

“Pronti a digitalizzare la Sanità ma le Regioni si diano da fare”

Il ministro **Lorenzin**: i 7 miliardi di risparmi vanno reinvestiti in cure

intervista

PAOLO RUSSO
ROMA

7

miliardi
Il risparmio
previsto
con l'avvio
del Piano
«Sanità
2.0»

180

rimborsi
I limiti alla
rimborsabi-
lità riguar-
deranno
180 presta-
zioni su
oltre
1700

Fascicolo sanitario e ricetta elettronici. Un solo linguaggio informatico per incrociare i dati di asl e ospedali per scoprire chi lavora bene e chi no. Il Piano “Sanità 2.0” per risparmiare 7 miliardi e offrire cure migliori c’è già, assicura il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**. Che non esclude di fare a meno delle sanzioni per i medici che prescrivono in modo «inappropriato» e che dice di avere Renzi dalla sua parte nella battaglia per tagliare gli sprechi reinvestendo i soldi in sanità.

Lo studio pubblicato ieri dal nostro giornale stima che la digitalizzazione della sanità potrebbe far risparmiare 6,9 miliardi. Allora nuovi tagli sono possibili...

«Neanche per idea. La sanità la sua spending review l’ha già fatta con la manovra da 2,3 miliardi appena varata. Ma nel

2016 abbiamo 3 miliardi in più per il fondo sanitario che servono a finanziare cose come i nuovi e costosissimi farmaci biologici anti-cancro, l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, l’innovazione tecnologica degli ospedali, l’assunzione di medici che oggi non lavorano in sicurezza per via dei turni massacranti».

E l’Economia è d’accordo?
«Renzi mi ha assicurato che i risparmi resteranno nella sanità».

Ma informatizzandola meglio si potrebbero veramente recuperare quasi 7 miliardi?
«E’ anche la nostra stima. Quello della digitalizzazione è un capitolo strategico del Patto per la salute che abbiamo sottoscritto con le Regioni. Consentendo ad Asl e ospedali di parlare lo stesso linguaggio informatico, potremmo incrociare i dati per sapere dove le cose non vanno e intervenire. A giugno abbiamo inviato alla Conferenza delle Regioni tutti gli atti necessari a far partire quella che giudico una vera rivoluzione. Attendiamo ancora un parere...».

Dovremo attendere molto anche per veder funzionare in tutta Italia i fascicoli sanitari elettronici?

«Il decreto che ne definisce le funzioni c’è già e le Regioni hanno presentato i piani attuativi. E’ un passo avanti da gigante. Col fascicolo elettronico ogni cittadino avrà la propria storia sanitaria aggiornata. Questo significa poter dare la giusta risposta diagnostica e terapeutica a ciascun assistito in qualunque presidio sanitario si presenti. Magari evitando anche di replicare accertamenti appena fatti».

Quindi tagliare anche le prestazioni inappropriate. Cosa che lei sta per fare con decreto.

«Il decreto sarà pronto a giorni, dopo che avremo consultato medici e associazioni scientifiche. Alcune precisazioni sono necessarie: nessun cittadino sarà privato di analisi ed

esami salvavita, necessari, utili. I limiti alla rimborsabilità riguarderanno solo 180 prestazioni su oltre 1.700. Un governatore mi ha mostrato una cartella con cinque identiche batterie di analisi in un mese per lo stesso paziente. È una cosa accettabile? E comunque non vogliamo punire nessuno. Solo offrire ai medici un supporto per prescrivere al meglio, sulla base delle evidenze scientifiche».

Intanto però volete sanzionarli se non prescrivono come devono...

«Le sanzioni riguardano solo il salario accessorio e le hanno volute le Regioni, che ne chiedevano anche di più pesanti. Non è detto che alla fine restino e comunque non scatteranno quando il medico motiverà il perché di una prescrizione apparentemente inappropriata».

Le prescrizioni inappropriate sono anche figlie di quella medicina difensiva adottata dai medici minacciati dalle sempre più frequenti cause sanitarie. Come contrastere il fenomeno?

«Il documento redatto dalla mia commissione di esperti propone l’obbligo di tentare la via della conciliazione prima di andare in causa e una fattispecie specifica di lesioni e omicidio colposo per i medici, perché un conto è uccidere qualcuno guidando in stato di ebbrezza, un altro commettere un errore nel tentativo di salvargli la vita. L’idea è anche quella di ribaltare l’onere della prova che oggi, caso più unico che raro, è a carico del medico che si difende. La relazione è ora a disposizione del Parlamento e ascolteremo i suggerimenti che verranno. Poi vareremo un provvedimento collegato alla legge di stabilità per far lavorare i medici più serenamente, senza scalfire il diritto del cittadino ad ottenere giustizia».



Tagli alla Sanità, partita da 3,3 miliardi

Nel mirino del ministero dell'Economia l'aumento del Fondo 2016 previsto per Asl e ospedali

Il possibile compromesso

Potrebbe consistere in una riduzione delle risorse intorno a 1,5-2 miliardi

Centrali di acquisto

Verso una stretta delle centrali di acquisto: al massimo una per regione

IRIENTRI PER GLI OSPEDALI

L'ipotesi di sottoporre a piani di rientro dal debito tutti gli ospedali in profondo rosso con un percorso di tre-cinque anni e sanzioni in caso di fallimento

Roberto Turno

ROMA

■ Tutti lo sanno, ma tutti dicono (ufficialmente) di non saperne niente. Fatto sta che smentite e prese di posizione di rito che si susseguono da giorni, confermano che la preoccupazione è alta: al ministero della Salute, nei partiti di maggioranza, tra le regioni e le categorie. Il pericolo è di precipitare nello stesso vortice della manovra 2015: un nuovo taglio al Fondo sanitario (quest'anno è stato di 2 mld) magari mascherato da «mancato aumento» e da risparmi sugli sprechi senza toccare i servizi. Perché anche con la legge di stabilità 2016 rischia di ballare almeno una parte dell'aumento già in cantiere per legge delle risorse per ospedali e asl. Un aumento che per il 2016 vale ben 3,3 mld. Potenzialmente a rischio. E che non a caso è tenuto sotto stretta osservazione da parte dell'Economia a caccia disperata di risparmi. Minori spese che in qualche modo si sommerebbero a quelle della spending review e di tutte le misure in cantiere per far dimagrire i bilanci del Ssn.

Per la sanità, insomma, la partita politica nascosta nelle pieghe della prossima manovra di bilancio è intanto quella della consistenza della dotazione finanziaria per il 2016. Che a bocce ferme vale oltre 113 mld. E che difficilmente potrà subire una decurtazione totale dell'au-

mento di 3,3 mld, anche se via XX Settembre tiene alto il tiro. Ma che nella partita a scacchi che si annuncia fino a metà ottobre potrebbe verosimilmente chiudersi almeno a metà strada, intorno a 1,5-2 mld di taglio. Più tutti gli altri interventi che saliranno sul carro della manovra perspuntare le unghie alla spesa sanitaria. Con la ministra della Salute che frena, come ufficialmente fanno da pompieri tutti i partiti di maggioranza e ovviamente le regioni. Salvo ammettere privatamente che «è vero, il tema c'è, sarà dura. Ma altri tagli sono impossibili. Confidiamo nelle promesse di Renzi». Promesse che peraltro un anno fa sono rimaste solo sulla carta.

Masugli scudi è l'intero «capitolo sanità» della Stabilità. Tra nuove misure allo studio, anche avanzatissimo, e l'ormai prossima applicazione delle novità del «decreto enti locali» che ha portato tagli da 2,35 mld (che si replicheranno anche nel 2016). Non mancano del resto le novità dell'ultim'ora. Una di queste potrebbe essere un'ulteriore stretta per le centrali d'acquisto in sanità, con la prospettiva di arrivare in tempi relativamente brevi ad accorpamenti macroregionali e intanto al massimo a una per regione. Ma con l'aggiunta immediata dell'individuazione ogni anno, con un decreto ad hoc, delle categorie merceologiche coinvolte negli acquisti a prezzi bassi: un decreto che sarebbe ripetuto ogni 12 mesi allungando la lista degli acquisti su cui risparmiare sempre di più. Interventi, questi, che fanno capo al commissario per la spending review, Yoram Gutgeld, destinati ad essere meglio

definiti in queste settimane. Così come dal «tavolo Gutgeld» è spuntata l'ipotesi di sottoporre a piani di rientro dal debito - proprio come le regioni sotto tutela e commissariate per i maxi disavanzi - per gli ospedali in profondo rosso. Due casi, tra i tanti, vengono citati: il debito di 100 mln del San Camillo a Roma, e, sempre a Roma, i 78 mln di perdita del Policlinico di Tor Vergata. Ma praticamente tutti gli ospedali, chi più chi meno, e non solo al Sud, sono in sofferenza finanziaria. Ecco così l'idea di prevedere dei piani specifici di azzeramento e di rientro dal rosso in un percorso di 3-5 anni. Con tanto di sanzioni indirette in caso di fallimento del programma di bonifica dei bilanci: dallo stop alle assunzioni alla tagliola sugli acquisti. Un modo pesante di metterli in mora definitiva, che difatti è visto con molta cautela nel Governo, e naturalmente dai sindacati. A entrare nella manovra, se sarà possibile cifrare i risparmi, potrebbe essere la modifica della responsabilità professionale dei medici, virando l'onere della prova sugli assistiti.

