



Utero in affitto ancora assolto L'Italia lo legalizza senza dirlo

La Corte d'appello di Trieste ha confermato il via libera alla pratica sancito in primo grado nel caso di un bambino di 4 anni e di una coppia formata da un uomo di 71 anni e una donna di 58

Per la legge 40 del 2004 la maternità surrogata è vietata. Per la Corte costituzionale e la Cassazione idem. Ma sempre più giudici stanno assolvendo chi trova una scappatoia: scappando all'estero, giustappunto, e affittando un utero là dove le leggi glielo consentono. Il resto è tutto in discesa: una volta rientrato in Italia con il bimbo, lo si fa iscrivere all'anagrafe come figlio proprio. E se qualche Procura si sognerà di indagare, penserà poi il giudice a liberare da ogni impiccio. L'ultimo caso risale a qualche giorno fa: la Corte d'appello di Trieste ha assolto una coppia che alla maternità surrogata aveva fatto ricorso a Kiev. Settantun anni lei, 58 lui. Con un figlio di 4 anni. Il primo

proscioglimento – giugno 2013 – era stato disposto dal tribunale triestino. Ma il pm Lucia Baldovin aveva impugnato la sentenza: un atto sostanzialmente vanificato dall'ultima pronuncia. Resta ora il ricorso in Cassazione. Che, se promosso, porterebbe per la seconda volta il problema presso la Suprema Corte. Ma attenzione: questo giudizio sarebbe di carattere penale, e verterebbe attorno al reato di alterazione di stato di minore. La coppia italiana era infatti accusata di aver dichiarato come proprio un figlio



generato e partorito da altri: nella fattispecie, da una donna che aveva "donato" (in realtà venduto) i propri ovociti e da un'altra che aveva condotto la gravidanza. Unico elemento interno alla coppia era lo sperma dell'uomo.

Il caso già deciso dal Palazzaccio, invece, è di natura civile: riguarda infatti una vicenda in cui il bimbo si era rivelato totalmente sprovvisto di corredo genetico appartenente ai "genitori reclamanti", e per questo era stato loro sottratto e dato in adozione. Situazione che la Corte ha confermato, pronunciandosi in modo chiaro contro l'utero in affitto. Ma quali saranno adesso gli scenari futuri? Molto dipenderà dalla legge sulle unioni civili. Se passerà infatti la cosiddetta *stepchild adoption* a un membro della futura coppia riconosciuta – che potrà anche essere formata da persone dello stesso sesso – sarà consentito adottare il figlio dell'altro. A questo punto appare chiaro che l'utero in affitto diventerebbe lo strumento prediletto dalle coppie dello stesso sesso per soddisfare il loro desiderio genitoriale. La dinamica è facile da intuire. All'estero, in un paese che consente la surrogazione di maternità anche ai single o agli omosessuali, un membro della coppia affiderà a una clinica il proprio materiale genetico. La struttura, a seconda dei casi, lo integrerà con il 50% mancante "donato" da un uomo o da una donna. Fecondato l'ovulo in provetta, questo verrà impiantato in una gestante a pagamento. Nato il bimbo, il certificato di nascita del Paese estero lo dichiarerà figlio della persona che ha fornito il proprio corredo genetico o della coppia. Ed ecco il rientro in Italia: con un'eventuale *stepchild adoption*, il membro della coppia fino ad allora giuridicamente estraneo al bimbo diventerà suo ascendente. E se nel frattempo qualche Procura indagherà i "genitori" per alterazione di stato di minore, riferendosi alla procedura di maternità surrogata, provvederà poi il giudice a far cadere ogni accusa. Questo, ovviamente, al netto di un cambio di tendenza che parrebbe ben più conforme al nostro diritto.

Marcello Palmieri

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Contracezione permanente», il sogno dei Gates

il fatto

di Lorenzo Schoepflin

La Fondazione creata da Bill e Melinda ha deciso di finanziare con 5 milioni di dollari una ricerca per prevenire le gravidanze

Cinque milioni di dollari per un sogno: lo sviluppo di un contraccettivo permanente o di lunga durata che con una singola assunzione consenta alle donne che non desiderano (altri) figli di non preoccuparsi più di eventuali gravidanze. È l'importo stanziato dalla Gates Foundation, la fondazione guidata da Bill Gates e dalla moglie Melinda, per il progetto affidato alla Oregon Health & Science University. A occuparsi della ricerca è il professor Jeffrey T. Jensen, che, si legge nella sua biografia sul sito dell'ateneo dell'Oregon, si dedica da sempre alla pianificazione familiare e allo sviluppo di nuovi metodi contraccettivi. Il finanziamento rientra nel più ampio programma di «Sviluppo globale» promosso dalla fondazione alla voce «Salute e pianificazione familiare». «Il mio obiettivo - ha dichiarato Jensen - è rendere ogni gravidanza pianificata ed estremamente desiderata». Fino a oggi, gli unici interventi permanenti per eliminare la fertilità sfruttano la chirurgia. Ma questo, se-

condo il professore, riduce l'accesso in quei Paesi dove la povertà e la disinformazione costituiscono un ostacolo per la cosiddetta "salute riproduttiva". Da qui l'impegno per una contraccezione permanente alla portata di tutti. Gli studi di Jensen sono incentrati su esperimenti condotti su scimmie e babbuini, ma si punta a passare presto a studi clinici sull'uomo. Grazie al denaro elargito dai coniugi Gates, l'Università dell'Oregon si è dotata del «Permanent Contraception Research Center» (Centro di ricerca per la contraccezione permanente), nel quale Jensen è affiancato da specialisti di biologia, fecondazione artificiale e sperimentazione sugli animali.

Non è la prima volta che la Gates Foundation si distingue per finanziamenti a favore della ricerca sulla contraccezione, secondo un'impostazione neo-malthusiana. Già nel 2013 un milione di dollari fu investito per progetti volti a perfezionare un preservativo di nuova generazione che associando nuova forma e nuovi materiali rendesse desiderabile l'uso del condom da parte dell'uomo.



