioni coinvolte". "Del resto e l'abbiamo visto con l'accordo sancito nell'area della radiologia medica - ha detto ancora - dove medici radiologi, fisici medici e Tsmr hanno scritto insieme ambiti professionali e organizzazione del loro lavoro, comprese le nuove competenze specialistiche dei Tsmr".

"Oggi ci siamo un po' distribuiti i compiti", ha detto **Roberta Chersevani** nelle conclusioni. Alla politica il compito di definire le norme, pur con i tempi lunghi illustrati da Vargiu. Ma i medici, e gli Ordini in particolare, devono da subito ricercare una maggiore autorevolezza, che li metta alla pari con le realtà europee più avanzate. Contando sul proprio Codice deontologico, che contiene già molti elementi utili, e reclamando che il comma 566 venga emendato al più presto.

**Eva Antoniotti**

03 luglio 2015

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Lavoro e Professioni



Dalla Cina per studiare il modello sanitario italiano. Accordo Fiasco-Ministero sanità di Pechino per formazione medici e manager



Corte UE: "Irricevibili questioni poste dal Tar Sicilia. Fascia C con ricetta solo in farmacia"



Al Galeazzi il reparto che fa clinica e formazione ed è gestito solo dai podologi. "Siamo un'isola felice". Intervista ad Antonio Serafini



Welfare. Ripensare il sistema per saper fare di più con meno risorse



Caso Muttillo. Fantigrossi: "La replica della Federazione offende l'intelligenza degli infermieri"



Enpam. Bando per 290 borse di studio per orfani di medici e odontoiatri

OS **newsletter**

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

OS **gli speciali**



**Manovra sanità. Il testo dell'Intesa e la sintesi delle misure**

[tutti gli speciali](#)

**iPiùLetti** (ultimi 7 giorni)

- Anteprima.** Ecco il nuovo testo della manovra sanità. Confermati tagli per 2,352 miliardi per il triennio 2015/2017. Domani alla Stato Regioni



# «Per la sanità arrivano tagli anti-impresa»

**Roberto Turno**

■ Una manovra contro l'impresa e l'innovazione. Che metterà in ginocchio il settore, a cominciare dalle pmi, e colpirà duramente l'occupazione che potrebbe calare di 10 mila unità, il 20% dell'attuale forza di lavoro. «Dopo i tagli degli ultimi cinque anni, l'intesa tra Governo e regioni rischia di trasformarsi in un colpo di grazia per noi»: così Luigi Boggio, presidente di Assobiomedica, commenta l'accordo sui tagli da 2,35 mld sulla spesa sanitaria, che per 1 mld toccherà in tre anni anche i biomedicali. Con la rinegoziazione dei contratti in essere e il pay back (ripiano) a carico delle imprese del rosso rispetto al budget. Misure difficilmente applicabili e che innescheranno una valanga di ricorsi. Ma che intanto, nella ipotesi migliore, costringeranno le aziende ad accantonare quelle somme nei bilanci. Una disfatta.

**Presidente, le manovre in sanità non finiscono mai. Questa volta sarà più o meno pesante del passato?**

Ci colpirà molto duramente. Sia per la sua consistenza, sia perché si somma alle manovre degli ultimi anni. La rinegoziazione dei contratti, che ha diversi aspetti di illegalità, innescherà una valanga di ricorsi. Farà la fortuna degli avvocati. Ma intanto avrà l'effetto di far scendere ulteriormente i nostri margini di attività. I prezzi medi delle nostre tecnologie sono già calati del 25% in 5 anni. Un salasso. Il nostro forte e costante contributo alla sostenibilità del sistema sanitario lo abbiamo già dato e dovremmo continuare a darlo.

**Cosa prevedete per il futuro del biomedicale in Italia?**

Questa manovra sarebbe un colpo di grazia per noi. Col pay

back ci porterebbe a dover dare allo Stato 1 mld in tre anni, il 6% del nostro fatturato. E poiché la media delle nostre imprese non produce il 6% di utili, accadrà che le pmi avranno enormi problemi a sopravvivere. Le grandi sopravviveranno, certo. Ma come considereranno l'Italia le multinazionali? Un Paese in cui investire o da cui ritirarsi o comunque investire il meno possibile?

**Con effetti sull'occupazione?**

Noi abbiamo perso già diverse migliaia di posti di lavoro in questi anni. Con questa manovra potremmo perdere anche altri 10 mila posti su 50 mila. Un quinto in meno. E parlo di occupazione molto qualificata.

**Sarà un'altra guerra di carte bollate con stuoli di avvocati in pista?**

Gli aspetti di legalità della manovra sono molto forti e c'è possibilità di rivalsa sul piano legale. Per il sistema sanitario c'è il rischio di non poter contare su queste somme, ma noi intanto dovremo metterle a riserva, congelare quel 6% e iscriverlo a perdita nel bilancio. Ma come si può fare impresa in questo modo?

**Una manovra anti industriale, insomma...**

Una manovra che ripropone i motivi negativi di quelle precedenti. Un nuovo errore. I fornitori dovrebbero pagare i tagli, capisce? Noi valiamo il 5% del Fondo sanitario e accanirsi in questo modo, ancora una volta, è improponibile. Senza dimenticare le ricadute negative sull'assistenza. Avevamo proposto una serie di misure che farebbero risparmiare 2 mld agendo sulla buona gestione anche organizzativa. Tutto inutile. Perché tanto accanimento?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