Fin qui le novità. Ma in cantiere, e con effetto immediato, ci sono i tagli per beni e servizi. Il decreto in dirittura d'arrivo che eliminerà 180 prestazioni. Per fine mese il nuovo Prontuario dei farmaci che dovrebbe far risparmiare 125 mln quest'anno e circa 500 mln nel 2016. Tutti risparmi che resteranno in sanità? Il dubbio c'è. E poi, finirà qui? Sivedrà. A scanso di equivoci, il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi, mette le mani avanti: «Abbiamo già dato, non ci aspettiamo altri tagli. Il Governo guardi altrove».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I numeri e le misure allo studio**IL FONDO SANITARIO**

Con la definizione della nuova legge di Stabilità per il 2016, per la sanità la partita si gioca attorno alla dotazione finanziaria per il prossimo anno. Che al momento vale oltre 113 miliardi. Potrebbe rientrare in discussione l'aumento 2016 già in cantiere per legge delle risorse per ospedali e asl: 3,3 miliardi

L'AUMENTO DELLE RISORSE**3,3** miliardi**LA RIDUZIONE**

Già con la legge di stabilità 2015 il Fondo sanitario è stato tagliato quest'anno di 2 miliardi. Una nuova riduzione ci potrebbe essere quest'anno attraverso un «mancato aumento» e un risparmio di sprechi senza toccare i servizi. Difficilmente ci potrà essere un taglio totale dell'aumento di 3,3 miliardi: ci si potrebbe fermare a 1,5-2 miliardi

IL TAGLIO**1,5-2** miliardi**NUOVO PRONTUARIO**

Oltre alle misure allo studio per la Stabilità 2016, in cantiere, e con effetto immediato, ci sono i tagli per beni e servizi. Il decreto in dirittura d'arrivo che eliminerà 180 prestazioni. Per fine mese il nuovo Prontuario dei farmaci che dovrebbe far risparmiare 125 mln quest'anno e circa 500 mln nel 2016

I RISPARMI 2016**500** milioni**CENTRALI ACQUISTI****Arrivare in tempi rapidi ad accorpamenti regionali**

Tra le misure allo studio per la sanità, non mancano le novità dell'ultim'ora che potrebbero rientrare nel capitolo più ampio della revisione della spesa pubblica. Una di queste potrebbe essere un'ulteriore stretta per le centrali d'acquisto in sanità, con la prospettiva di arrivare in tempi relativamente brevi ad accorpamenti macroregionali e intanto al massimo a una per regione. In arrivo sono poi i tagli previsti dal decreto enti locali (2,35 miliardi anche nel 2016)

**BENCHMARK REGIONALI****Decreto per individuare gli acquisti a prezzi bassi**

Tra i provvedimenti in cantiere per la sanità, l'immediata individuazione di regioni benchmark e comunque l'individuazione ogni anno, con un decreto ad hoc, delle categorie merceologiche coinvolte negli acquisti a prezzi bassi: un decreto che sarebbe ripetuto ogni 12 mesi allungando la lista degli acquisti su cui risparmiare sempre di più. Intervento questo, che fanno capo al commissario per la spending review, Yoram Gutgeld, destinato ad essere meglio definito in queste settimane con la discussione sulla Stabilità 2016

**PIANI DI RIENTRO****Misure per ridurre il debito per gli ospedali in rosso**

Si sta studiando l'ipotesi di sottoporre a piani di rientro dal debito - proprio come le regioni sotto tutela e commissariate per i maxi disavanzi - gli ospedali in profondo rosso. Praticamente tutti gli ospedali, chi più chi meno, e non solo al Sud, sono in sofferenza finanziaria. Da qui l'idea di prevedere dei piani specifici di azzeramento e di rientro dal rosso in un percorso di 3-5 anni. Contanto di sanzioni indirette in caso di fallimento del programma di bonifica dei bilanci: dallo stop alle assunzioni alla tagliola sugli acquisti.

Risparmi sanitari. Studio del Crea sugli acquisti dei prodotti Novartis: il Sistema sanitario versa 1,2 miliardi e recupera 300 milioni

Farmaci, un quarto della spesa «torna» allo Stato

LE FONTI DI COMPENSAZIONE

Ritorni da sperimentazioni cliniche, versamenti Iva, contributi delle aziende (payback e rimborsi condizionati)

Rosanna Magnano

■ Si fa presto a dire spesa farmaceutica. L'impatto dei farmaci sulle finanze pubbliche può essere letto anche da un'altra prospettiva. Tenendo conto per esempio dei "mancati costi" per il Ssn (cost avoidance) generati su più fronti dall'industria farmaceutica. Un "tesoretto" che potrebbe arrivare al 24-30% della spesa pubblica lorda di settore. Come dire che per ogni euro di spesa farmaceutica, quasi 24 centesimi ritornerebbero indietro allo Stato.

I risparmi possono arrivare dalle sperimentazioni cliniche, dal versamento dell'Iva, dagli sconti obbligatori che le aziende sono chiamate ad effettuare e dai risparmi che derivano dall'accesso ai generici e ai biosimilari. La chiave di lettura è suggerita dal rapporto "Un caso di studio sulla valutazione degli impatti generati dalle aziende farmaceutiche in una prospettiva pubblica", redatto dal Centro studi Crea Sanità dell'Università di Roma Tor Vergata sulla base del case study di Novartis Italia. Il gruppo svizzero è uno dei big della farmaceutica mondiale (43,6 mld di fatturato nel 2014), presente in 140 Paesi, con le sedi italiane di Ciba e Sandoz.

«Nella valutazione delle politiche pubbliche - spiega il presidente del Crea Sanità, Federico Spandonaro - non sempre è adeguatamente considerato che gli interventi tesi al contenimento della spesa sanitaria, nello specifico farmaceutica, hanno effetti netti inferiori a quelli che in prima battuta sono attesi: vuoi per effetto del minor gettito fiscale che generano, vuoi per le regole per la governance del settore, a partire dal payback».

Considerazioni che possono

far riflettere in una fase di crisi economica che vede tutti gli Stati con un forte sistema di welfare, impegnati in politiche di cinghia stretta sugli oneri legati alla sanità. Come la revisione del Prontuario farmaceutico, in corso proprio in queste settimane all'Aifa, da cui si attende una sforbiciata sui prezzi di rimborso a carico del Ssn.

Ecco così il caso studiato dal Crea. Per acquistare prodotti Novartis (brand e generici) il nostro Ssn ha speso 1,2 mld nel 2014, il 7% della spesa farmaceutica lorda. Ma, intanto, lo Stato ha incassato un ritorno economico di quasi 300 mln: tra partecipazioni dei cittadini (117 mln), contributi dell'azienda (payback e "rimborsi condizionati" per 50,7 mln), Iva sui farmaci (168 mln), Iva detraibile (2,2 mln) e imposte correnti (73,5 mln). A ciò si aggiungono risparmi per circa 72 mln (quasi 180 negli ultimi 3 anni) per l'impegno dell'azienda nelle sperimentazioni cliniche condotte nelle strutture pubbliche, dal momento che parte dei costi assistenziali relativi ai pazienti arruolati nei trials sono a carico dell'industria. Più oltre 184 mln di possibili economie permesse dall'offerta di farmaci equivalenti e biosimilari.

Insomma, conclude lo studio, «l'impatto effettivo netto sulla finanza pubblica risulta essere del 24-30% inferiore (a seconda delle voci che si ritiene di voler considerare) a quello desumibile dall'analisi della spesa pubblica lorda, senza considerare eventuali "meriti" che si ritenga siano attribuibili all'industria per la produzione di farmaci off patent. L'effetto finanziario è complessivamente rilevante e l'elaborazione condotta sottolinea come, nella formulazione e valutazione delle politiche sanitarie, sia importante tenere conto dei rischi di sovrastima dei benefici delle politiche di contenimento della spesa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso Novartis Italia

	In Mil. €
Compartecipazioni	117,0
Contributi azienda	50,7
Iva su farmaci (stima)	168,0
Iva indetraibile	2,2
Imposte correnti Novartis	73,5
Saldo netto per la finanza pubblica	-294,4
% sulla spesa farmaceutica lorda SSN	23,8%

Fonte: Crea Sanità



quotidianosanita.it

Martedì 08 SETTEMBRE 2015

Manovra 2016. Intervista a Coletto: "Non mi fido, il Governo taglierà ancora. Temo anche che il Veneto perda il coordinamento alla sanità"

Per l'assessore alla sanità del Veneto, le ipotesi di ulteriori tagli non sono affatto scongiurate. E non ci sono garanzie che quanto risparmiato possa rimanere a disposizione della sanità. Anche il Patto per la Salute è totalmente fallito, quindi va rivisto. E sulla possibilità che il coordinamento regionale della sanità rimanga al Veneto si fa poche illusioni: "Dalle voci che circolano il testimone potrebbe passare all'Emilia Romagna"

Nessun ulteriore taglio alla sanità? L'assessore alla sanità del Veneto, Luca Coletto non la mette la mano sul fuoco. E come potrebbe. Il taglio di 2,350 mld imposto dall'ultima legge di Stabilità brucia ancora, soprattutto in una Regione modello come il Veneto che non si è risparmiata nell'applicare misure drastiche per mettere in sicurezza la sua sanità regionale. Senza considerare poi che quanto sottoscritto nel Patto per la salute è stato, di fatto, disconosciuto: "Era stabilito che i risparmi realizzati in sanità sarebbero rimasti all'interno della spesa sanitaria. Non è avvenuto. Abbiamo solo subito tagli orizzontali e ricavato obblighi". Per questo, secondo Coletto il patto ha fallito e va rivisto "in toto". Non è quindi d'accordo con quanto dichiarato Chiamparino nell'[intervista a Quotidiano Sanità](#): "Il presidente dice che il Governo non vuole fare cassa sulla sanità? Mi sembra che stia avvenendo l'esatto contrario" ha detto.