Bill Gates

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

BAMBINI MUTILATI

Talidomide 50 anni di viltà

di Gian Antonio Stella

Le vittime del talidomide, il farmaco di un'azienda farmaceutica tedesca che mutilò migliaia di bambini nati senza braccia, senza mani, senza gambe, accusano la Germania per i troppi anni di ambiguità.

a pagina 23

Quelle vittime del talidomide in attesa di giustizia da 50 anni

La battaglia all'Europarlamento per avere i risarcimenti da Berlino

La tragedia

Era spacciato in tutto il mondo come un tranquillante ma danneggiava i feti

In Italia

Provocò handicap a circa 400 persone: dal 2008 hanno diritto a un indennizzo

La storia

di Gian Antonio Stella

«**Q**uante divisioni hanno, i talidomidici?», potrebbe chiedere qualcuno facendo il verso alla famigerata battuta di Stalin sul Papa. Nessuna, ovvio. Anzi: è il più indifeso e innocuo di tutti gli «eserciti» del mondo.

Per quanto solo morale e disarmata una «dichiarazione di guerra» delle vittime del talidomide, il farmaco che mutilò migliaia di bambini nati senza braccia, senza mani, senza gambe, metterebbe però la Germania in gravissima difficoltà. Ci si può difendere anche dall'Isis: non dalla vergogna.

E i talidomidici hanno tutta l'intenzione di mettere la Bundesrepublik di Angela Merkel sul banco degli imputati proprio per i decenni di ambiguità, a partire dal «Mammuth Prozess» (noi diremmo processo-lumaca) che finirono per coprire le colpe della casa farmaceutica tedesca Grünenthal di Stolberg, vicino ad Aquisgra-

na. La quale solo nel 2012, oltre mezzo secolo dopo, si è rassegnata a chiedere scusa alle migliaia di persone mutilate dalla criminale sciatteria con cui il letale talidomide fu messo in commercio e addirittura consigliato (consigliato!) alle donne incinte.

«Esistono svariate cause che danno origine ai mostri», scrisse Ambroise Paré, uno dei padri della chirurgia, «la prima è la gloria di Dio. La seconda è la sua ira». È passato mezzo millennio, da allora. E nessuno osa più attribuire le disabilità d'un bimbo all'accoppiamento della madre col demonio. Anzi, qui lo sappiamo chi fu il demonio: chi produsse quel farmaco spacciato per un tranquillante senza controllare gli effetti sui feti. Effetti che, come avrebbero dimostrato le analisi successive (e tardive) su conigli, ratti, pulcini, pesciolini, erano catastrofici.

Eppure lo sviluppo mancato del feto è ancora definito, nello spaventoso gergo «scientifico» dei medici «teratogenesi»: dal greco «creazione di mostri». E non è bastato mezzo secolo alle vittime del talidomide per trascinare la casa farmaceutica a pagare per le sue responsabilità non solo le vittime tedesche,

risarcite per tacitare le polemiche domestiche, ma anche quelle di tanti altri Paesi del mondo.

Papa Francesco ha visto ieri, all'udienza generale, i talidomidici spagnoli. E ha detto loro poche parole di conforto e incoraggiamento. Bellissime, come sempre. E di grande aiuto morale. Le persone che si sono viste imporre mezzo secolo fa un'infanzia, un'adolescenza, un percorso scolastico e una vita di relazioni sociali complicatissimi, però, come hanno ribadito giorni fa al Parlamento Europeo, hanno la necessità assoluta «anche» di un aiuto economico concreto.

Certo, l'Italia, supplendo alle latitanze tedesche e facendosi carico dell'errore di dare per scontata la storica affidabilità dei prodotti germanici consentendo senza controprove «nazionali» tra il '58 e '62 la vendita



di 15 farmaci contenenti il talidomide da parte di 7 industrie farmaceutiche che fecero nel nostro paese tra le 350 e 400 vittime di vari handicap (più gli aborti spontanei, i bambini nati morti e quelli «pietosamente» accompagnati alla morte), ha riconosciuto quasi da un decennio la patologia e dal 2008 versa ai talidomidici più gravi un indennizzo che può arrivare a 5.300 euro mensili.

Cosa voglia dire «talidomidici più gravi» l'ha spiegato Nadia Malavasi, una signora padovana che grazie a un sorriso contagioso, una straordinaria auto-ironia e una volontà d'acciaio è riuscita a far fronte alla disabilità, laurearsi in lingue, sposarsi, fare un figlio e perfino prendere la patente («L'esaminatore mi guardò e disse: "Ma cosa pretende se le mancano due braccia e una gamba!", però l'ho vinta io») l'ha raccontato a Stefano Lorenzetto. Lei stessa non può lavarsi la faccia da sola e non può prendere un vestito dall'armadio e non può alzare una taparella e non può tagliarsi una bistecca e se le cade qualcosa per raccogliercela deve sdraiarsi sul pavimento. «In autobus è salita solo una volta in vita sua: l'autista ripartì con le portiere ancora aperte e lei, che non può aggrapparsi ai corrimano, volò sull'asfalto».

Quello che lascia senza fiato, ancora mezzo secolo dopo, è

leggere i giornali dell'epoca. Come una foto — notizia del *Corriere della Sera* dell'estate 1962 datata Phoenix, Arizona: «La signora Sherri Finkbine è protagonista di una vicenda che sta appassionando la pubblica opinione americana. Essa attende un bambino per i prossimi mesi, ma avendo fatto largo uso di un tranquillante a base di talidomide si è rivolta alla magistratura per avere l'autorizzazione a interrompere la maternità. Com'è noto la talidomide è sospettata di creare gravissime malformazioni sui nascituri».

Tempo dopo, rilanciando la notizia che la donna aveva cercato d'abortire all'estero, comparivano sui giornali italiani articoli come questo: «Cinque medici svedesi esaminano il caso Finkbine. Dovranno tenere conto del fatto che, in contrasto con certe allarmanti statistiche, soltanto due o tre donne su dieci hanno dato alla luce bimbi anormali per essersi servite delle discusse pillole». Ma come: «Due o tre donne su dieci» sembravano poche?

Scrivava Enrico Altavilla: «Durante il secondo mese di gravidanza Sherri Finkbine aveva inghiottito decine e decine di pillole di "Contergan" com'è chiamato in Germania il terribile tranquillante a base di talidomide (glielo aveva portato il marito da Amburgo) che ha già fatto nascere storpi e

monchi degli arti inferiori e superiori centinaia di bambini negli Stati Uniti, in Canada, in Gran Bretagna, in Svezia e in altri Paesi. Sono 7.000, si calcola, le vittime del talidomide».

Erano di più. Molte di più. Almeno ventimila in 24 Paesi, spiega Nadia Malavasi, Presidentessa onoraria di T.A.I Onlus, che rappresenta i talidomidici italiani: «Di 688 nati malformati nel 1961, nel nostro Paese, ne sono rimasti vivi circa 125. Molti sono finiti al Cottolengo e poi deceduti...».

