

CORTE DEI CONTI/ I risultati dell'indebitamento sanitario nella relazione sulla gestione finanziaria

# Regioni, 54 miliardi di debiti

Circa 38 miliardi sono verso i fornitori - Il "passivo" 2012 a quota 14,5 miliardi

**M**ancano ancora i dati 2012 di nove Regioni (Piemonte, Veneto, Umbria, Lazio, Campania, Basilicata, Sardegna, Bolzano e Calabria), ma l'indebitamento complessivo dal 2009 al 2011 degli enti del Ssn ha raggiunto i 54,4 miliardi, di cui oltre 38 sono verso i fornitori. E per lo scorso anno, anche se la tendenza delle Regioni che hanno trasmesso i risultati è in calo, tra le amministrazioni che mancano ce ne sono molte con i conti in rosso che fanno ipotizzare un ulteriore ritocco in salita, anche oltre i 40 miliardi.

Nel 2011, ultimo anno "completo", l'indebitamento complessivo netto degli enti delle Regioni continua ad aumentare, evidenzia la Corte dei conti nella sua relazione 2011-2012 sulla finanza regionale.

A livello nazionale l'incremento 2011 è del 3% rispetto al 2010, corrispondente in termini assoluti a 54,25 miliardi contro i 52,65 miliardi dell'anno precedente.

Per il 2012 il dato ancora incompleto non permette, spiega la Corte, una valutazione complessiva, ma i risultati delle singole Regioni registrano una riduzione in Liguria (-11%), Emilia Romagna (-6%), Toscana (-3%), Marche (-13%), Puglia (-18%), Valle d'Aosta (-5%) e Abruzzo (-1%). Aumentano ancora, al contrario, i debiti della Sicilia (+17%) e del Friuli Venezia Giulia (+15%), mentre nel 2011 gli incrementi maggiori sono a Bolzano (+29%) e Trento (+35%).

Nella composizione del debito, le passività verso i fornitori sono la voce di maggior peso in tutti gli anni considerati e toccano nel 2011 i 37,5 miliardi, oltre il 69% del debito totale. I mutui incidono sull'indebitamento 2011 per il 3,1% (quasi solo nelle Regioni a statuto ordinario), mentre le altre tipologie di indebitamento (che dovrebbero essere una voce residuale di stato patrimoniale) valgono 15,2 miliardi, il 27,9% sul totale complessivo netto.

Il debito verso i fornitori è quindi la fetta maggiore. E cresce di anno in anno sul totale al

netto dei debiti verso aziende sanitarie extraregionali (66,96% nel 2010; 64,6% nel 2009). Nel complesso, i debiti verso i fornitori nel 2011 rispetto al 2010 aumentano del 6%, passando da 35,3 miliardi a 37,5, con un incremento maggiore nelle Regioni a statuto speciale (+13%).

Una tendenza alla riduzione emerge, invece, per nove delle Regioni che hanno trasmesso i dati 2012, mentre registrano un aumento Molise (+18%), Trento (+3%) e Sicilia (+21%). Confrontando le dodici Regioni di cui sono disponibili i dati 2012, la relazione indica una riduzione del debito del 3,5% rispetto al 2011: la Liguria, con -17% è quella che va meglio, seguita dal Friuli Venezia Giulia con -18%. Puglia e Marche riducono le passività del 15 per cento.

**Il debito totale 2012.** Altro che 60 miliardi per il pagamento dei debiti di tutta la Pa: nel 2012 è quasi 47 miliardi il debito complessivo delle sole Regioni (erano 48,5 nel 2011) di cui 14,5 in Sanità (erano poco più di 15) e di questi 6,5 a carico dello Stato (ma solo 960 milioni per la Sanità). La Corte dei conti, nella sua relazione 2011-2012, traccia anche il quadro dell'andamento dei debiti regionali complessivi che si contraggono del -3,5% nel 2012 rispetto al 2011 seguendo un trend riduttivo avviato nel biennio precedente. Ma non in tutte le Regioni: in controtendenza, secondo la relazione, cresce la percentuale di indebitamento di Toscana, Marche, Campania, Basilicata e Sicilia.

Particolare è la situazione del Lazio, secondo la Corte. Il suo debito complessivo era nel 2011 di 12,209 miliardi e a fine 2012 di 11,741. Importi superiori rispetto a quelli indicati nelle tabelle della Corte, dovuti alla presenza di «tipologie di debito non annoverabili tra le forme tipiche di indebitamento, ma che, nella sostanza, vanno a incrementare lo stock debitorio della Regione».

Una nota particolare la Corte la fa per la Campania: nel 2012 si registra un aumento del debito a carico della Regione pari all'1% rispetto a un azzeramento totale del debito a carico dello Stato e aumenta anche il debito sanitario (in calo

o stabile in tutte le altre Regioni) del 6% sul 2011.

E proprio il debito sanitario, spiega la relazione, è quello che scende di più - Campania a parte - in tutte le Regioni. Ma spesso in alcune aumenta comunque il debito totale. A esempio, in Toscana l'indebitamento, al netto della Sanità, continua a crescere (+4% a carico della Regione). Così la media è di un aumento del debito totale dell'1% nel 2012 rispetto al 2011, ma con una flessione del 6% di quello sanitario. Stesso discorso per le Marche: aumenta il debito totale (+4%), si riduce quello sanitario (-3%) e ancora di più (-16%) il debito a carico dello Stato.

Pesa di più, anche se è in diminuzione, il debito sanitario su quello complessivo in Emilia Romagna (75%), in Veneto (34%), nelle Marche (34%), nel Lazio (56%), in Campania (28%), in Puglia (38%), in Calabria (53%), Regioni che presentano riduzioni del debito totale, anche sanitario.

L'Umbria è un'eccezione secondo la Corte con un debito a carico dello Stato maggiore rispetto a quello della Regione: l'incidenza del debito totale sul debito a carico dello Stato, nel 2012 è dell'84%, in diminuzione rispetto al 2011.

Pesano relativamente poco sul debito delle Regioni, invece, gli strumenti di finanza derivata per i mutui (presenti solo in 7 Regioni): 1,497 miliardi rispetto a mutui per 23,451 miliardi. In flessione anche i derivati per le obbligazioni, più diffusi anche se sempre in diminuzione: il Piemonte li ha azzerati, in Friuli Venezia Giulia il decremento è del 40%, ma anche Toscana e Marche hanno riduzioni, rispettivamente, del 10 e del 13 per cento.

