Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 248.061
Diffusione 11/2015: 175.698
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

22-GEN-2016
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

ETEROLOGA

# Gravidanza con ovulo congelato dieci anni fa

FRANCO GIUBILEI
BOLOGNA

L'ovocita con cui è stato possibile ottenere una gravidanza tramite fecondazione eterologa era stato congelato più di dieci anni fa, il che fa di questo caso un evento eccezionale, sicuramente il primo in Italia, forse al mondo. «In letteratura ci sono gravidanze da ovociti congelati da dieci anni, ma solo per fecondazioni omologhe», sottolinea la professoressa Eleonora Porcu, responsabile del Centro di procreazione medicalmente assistita del Policlinico Sant'Orsola di Bologna, teatro dell'avvenimento.

È un risultato importante, perché l'allungamento dei tempi a disposizione permette di aumentare le probabilità che l'operazione, che presenta una serie di difficoltà, vada a buon fine: oltre alla scarsità dei donatori, c'è da fare i conti con la compatibilità genetica fra chi dona e chi riceve. L'attività del centro bolognese procede grazie a donazioni volontarie e gratuite, una pratica che gli specialisti del Sant'Orsola incoraggiano: «Qui si lavora in modo autarchico – spiega Porcu -. In futuro cercheremo anche di acquisire gameti dall'estero, ma per ora questo è il modo peculiare e innovativo del nostro lavoro». Negli Usa infatti si può pagare, mentre in diversi paesi europei sono previsti rimborsi.

Le visite alle coppie che volevano accedere all'eterologa sono cominciate nel novembre del 2014. Gli specialisti del Sant'Orsola si sono rivolti a donne che avevano già congelato i loro ovuli perché avevano avuto bambini con la fecondazione omologa. Su cento si sono rese disponibili in 14, cinque delle quali hanno superato gli ulteriori controlli medici. A queste se n'è aggiunta una sesta che aveva avuto figli con gravidanze spontanee, ma che si è sottoposta comunque al processo di stimolazione per donare il suo ovocita. Le prime nascite degli otto bambini (due saranno parti gemellari) sono attese per la prossima primavera.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 38.162
Lettori Ed. I 2015: 263.000
Quotidiano - Ed. Bologna

il Resto del Carlino BOLOGNA

Dir. Resp.: Andrea Cangini

22-GEN-2016
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

# «UTERO IN AFFITTO: MODERNA SCHIAVITÙ»

**Procreazione assistita, Eleonora Porcu contro la maternità surrogata. E annuncia la prima fecondazione eterologa con un ovulo congelato da 10 anni**

Orlandi a pagina 7

# Incinta con un ovulo di 10 anni fa Gravidanza record al Sant'Orsola

*Primato nell'eterologa al Centro per la procreazione assistita*

**UTERO IN AFFITTO**
«Non sono d'accordo né come professionista né come donna»

**NOVITÀ IN ARRIVO**
A BREVE IL SANT'ORSOLA OSPITERÀ LA BANCA REGIONALE DEI GAMETI

**IN BREVE**

**14**
Ex pazienti donatori
Su 100 ex pazienti di cui il centro ha gli ovociti congelati solo 14 hanno acconsentito a donarli e sono stati sottoposti a ulteriori controlli dal punto di vista infettivologico e genetico

**228**
Coppie in lista
Il centro conta 24 percorsi di fecondazione eterologa in corso e 228 coppie in lista d'attesa, di cui oltre la metà provenienti da fuori regione. Sei sono le gravidanze in atto

di FEDERICA ORLANDI

**DEL COSIDDETTO** 'utero in affitto', o meglio maternità surrogata, «penso tutto il peggio possibile». Non usa mezzi termini la professoressa Eleonora Porcu, direttrice del Centro di procreazione medicalmente assistita del policlinico Sant'Orsola, secondo cui «è una moderna forma di schiavitù femminile». E lo fa proprio nel giorno in cui l'Italia e il mondo intero festeggiano un successo made in Bologna: la riuscita di una gravidanza con un ovulo congelato da 10 anni. «Ho un'enorme stima del professor Umberto Veronesi – afferma Porcu a chi le fa notare le aperture dell'oncologo sull'utero in affitto –, appoggiò da subito il mio progetto di congelamento degli ovociti per le pazienti oncologiche. Ma in questo caso non sono d'accordo, né come professionista, né come donna».

**SONO** ormai 25 anni che è attivo il Centro del Sant'Orsola e anche per questo può contare su una cospicua banca di gameti crioconservati, ovvero mantenuti grazie al congelamento: «Esclusivamente a scopo terapeutico, però», tiene a precisare la professoressa che guida il centro dal novembre 2014. All'estero infatti, negli Stati Uniti soprattutto, è diffusa la pratica tra le giovani donne in carriera di ricorrere alla fecondazione omologa, facendo congelare preventivamente i propri ovuli per poterli riutilizzare in seguito, in un momento professionalmente più sereno. «Una vera e propria follia collettiva – dice Porcu –. Sono opzioni che andrebbero scoraggiate, noi donne non dobbiamo arrenderci a un'organizzazione del lavoro che ci penalizza e ci fa scegliere tra carriera e figli. I ritmi biologici devono venire prima di quelli lavorativi, che oggi forse non sono a misura di uomo, ma di sono certo non sono, a maggior ragione, a misura di donna». Oggi il centro conta 24 percorsi di fecondazione eterologa in corso e

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 38.162
Lettori Ed. I 2015: 263.000
Quotidiano - Ed. Bologna

il Resto del Carlino BOLOGNA

Dir. Resp.: Andrea Cangini

22-GEN-2016
da pag. 7
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

228 coppie in lista d'attesa, di cui oltre la metà provenienti da fuori regione, con sei gravidanze in atto. Ma soprattutto «l'ovocita di dieci anni impiantato in una paziente e fecondato con successo – dice –, dimostra come la procedura di crioconservazione in cui crediamo da anni sia vincente». Nel resto del mondo non è diffusa la conservazione di gameti congelati per periodi così lunghi: per questo, con ogni probabilità questo è il primo caso assoluto di fecondazione eterologa con un gamete tanto 'longevo'. I primi nati delle sei coppie in attesa arriveranno questa primavera: sono otto, dato che due delle gravidanze sono gemellari. «Io e la mia équipe – sottolinea la professoressa – cerchiamo di lavorare sempre con entusiasmo, con il paziente al centro. Crediamo che il nostro sia un pezzetto di buona sanità...».