Sono passati cinquantatré anni, da quell'estate del '62. Eppure le migliaia di vittime del talidomide ancora rivendicano quel risarcimento che la Germania non ha mai concesso. Prossimo appuntamento, fondamentale, il 20 luglio. Alla Commissione Sanità dell'Europarlamento. Dove, chissà, potrebbe essere riletto un biglietto spedito qualche anno fa alla Cancelliera tedesca: «Ho visto piangere i miei genitori e gli ho sorriso per rincuorarli, avrei voluto suonare la chitarra o le tastiere e non mi è stato possibile, avrei voluto portare i miei figli sullo scooter la domenica mattina e non l'ho potuto fare, avrei voluto aiutare mia moglie nelle faccende domestiche quando non stava bene e ho dovuto io chiedere aiuto, avrei voluto fare tante altre cose...».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● Talidomide è un farmaco che fu venduto negli anni 50 e 60 come sedativo, anti-nausea e ipnotico, rivolto in particolar modo alle donne in gravidanza. Venne ritirato dal commercio alla fine del 1961, dopo essere stato diffuso in molti Paesi sotto quaranta nomi commerciali diversi, fra cui il Contergan

● Si calcola siano 7 mila le vittime del farmaco (in 24 Paesi) che ha fatto nascere bambini malformati o mancanti degli arti. In Italia la vendita tra il 1958 e il '62 di 15 farmaci contenenti il talidomide provocò diversi handicap a circa 400 persone

A TORINO

Operazione record per salvare bimba prematura

Per la prima volta al mondo una neonata di un chilo e mezzo - Agata, gemellina prematura di sole 33 settimane - affetta da atresia polmonare a setto intatto, è stata salvata grazie a un intervento hi-tech non invasivo. L'operazione è stata realizzata all'ospedale Infantile Regina Margherita di Torino.

L'atresia polmonare a setto intatto è una cardiopatia congenita complessa e rara, incompatibile con la vita. In genere, nel neonato a termine di gravidanza, il trattamento è di tipo chirurgico. Nel prematuro, come in questo caso, invece la chirurgia non è praticabile per l'alto rischio legato alla piccolezza degli organi e l'imaturità dei tessuti. L'intervento è stato effettuato pochi giorni fa (tramite radiofrequenza) con la perforazione della valvola polmonare, completamente chiusa. Un filo che trasmette l'energia elettrica è stato portato, attraverso le vena femorale, sotto il piano valvolare chiuso. Poi è stata erogata una piccola dose di energia, che ha permesso di perforare la valvola e dilatarla, sino alla sua apertura. L'intervento è tecnicamente riuscito e ora Agata si trova in terapia intensiva. I suoi polmoni stanno imparando a respirare e lei potrà crescere normalmente. Come la sorella gemella.



PEDIATRI DEL GASLINI

«Non scuotete il neonato» Il suo cervello è a rischio

— «Non scuotete il neonato». È questo il messaggio che gli specialisti dell'Istituto Gaslini lanciano nell'ambito del Convegno organizzato a Genova per discutere dei rischi della «Shaken baby syndrome», legati cioè allo scuotimento del neonato. «Il pianto inconsolabile di un neonato può portare all'esasperazione dei genitori o di chi si prende cura di lui - spiega Edvige Veneselli direttore dell'UOC neuropsichiatria del Gaslini - nasce quindi una sensazione di rabbia, impotenza ed esasperazione, che può portare a perdere il controllo e scuotere con violenza il neonato, nel tentativo di farlo smettere di piangere». Ma quest'azione può provocare danni devastanti, a causa della fragilità del cervello del neonato: «Nel 50% dei casi lo scuotimento può associarsi a disabilità permanente, nel 30% a morte del neonato».

«Confrontati con bambini che presentano traumi accidentali severi, i bambini che hanno riportato trauma cranico non accidentale presentano più frequentemente emorragie, emorragie retiniche (in almeno 74% dei casi e in 82% dei casi fatali) e lesioni cutanee, scheletriche e viscerali associate», spiega Emanuela Piccotti responsabile del Pronto Soccorso del Gaslini.



Tumori della testa e del collo, da AIOM sostegno al management multidisciplinare



24 giugno 2015

L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha deciso di stimolare attraverso un premio i progetti di management multidisciplinare dei tumori della testa e del collo. L'iniziativa è sostenuta da Merck società farmaceutica impegnata nell'impegno a sostegno della ricerca scientifica in Oncologia.

Al Premio possono partecipare i soci AIOM che, entro il 30 settembre 2015, invieranno il proprio progetto, in formato pdf, alla Segreteria Nazionale dell'Associazione (elena.moro@aiom.it), corredato da un breve curriculum vitae.

Un'apposita Commissione ad hoc valuterà i lavori pervenuti ed il Premio sarà consegnato nel corso della Cerimonia Inaugurale del Congresso Nazionale AIOM (a Roma dal 23 al 25 ottobre 2015). Il Premio, del valore di 15.000 euro, sarà conferito al termine del Presidential Address.

“L'iniziativa – ha affermato il Dottor **Carmine Pinto**, Presidente AIOM e Direttore dell'Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - intende riconoscere la rilevanza scientifica dell'approccio multidisciplinare ed i numerosi benefici che questa comporta per i pazienti colpiti da tumore del distretto cervico-facciale. I tumori della testa e del collo sono neoplasie complesse ed eterogenee che richiedono strategie di trattamento diversificate da affrontare con il contributo di numerosi specialisti”.

In Italia i tumori della testa e del collo rappresentano il quinto tumore più diffuso e si stima che siano 106.727 le persone colpite da questa patologia con circa 10.432 nuovi casi ogni anno tra gli uomini e 1.980 tra le donne. Nelle donne l'incidenza è in crescita, legata soprattutto ad un aumento dei tumori della cavità orale e della faringe¹.

“Supportare la ricerca scientifica e promuovere l'approccio multidisciplinare nel trattamento dei tumori della testa e del collo - ha sottolineato **Antonio Messina**, Presidente e Amministratore Delegato di Merck Serono S.p.A. - è un impegno che Merck Serono persegue con costanza. Il nostro sostegno all'iniziativa dell'AIOM sottolinea ancora una volta l'importanza e la volontà di individuare nuove strategie di trattamento per i pazienti, in stretta collaborazione con la comunità scientifica.”