**Paolo Del Bufalo**

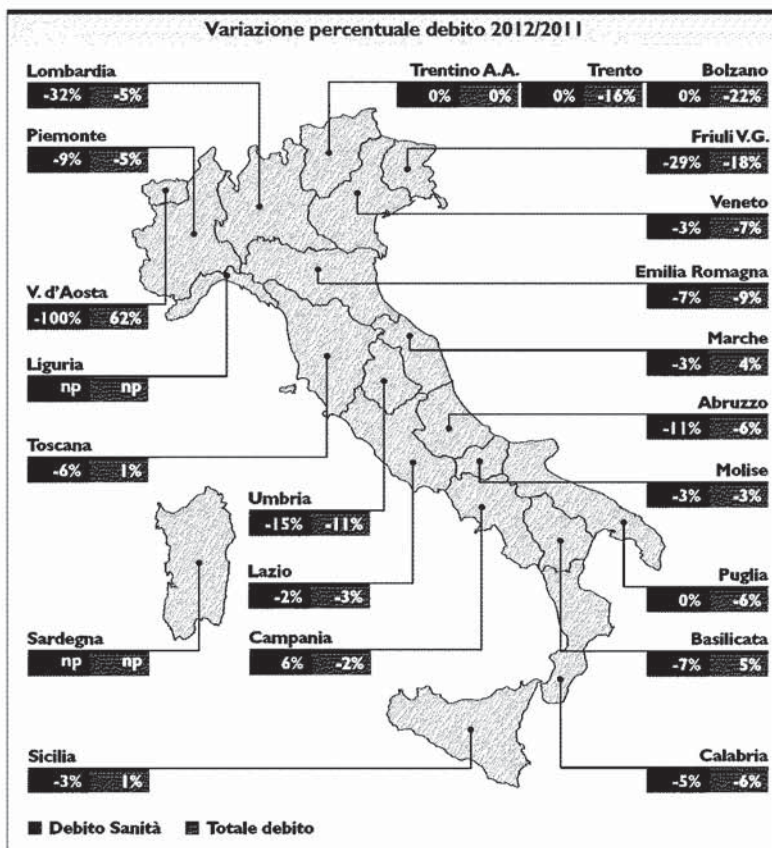
SELPRESS ■  
 www.selpress.com

### Il debito 2009-2012 delle aziende Ssn (Asl, Ao, Aou, Irccs, Gestione sanitaria accentrata)

Regioni	Debito verso i fornitori				Altre tipologie di debito *			
	2011	Variazione % 2011/2010	2012	Variazione % 2012-2011	2011	Variazione % 2011/2010	2012	Variazione % 2012-2011
Piemonte **	2.643.140	11%	-	-	2.015.852	0%	n.d.	-
Lombardia	2.532.374	0%	2.498.320	-1	1.544.580	-13%	1.666.503	8
Veneto	2.896.693	15%	n.d.	-	1.189.896	-6%	n.d.	-
Liguria	722.174	12%	601.620	-17	375.686	-9%	375.782	0
Emilia R.	2.944.777	6%	2.672.746	-9	1.285.022	4%	1.272.810	-1
Toscana	2.058.641	7%	1.965.605	-5	1.016.472	6%	1.026.124	1
Umbria	258.184	7%	n.d.	-	122.560	0%	n.d.	-
Marche	488.287	22%	416.088	15	208.928	-3%	193.527	-7
Lazio **	7.340.246	-2%	n.d.	-	1833027	-4%	n.d.	-
Abruzzo **	829838	-3%	789848	-5	137469	-8%	191231	39
Molise **	387.531	7%	458.760	18	67.214	1%	112.400	67
Campania **	6.800.181	3%	n.d.	-	1.163.356	-11%	n.d.	-
Puglia**	2.184.308	32%	1.845.898	-15	769.540	-16%	588.701	-23
Basilicata	172.160	15%	n.d.	-	52.230	-11%	n.d.	-
Calabria **	1.926.949	8%	n.d.	-	763715	-15%	n.d.	-
<b>Totale Rso</b>	<b>34.185.483</b>	<b>6%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>12.545.547</b>	<b>-6%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Rss/Prov. aut.	2011	Variaz. %			2011	Variaz.%	2012	
Valle d'Aosta	27.264	9%	25.320	-7	33.604	-4%	32.635	-3
Pa Bolzano	99.954	5%	n.d.	-	147.656	54%	n.d.	-
Pa Trento	90.926	9%	93.604	3	125.718	64%	133.544	6
Friuli V.G.	297.092	22%	243.869	-18	146.611	19%	267.619	83
Sicilia **	2.033.239	13%	2.467.390	21	1.854.884	-3%	2.088.019	13
Sardegna	771.067	11%	-	-	306.521	22%	n.d.	-
<b>Totale Rss/Pa</b>	<b>3.319.537</b>	<b>13%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2.614.994</b>	<b>5%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Totale nazionale</b>	<b>37.505.020</b>	<b>6%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>15.160.541</b>	<b>-4%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

(\*) Debiti verso Stato, Comuni e altri enti pubblici, tesoriere o altri istituti di credito, dipendenti, istituti di previdenza e di sicurezza sociale, debiti tributari e altri debiti; (\*\*) Regioni sottoposte a Piani di rientro.

Fonte: Corte dei conti 2013



## Totale indebitamento delle Regioni (anni 2011-2012)

Regioni	A carico Regioni				A carico Stato				Totale debito (Regioni e Stato)		Totale debito Sanità	
	Totale		di cui Sanità		Totale		di cui Sanità		2011	2012	2011	2012
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012				
Piemonte	6.445.341	6.215.729	83.058	75.507	694.650	573.813	0	0	7.139.991	6.789.541	83.058	75.507
Lombardia	2.367.633	2.227.680	310.391	212.588	840.340	817.758	0	0	3.207.973	3.045.438	310.391	212.588
Veneto	1.414.664	1.339.887	254.619	241.105	1.007.539	910.098	531.962	520.905	2.422.202	2.249.985	786.581	762.010
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emilia R.	854.699	856.855	854.699	794.058	309.941	198.454	0	0	1.164.640	1.055.309	854.699	794.058
Toscana	1.180.549	1.231.403	173.245	162.934	243.279	209.246	0	0	1.423.828	1.440.649	173.245	162.934
Marche	1.013.262	1.083.667	434.861	421.778	130.984	110.075	0	0	1.144.246	1.193.742	434.861	421.778
Umbria	372.984	360.378	15.585	13.170	2.103.973	1.843.934	0	0	2.476.956	2.204.312	15.585	13.170
Lazio *	10.120.211	9.820.022	5.891.999	5.747.234	505.286	482.505	0	0	10.625.497	10.302.527	5.891.999	5.747.234
Abruzzo	1.511.899	1.420.288	659.408	588.692	38.192	30.388	0	0	1.550.091	1.450.676	659.408	588.692
Molise	393.862	384.518	98.802	95.943	9.358	7.237	0	0	403.220	391.755	98.802	95.943
Campania	5.673.874	5.712.993	1.512.203	1.602.935	1.735.118	0	0	0	5.847.393	5.712.993	1.512.203	1.602.935
Puglia	1.988.145	1.871.282	744.206	741.456	95.687	77.998	0	0	2.083.832	1.949.280	744.206	741.456
Basilicata	261.044	305.182	7.330	6.850	171.663	149.507	0	0	432.707	454.689	7.330	6.850
Calabria	740.100	676.660	345.353	319.665	533.894	517.026	325.204	318.606	1.273.994	1.193.686	670.557	638.271
<b>Totale Rso</b>	<b>34.338.267</b>	<b>33.506.543</b>	<b>11.385.760</b>	<b>11.023.917</b>	<b>6.858.304</b>	<b>5.928.039</b>	<b>857.166</b>	<b>839.511</b>	<b>41.196.571</b>	<b>39.434.583</b>	<b>12.242.926</b>	<b>11.863.428</b>
Bolzano	90.847	69.487	0	0	19.607	16.696	0	0	110.454	86.183	0	0
Trento	0	0	0	0	26.196	22.046	0	0	26.196	22.046	0	0
Friuli V.G.	1.017.510	832.285	201.930	144.058	132.561	110.265	0	0	1.150.071	942.551	201.930	144.058
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sicilia	5.304.533	5.384.636	2.502.530	2.452.563	344.456	298.809	147.152	120.794	5.648.989	5.683.445	2.649.682	2.573.357
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valle d'Aosta	342.477	603.594	783	0	58.300	47.255	0	0	400.778	650.849	783	0
<b>Totale Rss esaminate</b>	<b>6.755.367</b>	<b>6.890.002</b>	<b>2.705.243</b>	<b>2.596.621</b>	<b>581.121</b>	<b>495.071</b>	<b>147.152</b>	<b>120.794</b>	<b>7.336.488</b>	<b>7.385.073</b>	<b>2.852.395</b>	<b>2.717.415</b>
<b>Totale Rso + Rss</b>	<b>41.093.634</b>	<b>40.396.546</b>	<b>14.091.002</b>	<b>13.620.538</b>	<b>7.439.425</b>	<b>6.423.111</b>	<b>1.004.318</b>	<b>960.305</b>	<b>48.533.059</b>	<b>46.819.656</b>	<b>15.095.321</b>	<b>14.580.843</b>