Insomma, tempi duri. E anche sulla possibilità che la regione Veneto possa essere riconfermata alla guida della Commissione sanità nutre poche speranze: le voci che circolano, ha sostenuto, indicano la regione Emilia Romagna come prescelta. Ma sicuramente il Veneto darà battaglia, anche perché, nonostante la siano stati spesso una voce fuori dal coro, in questi anni, ricorda Coletto "abbiamo portato avanti un dialogo costruttivo non distruttivo".

Assessore Coletto, si paventano nuovi tagli per la sanità. O meglio ne hanno parlato l'attuale commissario alla spending review Yoram Gutgelde e il suo predecessore Carlo Cottarelli. Mentre per il premier Renzi ci saranno solo tagli agli sprechi. E anche il presidente Chiamparino nella sua recente intervista ha allontanato lo spettro di ulteriori sforbiciate e che non c'è da parte del Governo l'intenzione a fare cassa sulla sanità. È dello stesso avviso?

Non direi. Posso solo dire che le affermazioni di Gutgeld mi preoccupano e non poco. Parla di razionalizzazioni, ma poi ipotizza tagli fino a 5 miliardi. Ma quello che più mi preoccupa è non avere garanzie sul fatto che eventuali risparmi possano essere reinvestiti nella sanità. Lo provano gli eventi legati al Patto per la salute. Avevamo stabilito che i risparmi realizzati in sanità sarebbero rimasti all'interno della spesa sanitaria. È stato approvato appena un anno fa e cosa è successo nel frattempo? Che abbiamo subito solo una bella sforbiciata di 2,350 miliardi. Altro che reinvestimenti. In sostanza non c'è stato alcun rispetto di quanto avevamo stabilito. Quindi, nonostante il presidente Chiamparino dica che il Governo non voglia fare cassa sulla sanità, mi sembra che stia avvenendo l'esatto contrario: la sanità continua ad essere presa di mira e i fondi tagliati alla sanità sono stati immessi nel circuito

governativo.

Quindi la prossima Stabilità potrebbe riservare cattive sorprese per la sanità?

Da quello che è il tendenziale del grafico della spesa, sembrerebbe proprio di sì. Poi, se mi vogliono smentire, sarò felicissimo di essere smentito.

Comunque per il momento l'idea è quella di ottenere risparmi agendo su sprechi e inefficienze. Molte Regioni, come il Veneto hanno già messo in campo azioni drastiche per razionalizzare il sistema. Un processo che ha richiesto tempo. Un tempo che adesso è diventato strettissimo. Ritene che questa, a oggi, sia una strada percorribile?

Certamente. È un processo lungo, ma all'interno di una legislatura si può fare. Noi come altre Regioni abbiamo dimostrato che questo è possibile. Basta pensare che nel 2012 abbiamo anticipato il regolamento Balduzzi con il nostro piano socio sanitario. Razionalizzare quindi si può e si riesce a farlo evitando di tagliare le prestazioni ai cittadini. Non è un processo impossibile, e dovrebbero realizzarlo tutte le Regioni proprio per garantire i Lea ai propri cittadini e limitare anche la loro mobilità. Bisogna agire poi sulle prestazioni inappropriate, anche se credo che stia sempre alla sensibilità del medico capire quello che è o no appropriato. Reputo inoltre che il vero scoglio da superare sia quello della medicina difensiva. Il Governo deve legiferare al più presto su questo punto.

Passiamo al Patto per la Salute, alla luce di quanto ha detto è da ridiscutere?

Il Patto è totalmente fallito. È da rivedere in toto, e partendo da un presupposto fondamentale: il fondo sanitario nazionale è stato tagliato. Quindi non ci sono i presupposti. Siamo anche rimasti fermi a una riunione dello scorso anno per avere informazioni sul punto di atterraggio dei nuovi Lea. Dopo di che non è accaduto più nulla. Anche sui ticket non siamo andati avanti, nonostante in questo momento storico sarebbe essenziale intervenire sui disoccupati eliminando la loro compartecipazioni alla spesa. In sostanza, dopo il Patto abbiamo solo subito tagli orizzontali e ricavato obblighi per le Regioni.

È ancora aperta la partita per la nomina dei responsabili delle Commissioni regionali. Che aria tira? Il Veneto sarà riconfermato alla sanità?

Dalle voci che circolano, sembrerebbe che il Veneto non avrà il coordinamento per la sanità. Un incarico che potrebbe andare all'Emilia Romagna.

Darete battaglia?

Sicuramente ci batteremo, anche perché in questi anni abbiamo portato avanti un dialogo costruttivo non distruttivo. Al tavolo delle Regioni sono sempre state presentate proposte e non dei "no" scolpiti sulla pietra. Nonostante avessimo posizioni differenti dalle altre Regioni abbiamo sempre lasciato aperta ogni alternativa e tenuto vivo il confronto.

Quando sapremo qualcosa di nuovo?

Probabilmente il 17 settembre, ma è ancora tutto ballerino.

Rinnovo dei Contratti del personale sanitario e delle Convenzioni. Un nodo ancora non sciolto. Cosa auspica?

È una questione ministeriale. Credo che vada dato il giusto riconoscimento a chi lavora e salva vite tutti i giorni. Quindi, bisogna trovare una soluzione che soddisfi tutte le parti tenendo conto del fatto che siamo in un fase congiunturale negativa. Dobbiamo sempre fare i conti con le casse che piangono, e la colpa non è sempre delle Regioni. Tutt'altro.

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

Visite di controllo per tre milioni di italiani

Roma, 8 set. (askanews) - Nel nostro Paese tre milioni di pazienti colpiti dal cancro si sottopongono alle visite di controllo successive al trattamento. Esami, clinici e strumentali, che rientrano nel cosiddetto "follow up" e sono fondamentali per individuare in anticipo eventuali recidive della malattia. Ma la scarsa comunicazione fra specialisti e medici di famiglia determina gravi problemi organizzativi. Come evidenziato da un sondaggio promosso dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), il 35% dei pazienti è in follow up da più di 5 anni, a conferma che è diffusa la tendenza a proseguire indefinitamente questa pratica, con un notevole impatto anche da un punto di vista economico.

Ma quale modello organizzativo deve essere adottato migliorare la qualità degli interventi e per ridurre gli sprechi? Quanto tempo devono durare questi esami? Per rispondere a queste domande l'AIOM organizza il 10 e 11 settembre a Roma (Hotel NH Collection Vittorio Veneto - Corso d'Italia 1) la Consensus Conference "Dalla pratica del follow up alla cultura di survivorship care", che coinvolge tutti gli attori coinvolti. L'obiettivo è definire un documento che raccolga le linee di indirizzo condivise per una concreta valorizzazione della "cura" dei guariti.

Carcinoma polmonare avanzato, la doppia immunoterapia sembra funzionare



08 settembre 2015

La combinazione di nivolumab e ipilimumab senza l'aggiunta di un regime chemioterapico ha dimostrato una certa attività come terapia di prima linea in pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC). E' quanto emerso da un trial clinico preliminare presentato all'edizione 2015 della **World Conference on Lung Cancer**.

Nello studio, quattro diversi regimi terapeutici costituiti dalla combinazione del PD-1 inibitore nivolumab e dell'anticorpo anti CTLA-4 ipilimumab hanno portato a un tasso di risposta dal 13% al 39% in 148 pazienti non esposti a precedenti terapie sistemiche. La combinazione dei farmaci ha portato a risposte profonde e durature con un'incidenza ridotta di eventi avversi associati al trattamento di grado 3/4 che hanno portato all'interruzione del trattamento.

"L'attività clinica è stata osservata indipendentemente dall'espressione tumorale di PD-L1", ha spiegato Naiyer A. Rizvi direttore del Thoracic Oncology and Immunotherapeutics al Columbia University Medical Center, che ha coordinato lo studio. "Abbiamo evidenze preliminari di una maggiore attività nei tumori che hanno una percentuale pari o superiore all'1% di espressione di PD-L1. Il tasso medio di controllo della malattia (risposta più malattia stabile) non è stato raggiunto in tutti i bracci di trattamento, indipendentemente dall'espressione di PD-L1",

Il programma di sviluppo clinico di nivolumab nel carcinoma polmonare include lo studio CheckMate-012, che ha valutato il farmaco in pazienti non pretrattati con NSCLC di stadio IIIB/IV, come monoterapia e in varie combinazioni con terapie citotossiche e mirate.

Nello studio, gli esperti hanno valutato quattro regimi della combinazione nivolumab/ipilimumab. Nel braccio A, entrambi i farmaci sono stati somministrati alla dose da 1 mg/kg ogni tre settimane (Q3W N=31). Nel braccio B, nivolumab è stato somministrato alla dose da 1 mg/kg ogni due settimane (Q2W) più ipilimumab 1 mg/kg ogni sei settimane (Q6W, N=40). Nel braccio C e D nivolumab è stato somministrato alla dose da 3 mg/kg e ipilimumab 1 mg/kg ogni 12 settimane (Q12W N=38) o Q6W (N=39).

L'età media dei pazienti in tutti e quattro i gruppi andava dai 62 ai 68 anni, lo stadio di malattia era il IV in più del 90% dei pazienti l'istologia non a cellule squamose era presente in più dell'80% dei partecipanti e il performance status ECOG era 0-1.

Tutti e quattro i regimi hanno mostrato attività e il miglior tasso di risposta obiettiva (ORR) è stato osservato con la dose da 3 mg/kg di nivolumab. Nel braccio C, l'ORR era del 39% e nel braccio D era del 31%. Nei bracci B e A l'ORR era rispettivamente del 25% e del 13%.