[[chiudi questa finestra](#)]

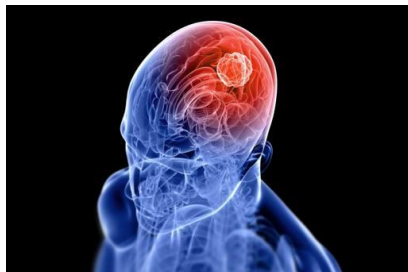
<http://www.corriere.it/salute/>

LO STUDIO

Terapia anticoagulante sicura nei pazienti con metastasi cerebrali

Nuovi dati dimostrano che prescrivere ai malati una cura che fluidifichi il sangue, non fa crescere il rischio di emorragie in malati che sono già in situazione complicata

di Vera Martinella



Somministrare terapie anticoagulanti a pazienti oncologici con metastasi cerebrali può essere una scelta sicura. E' la conclusione a cui è giunto uno studio dell'Università di Harvard pubblicato sulla rivista dell'Associazione Americana di Ematologia Blood, i cui risultati possono essere molto utili per stabilire come procedere nei malati più «difficili» e delicati, quelli in cui il tumore progredisce e lo stato di salute generale si complica.

Una situazione complicata, tra trombi e rischio emorragie

Il problema è ben noto: il cancro aumenta il rischio dei pazienti di sviluppare coaguli di sangue (i cosiddetti trombi) e quando questo accade vengono solitamente prescritti, in aggiunta alle terapie antineoplastiche, dei farmaci che diluiscono la densità del sangue. Lo scopo è prevenire eventi potenzialmente letali, come ictus cerebrale ischemico o embolia polmonare, che si verificano quando i grumi ostruiscono i vasi sanguigni. Tuttavia, se il tumore sviluppa metastasi al cervello questa strategia potrebbe rivelarsi pericolosa perché i medicinali anticoagulanti potrebbero facilitare un altro temibile danno, i sanguinamenti cerebrali, per i quali i malati sono già a rischio a causa delle metastasi stesse. «E' una situazione complicata, in cui bisogna bilanciare pro e contro di ogni scelta - spiega Jeffrey Zwicker, medico del Beth Israel Deaconess Medical Center e dell'Harvard Medical School di Boston (Stati Uniti) -. Ecco perché la prevenzione e trattamento dei trombi in malati oncologici con metastasi cerebrali è una sfida che richiede grande attenzione».

Lo studio

Obiettivo della sperimentazione era proprio valutare se, e in quale misura, la somministrazione di farmaci anticoagulanti aumentasse il sanguinamento a livello cerebrale in pazienti con un tumore di vario tipo e metastasi al cervello. I ricercatori hanno valutato i dati di 293 malati, tra i quali 104 avevano ricevuto un anticoagulante ampiamente in uso, mentre agli altri 189 non era stata somministrata alcuna terapia per fluidificare il sangue. Dopo 12 mesi di osservazione è emerso che non c'erano, fra i due gruppi, differenze significative negli episodi di emorragie cerebrali. «Finora non disponevamo di dati certi

sull'uso sicuro di terapie che diluiscano il sangue in questo speciale gruppo di malati – conclude Zwicker -, mentre le conclusioni a cui siamo giunti dimostrano che è possibile e sicuro trattare con una cura antitrombotica i malati oncologici con metastasi cerebrali che ne hanno bisogno».

Mercoledì 24 GIUGNO 2015

Cancro esofago e stomaco. Addio endoscopia? Per la diagnosi basterà un respiro. Da Londra un nuovo test accurato al 90%

Per ora è ancora un prototipo. Ma è stato sperimentato su 210 pazienti e ha permesso di distinguere i casi di tumore maligno allo stomaco e all'esofago da patologie di natura benigna. Della durata di pochi minuti e dotato di un'accuratezza del 90%, ha rilevato una maggiore concentrazione di particolari composti 'organici volatili', chiamati VOC, nei pazienti affetti dal cancro. Lo studio su *Annals of Surgery*

Un gruppo di ricerca internazionale ha messo a punto un *breath test* (test del respiro) che potrebbe permettere di individuare con una metodica rapida e mini-invasiva il cancro all'esofago e allo stomaco. Il prototipo è stato testato su 210 pazienti di cui 81 affetti da un cancro allo stomaco o all'esofago: in pochi minuti tale test ha permesso di distinguere i casi di tumore benigno da quelli di tumore maligno con un'accuratezza del 90%.

A riferire questa notizia, oggi, è l'Imperial College London, il cui gruppo ha condotto la ricerca* insieme ai clinici dell'Imperial College Healthcare NHS Trust ed in collaborazione con i ricercatori della UCL (University College London), Keele University Medical School, Heyrovsky Institute of Physical Chemistry e l'Accademia delle Scienze della Repubblica Ceca. Lo studio è [pubblicato](#) su *Annals of Surgery*.

In particolare, il nuovo breath test ha messo in luce **la presenza di una maggiore concentrazione dei composti chimici VOC ('composti organici volatili')** nel respiro emesso dai pazienti affetti da patologie maligne rispetto a quello dei pazienti con patologie benigne o non affetti da patologie.

I VOC sono sostanze contenenti carbone e presenti in tutti gli organismi viventi, che possono in certi casi e ad una determinata concentrazione diventare una spia della malattia.

Secondo i ricercatori, inoltre, questi risultati potrebbero essere utilizzati per predisporre nuovi biomarcatori, ovvero marcatori biologici della presenza e della progressione della malattia.

Il cancro all'esofago e quello allo stomaco causano complessivamente il 15% dei decessi dovuti al cancro e in particolare il cancro allo stomaco appresenta una delle più diffuse forme di tumore maligno. Queste patologie vengono spesso diagnosticate in una fase già avanzata, dato che raramente comportano dei sintomi durante la prima fase del loro sviluppo. Attualmente, la diagnosi di tali tumori si effettua tramite **endoscopia, che rappresenta uno strumento importante** per la diagnosi di questi tumori e per la diagnosi e l'indagine di altre patologie del tratto gastrointestinale.

"Il cancro dello stomaco e dell'esofago sono in aumento nel Regno Unito, con oltre 16.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno. L'attuale metodo per la rilevazione di questi tumori è costoso, invasivo e la diagnosi viene di solito effettuata in una fase tardiva, quando spesso il tumore si è diffuso altre parti del corpo. Questo rende la malattia più difficile da trattare e si traduce in scarsi tassi di sopravvivenza a lungo termine", ha dichiarato **George Hanna**, autore principale dello studio e Direttore delle NIHR-Diagnostic Evidence Cooperatives all'Imperial College London. "Il nostro breath test potrebbe risolvere questi problemi, perché può aiutare a fornire una diagnosi ai pazienti che manifestano primi sintomi non specifici, nonché ridurre il numero di endoscopie invasive, che spesso portano a risultati negativi. La diagnosi in una fase iniziale potrebbe offrire ai pazienti una maggiore quantità di opzioni di trattamento e, infine, salvare più vite umane".