**A DISPOSIZIONE** delle coppie c'è un percorso di colloqui *ad hoc*: «Oltre al supporto di uno psicologo – aggiunge Porcu – noi medici cerchiamo, nelle procedure quotidiane, di ascoltare i nostri pazienti e intuirne i bisogni, anche inespressi. Spesso hanno alle spalle percorsi dolorosi e difficili, è importante dare loro calore e accoglienza». I donatori sono per ora quattro uomini e sei donne: di queste, cinque avevano già alle spalle un percorso di fecondazione omologa e hanno scelto di donare i gameti conservati dal Centro. «Su 100 ex pazienti di cui abbiamo gli ovociti congelati – prosegue la direttrice –, solo 14 hanno acconsentito a donarli, e sono state sottoposte a ulteriori controlli dal punto di vista infettivologico e genetico. C'è un freno culturale alla donazione di gameti, ma stiamo cercando di diffondere una sensibilizzazione a riguardo».

## Le fecondazioni assistite

La fecondazione assistita si distingue in due tipologie. Nella omologa, il seme e l'ovulo utilizzati nella fecondazione appartengono alle due persone che compongono la coppia. Nella seconda, almeno uno dei due gameti proveniene da una persona esterna alla coppia: si tratta di una donazione volontaria e gratuita

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 320.639
Diffusione 11/2015: 238.619
Lettori Ed. II 2015: 2.148.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

22-GEN-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

LUMINARE DELLA FECONDAZIONE ASSISTITA

# «No all'utero in affitto» L'esperta: donne schiavizzate

■ BOLOGNA

**DEL COSIDDETTO** 'utero in affitto', o meglio maternità surrogata, «penso tutto il peggio possibile». Non usa mezzi termini la professoressa Eleonora Porcu (**nella foto**), direttrice del Centro di procreazione medicalmente assistita del Policlinico Sant'Orsola di Bologna, secondo cui «è una moderna forma di schiavitù femminile».

Porcu ha parlato a margine di una presentazione dei dati sulla fecondazione eterologa nel Policlinico. La discussione sulla maternità surrogata non ha però toccato il tema delle implicazioni sulle unioni civili. «Ho enorme stima del professor Umberto Veronesi – ha aggiunto a chi le ha fatto notare le aperture fatte dall'oncologo all'utero in affitto –, appoggiò da subito il mio progetto di congelamento degli ovociti per le pazienti oncologiche. Ma in questo caso non sono d'accordo, né come professionista né come donna».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Venerdì 22 GENNNAIO 2016

# “Pronti a riformare la legge 40. E l'iter sarà meno complicato che per le unioni civili”. Intervista a Emilia Grazia De Biasi (Pd)

***All’indomani della conferma alla guida della commissione Sanità, la senatrice anticipa i principali temi che saranno al centro dei lavori parlamentari dei prossimi mesi. A partire dalla riforma della legge sulla Pma dopo la sentenza della Consulta. Ma tra le priorità anche la riforma delle professioni sanitarie prevista dal ddl Lorenzin di nuovo in carreggiata, il parere sull’aggiornamento dei Lea e molto altro ancora. E ai medici che hanno annunciato nuovi scioperi dice: “Va riconosciuta la loro importanza fondamentale per guidare i cambiamenti in atto nella sanità”.***

Appena reduce dal successo personale che l’ha vista riconfermata all’unanimità alla presidenza della commissione Igiene e Sanità del Senato, abbiamo incontrato la senatrice **Emilia Grazia De Biasi (Pd)**. Una lunga conversazione incentrata soprattutto sull’agenda della commissione per i prossimi mesi. Molta la carne al fuoco, dal ddl Lorenzin sul riordino delle professioni sanitarie all’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), e ancora dal grande tema dell’innovazione fino alla legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita.

**Allora presidente, contenta per la riconferma?**
Sono molto emozionata per questa rielezione. Esser stata votata da tutti i componenti della commissione è per me un grande onore. Anche se si tratta di una riconferma, la gioia è la stessa della prima elezione visto l’importante ruolo che potrò continuare a ricoprire. Alla luce delle nomine alla vicepresidenza e alla segreteria, devo dire che sono molto soddisfatta, sono ben rappresentate tutte le culture.

**Quali saranno gli impegni principali che la commissione Sanità dovrà affrontare nel 2016?**
Sono tantissimi gli impegni che ci apprestiamo ad affrontare. Ultimamente la parte legislativa è stata un po’ in ombra, ora, però, dobbiamo affrontare alcune tematiche urgenti. Innanzitutto si è definitivamente sbloccata la situazione di stallo legata al disegno di legge Lorenzin per il riordino delle professioni sanitarie. Un provvedimento molto importante e fermo da troppo tempo che implica il riconoscimento di alcune competenze specifiche per diverse professioni e cha ha ricadute in termini di garanzia per i cittadini visto che rimane strettamente legato al tema della lotta all’abusivismo.

**Proprio il riconoscimento di alcune competenze sembra però aver destato diverse polemiche e preoccupazioni. Che idea si è fatta al riguardo?**
In questo senso vorrei lanciare un messaggio di pace. Ritengo che il rapporto tra medici e altri professionisti sanitari debba essere improntato su armonia e collaborazione. Le sfide che attendono la sanità vanno affrontate insieme, nel rispetto delle reciproche specificità, ma sempre con spirito di collaborazione mettendo al centro gli interessi del paziente.

**Quanto agli altri temi che la commissione si appresta ad affrontare?**
Ci accingiamo a terminare le audizioni sulla riforma delle attività funerarie e dei servizi cimiteriali. Affronteremo poi il tema dei farmaci non utilizzati che prevede la possibilità di riutilizzo di questi medicinali da parte delle Ong in quei Paesi dove ce n’è maggior necessità. Potremmo definirlo un tema

di spending review etica. Porteremo poi avanti la legge per l'assistenza sanitaria ai senza fissa dimora, una tematica drammatica che non può lasciarci indifferenti. Dovremo poi revisionare la legge 40 sulla procreazione medicalmente insistita, già incardinata in commissione, alla luce delle sentenze della Corte Costituzionale.