La PFS media era compresa tra 4,9 mesi nel braccio B e i 10,6 mesi nel braccio A. La PFS media era di 8 mesi nel braccio C e di 8,3 mesi nel braccio D. La PFS a 24 settimane era del 55% nel braccio A, del 63% nel braccio C e non è stata raggiunta negli altri due gruppi. La sopravvivenza generale media non è stata raggiunta in tutti e quattro i bracci (range di follow up 6,2-16,6 mesi).

Nei pazienti con una espressione di PD-L1 uguale o superiore a 1 con IGC (n=77, 68%), l'ORR era dell'8%, del 24%, 48% e 48% rispettivamente nei bracci A, B, C e D. La PFS media per tutti i bracci era rispettivamente di 11,5 settimane, 21,1 settimane, 34,6 settimane e non raggiunta e la PFS a 24 settimane era del 42%, 40%, 74% e 65%, rispettivamente.

Eventi avversi di grado 3/4 sono stati osservati dal 28 al 35% dei pazienti in ogni gruppo. Gli eventi che hanno portato all'interruzione del trattamento erano solo dal 3 al 10% di questi casi. Il profilo di sicurezza osservato era consistente con quello riportato negli studi precedenti condotti sulla combinazione dei farmaci

L'unico evento avverso di grado 3 e 4 osservato in più del 10% dei pazienti era di tipo epatico o associato alla cute nei gruppi C e D. Eventi avversi di grado 3 e 4 di tipo polmonare sono stati osservati in non più del 3% dei partecipanti. Non sono stati osservati decessi associati alla terapia durante lo studio.

Questo studio, così come trial precedenti dimostrano che l'associazione di ipilimumab e nivolumab ha un'attività sinergica rispetto agli stessi farmaci presi singolarmente. Questi risultati sono stati osservati anche negli studi condotti in pazienti con melanoma.

Rizvi NA, Gettinger SN, Goldman MD, et al. Safety and Efficacy of First-Line Nivolumab (NIVO; Anti-Programmed Death-1 [PD-1]) and Ipilimumab in Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC). Presented at: 16th World Conference on Lung Cancer; September 6-9; Denver, CO. Abstract 786.

[chiudi questa finestra]

Il mio ricordo di Gianni Bonadonna maestro della ricerca oncologica

ANTONELLA SURBONE
NEW YORK UNIVERSITY

■ A ogni borsista del reparto di chemioterapia dell'Istituto Tumori di Milano venivano affidate due stanze con quattro letti, una di uomini e una di donne. Era la mia terza settimana nel gennaio 1983, quando morirono in poche ore quattro dei «miei» pazienti: tutti giovani, due più di me. Fu tentato disperatamente di salvarli e alle sei del mattino seguente ero ancora in reparto. Il primario arrivava sempre presto, si informava dalla caposala, Karina, su come era andata la notte, poi si chiudeva nel suo studio, a scrivere: era un uomo molto colto, pieno di interessi. Quella mattina mi intravide con gli occhi gonfi di pianto. Mi ordinò di andare nel suo studio e aspettarlo: troppo stravolta dal dolore per preoccuparmi del perché, ero però a disagio.

Gianni Bonadonna entrò dopo poco con un bicchiere preso dal distributore. Me lo porse dicendomi: «Le ho portato una cioccolata calda, lei è torinese, dovrebbe piacerle». Serio, aggiunse: «Ora lei sta qui e piange tutte le sue lacrime, ma poi si asciuga gli occhi e si sistema bene e ricomincia a sorridere prima di uscire da qui. Perché si ricordi che tutti gli altri malati stamattina la guarderanno per leggere nel suo sguardo e nel suo sorriso se loro vivranno o moriranno».

In America, dove lui stesso mi mandò, raccontai questo episodio in tempi non sospetti, prima dell'emorragia cerebrale che lo colpì a 61 anni nel pieno della sua attività e creatività, quando di lui qualcuno parlava come di «scienziato di ghiaccio». Quello fu il più grande insegnamento che Bonadonna mi diede, insieme con innumerevoli altri di oncologia e statistica necessari alle cure standard e sperimentali dei nostri pazienti. È scomparso l'altro ieri a 80 anni, a Milano, e lo ricordo come severo, rigorosissimo ed espertissimo. Il suo reparto funzionava all'americana già allora sia per medici e infermieri, trattati con il medesimo rispetto per il lavoro che ciascuno svolgeva, sia per i malati, che partecipavano alla sperimentazione di farmaci e terapie dopo aver dato il loro consenso informato. Finanziati anche dal National Cancer Institute di Bethesda, venivano con-

dotti i primi «trials» clinici che avrebbero portato a cambiare il futuro dei pazienti nel mondo: sperimentazione dell'adriamicina, farmaco tuttora essenziale nella cura dei tumori, chemioterapia adiuvante del tumore al seno che aiuta a prevenire le ricadute, terapie curative dell'Hodgkin senza rischio di sterilità, e tanti altri.

Dei risultati di Bonadonna e dei riconoscimenti ottenuti nella sua vita professionale parleranno in molti: a me piace ricordare qualcosa di più personale. Come molti suoi colleghi, vedeva diversi pazienti in consulenza privata, prima e durante il trattamento chemioterapico, prendendo le decisioni terapeutiche fondamentali che inviava ai vari assistenti o borsisti. Ogni consulenza era manoscritta, con una splendida grafia, in penna verde. A me bastava vedere quel colore per tremare e sentirmi sicura allo stesso tempo.

Quando tornai negli Usa, al Memorial Sloan Kettering Cancer Center dove lui aveva iniziato la sua vita di oncologo con David Karnofsky, non parve contento inizialmente, ma l'ultimo giorno a Milano mi invitò a pranzo e disse: «Vedrò che presto si ritroverà ad usare tutto quello che qui ha imparato dall'esempio». Aveva ragione.

La vita fu impietosa con Bonadonna, prigioniero dell'afasia dopo l'ictus. Eppure trovò la forza di scrivere della natura umanistica della medicina, che la sua malattia e riabilitazione gli avevano reso più trasparente, ma che era sempre stata parte di lui. Con gli occhi di nuovo gonfi di lacrime il mio ultimo pensiero va a sabato, quando ricevetti una sua email: «Finalmente ho tue notizie e spero di poterti riabbracciare di persona... Come vedi ho pronto un nuovo libro... Keep in touch! Gianni». L'altro ieri sera, invece, la email della sua assistente Roberta Negri, a cui ha dedicato il libro, «Appuntamento con il Padreterno», iniziava: «E' con vera tristezza...».

In tanti sono grati a lui, che ha contribuito a trasformare il «male oscuro» in una malattia che, pur greve di rischi e di serie implicazioni mediche e psicosociali, è sempre più curabile o con cui si può convivere. Senza falsi annunci trionfalistici, ma potendo sorridere di più ai nostri malati. Grazie, Gianni.



Gianni Bonadonna





**adnkronos
salute**

○ 9 settembre 2015
○ NUMERO 134 | ○ ANNO 9

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Per pazienti con mutazione genetica

Ok Ue a nuovo mix molecole contro melanoma aggressivo

Una nuova opzione caratterizzata da un'efficacia superiore contro una forma aggressiva di melanoma positivo a una mutazione genetica. Se ne è parlato a Bologna, all'incontro 'Melanoma 2015. Il trattamento dei pazienti Braf mutati', con il patrocinio dell'Imi (Intergruppo melanoma italiano). Un appuntamento di due giorni per fare il punto sulla targeted therapy e le ultime novità che arrivano dalla ricerca. Proprio all'inizio di settembre Novartis ha ottenuto l'approvazione europea per dabrafenib e trametinib, prima terapia di combinazione approvata per i pazienti con una forma aggressiva di melanoma. La Commissione europea ha approvato il 'mix' per il trattamento di pazienti adulti con melanoma non operabile o metastatico in presenza di mutazione Braf V600. L'approvazione si basa su due studi di Fase III, che dimostrano un beneficio statisticamente significativo in termini di sopravvivenza globale con la terapia di combinazione rispetto alla monoterapia con un inibitore di Braf. "Desideriamo rendere disponibile il più presto possibile in tutta Europa la terapia di combinazione mirata dabrafenib e trametinib,

che ha dimostrato un significativo vantaggio in termini di sopravvivenza globale in due robusti studi clinici", ha dichiarato Bruno Strigini, presidente di Novartis Oncology. Il melanoma metastatico è la forma di tumore cutaneo più grave, associato a bassi tassi di sopravvivenza: circa una persona su cinque sopravvive per 5 anni a una diagnosi di malattia in fase terminale. Ogni anno in tutto il mondo vengono diagnosticati circa 200.000 nuovi casi di melanoma, circa la metà dei quali con mutazioni Braf. Oggi i test genetici sono in grado di determinare se un tumore ha una mutazione di questo tipo, e i risultati possono svolgere un ruolo chiave nella determinazione della prognosi e del trattamento più appropriato. L'autorizzazione europea si basa sui risultati degli studi di Fase III Combi-d e Combi-v, nei quali la combinazione dabrafenib/trametinib ha dimostrato un beneficio in termini di sopravvivenza globale rispetto alla monoterapia con un inibitore di Braf, nei pazienti con melanoma non resecabile positivo per la mutazione Braf V600 o metastatico. In particolare lo studio Combi-d ha dimostrato che la combinazio-

ne di dabrafenib e trametinib ha ottenuto un beneficio statisticamente significativo in termini di sopravvivenza generale rispetto a dabrafenib in monoterapia (mediana di 25,1 mesi rispetto a 18,7). In coloro che hanno ricevuto dabrafenib in combinazione con trametinib, la sopravvivenza generale è stata del 74% a un anno e del 51% a 2 anni, rispetto al 68% e al 42%, rispettivamente, per coloro che avevano ricevuto dabrafenib in monoterapia. Gli eventi avversi più comuni ($\geq 20\%$) osservati negli studi sono stati ipertensione, affaticamento, nausea, mal di testa, brividi, diarrea, rash, dolore articolare (artralgia), ipertensione, vomito, tosse ed edema periferico. "Gli eventi avversi o le tossicità sono stati in genere gestibili tramite opportuni interventi", si legge in una nota. L'approvazione della Commissione europea si applica a tutti i 28 Stati membri della Ue, più Islanda, Norvegia e Liechtenstein.