Come funziona il test

I ricercatori spiegano che quest'analisi ha l'obiettivo di individuare composti chimici presenti soltanto nel respiro esalato dai pazienti con cancro all'esofago o allo stomaco, sostanze, dunque, che rappresentano un segno distintivo della malattia. In particolare, si tratta dei VOC ('composti volatili organici'). Per effettuare il test, i ricercatori hanno utilizzato campioni di respiro esalato da 48 partecipanti affetti da cancro all'esofago, 33 con cancro allo stomaco e 129 partecipanti di controllo, non affetti da tali patologie maligne (con metaplasia di Barrett, con malattie di natura benigna del tratto gastrointestinale superiore oppure non affetti da nessuna patologia in questo distretto). I campioni sono stati raccolti dal 2011 al 2013 presso l'Imperial College Healthcare NHS Trust.

Il test si è svolto in questo modo: i pazienti hanno respirato in un 'analizzatore del respiro' collegato ad una 'borsa', connessa a sua volta con uno spettrometro di massa SIFT-MS (*selected-ion flow-tube mass spectrometry*), uno strumento analitico che, con una metodica particolare, rileva e separa i composti chimici presenti in un campione.

Esistono anche altri tipi di *breath test*, simili a quello odierno, che servono per distinguere i tumori benigni da quelli maligni in maniera semplificata.

Gli autori della ricerca di cui si discute pongono l'attenzione sulla velocità del loro test e sulla specifica metodica di funzionamento, basata sul rilevamento della quantità dei composti chimici VOC ('composti organici volatili') nel respiro esalato.

Riguardo alle prossime ricerche del gruppo, nuovi trial che includono 400 pazienti verranno svolti con l'obiettivo di creare un dispositivo sensore per segnalare al medico la presenza di un tumore maligno. Tali trial si svolgeranno presso la UCLH (University College London Hospitals NHS Foundation Trust), The Royal Marsden NHS Foundation Trust e presso la NHS Foundation Trust del Guy e del St Thomas.

Viola Rita

*La ricerca è stata finanziata dal NIHR Imperial Biomedical Research Centre e NIHR-diagnostic Evidence Cooperatives.

GENOVA Oltre 1200 specialisti discutono delle metodiche più innovative

Chirurgia quasi indolore

Le protesi biologiche senza reazioni di rigetto offrono risultati straordinari

Luigi Cucchi

■ La chirurgia mini invasiva si sta diffondendo con rapidità e viene impiegata sempre più. Per discutere di queste nuove metodiche oltre 1200 chirurghi sono a Genova da ieri a venerdì. Partecipano al congresso organizzato dall'Associazione chirurgici ospedalieri Italiani (presidente Diego Piazza, dell'università di Catania).

Dopo precedenti esperienze ginecologiche, il primo intervento di chirurgia mini invasiva, l'asportazione di una colecisti con calcoli, è stato eseguito nel 1985. Quell'intervento ha innescato importanti cambiamenti, quasi una rivoluzione nel trattamento delle malattie d'interesse chirurgico, che si sono diffusi dall'Europa nel mondo. Il grande progresso è iniziato con la laparoscopia diagnostica, praticata soprattutto per visualizzare la cavità addominale per mezzo di un endoscopio introdotto attraverso una piccola incisione della parete, ed è progressivamente affinata grazie anche all'ausilio di uno strumentario endoscopico dedicato. La visione endocavitaria viene trasmessa dalle fibre ottiche dell'endoscopio ad una telecamera miniaturizzata che trasferisce le immagini su un monitor, per cui il chirurgo opera intro-

ducendo gli strumenti endoscopici attraverso piccoli fori (di circa un centimetro) sulla parete addominale. È indispensabile distendere la cavità insufflando anidride carbonica al fine di eseguire una completa esplorazione e avere una buona libertà di movimento per le manovre chirurgiche. Dalla prima colecistectomia per via video-laparoscopica, si è passati ad interventi sempre più impegnativi, come la plastica anti-reflusso per ernia iatale, a resezioni intestinali, emicolectomie, resezioni del retto, gastrectomie, interventi sull'esofago e sulle vie biliari, sui surreni, in campo ginecologico, fino a resezioni epatiche. Dopo la cavità addominale tale tecnica è stata utilizzata anche per la cavità toracica, prima per esplorazioni diagnostiche o di stadiazione (per neoplasie), quindi per veri e propri interventi di chirurgia toracica.

I vantaggi sono molti per il paziente: diminuisce il dolore postoperatorio, si riduce il rischio di possibili complicanze, si accorcia la degenza in ospedale e si anticipa il ritorno alla propria attività. Per il sistema sanitario si hanno minori costi per degenze, farmaci, ottimizzazione delle risorse per migliore utilizzo dei posti letto ospedalieri, quindi un più rapido turn-over.

A Genova si presentano le ultime novità sulle protesi biologiche derivanti da tessuti animali, che danno risultati straordinari in termini di ripristino delle perdite di sostanza della parete e di assenza di reazioni di rigetto. Un'intera sessione è dedicata ad una Consensus Conference internazionale.

Altre sessioni affrontano la chirurgia dei linfonodi, che sempre più deve rispondere a criteri di radicalità nei suoi diversi campi di applicazione: mammella, patologia oncologica addominale. Grande rilievo al settore dei melanomi che richiedono un trattamento integrato ed applicato al singolo caso, ed in cui le tecniche mini-invasive consentono di effettuare interventi radicali rispettando l'integrità del paziente. Spazio anche per la chirurgia bariatrica, cioè la chirurgia che mira a contrastare l'obesità patologica con interventi di tipo restrittivo della cavità gastrica. Una sessione della Scuola di chirurgia robotica espone le novità e le possibili applicazioni della chirurgia robotica con l'utilizzo del robot Da Vinci. A Genova si vuol creare un ponte tra chirurghi e pazienti, con iniziative che mirano a far conoscere l'opera del chirurgo, con tutte le sue implicazioni umane, professionali e legali e ristabilire un clima di fiducia.