**Si aspetta un percorso facile sulla legge 40?**
Le sentenze della Consulta non si possono ignorare. Dovremo quindi rimettere mano alla materia. Non sarà semplicissimo ma penso potrà essere meno complicato che per le unioni civili.

**A breve arriverà anche il ddl Gelli sulla responsabilità professionale.**
Sì, questo è un altro provvedimento molto importante sul quale interverremo in maniera rapida. In questi mesi abbiamo portato avanti un lavoro coordinato con la commissione Affari Sociali della Camera. C'è stata una sorta di accordo tra le due commissioni: noi lavoreremo rapidamente sul tema del riconoscimento delle professioni sanitarie mentre loro avrebbero fatto lo stesso sulla responsabilità professionale.

**Oltre a tutti questi impegni dal punto di vista legislativo, dovrete poi affrontare altri grandi temi a partire dai Lea.**
Sì, in stabilità sono stati stanziati 800 mln e, grazie ad un emendamento della XII commissione, siamo riusciti a far sì che per il loro aggiornamento sia ancora necessario anche il parere delle competenti commissioni parlamentari. Sui Livelli essenziali di assistenza abbiamo intrapreso con il ministro Lorenzin un lungo percorso già da un anno, anche nel 2016 proseguiremo questo lavoro.

**E sul tema dell'innovazione?**
Ho molto a cuore la ricerca. Questa, sia in campo clinico che farmaceutico, deve essere una priorità del Governo. In campo farmaceutico, in particolare, dovremo affrontare un argomento molto delicato e di grande attualità. Già nella passata legge di stabilità era stato istituito un fondo ad hoc per il finanziamento dei nuovi farmaci per la cura dell'Epatite C. Sappiamo che a breve arriveranno anche altri farmaci innovativi in campo oncologico molto costosi. Il Governo su questo tema deve coinvolgere il Parlamento per trovare soluzioni strutturali che permettano il più ampio accesso a queste terapie. Il nostro è un sistema universalistico, e l'universalismo vuol dire essere uguali anche davanti al cancro, non solo per l'aspirina.

**A proposito di universalismo, c'è il rischio di privatizzazione strisciante del Ssn di cui parlano molti sindacati medici?**
Vedo tutti i pericoli, resto però convinta che con il lavoro del Governo e del Parlamento si possano trovare strade per mantenere vivo l'universalismo del nostro sistema sanitario. Sarò più chiara: il sistema delle assicurazioni non è tollerabile, non è assolutamente un sentiero percorribile. Proprio ora che anche negli Usa si mette in discussione questo sistema, trovo davvero singolare che si possa ipotizzare una strada simile qui da noi. Altro discorso è invece quello di mettere a sistema quella grande mole di spesa out of pocket esistente. L'importante è farlo mettendo sempre l'universalismo al centro. Voglio dire, non possiamo pensare che oggi ci si possa ancora permettere di buttare soldi all'interno di un sistema senza intervenire su tutti quei meccanismi di spreco e malaffare che portano a sperperare una buona quota delle risorse immesse. La priorità deve essere quella di riconvertire la spesa e aggiornare il Ssn alla luce dei problemi di oggi senza più basarsi su quella che era la società di quasi 40 anni fa.

**Il Ssn doveva essere aggiornato con il Patto della salute. Secondo lei il Patto oggi è morto?**
No, ma c'è il rischio che rimanga tutto solo sulla carta. Come dicevo, bisogna cambiare il sistema sanitario, riconvertire la spesa, far sì che le Regioni collaborino maggiormente sia tra loro che con il Governo. Solo così riusciremo a salvaguardare il Patto.

**Intanto i medici annunciano un nuovo sciopero per il 17 e il 18 marzo.**
Resto vicina ai medici e ai loro problemi. Va riconosciuta la loro importanza fondamentale per guidare i cambiamenti in atto nella sanità. I medici oggi devono avere la forza di coinvolgere in questi processi di cambiamento le altro professioni sanitarie ponendo fine ad una serie di litigi sterili.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 222.918
Diffusione 11/2015: 166.121
Lettori Ed. II 2015: 1.652.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

28-GEN-2016
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

**Roberto Saviano**
L'antitaliano www.lespresso.it

*Il caso della ragazza deceduta a Napoli durante un'interruzione di gravidanza rilancia il dibattito su una legge del 1978 ma ancora applicata male*

# Se il diritto all'aborto c'è solo sulla carta

**NEI GIORNI SCORSI** una ragazza giovanissima è deceduta a Napoli al termine di un'interruzione volontaria di gravidanza. Il Ministero della Salute e la magistratura stanno indagando; il primo per accertare che non vi siano state criticità durante lo svolgimento dell'intervento e nella fase post operatoria, la seconda ricostruirà dinamiche e responsabilità.

Quando accadono tragedie come questa, probabilmente senza alcun nesso di causalità, il pensiero va allo stato della 194, una legge introdotta nel 1978, grazie anche alle campagne condotte dai radicali e da "l'Espresso", e confermata nel 1981 dai cittadini attraverso un referendum abrogativo. Gli italiani hanno scelto, nel 1981, che fosse un diritto della donna decidere se portare a termine una gravidanza o meno, trattandosi del suo corpo. Hanno deciso che bisognava mettere un punto agli aborti clandestini, che costituivano pratiche degradanti e pericolose, e ai viaggi della speranza. Sono trascorsi 38 anni e ancora esistono centri che praticano aborti clandestini, anzi, l'assunzione di farmaci fai-da-te che hanno come effetto collaterale provocare contrazioni uterine che portano all'aborto, sarebbe diventata una prassi diffusissima, e sono tornati attuali i viaggi della speranza, che vedono donne macinare centinaia di chilometri per poter abortire nei tempi previsti dalla legge. E percorrono in lungo e largo l'Italia alla ricerca di una struttura che garantisca il rispetto di un diritto riconosciuto dalla legge.