\* Dati forniti dalla Sezione regionale di controllo per la Regione Lazio.

Nota: L'importo totale mutui a carico Regioni non tiene conto dell'apposita annotazione in calce all'allegato relativo alla Regione Lazio, da cui risulta che la sostanza debitoria complessiva al 31 dicembre 2011 ammonta a euro 12.209.306.266 e, al 31 dicembre 2012, a euro 11.741.449.489, tenendo conto delle operazioni che, pur essendo qualificabili come indebitamento regionale, non possono essere considerate "mutui" od "obbligazione".

Fonte: Corte dei conti, agosto 2013

## Lo scoperto economico a giugno 2013 per i biomedicali

Regione	Stima scoperto	% scoperto	Giorni di ritardo	Regione	Stima scoperto	% scoperto	Giorni di ritardo
Valle d'Aosta	3.442	0,1%	73	Umbria	41.042	0,9%	135
Piemonte	490.475	10,2%	331	Abruzzo	105.645	2,2%	186
Liguria	110.836	2,3%	167	Molise	104.543	2,2%	859
Lombardia	265.439	5,5%	103	Lazio	564.460	11,7%	327
Trentino A.A.	25.275	0,5%	80	Campania	715.523	14,8%	585
Veneto	382.447	7,9%	254	Basilicata	24.797	0,5%	144
Friuli	43.639	0,9%	89	Puglia	356.028	7,4%	292
Emilia R.	395.340	8,2%	253	Calabria	458.205	9,5%	946
Toscana	336.263	7,0%	257	Sicilia	241.304	5,0%	234
Marche	62.234	1,3%	124	Sardegna	100.420	2,1%	215
<b>Nazionale</b>	<b>4.827.354</b>	<b>100,0%</b>	<b>272</b>				

## I giorni di ritardo degli enti a giugno 2013 per i biomedicali

Regione	Denominazione	Località	Giorni di ritardo	Var. mag-giu
<b>Le peggiori</b>				
Campania	Ao S. Sebastiano di Caserta	Caserta	1.305	-160
Campania	Asl Napoli I Centro	Napoli	1.299	-210
Calabria	Ao Mater Domini	Catanzaro	1.287	30
Calabria	Azienda sanitaria provinciale	Cosenza	1.214	-11
Campania	Asl di Salerno	Salerno	1.163	-127
Molise	Azienda sanitaria regionale	Campobasso	1.086	4
Calabria	Ao di Cosenza	Cosenza	1.036	-7
Calabria	Ao Pugliese-Ciaccio	Catanzaro	979	27
Campania	Ao Osp. Riun. S.G Dio-R. D'Aragona	Salerno	854	-182
Campania	Aou Federico II	Napoli	793	-118
<b>Le migliori</b>				
Lombardia	Asl Provincia di Bergamo	Bergamo	75	-14
Lombardia	Ao Bolognini	Seriata Bg	74	-3
Lombardia	Ao G. Salvini	Garbagnate Mi	73	-2
Lombardia	Ao Valtellina e Valchiavenna	Sondrio	71	5
Veneto	Asl 7 Pieve di Soligo	Pieve di Soligo Tv	70	-8
Friuli V.G.	Asl 2 Isontina	Gorizia	69	-0
Friuli V.G.	Ircs Burlo Garofalo	Trieste	57	4
Friuli V.G.	Asl I Triestina	Trieste	50	3
Friuli V.G.	Asl 4 Medio Friuli	Udine	43	-4
Friuli V.G.	Asl 6 Friuli occidentale	Pordenone	19	-2

# quotidianosanita.it

Giovedì 11 SETTEMBRE 2013

## Farmacovigilanza. In Italia cresce, ma non tra i medici di famiglia e gli infermieri

***Con un totale di 29.048 segnalazioni (479 per milioni di abitanti), il 2012 ha segnato un boom per la farmacovigilanza italiana (+35% rispetto al 2011). Cittadini sempre più in prima linea. Tra i professionisti sanitari, il merito va ai medici ospedalieri e ai farmacisti, rispettivamente con il 55% e il 14% delle segnalazioni. I dati nella relazione al Parlamento.***

La farmacovigilanza italiana passa per il terzo anno di fila l'esame Oms, ma stavolta lo fa con voti alti. Nel 2012, infatti, le segnalazioni di ipotetiche reazioni avverse da farmaco nel nostro Paese hanno raggiunto quota 29.048, pari a 479 segnalazioni per milioni di abitanti, dato che supera egregiamente il paletto di 300 segnalazioni per milioni di abitanti fissato dall'Oms per dichiarare un sistema efficiente (il valore italiano era di 364 nel 2011 e 334 nel 2010).

Un successo a cui hanno contribuito tutte (o quasi) le componenti e aree del Paese. Ma il vero boom è stato tra i cittadini, con il +153% di segnalazioni effettuate nel 2012 rispetto all'anno precedente. Migliora anche il lavoro - già positivo - dei medici ospedalieri e dei farmacisti. Peccato che lo stesso impegno non arrivi dai medici di famiglia, dagli infermieri e dai dentisti.

Sono questi i principali dati contenuti nella relazione sulla farmacovigilanza dell'Aifa che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha presentato al Parlamento. Che non nasconde, però, come ci sia ancora da fare molto. La relazione, infatti, presenta molte luci, ma anche qualche cono d'ombra. Basti pensare che se è vero che l'attività è cresciuta nell'80% delle Regioni italiane, in 4 regioni si è addirittura registrato un peggioramento (Molise -78%, Lazio -40%, Basilicata -18%, Liguria -4%). E comunque il 55% delle segnalazioni totali arriva dalle sole Lombardia e Toscana.

Insomma, se si dovesse usare il criterio dell'Oms, in Italia passerebbero l'esame solo 8 Regioni su 21: Lombardia, Toscana, Piemonte, Emilia Romagna, Campania, Puglia, P.A. di Trento e Basilicata.