(M.L.)

TUMORI: RADIOTERAPIA PUO' INIBIRE SISTEMA IMMUNITARIO



(AGI) Londra, 8 set. - Pur essendo uno strumento importante per la lotta ai tumori della pelle, la radioterapia potrebbe in alcuni pazienti peggiorare le cose. Uno studio dell'Icahn Medical School di New York, pubblicato sulla rivista Nature Immunology, ha scoperto che alcune cellule all'interno del tumore possono resistere agli effetti del trattamento. In particolare, le cellule di Langerhan, ovvero le cellule dendritiche che si trovano nell'epidermide, dopo esser state colpite dalle radiazioni, innescano la creazione di altre cellule che sopprimono la risposta immunitaria del corpo. Secondo i ricercatori, lo fanno migrando verso i linfonodi, innescando a loro volta la creazione di "cellule T regolatorie" che indeboliscono la risposta immunitaria del corpo. Le rimanenti cellule cancerose che sopravvivono alle radiazioni sono in grado di moltiplicarsi. Precedenti studi hanno rilevato che la chemioterapia e la radioterapia possono indebolire temporaneamente il sistema immunitario, causando una diminuzione del numero di globuli bianchi prodotti nel midollo osseo. Un editoriale di accompagnamento al nuovo studio suggerisce che "per quanto possibile, andrebbe evitata l'irradiazione delle principali aree della pelle".

IL CASO L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ DICE CHE I MIGRANTI NON SONO UN RISCHIO PER L'UE

Il decalogo dei medici «Falso allarme infezioni»

● **ROMA.** I migranti che a decine di migliaia si stanno riversando in Europa non costituiscono un rischio per la salute pubblica, e i sistemi sanitari europei, che hanno tutti i mezzi per affrontare l'emergenza, dovrebbero assicurare il massimo di assistenza a queste persone, spesso malate di patologie non trasmissibili come quelle cardiovascolari o il diabete esacerbate dalle condizioni di viaggio. Le indicazioni sono contenute nel «decalogo» appena pubblicato sul proprio sito dall'ufficio europeo dell'Oms.

Il principale problema sanitario dei migranti, sottolinea il documento, sono le malattie non infettive, come i problemi cardiovascolari, le ustioni, l'ipotermia o i traumi. «L'esposizione ai rischi associati al movimento di popolazioni - scrivono gli esperti - dai problemi psicosociali all'abuso di alcol e droghe all'esposizione alla violenza, aumentano la vulnerabilità alle malattie non infettive. Un problema chiave è inoltre l'interruzione delle cure, dovuta alla mancanza di accesso o alla decimazione dei sistemi sanitari nei paesi d'origine».

Il capitolo delle infezioni, che

tanto spaventa in occidente, è invece secondario secondo il documento. L'Europa, scrivono gli esperti, ha una lunga esperienza di malattie infettive, dalla tubercolosi all'Aids, al morbillo. «Queste malattie sono presenti indipendentemente dalle migrazioni - sottolinea il documento - Questo è vero anche per malattie portate da vettori come la leishmaniosi. Il rischio di importare agenti infettivi "esotici" come Ebola o Mers è estremamente basso, e l'esperienza ha mostrato che, se avviene l'importazione, è causata da turisti, viaggiatori regolari o operatori sanitari e non da rifugiati o migranti».

Secondo l'Oms screening obbligatori per rifugiati e migranti non sono raccomandati, perché non c'è una dimostrazione di un reale beneficio e possono suscitare ansia nelle comunità. "Raccomandiamo fortemente però - scrive l'organizzazione - di offrire check up della salute e accesso all'assistenza per tutti, sia per malattie infettive che non infettive, nel rispetto dei diritti umani e della dignità".

I sistemi sanitari dei paesi in cui stanno arrivando i migranti sono ben equipaggiati e hanno l'esperienza necessaria.



Più intelligenti, ma meno sani

Ecco la foto degli anziani di oggi

“I motivi di una condizione paradossale”

**Valeria
Bordone**
Demografa

RUOLO: È RICERCATRICE
ALL'INTERNATIONAL INSTITUTE FOR
APPLIED SYSTEMS ANALYSIS (IIASA)



VALENTINA ARCOVIO

Sarà perchè sono più istruiti o perché più bravi a smanettare con smartphone e tablet, ma di fatto gli anziani di oggi sono più intelligenti di quanto lo fossero in passato. Peccato che non si possa dire la stessa cosa della forma fisica, attualmente in declino.

A scattare una foto dettagliata degli anziani sono stati due studi separati condotti su cittadini britannici e tedeschi con un'età tra i 50 e i 90 anni. La prima ricerca, condotta dall'International Institute for Applied Systems Analysis (Iiasa) di Lussemburgo, ha analizzato i dati provenienti da indagini rappresentative di uomini e donne che hanno vissuto in Germania nel 2006 e nel 2012: gli elementi comprendono i risultati delle prove di velocità di elaborazione cognitiva, la forma fisica e la salute mentale. I risultati, pubblicati su «Plos One», hanno dimostrato che gli «over 50» sono effettivamente più svegli. In particolare i punteggi dei test cognitivi sono risultati più elevati nel corso di sei anni. Al contrario le funzioni fisiche sono risultate in declino, soprattutto per gli uomini con un basso livello di istruzione.

«In media i risultati dei test cognitivi degli ultracinquantenni di oggi corrispondono a quelli delle persone di quattrootto anni più giovani e testate sei anni prima», spiega la ricercatrice italiana dell'Iiasa, Valeria Bordone. Forma fisica e salute mentale, invece, sono peggiorate. Secondo gli esperti, questi due risultati opposti

sono attribuibili a uno stile di vita profondamente cambiato. «La quotidianità è diventata cognitivamente più esigente, con un uso crescente della comunicazione e delle tecnologie dell'informazione», sottolinea Nadia Steiber, una delle autrici dello studio. «Le persone, inoltre, sono impegnate più a lungo in lavori intellettualmente coinvolgenti. Allo stesso tempo - continua - assistiamo a un calo dell'attività fisica e a un aumento dell'obesità».

Il secondo studio, sempre condotto dai ricercatori dell'Iiasa, ma pubblicato sulla rivista «Intelligence», suggerisce che gli anziani sono diventati più intelligenti anche nel Regno Unito. E ora gli studiosi sottolineano che ulteriori conferme arriveranno da ricerche in altri Paesi. Entrambi gli studi, confermano quindi quello che i ricercatori chiamano «effetto Flynn», secondo il quale il quoziente intellettivo aumenta di generazione in generazione.

L'aumento della scolarizzazione può però solo offrire una spiegazione parziale del fenomeno. Nel secondo studio, in particolare, si evince che l'«effetto Flynn» permane, specialmente dopo i 50 anni, a prescindere dall'istruzione. Da qui l'ipotesi che l'high tech, come smartphone e tablet, abbiano un ruolo-chiave. Lungi quindi dal demonizzare le tecnologie digitali, spesso accusate di «annichilire» la mente, i ricercatori sono convinti che stimolino chi le utilizza. Basta pensare che, mediamente, una persona ha ora bisogno di ricordare una decina di password al giorno: da quelle per accedere al pc in ufficio a quella dell'Internet banking fino a quelle per gli acquisti online. «Per la prima volta abbiamo mostrato che i cambiamenti in termini di istruzione della popolazione anziana spieghino

solo in parte l'effetto Flynn», dice Bordone.

Ma ci può essere dell'altro: lo scorso anno uno studio della University of Aberdeen aveva scoperto che anche l'alimentazione gioca un ruolo nel miglioramento dell'intelligenza. Analizzando un gruppo di bambini cresciuti dopo la Seconda Guerra Mondiale, si è osservato che risultano più «smart» di quelli nati 15 anni prima. La spiegazione è che i primi hanno seguito diete più sane.



Dir. Resp.: Mario Calabresi

MEDICINA

L'anticorpo mirato contro il colesterolo

BANFI PAGINA 28

Se l'eccesso di colesterolo è genetico adesso arriva l'anticorpo mirato

Il farmaco è efficace anche per chi è ad alto rischio cardiovascolare e non risponde alle tradizionali terapie con le statine

Maddalena Lettino
Cardiologa

RUOLO: È RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI SCOMPENSO CARDIACO ALL'ISTITUTO CLINICO HUMANITAS DI MILANO



DANIELE BANFI

Le statine hanno rivoluzionato il mondo della cardiologia contribuendo - attraverso la riduzione dei livelli di colesterolo - a prevenire infarti e ictus. Oggi siamo però ad un punto di svolta: dopo anni senza sostanziali novità terapeutiche stanno sbarcando sul mercato nuovi farmaci in grado di abbassare drasticamente il colesterolo - molto più che con le sole statine - anche nei casi più gravi come l'ipercolesterolemia familiare. È questo uno dei messaggi emersi nel corso del congresso «Esc» («European Society of Cardiology»), uno degli appuntamenti mondiali più importanti del settore, che si è svolto la scorsa settimana a Londra.