PIAZZA

Il congresso si occupa in una sessione dei progressi registrati in Italia dalla chirurgia robotica con l'utilizzo del sofisticato robot Da Vinci



<http://www.adnkronos.com>

La chirurgia sempre più di 'carta', 40% specialisti è soffocato dalla burocrazia



La burocrazia sanitaria soffoca il lavoro di 4 chirurghi su 10 (40%) e occupa la metà del loro tempo lavorativo. Pratiche, mail, moduli: la cosiddetta 'chirurgia di carta' toglie spazio alle cure e agli interventi. È quanto emerge da una ricerca dell'Acoi, l'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani, su un campione di oltre 700 chirurghi, presentata durante il Congresso nazionale delle Chirurgie 2015 in corso a Genova. "Il 40% dei chirurghi occupa più della metà della propria attività lavorativa in pratiche burocratiche, mentre per un altro 30% il tempo usato è poco meno di quello impiegato per la propria attività medica. Per due chirurghi su tre, dunque, circa metà della giornata è dedicata alla compilazione di moduli", avverte l'indagine.

La ricerca Acoi ha inoltre evidenziato che nel 12% dei casi, quindi in almeno 1 intervento su 10, il chirurgo non dispone delle tecnologie in grado di assicurare il massimo della garanzia per il paziente. Alla domanda, 'In un intervento di medio-alta complessità hai sempre avuto a disposizione le tecnologie in grado di assicurarti il massimo delle garanzie?' il 2,7% dei chirurghi ha risposto 'mai'; il 9,3% 'quasi mai - 30% dei casi', il 25,4% 'spesso-50% dei casi'. Una carenza diffusa, che talvolta ha determinato un cambio di strategia a causa dell'inadeguatezza dei presidi ospedalieri

"La burocrazia sottrae tempo non solo all'attività chirurgica - osserva Diego Piazza, presidente Acoi e responsabile del Dipartimento emergenza urgenza nell'azienda Policlinico Vittorio Emanuele di Catania - ma agli stessi malati che spesso avvertono la necessità di trascorrere più tempo con il proprio chirurgo per chiarimenti sulle scelte terapeutiche o anche solo per una

parola di conforto. Nessun malato è mai stato guarito dalla 'chirurgia cartacea'".

"I tagli lineari hanno depauperato le sale operatorie italiane di beni e servizi spesso indispensabili per la perfetta riuscita di un intervento chirurgico. Inoltre - spiega il presidente Acoi - aumentando la complessità tecnologica delle nostre sale operatorie i presidi devono essere 'calibrati' per l'intervento, infatti basterebbe uno scarto di un millimetro per non poter utilizzare uno strumento".

"Se la precisione chirurgica viene mitizzata nella vita comune essa non può essere poi svilita al tavolo operatorio in nome di un risparmio il più delle volte inesistente perché - conclude Piazza - nel campo medico spesso corrisponde a verità il detto che chi spende meno compra due volte".



Funziona il primo sterno realizzato in ceramica

Uno sterno di ceramica è stato impiantato chirurgicamente per la prima volta in una paziente affetta da cancro alle ossa. L'operazione, avvenuta a Limoges, in Francia, è perfettamente riuscita. Lo ha riferito François Bertin, il medico a capo dell'équipe chirurgica che il 19 marzo ha realizzato l'intervento usando la protesi di alluminio poroso e ceramica messa a punto dalla «I.Ceram». «Il bilancio dell'operazione – dice Bertin – è molto positivo e la paziente si sta riprendendo. Lo sterno in ceramica ha risposto alle attese. Dal punto di vista chirurgico questa novità costituisce un'importante evoluzione. La biocompatibilità del materiale consente un'operazione più "naturale", limitando i rischi infettivi e i rigetti», che oggi arrivano fino al 4% dei casi sottoposti a intervento. La porosità del materiale della nuova protesi, identica a quella dell'osso umano, favorisce la circolazione. E l'impianto – si assicura – diventa parte integrante dell'osso entro 6 mesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Malati & Malattie**Con l'ecografia color doppler si perfeziona la diagnostica cardiovascolare**di **Gloria Sacconi Jotti**

L'aterosclerosi è la principale causa di morte cardiovascolare nella popolazione generale in cui cresce la prevalenza di malattie quali diabete ed obesità, in associazione a fattori di rischio quali fumo, ipercolesterolemia ed ipertensione arteriosa. Ne parliamo con il professor Claudio Reverberi del Centro Gemini di Parma. «La malattia aterosclerotica - spiega lo specialista - inizia già in giovane età, rimane a lungo silente, mentre gli eventi cardiovascolari, quali infarto ed ictus, colpiscono l'adulto spesso anziano. Nel 50% dei casi l'evento colpisce soggetti fino a quel momento asintomatici. Per questo negli USA è stata creata una Task force (SHAPE) allo scopo di migliorare la stratificazione del rischio cardiovascolare. È stato da tempo dimostrato come il carico aterosclerotico dell'asse arterioso vascolare si correla con il rischio aterosclerotico di infarto ed ictus. Ad oggi l'unico strumento a disposizione per ridurre la mortalità cardiovascolare nella popolazione a rischio è la prevenzione primaria. Il valore dello screening per l'aterosclerosi sub-clinica rimane molto importante, in particolare l'ecografia color doppler applicata ai tronchi sovra-aortici, al cuore, all'aorta addominale ed alle arterie iliache e femorali, rappresenta una vera e propria finestra sul cuore e sui vasi, strumento ideale in quanto facile, sicuro, rapido, ripetibile ed a basso costo per studiare la parete dei vasi e gli aspetti morfologici del cuore. In questo modo si può conoscere l'età biologica delle arterie ed aggiungere il dato ai tanti fattori di rischio tradizionali. La presenza di placche aterosclerotiche spesso calcifiche lungo i vasi sanguigni, di ipertrofia del ventricolo sinistro e di calcificazioni a livello della valvola aortica e dell'apparato valvolare mitralico, costituiscono il cosiddetto danno d'organo il cui riscontro giustifica una più aggressiva strategia terapeutica, sia in termini farmacologici, che in variazioni significative dello stile di vita. L'attività fisica aerobica ed un più idoneo regime alimentare si associano alla prescrizione di farmaci naturali (nutraceutici) al fine di minimizzare il rischio di sviluppare aterosclerosi».