Come accennato, luci ed ombre anche sul contributo dei professionisti della sanità alla rete di farmacovigilanza. Se i medici ospedalieri sono infatti la prima fonte di segnalazione di eventi avversi in Italia (57% dei casi, + 38% rispetto al 2011), seguiti dai farmacisti con il 14% (+60% rispetto allo scorso anno), resta invece carente la partecipazione dei medici di medicina generale (8%, anche se in aumento del 53% rispetto al 2011) e dei medici specialisti (7%, ma anch'essi in aumento rispetto al 2011 del 41%). Addirittura, il già esiguo contributo degli infermieri (poco sopra l'1% delle segnalazioni), subisce un ulteriore colpo: le segnalazioni degli infermieri sono scese del 12% tra il 2011 e il 2012. Ancora peggio i dentisti, il cui numero di segnalazioni, già vicino allo zero, è addirittura sceso del 24%.

DUBBI DEI MEDICI SULLE NUOVE REGOLE. ELIMINATO L'OBBLIGO DI ELETTROCARDIOGRAMMA

## Attività fisica, quando ci vuole il certificato

*Niente l'idoneità per l'attività ludico-motoria e amatoriale, resta la certificazione per pratica sportiva non agonistica*

MILANO - State per iscrivervi in palestra o in piscina? Sappiate che da quest'anno non è più necessario il certificato medico di buona salute. È invece obbligatorio farselo rilasciare per i vostri figli se partecipano ad attività parascolastiche organizzate al di fuori dell'orario curricolare, senza che sia necessario, tuttavia, eseguire esami medici più approfonditi, a meno che il pediatra o il medico di famiglia non lo ritenga opportuno. È quanto prevedono le nuove norme entrate in vigore a fine agosto che aboliscono l'obbligo del certificato medico di idoneità per l'attività ludico-motoria e amatoriale, mantenendolo, invece, in caso di attività sportiva non agonistica (guarda).

**QUANDO SERVE** - Ma qual è la differenza tra i due tipi di attività e, di conseguenza, quando il certificato medico va fatto o no? «Le attività sportive amatoriali, come per esempio andare in palestra o giocare a calcetto con gli amici, si svolgono in forma autonoma, e di solito non richiedono un impegno cardiaco importante né competizione - spiega Guido Marinoni, vicesegretario di Fimmg Lombardia (Federazione italiana dei medici di medicina generale) e membro del Comitato centrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (FnOmceo) -. Chi invece partecipa, per esempio, a un torneo di calcetto, svolge attività sportiva non agonistica, come pure gli alunni che seguono attività parascolastiche organizzate dal Coni o dagli istituti in orario extracurricolare. In questi casi il certificato medico è obbligatorio, mentre non serve per l'ora di educazione fisica». Fin qui sembrerebbe tutto chiaro, ma non è così secondo medici di famiglia e pediatri, che segnalano il rischio di confusione. Vediamo perché.

**I RISCHI** - «Potrebbe accadere che, anche quando non è più necessario il certificato medico, i gestori di palestre e piscine continuino a richiederlo, allo scopo di tutelarsi - sottolinea Marinoni -. Noi medici siamo tenuti a rilasciarlo, anche se faremo presente al nostro assistito che non è più obbligatorio. In assenza di chiarimenti forniti dal Ministero della Salute, dovremo attenerci alle procedure diagnostiche indicate dal "Decreto Balduzzi", in vigore da luglio, sia per le diverse tipologie di attività motoria sia, per esempio, in presenza di patologie croniche o determinati fattori di rischio». Da qui la richiesta di una circolare ministeriale interpretativa da parte del segretario della Fimmg Giacomo Milillo, anche «per dare ai medici la certezza delle responsabilità che si assumono». Il "Decreto Balduzzi", poi, aveva introdotto l'obbligo dell'elettrocardiogramma per il rilascio dei certificati medici non agonistici. «Ora la nuova norma ha abrogato l'obbligo di questo esame - chiarisce Rinaldo Missaglia, segretario nazionale del Sindacato medici pediatri di famiglia (Simpef) -. Spetta comunque al medico di famiglia o al pediatra stabilire annualmente, dopo anamnesi e visita, se l'assistito deve fare ulteriori accertamenti, come l'ecg. Del resto, già lo facciamo quando abbiamo un dubbio diagnostico o un sospetto clinico».

**IL QT LUNGO** - Medici di famiglia e pediatri, però, temono che la scelta di non eseguire un esame come l'elettrocardiogramma potrebbe anche configurarsi come "imprudenza" in un eventuale contenzioso

legale. «L'ecg può mettere in evidenza anomalie pure in assenza di qualsiasi indizio clinico, come per esempio nel caso della sindrome del QT lungo - fa notare Giuseppe Mele, presidente dell'Osservatorio nazionale sulla salute dell'infanzia e dell'adolescenza -. Se fossero introdotti gli screening, potremmo intervenire precocemente, nonché prevenire alcune patologie cardiache».

Maria Giovanna Faiella

stampa | chiudi

**I GIUDIZI**

**Quella denuncia di «Nature»: è una frode scientifica**

**C**inque infusioni di cellule del midollo osseo coltivate in laboratorio e trasformate in cellule del cervello. Starebbe tutta qui la rivoluzione del metodo Stamina. Un donatore, in alcuni casi anche lo stesso paziente, a cui fare il prelievo dal midollo osseo. Un malato che le riceve sia nel sangue che nel midollo. Il risultato promesso: miglioramenti nei movimenti, maggiore reattività. È stop a malattie terribili come la forma più grave di atrofia muscolare spinale (la Sma), la Sclerosi laterale amiotrofica, la sindrome di Nieman Pick, il morbo di Parkinson. Tutte malattie gravi, in certi casi rare, per le quali la comunità scientifica non ha ancora trovato una cura. Per questo, in attesa di sapere come il ministro della Salute e il Parlamento si esprimeranno di fronte alla bocciatura del metodo occorre ripercorrere alcuni aspetti della vicenda.

L'Italia ha corso un grosso rischio se la legge fosse stata approvata così come formulata al Senato: equiparare la manipolazione delle cellule staminali ai trapianti, così come era scritto, avrebbe significato abbassare il livello di regolamentazione e far diventare

il nostro Paese preda di avventori delle cure facili e poco sicure. Per questo, per fermare il pericolo, è sceso in campo addirittura il Nobel 2012 per la medicina Shinya Yamanaka, padre delle cellule staminali riprogrammate.

La sperimentazione è stata dunque il "male minore" scelto dal Parlamento, anche di fronte ai forti dubbi della comunità scientifica: finora gli unici risultati sull'uomo con le staminali si sono ottenuti nelle leucemie (staminali del sangue) e nella ricostruzione dei tessuti danneggiati come pelle e cornea. 200 scienziati italiani hanno poi chiesto al ministro di non procedere con la sperimentazione. Anche alla luce di quanto emerso a luglio da una inchiesta di *Nature*: il metodo Stamina sarebbe il frutto di una frode scientifica da un lavoro di due biologi ucraini (che inizialmente avevano collaborato con Vannoni). In cui la quantità di reagente utilizzata da Stamina sarebbe notevolmente superiore a quella consentita. Con evidenti rischi di tossicità, secondo quanto sostenuto dagli scienziati che su questi studi lavorano.