Spiega Alberto Zambon, lipidologo dell'Università di Padova: «Mentre nella popolazione generale il

colesterolo alto è considerato - insieme con l'ipertensione - un fattore di rischio cardiovascolare, in chi soffre di questa condizione l'ipercolesterolemia è la malattia vera e propria. Si tratta di una patologia di origine genetica che nella sua forma meno grave - la mutazione eterozigote - affligge una persona su 200. In questi casi dieta, attività fisica e farmaci spesso non riescono a riportare il valore nella norma». Ad oggi oltre l'80% di queste persone non ha una cura efficace. E ancora peggiore è la situazione di chi soffre della forma omozigote: nelle forme più gravi gli eventi cardiovascolari si manifestano già a partire dall'infanzia.

Nella malattia ad essere alterato è un gene che produce un recettore capace di «catturare» il colesterolo circolante a livello sanguigno e trasportarlo all'interno della cellula. Quando è mutato, la funzione del recettore risulta ridotta e per questa ragione i livelli di colesterolo si innalzano. Nel 2003 si era scoperto che la proteina Pcsk9 è implicata nel trasporto e nella distruzione di questi recettori: ora, partendo da questa evidenza, gli scienziati hanno sviluppato delle molecole capaci di contrastarne la funzione con l'obiettivo di aumentare la disponibilità di

queste «antenne» capaci di catturare il colesterolo.

Una di esse è alirocumab (sviluppata da Sanofi Regeneron), un anticorpo diretto proprio contro Pcsk9. Al congresso londinese sono stati presentati i dati relativi ad uno studio che ha visto la partecipazione di oltre 1200 persone affette dalla malattia nella forma eterozigote. I risultati hanno confermato i successi precedenti: oltre il 75% dei pazienti ha raggiunto l'obiettivo di rientrare nei valori. Non solo. La diminuzione media dei livelli di colesterolo si è attestata intorno al 56% in meno rispetto alla terapia standard con le statine. «Se prima, nella maggior parte dei casi, le terapie non erano efficaci, ora la situazione si è capovolta. Finalmente anche in queste persone è possibile rientrare nei valori ottimali», spiega Zambon.

Ma le novità non finiscono qui. «Oltre agli individui affetti dalla malattia - spiega Maddalena Lettino, responsabile dell'Unità operativa di scompenso cardiaco all'Istituto Clinico Humanitas di Milano - ci sono altre categorie di persone su cui il farmaco funziona ottimamente. È il caso degli individui ad alto rischio cardiovascolare



che non rispondono alle statine e di chi è intollerante a questa categoria di farmaci». I dati presentati a Londra rientrano in un più ampio studio che ha visto il coinvolgimento di 24 mila persone: anche nei casi non legati alla malattia di origine genetica il farmaco si è dimostrato sicuro ed efficace, arrivando in alcuni casi ad abbattere il livello di colesterolo di oltre il 70%.

La strada dunque sembra tracciata. Questa nuova categoria di farmaci promette di rivoluzionare il trattamento dell'ipercolesterolemia là dove le statine non arrivano. Il prossimo passo sarà quello di valutare sul lungo periodo la capacità di queste molecole di ridurre le morti per «eventi cardiovascolari». I risultati sono previsti per il 2017, ma le premesse - come fu per le statine - sembrano esserci tutte. Non è un caso che Fda ed Ema - gli enti regolatori per l'immissione sul mercato dei farmaci - abbiano negli ultimi mesi dato il via libera all'utilizzo di questi anticorpi.

@danielebanfi83

Epatite C, le guarigioni sfiorano il 100%

Risultati eccellenti, con il costo sostenibile dei nuovi farmaci antivirali

ROMA - La lotta all'epatite C va considerata un investimento sostenibile per la salute, come dimostrano le ultime ricerche sui nuovi farmaci antivirali con risultati che sfiorano il 100% di guarigioni. Inoltre uno studio di simulazione della domanda sanitaria, pubblicato su "Global & Regional HTA", può contribuire a prevedere il peso economico sul SSN, per il trattamento e la cura della malattia per i prossimi decenni. Se ne è parlato all'evento "È possibile un futuro senza epatite?", promosso da Abbvie nella sede di Campoverde (LT). «Il nostro studio dimostra che il costo del SSN per l'utilizzo dei nuovi farmaci anti-HCV può essere sostenibile con un altissimo tasso di guarigione - dichiara Francesco Saverio Mennini, dell'Università di Roma "Tor Vergata" e della Kingston University di Londra - Questo modello è il primo tentativo di stimare il risparmio nel tempo con i nuovi farmaci anti-HCV. In un contesto di risorse limitate, l'investimento in salute dovrebbe essere riservato a quei regimi terapeutici innovativi, che offrono percentuali di efficacia così alta per ammortizzare la spesa grazie ai risparmi indotti». **(A.Cap.)**



Nell'affrontare il tipo 2 la chirurgia si rivela più efficace dei trattamenti convenzionali

Il diabete ora si cura col bisturi

STUDIO ITALO-INGLESE SU 50 PAZIENTI METÀ DEI QUALI CURATI CON BYPASS GASTRICO O DIVERSIONE BILIOPANCREATICA LE TERAPIE

Come il bisturi diventa la cura per il diabete. Una piccola rivoluzione nella terapia del tipo 2. La chirurgia, comunemente utilizzata per le persone obese, risulta essere più efficace della terapia convenzionale. Anche a lungo termine, come dimostra un nuovo studio italo-britannico nato dalla collaborazione dell'università Cattolica Policlinico Gemelli di Roma con il King's College di Londra. Pubblicata sulla rivista scientifica "The Lancet" è la prima a documentare i risultati a cinque anni dall'intervento chirurgico in uno studio randomizzato specificamente rivolto a comparare questo nuovo approccio terapeutico con la terapia medica convenzionale.

IL GRUPPO

Lo studio è stato eseguito su un gruppo di 60 pazienti diabetici fra i 30 e i 60 anni. Una parte è stata sottoposta alle cure conven-

zionali (dieta, sport, farmaci, insulina) un'altra parte a due tipi di chirurgia gastrointestinale (il bypass gastrico o la diversione biliopancreatica). Il primo consiste nella riduzione dello stomaco e nel bypass in un tratto dell'intestino, mentre la diversione biliopancreatica richiede la rimozione di circa metà dello stomaco e un bypass intestinale di maggiore lunghezza.

IL CONFRONTO

Il 50 per cento dei pazienti sottoposti a chirurgia ha mantenuto una remissione della malattia a 5 anni, mentre nessun paziente in terapia convenzionale ha ottenuto remissione. I diabetici sottoposti a intervento hanno livelli di glicemia inferiore e hanno avuto bisogno di un minor numero di farmaci anti-diabetici. Il loro rischio cardiovascolare si è rivelato circa la metà di quello dei pazienti in terapia convenzionale. I pazienti chirurgici hanno inoltre riportato indici di qualità di vita migliori rispetto agli altri. Non si è osservata alcuna mortalità da chirurgia né complicanze chirurgiche maggiori nel lungo termine.

COSTI-BENEFICI

La capacità della chirurgia di garantire un controllo glicemico «dimostra come questo nuovo

approccio terapeutico al diabete possa avere vantaggi anche sotto il profilo del rapporto costo-beneficio», sostiene Francesco Rubino, direttore della cattedra di Chirurgia bariatrica e metabolica del King's College di Londra e senior author dello studio.

«E' indubbio che la chirurgia metabolica è in grado di causare una drammatica riduzione del rischio cardiovascolare associato al diabete» spiega Geltrude Mingrone, direttore dell'unità complessa di Patologie dell'obesità del Policlinico Gemelli.

L'argomento sarà al centro della consensus conference 'Diabetes Surgery Summit' che si terrà a Londra il 28-30 settembre, nel corso del terzo Congresso mondiale sulle terapie interventistiche per il diabete. L'evento è organizzato dal King's College London, in collaborazione con le maggiori organizzazioni diabetologiche del mondo.

Ester Maria Lorido

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quando il dottore è digitale e ci curiamo con lo smartphone

I medici di famiglia: un valore aggiunto, ma il rapporto diretto è necessario

Fonendoscopio, sfingomanometro, martelletto, ortoscopio, termometro. E poi, certo, un ricettario e il timbro. Quanto pesa la borsa del medico? Più o meno 130 grammi, come uno smartphone. Almeno da quando il digitale è entrato a piè pari nel mondo della sanità. In missione speciale per conto di malati, convalescenti e anziani ma, soprattutto, di quei direttori di cliniche, ospedali e case di riposo alla ricerca di una strategia che tagli i bilanci mantenendo la qualità del servizio.

Rileva l'Ocse che in Italia gli investimenti in sanità hanno subito dall'inizio della crisi a oggi una costante erosione, trascinandone la percentuale sul Pil al di sotto della media delle economie mature. Se la parola d'ordine è «razionalizzazione», l'arma per centrarla è allora la *telemedicina*. «Il 10% di ciò che spendiamo in sanità è speso male. E con la telemedicina si potrebbero risparmiare dai tre ai quattro miliardi all'anno» sostiene Paolo Colli Franzone, presidente dell'Osservatorio Netics per l'Ict nella Pa e direttore scientifico della prima edizione del Forum della Sanità digitale che si tiene a Roma da domani fino a sabato. «Ripensiamo alcuni processi di erogazione dei servizi in

chiave digitale» dice Colli.