gloriasj@unipr.it



Farmaci e rimborsi, la solitudine dei malati «rari»

di Emanuela Vinai

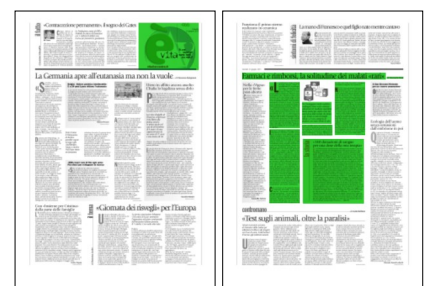
Per fronteggiare 6mila malattie catalogate come «rare» esistono solamente 60 medicine specifiche. Basta questo per capire come nel panorama della Sanità che fatica a far fronte ai costi di terapie efficaci c'è una categoria di pazienti con meno diritti di altre

«**L**e malattie rare censite sono più di 6mila, i farmaci "orfani" disponibili solo 60: c'è molta strada da fare» constata Renza Barbon Galluppi, presidente nazionale di «Uniamo», la Federazione italiana malattie rare. Quando si parla di malattie rare e farmaci la prima considerazione è che non sempre esiste un farmaco specifico: data l'esiguità della popolazione cui sarebbe destinato e la sua scarsa remuneratività, di fatto la ricerca e la produzione di questo tipo di medicinali risulta di limitato interesse per l'industria. «Ma l'Europa – conferma la presidente di Uniamo – incentiva la ricerca sui farmaci orfani e si è data come obiettivo per il 2020 di poterne commercializzare altri 200». In mancanza di un rimedio primario, esiste però la possibilità di utilizzarne altri *off-label*, da impiegare cioè per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata. In altre parole sono farmaci pensati e prodotti per una patologia ma che si rivelano utili nella cura di un'altra, nella fattispecie una malattia per cui non esiste, ancora, null'altro.

Il sistema è disciplinato dalla legge 648/96: l'inserimento nell'elenco apposito di farmaci autorizzati viene effettuato dall'Aifa (l'Agenzia italiana di farmaco-vigilanza) su richiesta documentata da parte di associa-

zioni dei malati, società scientifiche, aziende sanitarie, università, o su indicazione della Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa. Nascono però due tipi di problemi: «Essendo designato per determinate patologie ma non per quella rara in cui viene usato, questa indicazione non compare nel foglietto illustrativo – spiega Barbon Galluppi –: vuol dire che se il farmaco è utilizzato senza monitoraggio non sono considerate eventuali reazioni avverse causate dalla risposta dell'organismo affetto da malattia rara. Il paziente legge una serie di effetti collaterali, ma non sa come il prodotto andrà a incidere su di lui». Su un altro versante, è la disponibilità costante del farmaco a creare problemi: «Se le aziende farmaceutiche produttrici e l'Aifa non sono informate dell'uso risolutivo del medicinale nella cura di una malattia poco conosciuta, possono decidere di toglierlo dal commercio senza sapere che depennano una terapia fondamentale». Quindi può succedere che un paziente non trovi più in commercio un certo farmaco e che l'equivalente che gli viene proposto, variandone anche di poco la composizione, non sia più soddisfacente.

Così, in alcuni casi di molecole diventate altrimenti introvabili, è intervenuto l'esercito. «Un esempio è la mexiletina – spiega la presidente –, un anti-aritmico utilizzato *off-label* nella terapia delle miotonie per le quali non esistono alternative te-



rapeutiche. Quando nel 2010 il prodotto è stato ritirato dal mercato, non è stata effettuata alcuna analisi delle conseguenze che questo avrebbe avuto sui pazienti miotonici poiché le sindromi miotoniche non erano comprese fra le indicazioni terapeutiche ufficiali. La mexiletina è oggi prodotta dallo Stabilimento chimico farmaceutico militare ma l'indisponibilità del farmaco per oltre sette mesi ha portato conseguenze altamente negative per i pazienti».

Nel 2013 è stato promosso il progetto «Determinazione rara», un percorso articolato in tre tappe che ha visto anche uno studio sui farmaci utilizzati *off-label* e sul processo di assunzione, che comprende informazione, consapevolezza, consenso informato, rischi e supporti. Dall'indagine è emersa con chiarezza la sperequazione di trattamento nelle varie Regioni: c'è un problema di accessibilità e di rimborso dei farmaci che deriva dalla complessità delle procedure, la lunghezza dei tempi di erogazione e per le differenze regionali e fra Asl nella stessa Regione. E non ci sono solo i farmaci, che una volta entrati nella designazione terapeutica sono forniti dal Servizio sanitario, ma anche integratori e presidi sanitari che, pur essendo parte della terapia, non vengono riconosciuti allo stesso modo. Racconta Renza Barbon Galluppi: «I bambini malati di epidermolisi bollosa (i "bambini farfalla", ricevuti anche da Papa Francesco) hanno bisogno di una quantità enorme di creme da banco, di garze, di integratori, per cui si arriva a spendere anche 800 euro al mese. E per alcune Regioni queste non sono spese rimborsabili...».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

la storia

«140 donazioni di sangue per una dose della mia terapia»

La «Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica» è una malattia rara causata dal danneggiamento della guaina dei nervi, detta mielina, caratterizzata da una graduale e crescente debolezza delle gambe e delle braccia. Cosa significa concretamente lo racconta Massimo Marra, presidente dell'Associazione Cipd che rappresenta i circa 2mila pazienti italiani. «Nel 2008 ero reduce da una polmonite. Avevo una serie di problemi motori e di sensibilità ma non ci ho fatto molto caso. Un giorno, dopo aver scolato da un pentolino la pasta per mio figlio piccolo, mi sono accorto di avere una bolla da bruciatura senza essermi accorto di nulla». Inizia il valzer dei medici: pneumologo che rimanda al cardiologo, e infine il neurologo. «Sono stato fortunato, la mia malattia ha una diagnosi consolidata e si riesce a intervenire in maniera tempestiva». Come ci si cura? Con lo scambio del plasma (plasmaferesi), oppure con le immunoglobuline, derivate dal sangue, somministrate per via endovenosa o sottocute: «Da una singola donazione di sangue si ottiene un grammo di immunoglobulina e la dose mensile per i malati è di 2 grammi per ogni kg di peso corporeo». Un paziente di 80 kg ha bisogno di 160 grammi al mese «che equivalgono a circa 140 donazioni di sangue mensili per singolo paziente. Da moltiplicare per 12 mesi». La Cipd è classificata come malattia rara dal Sistema sanitario nazionale ed è inclusa tra le patologie riconosciute. I pazienti sono esentati dalla partecipazione alle spese per le prestazioni sanitarie, ma i costi sono ingenti: «Per un paziente di 70 kg la cura costa 50mila euro al mese». Ci sono Regioni che hanno una maggiore disponibilità di sangue donato, e lo Stato paga solo il processo di lavorazione, altre invece che lo devono acquistare dall'estero. E i costi lievitano. Quando Massimo ha iniziato la sua cura questi i farmaci non c'erano ancora. Per lui si è usata la plasmaferesi, ma l'associazione è nata dalle parole di un direttore sanitario: «Mi disse che la mia terapia era ad alto costo e gli oneri dell'ospedale lievitavano. Se avessi avuto una ricaduta potevano avere problemi ad assicurarmi il farmaco...». (Em.Vi.)