**Francesca Lozito**



## Cellule adulte riportate a stadio 'embrionale' per la prima volta in un organismo vivente

Un team di ricercatori spagnolo ha sviluppato la scoperta del Nobel Yamanaka che era riuscito a ottenere, ma solo in vitro, delle staminali pluripotenti indotte. Un grande passo avanti sulla strada della medicina rigenerativa



**ROMA** - Un nuovo, importantissimo passo avanti della ricerca sulle cellule staminali. Un team del Centro nazionale spagnolo per la ricerca sul cancro è riuscito a 'ringiovanire' cellule adulte di un topolino, inducendole a recuperare le caratteristiche di staminali embrionali. L'eccezionalità dello studio, pubblicato su "Nature", è legata al fatto che il processo è stato ottenuto all'interno di un organismo vivente.

Lo stesso risultato, ma ottenuto in vitro, era valso nel 2012 il premio Nobel allo scienziato nipponico Shinya Yamanaka, il primo in assoluto ad aver 'creato' delle staminali pluripotenti indotte, in grado dunque di differenziarsi in tutti i tipi di cellule, con un cocktail di soli quattro geni: Oct4, Sox2, Klf4 e c-Myc.

Lo studio spagnolo rappresenta dunque uno sviluppo importantissimo della ricerca, che potrebbe portare a grandi progressi nel campo della medicina rigenerativa perché avvicina la possibilità di riparare lesioni di organi, ad esempio nel cuore o nel cervello, senza ricorrere a trapianti cellulari.

Utilizzando tecniche di manipolazione genetica, i ricercatori hanno 'creato' dei topi in cui i quattro geni di Yamanaka potevano essere attivati attraverso un semplice antibiotico sciolto nell'acqua e dato da bere agli animali. Quando i geni sono stati accesi, gli studiosi hanno



osservato che le cellule adulte sono state in grado di "tornare indietro" nel loro sviluppo evolutivo, in diversi tessuti e organi, per diventare staminali embrionali. "Questo cambiamento di direzione nello sviluppo cellulare - spiega Marià Abad, ricercatrice del team spagnolo - non è mai stato osservato in natura. Ora possiamo iniziare a pensare a metodi per indurre la rigenerazione a livello locale e in modo transitorio per un particolare tessuto danneggiato".

Queste simil-staminali embrionali hanno una capacità più ampia di differenziazione rispetto a quelle ottenute in vitro. In particolare, secondo lo studio spagnolo, queste cellule ringiovanite hanno le caratteristiche delle cellule totipotenti, in grado dunque di generare un organismo adulto. Uno stato primitivo mai ottenuto in laboratorio, con caratteristiche equivalenti a quelle presenti negli embrioni umani allo stadio di 72 ore di sviluppo. Al loro interno potrebbero contenere la chiave per curare malattie come l'Alzheimer, il morbo di Parkinson o il diabete. Queste preziose cellule, tuttavia, hanno una vita molto breve, limitata ai primi giorni dello sviluppo embrionale.

"E' un risultato sperimentalmente importantissimo - ha commentato Giuseppe Novelli, preside della Facoltà di Medicina dell'Università di Roma Tor Vergata - perché dimostra in vivo

quanto ottenuto finora solo in vitro. Per passare però dal laboratorio alla medicina rigenerativa occorrono alcuni passaggi chiave. Non è utile né sicuro attivare la produzione di staminali simil-embriionali nell'organismo senza poter 'spegnere' o controllare questo processo. Questa sarà la sfida più difficile: occorre pensare a un sistema di 'interruttori' che possano attivare o bloccare la produzione di queste cellule a livello di tessuti e organi".

[http://www.repubblica.it/salute/ricerca/2013/09/11/news/cellule\\_staminali\\_organismo\\_vivente-66323790/](http://www.repubblica.it/salute/ricerca/2013/09/11/news/cellule_staminali_organismo_vivente-66323790/)

## **FDA RINFORZA RACCOMANDAZIONI SU ANALGESICI OPPIOIDI**

Nella speranza di ridurre l'abuso di oppioidi, la dipendenza e i decessi da overdose l'Fda, Agenzia regolatoria statunitense, ha deciso di introdurre delle modifiche ai fogli illustrativi di tutti gli analgesici oppioidi a rilascio prolungato e lunga durata d'azione. In particolare saranno riviste le indicazioni aggiungendo che "gli oppioidi a rilascio prolungato e lunga durata d'azione sono indicati per il trattamento del dolore così grave da necessitare una terapia giornaliera continuata e per il quale i trattamenti alternativi non siano adeguati". Inoltre i fogli informativi dovranno segnalare che "per il rischio di dipendenza, abuso e uso scorretto, anche alle dosi raccomandate, e per il maggiore rischio di overdose e morte, questi farmaci devono essere riservati a quei pazienti per i quali trattamenti alternativi (analgesici non oppioidi o oppioidi a rilascio immediato) siano inefficaci, o non tollerati, o nei quali sarebbero inadeguati a fornire un sufficiente controllo del dolore; gli oppioidi a rilascio prolungato e lunga durata d'azione non sono indicati per l'impiego al bisogno per il sollievo dal dolore". L'Fda intende anche chiedere alle aziende farmaceutiche produttrici di condurre ulteriori studi e trial clinici per meglio indagare i rischi noti sopra citati. Infine si dovrà inserire un nuovo box con l'avvertenza che l'utilizzo cronico di oppioidi a rilascio prolungato e lunga durata d'azione da parte di donne in gravidanza può causare sindrome d'astinenza nei neonati, anche fatale.

**Salute** Lorenzin: non ho ancora la relazione

# Il metodo Stamina bocciato dagli esperti del ministero

## «Nessuna consistenza scientifica»

ROMA — La bocciatura era nell'aria. Quasi scontata. No del ministero della Salute al metodo Stamina che secondo il suo sostenitore, Davide Vannoni, avrebbe un'efficacia portentosa su una larga gamma di malattie degenerative. Sulla spinta della piazza e delle emozioni era stato disposto l'avvio di una sperimentazione ufficiale per cercare di dare una risposta a tante famiglie che vedevano in quella terapia l'unico spiraglio di salvezza per casi disperati. L'inventore della terapia a base di

cellule che vengono infuse nei pazienti però non è stato in grado di fornire in questi mesi lo straccio di una prova alla Commissione scientifica incaricata di organizzare i preliminari dei test. Dopo diversi rinvii (il primo incontro in calendario era il primo luglio) Vannoni avrebbe consegnato materiale insufficiente per ipotizzare uno studio clinico

serio.

In realtà lo stop del ministero non è ancora ufficiale. Il ministro Beatrice Lorenzin leggerà nelle prossime ore la relazione dei tecnici coordinati dall'Istituto superiore di Sanità attraverso il suo presidente, Fabrizio Oleari. Ieri si è svolto un ultimo incontro col direttore generale Marletta, incaricata di occuparsi del caso in collegamento con gli organismi tecnici. La relazione è una dettagliata disamina sul perché il metodo Vannoni non è compatibile con una sperimentazione basata su criteri riconosciuti a livello internazionale. Alla base delle perplessità espresse dalla Commissione c'è l'assenza di un protocollo che spieghi come produrre quel tipo di staminali e quali sono i presupposti in base ai quali dovrebbero riparare danni neurodegenerativi e dunque essere valido per tante malattie. Il parere dell'Iss non è vincolante e dunque la Lorenzin potrebbe teori-

camente non chiudere definitivamente. Eventualità improbabile, significherebbe smentire il lavoro degli esperti.