E qualcosa, in effetti, si muove. Ad esempio la Provincia autonoma di Trento si è dotata di una piattaforma digitale molto avanzata per gestire le cartelle cliniche, mentre il focus sul med-tech dell'incubatore del Politecnico di Torino si è rivelato un vero e proprio vivaio di startup (oggi ne ospita sette). La sfida è tecnologica, ancor prima che culturale, e sta tutta nel passaggio da pc a smartphone. Saranno le app a salvare il nostro welfare? «Sono un valore aggiunto — ragiona Paolo Misericordia, responsabile Ict della Fimmg, la federazione dei medici di famiglia — ma solo se filtrate dalla presenza di un medico». Di certo sono intuitive, economiche e intergenerazionali. «Sono il veicolo di una nuova alleanza fra medico e paziente» riassume Gian Franco Gensini, presidente della Società italiana di Telemedicina. Come Curami, che permette di inviare ai pazienti una serie di notifiche su modalità, dosi e orari per l'assunzione dei farmaci, facilitando il dialogo con il medico, il quale ha sempre sullo smartphone la scheda clinica e un feedback dei comportamenti dei propri assistiti. La parola magica, in questo caso, è «aderenza tera-

peutica»: più il medico è informato sullo stato di salute dell'assistito e più il paziente rispetta la cura assegnatagli più velocemente guarirà, con meno spesa per il servizio pubblico. Linea su cui si muove anche Takes2Care, ultima nata della famiglia di CheckApp: la terapia va sullo smartphone avviando un'interazione in real time tra medico e paziente inimmaginabile nel mondo analogico. E linea da cui è partito un giovane ingegnere lucano, Luigi Battista, che ha ideato Pd Watch, un orologio dal cuore hi tech capace di monitorare il tremore dei pazienti affetti dal Parkinson. Bloomia, invece, è un portapillole intelligente inventato da un 22enne dopo aver visto la nonna dimenticarsi per l'ennesima volta di prendere le medicine. Sarà sul mercato dall'anno prossimo e permetterà al medico di sincronizzare la loro erogazione.

C'è infine il capitolo forse più tabù dell'healthcare. E cioè la sfera sessuale. Che c'è di meglio di una app, interattiva ma discreta, per confessare i propri problemi a letto? Si chiama Advisex e si candida a diventare il William Masters della sanità digitale.

Massimiliano Del Barba
mdelbarba@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA





In Italia per avere un rene nuovo si aspettano in media 3 anni. Ma qualcosa sta cambiando: nel 2014 le donazioni hanno avuto un picco positivo: più 70% rispetto al 2009.



COSA DEVE ASPETTARSI

CHI ASPETTA UN TRAPIANTO

Nelle scorse settimane hanno fatto notizia gli interventi record: fegato e staminali su un bimbo, cuore bionico su un ragazzo. Ma la bravura dei medici non basta. Servono più donazioni perché 9.000 malati possano "rinascere". Grazie a un organo nuovo

di FLORA CASALINUOVO scrive a attualita@mondadori.it

«È come ridare la vita». Così raccontava il suo lavoro Christiaan Barnard, il chirurgo sudafricano autore del primo trapianto di cuore nel 1967. Oggi si torna a parlare di questi interventi. Nelle ultime settimane l'Italia è stata protagonista di 2 record: a Torino, la prima doppia operazione su un bimbo, di fegato e cellule staminali; a Padova, invece, un ragazzo che aveva già avuto un cuore nuovo e che si era ammalato di tumore, ne ha ricevuto uno bionico. Il tema dei trapianti sferza anche le pagine del romanzo di Laura Mazzeri *Tra due vite* (Giunti), appena arrivato in libreria. «Quando preparavo la borsa per l'ospedale pensavo che quello sarebbe potuto

essere l'ultimo viaggio» ricorda l'autrice, che nel 2009 è "rinata" grazie a un trapianto di fegato. «Forse sarei morta. Forse sarei rimasta in vita. Grazie a qualcuno che la sua, di vita, l'aveva persa. Eppure di un fatto così sconvolgente se ne sa pochissimo». Allora, andiamo a esplorare questo mondo fatto di pazienti in attesa, organi, donazioni.

L'ECCellenza IN SALA OPERATORIA Il 2014 è stato un anno da Guinness con oltre 3.000 interventi riusciti. Grazie al boom delle donazioni, che dal 2009 hanno registrato un più 70%. «Nella ricerca scientifica l'Italia è alla pari con altri Paesi europei e gli Stati Uniti» nota Luciano De Carlis, direttore della Struttura complessa di Chirurgia generale e dei trapianti dell'Ospedale Niguarda di Milano. «Rimangono, però, delle differenze tra Nord e Sud: perché in Lombardia esistono 4 centri per il trapianto del fegato e 1 in Sicilia?». Comunque **il quadro è ottimo: la robotica è il presente, mentre il futuro è nelle cellule staminali, da cui si creeranno nuovi organi per sopperire alla carenza di donazioni.**

LUNGHE ATTESE Per un rene nuovo si aspettano in media 3 anni, per un fegato 2. I dati del ministero della Salute fanno riflettere: più del 20% dei malati non ce la fa, perché l'organo non arriva. «La mia pena è durata 8 mesi» racconta Laura Mazzeri. «Ogni volta che sentivo la sirena di un'ambulanza mi chiedevo se era il momento». Un destino che conoscono bene i 9.000 italiani in lista. Il problema è l'organizzazione? «No» risponde Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro nazionale trapianti. «La rete lavora bene, con il Centro nazionale e quelli di coordinamento regionale. I tempi d'attesa, pur lunghi, non sono aumentati negli ultimi anni. E ricordiamolo: per il cittadino è tutto gratuito. **Il tasto dolente è la mancanza di donazioni. «Il numero è salito, ma non bastano ancora: ne servirebbe il 30% in più. Abbiamo Regioni virtuose come la Toscana, con 35 donatori ogni milione di abitanti. Abruzzo e Molise sono fermi a 7»** spiega Vincenzo Passarelli, presidente di Aido, Associazione italiana per la donazione di organi (www.aido.it). «Questo gesto è legato a doppio filo alla fiducia dei cittadini nella sanità: si fa di più dove ospedali e medici sono al top. Una legge sul testamento biologico, che oggi non c'è, aiuterebbe perché darebbe alla gente il giusto input per pensare a questioni come la vita e la morte. Contribuirebbe a sviluppare una coscienza etica, ma non farebbe salire in maniera immediata le donazioni». Lo stesso discorso vale per la dichiarazione di donazione sulla carta d'identità (vedi box). «Un'iniziativa utile, però non è sufficiente: il vero problema è discutere del tema, per abbattere il muro dei pregiudizi e dei dubbi una volta per tutte». Spesso non si tratta solo di decidere se diventare donatori, ma anche se acconsentire alla donazione di organi di un proprio familiare clinicamente morto.

POCA ASSISTENZA PSICOLOGICA «La strada da percorrere è solo una: parlarne» concorda il direttore del Centro nazionale trapianti, Alessandro Nanni Costa. «Occorre organizzare campagne e iniziative, sensibilizzare



Il libro *Tra due vite* di Laura Mazzeri (Giunti), appena uscito, racconta la storia dell'autrice: un trapianto di fegato l'ha tenuta sospesa "tra due vite": la sua, prima e dopo l'intervento, e la vita del donatore.

i ragazzi a scuola. È un lavoro lungo, ma fondamentale. E deve essere costante, una spinta forte e incessante per rompere ogni tabù». Tabù è una parola che ricorre spesso in questo mondo. I primi a dirlo sono i trapiantati. «C'è ancora tanta ignoranza» sottolinea Laura Mazzeri. **«Troppa gente si chiede con timore se non ci sia il rischio che gli organi vengano prelevati quando non si è completamente morti. Una specie di "omertà" si trova anche nei malati. Bisogna elaborare una verità complessa: si rinasce da chi non è più in vita.** Dopo l'operazione ho vissuto un anno euforico: ce l'avevo fatta. Poi è arrivata l'inquietudine, mi portavo dentro molti interrogativi senza risposta sul mio donatore, mi sentivo sola. Ecco, ci vorrebbe maggiore assistenza psicologica, una persona che ti ascolti anche dopo, quando torni alla tua routine. Ma nulla è più come prima».

COME SI DIVENTA DONATORI

«Il modo più semplice è scrivere un'autocertificazione con le proprie volontà e tenerla sempre nel portafoglio» spiega Vincenzo Passarelli, presidente di Aido, Associazione italiana per la donazione di organi, tessuti e cellule. «Oppure ci si iscrive a una delle associazioni come la nostra. In alternativa, si può compilare un modulo specifico che si trova alla propria Asl o andare all'anagrafe comunale: al momento di fare o rinnovare la carta d'identità, si inserisce nel documento la dichiarazione di donazione. Questa operazione è già possibile in 95 comuni italiani (su 8.000, ndr)». Per saperne di più, clicca su www.sonoundonatore.it.

IlFattoQuotidiano.it / Motori 2.0 / Quanto mi costi!



Malattie del sonno, patente a rischio per chi soffre di apnee. Entro fine anno i test



Quanto mi costi!

Il 5% degli europei soffre di "sindrome da apnea ostruttiva del sonno", una malattia che aumenterebbe di due o tre volte il rischio di essere coinvolti in incidenti. Per questo l'Osas è stata inserita fra le malattie che vanno individuate in fase di rilascio e rinnovo della patente: il ministero della Sanità sta lavorando alle procedure di individuazione della sindrome

di Claire Bal | 8 settembre 2015

COMMENTI

Tweet

Più informazioni su: [Patente, Sanità, Sicurezza Stradale](#)

Chi soffre di **apnee notturne** ha da due a tre volte la probabilità di essere coinvolto in un **incidente stradale** rispetto a chi sta bene. Lo ha stabilito l'**Unione Europea**, che nel 2013 ha deciso di aggiungere la "**sindrome da apnea ostruttiva del sonno**" (**Osas**, Obstructive sleep apnoea syndrome) fra le malattie che possono causare **rischi alla guida**: metterebbe il guidatore più in pericolo dei disturbi cardiovascolari, del diabete, dei disordini mentali e persino dell'alcolismo. Per questo l'Europa ha imposto agli Stati membri (con la direttiva 2014/85/UE) di **adeguare i regolamenti** per il conseguimento e il rinnovo della **patente di guida** entro il 31 dicembre 2015. Nei casi più gravi, a chi soffre di Osas potrebbe essere negato il rilascio del documento.