Giornalismo significa fare un lavoro utile e necessario di informazione, in questo senso il servizio di Elena Stramentinoli, trasmesso da Presadiretta su Raitre, è un capitolo imprescindibile nella storia della legge 194, e testimonia il tradimento della volontà popolare, lo spregio per la libertà di scelta e per la dignità della donna. Stramentinoli fotografa una realtà agghiacciante, in cui le percentuali di obiezioni di coscienza dei ginecologi sono altissime, tanto da diventare obiezione di struttura, perché in molti ospedali non c'è nessun medico che pratichi l'aborto. Il racconto, attraverso le voci dei protagonisti – donne che fanno file di ore in condizioni di estremo disagio, medici abortisti, direttori sanitari di strutture convenzionate che praticano l'aborto – restituisce uno spaccato di disumanità sconcertante in cui si muove la donna che dovesse decidere di interrompere una gravidanza. È come se le venisse costantemente detto: colpa tua, se non volevi essere trattata in questo modo la gravidanza la portavi a termine, sei tu che hai deciso, ora non ti lamentare, vuoi che ti sia garantito il diritto ad abortire? Patisci ciò che implica per te l'averlo acquisito.

**UNA ETERNA PUNIZIONE.** Sofferenza. Come se fosse normale dover pagare un prezzo psicologicamente insostenibile per aver deciso di non volere o di non potere avere un figlio. E il medico abortista che ancora oggi in Italia è considerato un medico imbarazzante, un medico che si arricchisce generando morte. Tutto questo ci restituisce l'immagine di un Paese profondamente arretrato, terribilmente succube di logiche proprie della peggiore spiritualità possibile, perché non credo esista una religione che preveda tra le sue pratiche abituali la crudeltà. Non credo che esista religione che non contempli tra le proprie pratiche e abitudini la comprensione, l'empatia, la vicinanza verso chi soffre.

**CI SONO PAESI IN CUI** quando un medico sceglie di specializzarsi in ginecologia, se ha intenzione di optare per l'obiezione di coscienza, viene invitato a cambiare indirizzo perché le priorità sono queste: prima la libertà della donna di decidere del proprio corpo, poi il diritto della donna a poter interrompere se lo desidera e se ne ha necessità una gravidanza, e poi la libertà del medico di non voler eventualmente praticare aborti. E questo ordine delle priorità non dovrebbe nemmeno essere oggetto di discussione. Eppure, oggi, è profondamente umiliante dover parlare ancora di mancata applicazione della legge 194. Nel Paese delle questioni morali, della politica agli onesti, delle beghe di partito e delle beghe tra partiti, dove tutto si riduce alla competizione elettorale più sterile, nel Paese dove ci si muove guerra al grido di "Onestà! Onestà!", non c'è tempo per occuparsi delle leggi non rispettate, degli articoli della Carta sociale europea traditi. Perdiamo ogni speranza nel Paese delle mafie che con 80 euro comprano voti e democrazia e del governo che con 80 euro compra effimero consenso nel vano tentativo di alimentare una bolla di fiducia, che però assomiglia alla boccata di ossigeno offerta a un anziano ammalato.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 248.061
Diffusione 11/2015: 175.698
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

22-GEN-2016
da pag. 24
foglio 1
www.datastampa.it

# La lotta al cancro e l'ottimismo di Obama Con la prevenzione si guarisce nel 70% dei casi

Autore di oltre 700 pubblicazioni scientifiche, è un riferimento internazionale per la lotta contro il cancro e ha ricevuto 14 lauree honoris causa. Oggi Direttore scientifico emerito dell'Istituto europeo di oncologia di Milano (Ieo), che ha fondato nel 1994, è stato ministro della Sanità durante il governo guidato da Giuliano Amato, dall'aprile 2000 al giugno 2001, e Senatore della Repubblica dal 2008 al 2011.

Gentile Professore, il presidente Obama ha «promesso» agli americani che il cancro sarà sconfitto. È possibile fare una stima di quando ciò avverrà? E riguarderà tutti i tumori? La percezione, pensando ad amici e conoscenti, è in realtà che ci si ammali sempre di più, ma forse non è lontano il giorno in cui una cura efficace ci sarà davvero. Un giorno in cui non si parlerà più del tumore come del «male incurabile» per eccellenza. In quanto massimo esperto di questo settore, cosa ne pensa? Condivide questo ottimismo? E come possiamo, noi, contribuire a eliminare dal mondo questa tremenda malattia?

**PATRIZIA MONTI**

UMBERTO VERONESI

Cara amica, Obama non ha fatto una promessa vana. Tutti gli uomini di scienza sono, come lui, ottimisti, nel senso che sono convinti che il cancro verrà debellato, come è avvenuto per le grandi epidemie del passato. Sul quando, però, il presidente americano non si è sbilanciato, ponendosi come finalità di raddoppiare i progressi compiuti nella lotta al cancro nei prossimi cinque anni, rispetto ai dieci che sarebbero necessari. In altre parole si è assunto la responsabilità di accelerare il ritmo della ricerca, ma non di dare scadenze. Ed è giusto così, perché mentre il progresso della ricerca scientifica è certo, e avanza imperterrito da diecimila anni, i suoi tempi sono incerti, perché non si tratta di un percorso lineare, ma piuttosto legato agli eventi e alle circostanze contingenti della storia. Se guardiamo all'evoluzione della ricerca contro il cancro, i passi avanti negli ultimi cinquant'anni sono stati enormi, sia come guaribilità che come qualità di vita dei malati; ma, effettivamente, intorno agli anni 2000, c'è stata una battuta d'arresto, proprio quando pensavamo di essere vicino al traguardo.

Credevamo infatti che la decodifica del Dna umano ci avrebbe consegnato la chiave d'accesso immediata alla sconfitta dei tumori, e invece non è stato così, perché ci siamo trovati di fronte a una complessità inaspettata della malattia dal punto di vista genetico. Ma la strada è segnata ed è ragionevole pensare che, aumentando i fondi alla ricerca, aprendo l'accesso alle sperimentazioni di nuove terapie e riorganizzando il coordinamento mondiale tra scienziati (i tre obiettivi del piano americano) il momento di impasse verrà superato. In conclusione, credo che arriveremo alla sconfitta del cancro, ma io non la vedrò. Venendo al presente, la sua percezione è corretta, l'incidenza del cancro è in aumento: oggi si ammala un italiano su tre, mentre 50 anni fa si ammalava uno su trenta. Tuttavia c'è molto che possiamo fare perché il cancro sia da subito una malattia curabile: aderire alla prevenzione e alla diagnosi precoce. Il 70% degli attuali casi di tumore possono essere salvati con la prevenzione.