Vannoni replica con i sospetti, che non ha mai lesinato, fin dall'inizio di questa lunga e dolorosa storia che ha coinvolto centinaia e centinaia di famiglie con figli e genitori in gravissime condizioni: «Non mi aspettavo niente di diverso. Credo che non sia un comitato imparziale visto che sette membri su 10 avevano già espresso critiche nei confronti di Stamina prima ancora di essere nominati. Sono stati scelti dal ministero».

Vannoni aggiunge di non volersi fermare qui: «Farò ricorso al Tar perché a giudicare non sono state persone imparziali» e ricorda che «40 pazienti sono curati a Brescia senza effetti collaterali, in un ospedale pubblico. Mostreremo i dati il 7 ottobre. Ci sono altre 150 persone in lista di attesa». Si tratta dei malati autorizzati da diversi Tribunali a ri-

cevere le infusioni di staminali prodotte in un laboratorio del centro lombardo. Però non c'è evidenza documentata che le cellule abbiano avuto efficacia se non le testimonianze dei genitori. Ecco perché, con un decreto e lo stanziamento di 3 milioni, il ministero aveva scelto la strada della sperimentazione, iniziativa che a livello internazionale (in particolare dalla prestigiosa rivista *Nature*) era stata criticata anche perché in nessun altro Paese occidentale il metodo ha trovato credito. La Procura di Torino ha aperto un'inchiesta per vederci chiaro sui retroscena e gli interessi economici. L'Associazione Luca Coscioni, che pure sostiene il principio della libertà della scienza, si augura che la Lorenzin segua le indicazioni degli esperti: «Restiamo accanto ai malati. E ricordiamo che però le cure devono provenire solo da gruppi di ricerca accreditati».

**Margherita De Bac**

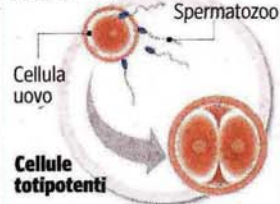
© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Che cosa sono

## 1 STAMINALI TOTIPOTENTI

Sono quelle embrionali, in grado di sviluppare un intero organismo

### Fecondazione



## PLURIPOTENTI



## 2 MULTIPOTENTI

Sono quelle da cui originano sia i vasi sanguigni, sia i precursori delle tante cellule diverse del sangue



## 3 UNIPOTENTI

Sono in grado di specializzarsi in un solo tipo di cellule



D'ARCO



**LA TERAPIA CONTESTATA** E intanto 40 persone la stanno già usando

# Gli esperti bocchiano Stamina: ai malati quella cura non serve

*Parere negativo del Comitato scientifico, ma la decisione finale spetta al ministro della Salute. Vannoni annuncia già il ricorso*

**Francesca Angeli**

**Roma** No alla sperimentazione del metodo Stamina, non ci sono i presupposti per avviare i test. Questo il parere del Comitato scientifico nominato dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che in sostanza ha bocciato dal punto di vista medico la terapia messa a punto da Stamina Foundation.

Ma il presidente di Stamina, Davide Vannoni, non intende fare passi indietro e ha già annunciato che presenterà ricorso al Tar.

Che cosa accadrà adesso? La parola passa al ministro Lorenzin ma non esistono facili soluzioni per il governo in questa vicenda che diventa sempre più complicata e sulla quale comunque inevitabilmente pesano anche i destini dei tanti malati in attesa di una cura che dia loro speranza.

Non è certo che la sperimentazione venga bloccata nono-

stante il parere negativo del Comitato, parere che infatti non è vincolante. Anche perchè il via libera alla sperimentazione è stato dato dal Parlamento, quindi il ministro potrebbe decidere di non pronunciarsi personalmente, rimandando la questione alle Camere.

Intanto dal ministero fanno sapere che la Lorenzin non ha ancora neppure materialmente ricevuto la relazione del Comitato scientifico e dunque nessuna decisione è stata presa.

La bocciatura del Comitato scientifico per il momento non è stata annunciata in modo ufficiale. Ma già da giorni circolavano voci insistenti, che ieri si sono trasformate in certezze, sul parere negativo degli esperti. Tra loro il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Fabrizio Oleari; il direttore generale dell'Agenzia del Farmaco, Luca Pani; il direttore del Centro nazionale trapianti, Alessandro Nanni Costa. Nel Comitato scientifico anche il genetista Bruno Dal-

la Piccola e altri scienziati la cui presenza era stata subito contestata da Vannoni perchè ritenuti «non imparziali» in quanto si erano già pronunciati in modo critico sul metodo. «Quei membri si erano già espressi chiaramente contro il metodo Stamina-haribadito ieri Vannoni subito dopo aver saputo della bocciatura. Avevo già pronto il ricorso prima ancora di conoscere la decisione del comitato perchè eravamo convinti che i membri fossero tutti fortemente prevenuti». Vannoni ora aspetta di leggere «parere e motivazioni» del no al suo metodo ma ricorda pure che «il Parlamento ha stabilito che la sperimentazione si deve fare ed ha già stanziato 3 milioni di euro. Non credo che il Comitato possa bloccar-

la». Su questo ultimo punto Vannoni potrebbe aver ragione. Il parere del Comitato non è vincolante e dunque in teoria la sperimentazione potrebbe andare avanti. Ora la decisione è nelle mani del ministro che francamente ha una bella patata bollente da pelare. Bloccare la sperimentazione vorrebbe dire aprire un conflitto col Parlamento che invece ha dato parere favorevole ai test sotto il controllo diretto del ministero. Non solo. Si inasprirebbe anche la protesta dei familiari dei malati che chiedono la cura Stamina visto che per la loro patologia al momento non esistono terapie accreditate. Ma d'altra parte non bloccarla contro il parere del Comitato e della comunità scientifica internazionale rischierebbe di far precipitare la credibilità delle istituzioni sanitarie italiane.

**3 milioni**

La cifra stanziata dal governo per sostenere il costo di sperimentazione del metodo Stamina

**QUERELLE**

**Polemico il presidente della Fondazione: «Non sono imparziali»**





**PROTESTE**

A fianco, il presidente di Stamina Foundation, Davide Vannoni. Sotto, un momento della manifestazione in favore della ricerca e dell'uso di cellule staminali che si era svolta il 15 maggio a Roma



Giovedì 12 SETTEMBRE 2013

## Europa a 27. Meno ineguaglianze nell'aspettativa di vita e nella mortalità alla nascita. Il rapporto

***Negli ultimi anni la differenza tra i paesi più e meno longevi si è accorciata del 17% per gli uomini e del 4% delle donne, a seguito dell'aumento generale dell'aspettativa di vita. E si è ridotto il gap nella mortalità infantile, dimezzato in dieci anni. Ecco tutti i dati [dell'ultimo rapporto UE](#) sulle disuguaglianze nei sistemi sanitari europei.***

Se le differenze nell'aspettativa di vita alla nascita e nella mortalità infantile tra le diverse regioni dell'Europa sta diminuendo sempre di più, c'è ancora molta strada da fare per azzerarli. Questo in sostanza il messaggio lanciato da **Tonio Borg**, commissario europeo per la salute, nel presentare l'ultimo rapporto UE sulle disuguaglianze nei sistemi sanitari del continente.