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

Welfare

Road map per la sanità del futuro

■ Una dose massiccia di prevenzione garantirebbe la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica in tutta Europa. Con risparmi ben superiori a quelli di una spending review a colpi di tagli lineari. Soltanto agendo con intelligenza e lungimiranza, per la sola cura dell'obesità in Europa si risparmierebbero fino a 200 miliardi di euro fino al 2051. E in Italia la minore spesa potrebbe superare i 36 miliardi in 40 anni. Abbattendo i costi delle malattie croniche correlate all'obesità. Megari risparmi e migliori sistemi di cura e di organizzazione degli interventi, che se praticati a largo raggio diventerebbero un fiume di risparmi da reinvestire in salute. Proprio la sfida della sostenibilità del welfare sanitario è al centro del convegno di oggi a Roma, al [ministero della Salute](#), organizzato da AbbVie e Ceis - Università Tor Vergata di Roma, in collaborazione con Il Sole 24 Ore. Al centro dei lavori il modello di micro-simulazione della domanda sanitaria, elaborato dal Ceis sotto la guida del professor Vincenzo Atella, che ha per sfondo una roadmap per una sanità sostenibile messa a punto a livello europeo da un gruppo di esperti di 24 Paesi, promosso da AbbVie. L'obiettivo è investire in modo efficace dove si ha certezza di incassare risparmi. Prevenzione e maggiore consapevolezza dei cittadini sono i primi passi da compiere, anche se poi l'Italia investe in prevenzione l'1%, a fronte del 5% imposto per legge. «La lotta all'inefficienza non basta più - spiega Atella - e neppure i fondi integrativi saranno la panacea». Occorrono, aggiunge Fabrizio Greco, ad di AbbVie Italia «soluzioni nuove e coraggiose che si traducano in politiche efficaci per la salute dei cittadini e l'ottimizzazione della spesa».

R.Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I dati del Centro studi: da gennaio a maggio saldo positivo di oltre 3.500 prestazioni rispetto al 2014

Piano sanitario, +14% in cinque mesi

Le aspettative espresse durante il comitato esecutivo Cadiprof dello scorso 23 giugno trovano un primo riscontro oggettivo nei numeri. Secondo le ultime statistiche elaborate dal Centro studi della Cassa di assistenza sanitaria integrativa per gli studi professionali, infatti, nei primi cinque mesi dell'anno il numero delle prestazioni erogate agli iscritti è cresciuto del 14% rispetto allo stesso periodo del 2014. «Sono dati da prendere con le pinze», anticipa il direttore della Cassa, Luca De Gregorio, «tenuto conto che un anno assicurativo viene spalmato su 18 mesi. Tuttavia, l'aumento delle prestazioni rimborsuali erogate attraverso il piano sanitario tra gennaio e maggio 2015 rappresenta un buon indicatore dell'aumentato livello di fruizione dei servizi Cadiprof da parte degli iscritti in questi primi mesi dell'anno». L'analisi del Centro studi ha messo a confronto il numero di prestazioni e il rispettivo valore economico tra l'esercizio 2014 e il 2015, in un periodo (gennaio/maggio) che non ha ancora recepito la spinta delle modifiche introdotte con il Jobs act e solo in minima parte ha potuto beneficiare degli effetti del rinnovo del Ccnl studi professionali, in vigore dal 1° aprile 2015. Si tratta, dunque, di un test significativo per misurare il ricorso degli iscritti alle prestazioni erogate attraverso il Piano sanitario, il primo pilastro della sanità integrativa targata Cadiprof. Entrando nel dettaglio, nei primi cinque mesi del 2015 si registra un saldo positivo di oltre 3.500 prestazioni rispetto allo stesso periodo dello scorso anno per un controvalore che sfiora la somma di 1,3 milioni di euro, in crescita del 17% rispetto ai primi cinque mesi del 2014. Ovviamente dal punto di vista numerico la richiesta di rimborsi di ticket per accertamenti diagnostici e le spese legate alla gravidanza rappresentano la fetta più consistente, anche

in termini economici, delle prestazioni richieste dai dipendenti degli studi. Dal punto di vista statistico, comunque, tutte le prestazioni che rappresentano il core business del Piano sanitario registrano una crescita importante. Tra queste, l'indennità sostitutiva per grandi interventi chirurgici, generalmente poco utilizzata dagli iscritti alla Cassa per la giovane età che li contraddistingue, ha segnato un incremento considerevole. Anche altre voci dell'insieme di prestazioni che compongono il piano sanitario mostrano una vera e propria impennata. È il caso per esempio dei rimborsi per i trattamenti fisioterapici o interventi riabilitativi post infortuni, che in cinque mesi sono cresciuti del 46%. Evidente anche il balzo in avanti delle prestazioni odontoiatriche che presentano un saldo positivo di oltre 870 richieste da parte degli associati, che hanno potuto beneficiare anche del progetto dentista per la famiglia, lanciato a gennaio scorso in collaborazione con l'Associazione nazionale dentisti italiani.

La Cassa ha puntato molto sull'ampliamento delle prestazioni odontoiatriche, poiché rappresentano un elemento fondamentale previsto per il rinnovo di iscrizione all'Anagrafe dei fondi sanitari, gestita dal [ministero della salute](#).

«Questa prima analisi evidenzia un aumento generalizzato dei rimborsi», conclude De Gregorio, «soprattutto su gravidanza e visite specialistiche eseguite in regime privato. Nelle prossime settimane elaboreremo anche i dati sulla rete convenzionata e quelli del pacchetto famiglia, che ci permetteranno di avere un quadro più definito dell'attività in questi primi mesi dell'anno».



CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA
SUPPLEMENTARE PER I DIPENDENTI
DEGLI STUDI PROFESSIONALI