Se tutta la popolazione adottasse una stile di vita salutare e si sottoponesse ai controlli, e se i responsabili delle politiche sanitarie e ambientali applicassero tutte le conoscenze e le misure che la ricerca ha messo a disposizione, il cancro sarebbe già una malattia sotto controllo.

**www.lastampa.it/lettere**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 395.884
Diffusione 11/2015: 308.087
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-GEN-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

Perquisiti Istituto tumori e Ieo

# «Studi sul cancro falsificati» Ricercatori sotto inchiesta

**MILANO** Nasce da un filone dell'inchiesta del 2013 approdata a Napoli la nuova indagine milanese sulla presunta falsificazione dei risultati di studi scientifici sul cancro, che ieri ha determinato — per chiarire se si tratti solo di un grosso equivoco o di reali irregolarità — alcune perquisizioni in uffici e laboratori dell'Istituto dei tumori e dello Ieo, l'Istituto europeo di oncologia fondato da Umberto Veronesi. Una decina le persone indagate, tra le quali professori universitari e ricercatori che hanno lavorato su importanti studi pubblicati su riviste scientifiche. Le accuse ipotizzate dai sostituti procuratori Francesco Cajani e Antonio D'Alessio, coordinati dall'aggiunto Maurizio Romanelli, sono falso in documenti informatici e truffa ai danni dell'Airc, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro, e del Miur, il ministero per l'Istruzione, l'università e la ricerca, enti che erogano i finanziamenti alla ricerca sulle malattie oncologiche. Gli investigatori della sezione di Polizia giudiziaria hanno acquisito (con la collaborazione dei responsabili delle strutture scientifiche) i quaderni di laboratorio degli esperimenti fatti tra il 2000 e il 2013 e relativi ai «meccanismi molecolari alla base dello sviluppo» dei tumori, con l'obiettivo di accertare se contengano «dati scientifici falsificati ad hoc», finalizzati a ottenere proprio grazie a questi risultati i finanziamenti di Airc e Miur. Ad ottobre 2013, la prima parte dell'inchiesta contestò a un ricercatore napoletano alcuni casi di falsificazioni dei dati utilizzati sia per ottenere i finanziamenti, sia per arricchire i curriculum. Gli investigatori scoprirono che i risultati erano stati manipolati al computer utilizzando programmi come photoshop. Una consulenza informatica accertò che nelle immagini dei test di laboratorio erano state duplicate o ribaltate porzioni di proteine o di geni relativi a test estranei agli studi.

**Luigi Ferrarella**
**Giuseppe Guastella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 424.233
Diffusione 11/2015: 305.529
Lettori Ed. II 2015: 1.490.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Attilio Giordano

22-GEN-2016
da pag. 57
foglio 1
www.datastampa.it

NUOVE TERAPIE

# CANCRO: MASSIMI EFFETTI CON DOSI MINIME DI CHEMIO

Una nuova chemioterapia per il cancro al seno, al polmone e al pancreas ottiene gli stessi risultati di quelle attuali con dosi di farmaco 50 volte inferiori, e quindi grandi benefici per l'organismo. L'ha sviluppata la farmacologa Elena Batrakova dell'University of North Carolina: il principio è estrarre dai globuli bianchi del paziente piccole sfere chiamate exosomi, iniettare il farmaco (paclitaxel) al loro interno e reimmetterle nel sangue.

Le difese dell'organismo non percepiscono l'exosoma «ripieno» come un corpo estraneo e non intaccano il farmaco: così una dose irrisoria ottiene grandi effetti.

*(giuliano aluffi)*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

22-01-2016

http://www.adnkronos.it

# Farmaci: Pani, nel 2015 in Italia 726 studi, dal 2018 nuove regole Ue

## Dg Aifa, nostro Paese può diventare 'hub' europeo delle sperimentazioni

Roma, 21 gen. (AdnKronos Salute) - "L'Italia ha registrato negli ultimi anni una crescita delle sperimentazioni: sono stati 723 e 726 gli studi clinici presentati rispettivamente nel 2014 e 2015, e i dati indicano inoltre che i trial valutati in Italia riguardano principalmente farmaci biologici, biotecnologici e per le terapie avanzate. Il nostro Paese, grazie all'opportunità offerta dal nuovo regolamento europeo che entrerà in vigore nel 2018, si candida a diventare uno degli 'hub' europei per i trial, in virtù delle sue eccellenze cliniche nella valutazione e conduzione delle sperimentazioni". Così Luca Pani, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), intervenendo oggi a Roma al convegno 'La ricerca clinica parla europeo: la nuova sfida per istituzioni e imprese', in cui si discute del regolamento 536/2014 sulle sperimentazioni cliniche.

Secondo il nuovo schema, la valutazione dei trial sarà coordinata da una singola autorità

competente nazionale che farà da referente e che fornirà una prima valutazione dello studio, sulla base della quale le autorità competenti degli altri Stati membri forniranno i propri commenti e la loro decisione finale sull'autorizzazione. "Uno schema assimilabile a quello della procedura di mutuo riconoscimento" che avviene oggi per l'approvazione dei medicinali in Europa", ha spiegato Pani. Tale coordinamento tra le agenzie regolatorie del farmaco europee porterà infatti all'autorizzazione di un protocollo di studio identico in tutti gli Stati coinvolti.

L'obiettivo è snellire le procedure, che saranno così integrate e coordinate a livello europeo. Ciò si tradurrà in un vantaggio concreto per i pazienti, che in questo modo hanno accesso precoce a farmaci innovativi.