**Le ineguaglianze nell'aspettativa di vita nell'Europa a 27 paesi si sono ridotte** infatti fortemente negli ultimi anni: per gli uomini il distacco tra quella più lunga – che ad oggi è 81,2 anni nelle isole finlandesi Åland – e quella più corta – di 67,8 anni in Lituania – si è ridotto del 17% dal 2007 al 2011; mentre per le donne si è ridotto del 4% dal 2006 al 2011, e ad oggi le regioni dove le appartenenti al sesso femminile sono più e meno longeve sono rispettivamente la Navarra in Spagna (87 anni) e la regione di Severozapaden in Bulgaria (76,4).

Allo stesso modo, dal 2001 al 2011, è scesa da 15,2 a 7,3 ogni 1000 bambini nati vivi la differenza tra le regioni a più bassa e più alta mortalità infantile, che oggi sono rispettivamente la Città autonoma di Melilla che la ha azzerata, e la regione di Yugoiztochen in Bulgaria dove è pari a 15,8 ogni mille nati vivi. Un risultato che si affianca a quello della diminuzione della mortalità infantile media in Europa, scesa da 5,7 a 3,9 ogni 1000 nascite. “Le ineguaglianze sono state ridotte significativamente nell'Unione europea in entrambi i campi, sia in quello della mortalità infantile che in quello dell'aspettativa di vita. E ciò è molto incoraggiante”, ha commentato con soddisfazione **Tonio Borg**.

**Tutti questi risultati sono stati ottenuti, secondo gli autori del report**, grazie agli sforzi nell'implementare la strategia europea sulle ineguaglianze in sanità, un programma denominato “Solidarity in Health”. Si tratta di un problema che persiste da anni (tanto è vero che i dati presenti nel rapporto si riferiscono al periodo dal 2000 fino ad oggi, con una particolare attenzione agli ultimi anni), ma che per via della crisi potrebbe tornare ad essere preoccupante: è proprio nella [Annual Growth Survey](#) di quest'anno infatti che la Commissione europea aveva indicato la necessità di migliorare il rapporto costo/efficacia e la sostenibilità dei sistemi sanitari, senza però fare passi indietro rispetto all'accesso per tutti a servizi di alta qualità. Per questo il piano prevedeva anche investimenti sociali destinati alla crescita e alla coesione.

Per evitare esiti negativi, secondo gli esperti, è necessario agire in maniera ancora più efficace su tutti i livelli, a partire chiaramente da quello locale e nazionale, ma arrivando anche a quello europeo. “Il nostro impegno deve essere incrollabile, nel continuare ad occuparci delle differenze di accesso alla sanità tra gruppi sociali e regioni degli Stati Membri dell'UE”, ha aggiunto Borg. “Uno sforzo che deve rimanere prioritario per il continente, a tutti i livelli”.

**Laura Berardi**

## Tumori: alimentazione sbagliata e' responsabile del 30% dei casi

13:43 11 SET 2013

(AGI) - Roma, 11 set. - Tre tumori su dieci nel nostro Paese sono causati da un'alimentazione errata. Senza contare l'impatto della sedentarieta' e, piu' in generale, di stili di vita nemici dell'organismo. Un problema, riferisce l'Aiom (Associazione italiana di Oncologia Medica), che colpisce anche il Sud Italia, la patria della dieta mediterranea: in Puglia, ad esempio, ogni anno si registrano quasi 15.000 nuove diagnosi di tumore (circa 8.000 uomini e 6.800 donne) e quasi 8.000 decessi, mentre sono oltre 90.000 le persone colpite da una neoplasia. Ancora una volta, quindi, si rivela l'importanza e l'efficacia di alcuni piccoli accorgimenti quotidiani nella prevenzione delle neoplasie. Proprio per approfondire questi aspetti, i massimi oncologi italiani si danno appuntamento venerdi' 13 settembre a partire dalle 8 presso il Castello Imperiali di Francavilla Fontana (Brindisi) per il Convegno nazionale "Alimentazione, stili di vita e cancro: la parola agli esperti", patrocinato da Aiom, per una giornata all'insegna della salute che comincia dalla tavola.

"Evidenzeremo che il 25% dei casi di cancro al colon-retto, il 15% di quelli alla mammella e il 10% di quelli alla prostata, pancreas ed endometrio potrebbero essere evitato aderendo alle indicazioni della dieta mediterranea", afferma Saverio Cinieri, direttore della Divisione di Oncologia Medica e Breast Unit dell'Asl di Brindisi e presidente del Convegno. Ma un'alimentazione scorretta e' soltanto uno dei tanti fattori implicati nello sviluppo di un tumore. "Non conta solo cio' che si mette nel piatto - aggiunge Cinieri -: la dieta mediterranea deve essere interpretato come uno stile di vita in cui contano anche gli orari regolari dei pasti, le quantita' limitate di cibo, il movimento regolare. Perche' l'alimentazione rientra nella grande famiglia dei fattori di rischio modificabili in quanto correlati allo stile di vita della persona. Le verdure, per esempio, possono esercitare un'azione protettiva nei confronti del tumore del polmone ma tale beneficio puo' essere insufficiente se la persona che le consuma regolarmente e' un accanito fumatore". Il Convegno sara' strutturato in cinque sessioni, con l'intervento di oncologi, nutrizionisti e cuochi. "Questa e' la grande novita' rispetto agli altri appuntamenti in cui abbiamo affrontato questi argomenti - sottolinea Cinieri -: finalmente sentiamo anche il punto di vista di chi ha a che fare tutti i giorni con cibi e vivande. Nella prima sessione, dedicata al tumore della mammella, Francesco Nacci parlera' dei prodotti a km zero; la seconda sessione si incentrera' sugli apparati riproduttivi e le neoplasie della cute; la terza vertera' su cancro del polmone e colon rettile, con l'intervento di due chef che ci parleranno delle contaminazioni tra le cucine nel mondo; nella quarta un focus su vino e olio, seguito dal tema dell'obesita', un importante fattore di rischio per molti tipi di tumore; nella quinta parleremo di mass media e alimentazione". Il Convegno si chiudera' alle 18 con la relazione di Cinieri "Il cancro della mammella nel 2013: trattamenti innovativi e strategie mirate", aperta alla cittadinanza. (AGI) .

[http://www.agi.it/research-e-sviluppo/notizie/201309111343-eco-rt10176-tumori alimentazione sbagliata e responsabile del 30 dei casi](http://www.agi.it/research-e-sviluppo/notizie/201309111343-eco-rt10176-tumori%20alimentazione%20sbagliata%20e%20responsabile%20del%2030%20dei%20casi)



## **SANITA': LORENZIN, CURE E FARMACI ESSENZIALI GARANTITI A TUTTI**

Roma, 11 set. (Adnkronos Salute) - "Il principio di accesso universale alle cure, punto di forza del Servizio sanitario nazionale, rientra tra le priorità del Governo e mie personali. E' necessario dunque approfondire ogni sforzo, nella consapevolezza degli attuali vincoli di bilancio, per individuare gli strumenti più idonei affinché il diritto all'assistenza, compresa quella farmaceutica, sia garantito in condizioni di effettiva uguaglianza tra gli assistiti. Il sistema vigente prevede un efficiente meccanismo di copertura dei costi volto a garantire a tutti la gratuità delle terapie". Lo ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin oggi al Question time, rispondendo a un'interrogazione sul crescente fenomeno della povertà sanitaria e della difficoltà di accesso alle cure.