Il lavoro del **ministero della Salute** italiano procede nei tempi previsti, ha detto a *IlFattoquotidiano.it* un portavoce: "Il **tavolo di lavoro** interministeriale composto da esperti del ministero della Salute e dei Trasporti (...) ragionevolmente sarà in grado di terminare la **bozza** entro il mese di **settembre**, per cui si prevede che potranno essere rispettati i termini di recepimento della direttiva", ossia la fine dell'anno. Fra i compiti del gruppo di lavoro c'è l'individuazione delle **procedure** che i **medici monocratici** o le commissioni mediche locali (a seconda del tipo di patente) dovranno seguire per valutare l'**idoneità alla guida** di chi soffre di Osas e delle persone in cui si sospetti questa patologia: le procedure dovrebbero essere definite "in contemporanea con il provvedimento

Casa.it

Sei single?

Scopri com'è facile fare nuovi incontri con Meetic. Iscriviti adesso, è gratis!

Casa.it

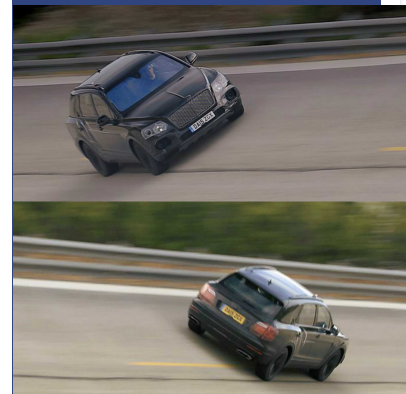
Annunci casa.it

700mila immobili sul portale n 1 in Italia. Trova subito la casa giusta per te!

Annunci Immobiliari

Su Immobiliare.it trovi oltre 900.000 annunci di case in vendita e in affitto. Cerca ora!

FOTO DEL GIORNO



FRANCOFORTE 2015, BENTLEY BENTAYGA, LA "SUV PIÙ VELOCE" OLTRE I 300 KM/H - VIDEO

di recepimento della direttiva o in periodo immediatamente successivo”.

Per ora, non si conoscono i dettagli. Il ministero della Sanità fa solo sapere gli accertamenti riguarderanno sia chi chiede il **rilascio** della patente sia chi ne chiede il **rinnovo**, e che saranno differenziati a seconda del **livello di rischio**. Nei casi a basso rischio, “la certificazione di idoneità alla guida potrà essere rilasciata dal **medico monocratico**, senza ulteriori accertamenti oltre alla stessa visita medica”, mentre nei **casi più gravi** “comporterà necessariamente l’invio in commissione medica, **approfondimenti specialistici** ed eventualmente l’adozione di prescrizioni o limitazioni di guida”.

Ma **che cos’è esattamente l’Osas**? È una **malattia** caratterizzata da **interruzioni involontarie del respiro** durante il sonno, di almeno **10 secondi** e almeno 5 volte l’ora, dovute alla perdita di tono dei muscoli che tengono aperte le vie respiratorie superiori. L’**apnea** causa un abbassamento della saturazione dell’**ossigeno** nel sangue, e di conseguenza dei tessuti. “**Centinaia di apnee a notte**, giorno dopo giorno, settimana dopo settimana, mese dopo mese, portano a conseguenze cliniche fra cui ipertensione arteriosa, arteriosclerosi, **sonnolenza diurna** e deficit cognitivi e di memoria”, dice il report del gruppo di lavoro di Bruxelles. “A lungo termine, questo porta a **infarti e morte prematura**”. Soffrirebbe di sindrome da apnea ostruttiva del sonno circa il **5% della popolazione adulta europea**, l’1% se si considera “l’Osas grave”. I **sintomi** che permettono di accorgersi di questa malattia, oltre alle interruzioni involontarie della respirazione, sono una forte tendenza a **russare**, stanchezza e **sonnolenza** nelle ore diurne.

di Claire Bal | 8 settembre 2015

COMMENTI

Tweet



Quanto mi costi!
Intestazione temporanea
auto, Tar Lazio: illegittimo
il balzello da 8 milioni
l’anno

ARTICOLO PRECEDENTE

Gentile utente, ti ricordiamo che puoi manifestare liberamente la tua opinione all’interno di questo thread. Ricorda che la pubblicazione dei commenti è sospesa dalle 22 alle 7 e che il massimo di caratteri consentito per ogni messaggio è di 1.500. È necessario attenersi ai **Termini e Condizioni di utilizzo del sito (in particolare punti 3 e 5)**: evita gli insulti, le accuse senza fondamento e mantieniti in topic. **Ti comunichiamo inoltre che tutti i commenti andranno in pre moderazione e che verranno pubblicati solo i commenti provenienti da utenti registrati.** La Redazione



Vai a Foto del Giorno »

il Fatto Quotidiano DALLA HOMEPAGE
per il tuo stile di giornalismo pubblico.

Il Parlamento Ue: “L’Italia dica sì a unioni gay”
Ma a bloccarle è l’ostruzionismo di Giovanardi

Diritti

POLITICA

Sondaggi, Emg: Pd resta primo partito **Ma al ballottaggio distacco M5s al 3,4%** Piepoli: “Di Maio candidato? Più chance”

ZONAEURO

Grecia, tra i beneficiari dei prestiti-truffa BNA ci sono i maggiori partiti

VAI ALLA HOMEPAGE



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

NEONATI

Pertosse: i fratellini diventano untori

Calano le vaccinazioni e così i fratelli diventano veicolo di un'infezione molto temibile nei primi mesi di vita



Sono i fratelli e non le madri la principale fonte dell'infezione da **pertosse nei neonati**.

È quanto sostiene uno **studio** pubblicato sulla rivista Pediatrics che fotografa un nuovo trend nell'epidemiologia delle malattie infettive.

Fino al 2008, infatti, il principale veicolo del contagio erano le mamme. Oggi, lo studio condotto su 569 bambini ammalatisi tra il 2006 e il 2013, ha mostrato un importante cambiamento di scenario. È vero che la fonte principale fonte di contagio rimane sempre la famiglia (due terzi dei casi), ma sono i fratelli a infettare i piccoli nel 35,5 per cento dei casi, nel 20,6 per cento è la madre, solo nel 10 per cento il padre.

Per i ricercatori questo cambiamento potrebbe essere la conseguenza della **riduzione della copertura vaccinale nelle generazioni più giovani**, che in tal modo diventano veicolo di un'infezione molto temibile.

La pertosse è infatti pericolosa soprattutto nei bambini con meno di un anno. Oltre polmoniti, broncopolmoniti, crisi di apnea, in 1-2 bambini su 1000 può

causare encefalopatia che può determinare paralisi, ritardo mentale e altri disturbi neurologici.

La **vaccinazione** contro la pertosse è disponibile fin dai due mesi (è somministrata in genere con il vaccino esavalente).

Ma potrebbe non bastare, secondo l'autore principale dello studio, Tami H. Skoff, un epidemiologo dei CDC americani convinto la vaccinazione delle donne in gravidanza rimane la strategia migliore per prevenire la pertosse nei neonati.

«Le donne incinte dovrebbero ricevere una dose di vaccino in ogni gravidanza per fornire protezione ai loro bambini», ha detto. «E dovrebbero assicurarsi che tutte le persone che vengono in contatto con il bambino abbiano completato il ciclo vaccinale».

Una curiosità a proposito del vaccino contro la pertosse.

In passato è stato ipotizzato che potesse essere responsabile della **morte in culla**.

A proporre questo legame, tale Viera Schneiber, una **paleontologa** con diverse pubblicazioni scientifiche su fossili preistorici, che aveva notato che alcuni bambini che nei giorni precedenti erano stati vaccinati andavano incontro a episodi da lei definiti “stressing breathing” (distress respiratorio). Da qui la conclusione che il vaccino fosse responsabile della morte in culla.

Questo legame è stato smentito da tutti gli studi successivi, ma oggi la paleontologa Viera Schneiber continua a sostenere le sue tesi ed è diventata una delle voci più ascoltate negli ambienti che osteggiano i vaccini

L'aborto è diventato un

PER IL GIUBILEO, IL PAPA HA CONCESSO A TUTTI I



RISPONDE

Mons. Vincenzo Di Mauro

arcivescovo,
 vescovo emerito di Vigevano

A prima vista, il quesito ha ben ragion d'essere. Però, se cerchiamo di comprendere quale sia il profondo intento di Papa Francesco nel voler promulgare questo anno di grazia, subito ci accorgiamo che il Papa non ha intenzione di "pesare" i peccati, ma desidera, soprattutto, **farci comprendere quale sia l'ampiezza della misericordia di Dio**. E, anche attraverso questa facilità messa a



peccato meno grave?

SACERDOTI DI ASSolvere LE DONNE PENTITE

disposizione di tutti, farci "assaporare" la bontà del perdono di Dio.

Ora l'aborto è un peccato meno grave? **No, anzi!**

Non solo. Qualche volta si pensa che l'aborto sia un "problema" della donna: assolutamente no. È un "problema", ma direi anche "delitto" nei confronti della vita umana nascente che ha diversi complici: il papà, i medici compiacenti, i consultori frettolosi e superficiali, gli amici e le amiche che consigliano e tanti altri che, in maniera più o meno grave, sono attori su questo triste palcoscenico della morte.

Far conoscere la misericordia di Dio, metterla a portata di mano in un modo così semplice, delicato e facile, vuol dire svelare un'altra sfaccettatura del volto di Dio, quello, appunto, misericordioso.

Spesso (e non solo in questo campo) **una richiesta di scusa vale più di anni e anni di autogiustificazioni!**