Per favorire l'adeguamento a tale modello, gli Stati europei hanno già dato il via a un progetto pilota per la valutazione armonizzata dei protocolli clinici che si svolgono in più Stati dell'Ue e, ha ricordato Pani, "a dimostrazione del ruolo che sta assumendo nel processo valutativo, nell'anno 2015 l'Italia ha partecipato alla valutazione di circa il 90% delle sperimentazioni in cui è stata coinvolta (oltre 100 studi), dove è stata autorità competente referente per 19 procedure, posizionandosi al quarto posto in Europa per numero di volte in cui un'autorità competente è stata referente, dopo Gran Bretagna, Germania e Spagna".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 424.233
Diffusione 11/2015: 305.529
Lettori Ed. II 2015: 1.490.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Attilio Giordano

22-GEN-2016
da pag. 60
foglio 1 / 3
www.datastampa.it



# IL MERCATO DELLA SALUTE

di **Alex Saragosa**

Iona Heath, medico e saggista inglese, sostiene che la medicina preventiva, spesso inutile, è diventata il nuovo **oppio dei popoli**. Le statistiche però la smentiscono

Nel 1923 andò in scena a Parigi la prima della commedia *Knock, o il trionfo della medicina* dello scrittore Jules Romains, nella quale si narra di un sereno paesino della campagna francese, sconvolto dall'arrivo del giovane dottor Knock. Con incontri e visite gratuite, il nuovo medico riesce a convincere i paesani che ogni piacere nasconde una minaccia per la salute e che i più lievi malesseri sono sintomi di potenziali gravi patologie, che richiedono cure continue.

Così la comunità si trasforma in una massa di ipocondriaci, che spendono gran parte del loro tempo e reddito in esami medici, farmaci e punitive regole di «vita sana», mentre Knock si arricchisce.

SOTTO, A SINISTRA, IL LIBRO ***CONTRO IL MERCATO DELLA SALUTE*** (BOLLATI BORINGHIERI) DI **IONA HEAT** (A DESTRA), MEDICO A LONDRA PER 35 ANNI, FORTEMENTE CRITICA VERSO I SISTEMI SANITARI NAZIONALI CHE SPRECHEREBBERO TROPPE RISORSE IN PREVENZIONE

Non ci ricorda qualcosa di molto attuale? Certamente lo ha ricordato all'inglese Iona Heath, medico di base a Londra per 35 anni, e oggi presidente del Royal College of General Practitioners, saggista sui temi del rapporto medico-paziente, come in *Modi di Morire* (Bollati Boringhieri), e autrice di articoli di forte critica ai sistemi sanitari in tempo di liberismo trionfante.

Per lei, come ha scritto nel suo ultimo saggio *Contro il mercato della salute* (Bollati Boringhieri, pp. 112, 11 euro), la storia di Knock è una straordinaria profezia di quello che sarebbe diventata la medicina: un misto di buone intenzioni e business, che ha perso di vista il suo scopo primario, aiutare le persone sofferenti, per dedicare invece gran parte delle proprie risorse a «curare i sani», attraverso diagnosi preventive e stili di vita corretti.

La medicina preventiva sarebbe addirittura il nuovo «oppio dei popoli», avendo preso il posto che Karl Marx aveva assegnato alla religione.

«Le somiglianze sono impressionanti, come la religione, la medicina preventiva promette la salvezza se si seguono certi riti, visite periodiche, screening tumorali, ecc, e se si effettuano certi sacrifici, come le rinunce ad alcuni piaceri della vita. Ma i risultati promessi spesso latitano, perché l'origine di tante malattie è dovuta al semplice caso. Intanto, però, come accade per le religioni istituzionali, la medicina preventiva è utile al potere economico, allargando la vendita di medicine e procedure alla maggioranza sana delle popolazioni, ed è funzionale al potere politico, perché sposta la responsabilità delle malattie sugli individui, distraendo dai danni alla salute che tagli ai sistemi sanitari e crescenti disuguaglianze sociali stanno creando».

Per sostanziare le sue affermazioni, la Heath riporta i risultati di alcuni studi sull'efficacia dei programmi di diagnosi preventiva. «Nel 1999 è stato dimostrato che usando i più ampi criteri per definire diabete, ipertensione, ipercolesterolemia e sovrappeso, si arriverebbe alla conclusione che il 75 per cento degli adulti americani sono malati. Il solo fatto che l'Oms abbia abbassato i limiti *normali* di pressione arteriosa da 160/100 a 140/90, ha creato negli Usa 100 milioni di nuovi potenziali ipertesi, in teoria bisognosi di cure mediche a vita. Nel 2012 un controllo dell'efficacia del trattamento di questi nuovi ipertesi non trovò alcun mi-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 424.233
Diffusione 11/2015: 305.529
Lettori Ed. II 2015: 1.490.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Attilio Giordano

22-GEN-2016
da pag. 60
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

glioramento nella mortalità per infarto e ictus negli Usa, mentre il 9 per cento di loro aveva subito gravi effetti collaterali dalle terapie preventive».

Caso simile quello della mammografia, i controlli periodici del seno con raggi X: nel 2014 uno studio canadese condotto per 25 anni su 90mila donne, ha rivelato come questa procedura non riduca la mortalità da tumore al seno nelle donne fra 40 e 60 anni. «E il 22 per cento dei presunti tumori scoperti dalla mammografia si sono rivelati poi falsi allarmi, che hanno provocato inutili sofferenze psicologiche e fisiche alle donne coinvolte».

La critica della Heath colpisce anche misure preventive su cui il consenso sembrerebbe unanime, come gli inviti a una dieta bilanciata o a non fumare. «Anche queste misure sono utili per nascondere il ruolo delle ingiustizie sociali nella genesi delle malattie. Per esempio fumare è sicuramente dannoso per la salute, ma invece di colpevolizzare i fumatori, occorrerebbe aggredire le attività delle multinazionali del tabacco e, soprattutto, ridurre le disuguaglianze, visto che sono le classi svantaggiate a fumare di più. E per quanto riguarda la dieta, è ipocrita dire "consumate più frutta e verdura", se poi sempre più famiglie si possono permettere solo cibo spazzatura».

**«È IPOCRITA DIRE MANGIATE PIÙ VERDURA SE POI TANTE FAMIGLIE POSSONO AVERE SOLO CIBO SPAZZATURA»**

Il messaggio della Heath è quindi chiaro: la medicina preventiva è una foglia di fico con cui le società liberiste mascherano i danni alla salute causati dai crescenti gap di reddito ed educazione.

Ma è veramente così? «Assolutamente no» dice Salvatore Panico, docente di Medicina interna all'Università Federico II di Napoli ed esperto in prevenzione tumorale. «Valutare gli effetti sulla salute degli stili di vita e l'efficacia delle diagnosi preventive è estremamente complesso, visti i tanti fattori in gioco che, pesando in modo diverso nei vari studi condotti, possono portare a risultati difformi. La Heath per confermare il proprio punto di vista, ha citato solo le ricerche che le danno ragione, ignorando le altre».