Il ministro entra nello specifico della questione relativa alle difficoltà di accesso ai medicinali da parte delle famiglie indigenti e dei cittadini in maggiore difficoltà. "Occorre osservare - spiega Lorenzin - che la classificazione dei medicinali messa a punto dall'Aifa è operata proprio con il principio obiettivo di garantire a tutti l'accesso alle cure essenziali e alle terapie per il trattamento delle patologie croniche".

Secondo il ministro, "parziali variazioni in questo senso possono registrarsi tra Regione e Regione, in relazione alla possibilità di introduzione dei cosiddetti ticket sanitari, il cui importo dipende dalle decisioni assunte in piena autonomia nei diversi sistemi regionali".

## Tumori? Nel 30% dei casi è colpa di un'alimentazione sbagliata

Associazione italiana di oncologia medica: la dieta mediterranea stile di vita per contrastare il cancro

Roma, 11 set. (TMNews) - Tre tumori su dieci in Italia sono causati da un'alimentazione errata. Senza contare l'impatto della sedentarietà e, più in generale, di stili di vita nemici dell'organismo. Un problema che colpisce anche il Sud Italia, la patria della dieta mediterranea: in Puglia, ad esempio, ogni anno si registrano quasi 15.000 nuove diagnosi di tumore (circa 8.000 uomini e 6.800 donne) e quasi 8.000 decessi, mentre sono oltre 90.000 le persone colpite da una neoplasia. Ancora una volta, quindi, si rivela l'importanza e l'efficacia di alcuni piccoli accorgimenti quotidiani nella prevenzione delle neoplasie. Proprio per approfondire questi aspetti, i massimi oncologi italiani si danno appuntamento venerdì 13 settembre a partire dalle 8 presso il Castello Imperiali di Francavilla Fontana (Brindisi) per il convegno nazionale "Alimentazione, stili di vita e cancro: la parola agli esperti", patrocinato da Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), per una giornata all'insegna della salute che comincia dalla tavola. "In questo appuntamento - spiega Saverio Cinieri, direttore della divisione di oncologia medica e breast unit dell'Asl di Brindisi e presidente del convegno - evidenzieremo che il 25% dei casi di cancro al colon-retto, il 15% di quelli alla mammella ed il 10% di quelli alla prostata, pancreas ed endometrio potrebbero essere evitato aderendo alle indicazioni della dieta mediterranea". Ma un'alimentazione scorretta è soltanto uno dei tanti fattori implicati nello sviluppo di un tumore. "Non conta solo ciò che si mette nel piatto - aggiunge Cinieri - la dieta mediterranea deve essere interpretato come uno stile di vita in cui contano anche gli orari regolari dei pasti, le quantità limitate di cibo, il movimento regolare. Perché l'alimentazione rientra nella grande famiglia dei fattori di rischio modificabili in quanto correlati allo stile di vita della persona. Le verdure, per esempio, possono esercitare un'azione protettiva nei confronti del tumore del polmone ma tale beneficio può essere insufficiente se la persona che le consuma regolarmente è un accanito fumatore". Il convegno sarà strutturato in cinque sessioni, con l'intervento di oncologi, nutrizionisti e cuochi. Nella prima sessione, dedicata al tumore della mammella, Francesco Nacci parlerà dei prodotti a km zero; la seconda sessione si incentrerà sugli apparati riproduttivi e le neoplasie della cute; la terza verterà su cancro del polmone e colon rettale, con l'intervento di due chef che ci parleranno delle contaminazioni tra le cucine nel mondo; nella quarta un focus su vino e olio, seguito dal tema dell'obesità, un importante fattore di rischio per molti tipi di tumore; nella quinta parleremo di mass media e alimentazione".

SCENARI

FRONTIERE

Caccia ai geni che ci rendono longevi



**FIGLI DEI CENTENARI**

Avere genitori centenari in buona salute rende più probabile oltrepassare il secolo.

**CHI (GIÀ OGGI) CAMPA PIÙ DEGLI ALTRI**

**SPORTIVI**

L'attività fisica è uno dei pochi elisir di giovinezza accertati: allunga gli anni di vita e protegge il cervello dal declino.

**MAGRI**

Tutte le ricerche più recenti indicano che una dieta ipocalorica (il 20% in meno rispetto al fabbisogno individuale) fa vivere di più.

**DONNE** Più longeve perché il loro sistema immunitario invecchia meno velocemente (secondo uno studio pubblicato quest'anno su *Immunity & Aging*).

Dopo i 60 anni sull'aspettativa di vita conta soprattutto il ruolo del dna. E le ultime scoperte degli scienziati aprono la possibilità di intervenire sul genoma per combattere l'invecchiamento.

La pillola perfetta, quella che ci farà vivere tutti oltre 120 anni senza acciacchi, è forse difficile che venga inventata, ma ci piace sperarlo. E del resto la scienza non si dà per vinta. Negli ultimi anni le ricerche sui meccanismi dell'invecchiamento e sui segreti dei centenari si sono moltiplicate, così come le scoperte promettenti: su geni, molecole, enzimi coinvolti, in qualche modo, nel controllo della durata della vita.

Quale margine di manovra abbiamo per rallentare il declino? Prima dei 60 anni (secondo studi condotti in Danimarca dallo scienziato Kaare Christensen) possiamo agire con gli stili di vita, dopo quell'età il loro impatto diminuisce e prevale il ruolo dei geni. E tra quelli più interessanti ce n'è uno chiamato p66, studiato dal gruppo di Pier Giuseppe Pelicci, condirettore dello Istituto europeo di oncologia di Milano, che sarà presente a Venezia alla conferenza mondiale «I segreti della longevità».

«Il p66 è un gene che è stato selezionato dall'evoluzione perché aiuta a sopravvivere in un ambiente ostile, con scarse risorse e basse temperature, aumentando le scorte di grasso nell'organismo» spiega. «Però in un ambiente come quello moderno e occidentale, dove il cibo è sempre disponibile e sappiamo difenderci dal freddo, il grasso in eccesso espone a malattie e accelera il processo di invecchiamento». La funzione del p66, quindi, diventa svantaggiosa. Con esperimenti sui topi, il gruppo di Pelicci ha dimostrato che quelli cui era stato eliminato il gene p66 hanno vissuto più a lungo degli altri, circa il 30 per cento. Dunque, basterebbe spegnere il p66 anche negli esseri umani per vivere più a lungo? Sia pure con cautela (al di fuori dei laboratori, avverte Pelicci, è tutto più complesso), la strada indicata è proprio questa: agire sui principali geni legati all'invecchiamento per annullarne gli effetti collaterali e garantirci anni di (buona) vita in più. (Daniela Mattalia)

9ª CONFERENZA MONDIALE THE FUTURE OF SCIENCE



I segreti della Longevità VENEZIA, 19-21 SETTEMBRE 2013

DAL 19 AL 21 SETTEMBRE

A Venezia la Fondazione Umberto Veronesi dedica tre giorni a «I segreti della longevità». Scienziati illustri parlano di longevità declinata in tutti i suoi aspetti: biologia, neuroscienze, economia, demografia ([www.thefutureofscience.org](http://www.thefutureofscience.org)).