«Lo scopo di questo mio saggio non era stilare una lista delle pratiche buone e cattive», risponde la Heath «ma, usando un approccio più politico e filosofico che scientifico, far riflettere sul fatto che prevenire non è sempre meglio che curare e comunque non risolve tutto».

Purtroppo però qualcuno, dopo aver letto il libro, potrebbe non cogliere queste sottigliezze, e nell'attuale clima di sfiducia verso ogni istituzione, concludere che la medicina preventiva sia un'illusione se non una truffa. «E sbaglierebbe» dice Roberto Volpe, del Servizio di Prevenzione e Protezione del Cnr di Roma, esperto in prevenzione delle malattie cardiocircolatorie. «Per esempio, si è deciso di abbassare la soglia di "normalità" nella pressione sanguigna non su mandato dell'industria o della politica, ma perché numerosi studi hanno concluso che ogni due punti in più di pressione arteriosa portano a un aumento del rischio di infarto del 7 per cento e di ictus del 10. Ma questo non vuol dire che tutti quelli che hanno pressione o colesterolo alti, debbano prendere farmaci: nella maggioranza dei casi può bastare intervenire su dieta e stili di vita. E anche quando si usano farmaci, in genere si impiegano principi, come le statine, che sono di provata efficacia, molto economici e in genere ben tollerati: l'Heart Protection Study, che ha seguito 20.500 inglesi ad alto rischio di malattie cardiocircolatorie, metà dei quali trattati per cinque anni con una statina e l'altro con un placebo, ha constatato nel primo gruppo una mortalità per infarto ridotta del 18 per cento rispetto al secondo. Si tratta di una strategia preventiva che ha portato l'Italia ad avere uno tra i tassi più bassi in Europa di

SOTTO, COMPLESSI **MULTIVITAMINICI**: I LORO REALI BENEFICI NON SONO ANCORA PROVATI. IN BASSO, MAMMOGRAFIA. A DESTRA, **RISONANZA MAGNETICA**: MOLTE SAREBBERO FATTE PER SPECULAZIONE COMMERCIALE

CORBIS

CORBIS

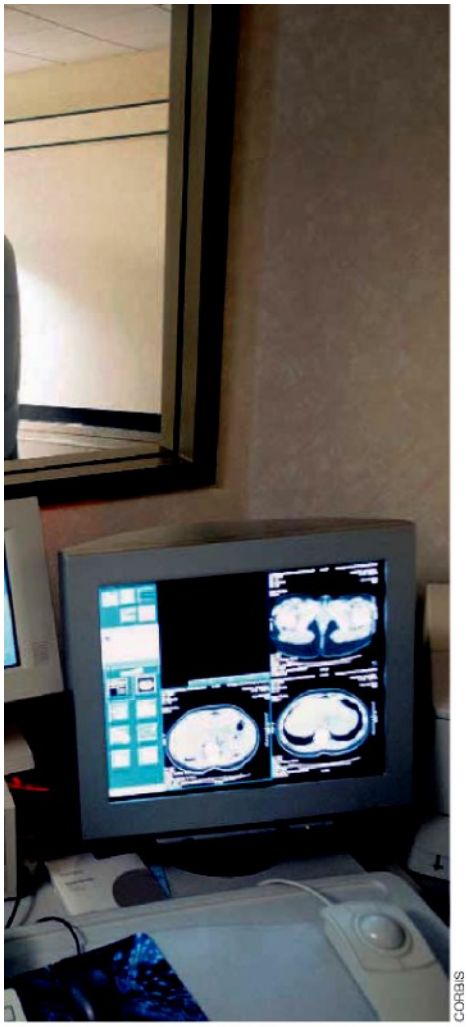
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 424.233
Diffusione 11/2015: 305.529
Lettori Ed. II 2015: 1.490.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Attilio Giordano

22-GEN-2016
da pag. 60
foglio 3 / 3
www.datastampa.it



CORBIS

## Rapporto 2016 dell'American cancer society: i tumori non crescono più

LA MORTALITÀ DA TUMORI CONTINUA A DIMINUIRE, MA SE LA PREVENZIONE ONCOLOGICA È VERAMENTE POCO EFFICACE, COME SOSTIENE LA HEATH, CERTO LE STATISTICHE NON LO CONFERMANO. AI PRIMI DI GENNAIO È USCITO IL RAPPORTO 2016 DELLA AMERICAN CANCER SOCIETY (SOPRA, ACCANTO AL TITOLO, IL SIMBOLO), DOVE SI ILLUSTRA COME LA MORTALITÀ PER TUMORI NEGLI USA SIA SCESA DEL 23 PER CENTO DAL 1991, ANNO IN CUI AVEVA TOCCATO IL SUO PICCO. E, NONOSTANTE L'INVECCHIAMENTO MEDIO DELLA POPOLAZIONE, I TUMORI NON CRESCONO PIÙ NEANCHE COME INCIDENZA: I NUOVI CASI OGNI 100MILA ABITANTI NEGLI USA SONO IN DIMINUZIONE PER GLI UOMINI, -3,3 PER CENTO, E COSTANTI NELLE DONNE. QUESTI RISULTATI SI DEVONO SICURAMENTE ALLE NUOVE E PIÙ MIRATE TERAPIE DEI TUMORI GIÀ SCOPERTI, MA ANCHE, E FORSE SOPRATTUTTO, ALLA MEDICINA PREVENTIVA, SIA NELLA SUA FORMA PRIMARIA (LA RAGIONE PRINCIPALE DELLA DIMINUZIONE DI INCIDENZA FRA GLI UOMINI È IL CALO DEI FUMATORI) CHE SECONDARIA: I TUMORI VENGONO SCOPERTI PRIMA, GRAZIE AGLI SCREENING, E SONO COSÌ CURATI CON PIÙ SUCCESSO: IL SOLO TUMORE AL COLON, PER ESEMPIO, HA DIMINUITO LA SUA MORTALITÀ DEL 50 PER CENTO DAL 1991.

LE NUOVE STATISTICHE MOSTRANO PERÒ, ANCHE, COME METODI DI PREVENZIONE SBAGLIATI POSSANO CAUSARE DANNI: CIRCA MEZZO PUNTO NELLA DIMINUZIONE DELL'INCIDENZA DEI TUMORI NEGLI UOMINI È DOVUTO ALL'ABBANDONO DELL'USO DEL PSA COME MEZZO DI SCREENING DEL TUMORE ALLA PROSTATA. NEI PRIMI ANNI 2000 SI È SCOPERTO CHE LIVELLI ECCESSIVI DI QUESTO ANTICORPO NEL SANGUE CORRISPONDONO SOLO NEL 25 PER CENTO DEI CASI A VERI TUMORI «MA NON BASTA:» CI DICE SALVATORE PANICO, PROFESSORE DI MEDICINA INTERNA DELL'UNIVERSITÀ DI NAPOLI «I TUMORI ALLA PROSTATA, SPECIALMENTE NEGLI ANZIANI, SPESSO SI SVILUPPANO MOLTO LENTAMENTE E NON RAPPRESENTANO UNA VERA MINACCIA. L'USO DI MASSA DEL PSA, SOPRATTUTTO SOPRA I 65 ANNI, HA QUINDI PORTATO A DECINE DI MIGLIAIA DI INUTILI ESAMI INVASIVI E DI INTERVENTI CHIRURGICI DOLOROSI E INVALIDANTI, CHE SI POTEVANO ANCHE EVITARE. IL RAPPORTO COSTI-BENEFICI, IN QUESTO CASO, È STATO COSÌ SFAVOREVOLE DA CONSIGLIARE DI ABBANDONARE QUESTO SCREENING».

mortalità cardiocircolatoria. E proteggere le arterie vuol dire anche ridurre il rischio di demenze senili, malattie devastanti e costosissime per famiglie e per il Servizio sanitario».

Discorso simile per la prevenzione dei tumori. «Tutti gli screening oncologici consigliati, mammografia, pap test per il cancro all'utero e ricerca del sangue nelle feci per il tumore al colon, hanno dimostrato la loro efficacia nel diminuire la mortalità» ricorda Panico «Per esempio, nel caso della mammografia, la Heath non cita la ricerca Swedish Two County Trial, del 2011, che ha seguito la salute di 133mila donne svedesi per 29 anni, delle quali 77mila si sono sottoposte regolarmente a mammografia. La mortalità di queste per cancro al seno è stata del 31 per cento inferiore a quelle non sottoposte all'esame, con la prevenzione di un caso di morte per questa neoplasia ogni 414 donne controllate. In media, secondo le revisioni sistematiche di più studi condotti in varie parti del mondo, se eseguita correttamente e nella fascia di età consigliata, 49-69 anni, la mammografia porta a una riduzione della mortalità, grazie anche ai miglioramenti delle cure, tra il 10 e il 15 per cento. Un certo numero di false diagnosi è inevitabile, ma considerando che in Italia ogni anno si scoprono quasi 50mila tumori al seno e migliaia di donne evitano di morirne grazie alla sua individuazione precoce, è un prezzo accettabile».

CORBIS

**LO SCREENING MAMMOGRAFICO PORTA A UNA RIDUZIONE DEL RISCHIO TUMORE DEL 10-15 %**

Insomma tutto quello che dice la Heath è sbagliato?

«No, ha ragione quando denuncia speculazioni commerciali nella medicina preventiva, per esempio la tac "total body", o i supplementi multivitaminici, che non hanno una efficacia davvero provata» conclude Volpe «Come ha ragione quando afferma che la migliore prevenzione sarebbe ridurre le differenze socio-economiche: le classi disagiate hanno tassi di malattia e mortalità molto superiori a quelli dei benestanti, per la peggiore dieta e il maggior uso di fumo, alcol e droghe. Ma in attesa che la società diventi più giusta, noi medici non possiamo stare con le mani in mano: abbiamo il dovere di curare i malati e consigliare i sani su come, ragionevolmente, restare tali il più a lungo possibile».

**Alex Saragosa**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 80.157
Diffusione 11/2015: 40.318
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

22-GEN-2016
da pag. 37
foglio 1
www.datastampa.it

# Sui manager delle Asl i governatori avranno sempre l'ultima parola

**La politica terrà ben strette nelle proprie mani le nomine dei direttori generali delle Asl. Il decreto legislativo di attuazione della legge 124/2015 dedicato appunto al nuovo sistema di individuazione dei vertici delle aziende e degli enti del Sistema sanitario nazionale, approvato dal consiglio dei ministri mercoledì, contrariamente a quanto indicato da molti media nei giorni scorsi, non elimina affatto l'ingerenza dei partiti e della politica nelle delicate nomine dei direttori generali. Al contrario, il sistema definito dal decreto legislativo rafforza il ruolo della politica e lascia intravedere le modalità con le quali tutta la dirigenza pubblica sarà assoggettata agli organi di governo, nella fase di attribuzione degli incarichi. In apparenza, il sistema previsto è interamente basato su valutazioni tecniche e di competenza. Allo scopo, si istituisce presso il Minsalute un elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina come direttore generale, aggiornato biennalmente. All'elenco potranno accedere solo soggetti in possesso di rigorosi requisiti professionali, allo scopo selezionati da una commissione composta da esperti.**

**Non basta. La «meritocrazia» passerà per il tramite di altre commissioni, questa volta regionali, sempre composte da esperti, che selezioneranno i soggetti iscritti all'albo nazionale degli idonei alla direzione generale tra coloro che abbiano presentato una manifestazione di interesse agli avvisi pubblici con i quali le regioni avviano la procedura di selezione. La meritocrazia e i principi selettivi, tuttavia, si fermano qui. Le commissioni regionali, infatti, non stileranno una graduatoria: effettueranno una valutazione per titoli e colloquio dei candidati e si limiteranno a proporre al presidente della regione una terna di candidati. Pertanto, la politica mantiene e anzi potenzia il proprio potere di nomina, perché sarà il presidente della regione a scegliere dalla terna il candidato che presenti i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire: formula abbastanza generica, da fondare una discrezionalità piena in capo ai presidenti delle regioni. Fondamentale sarà, dunque, il rapporto tra presidenti delle regioni e componenti delle commissioni di valutazione: l'esistenza di un «filo rosso» tra questi soggetti potrà certamente non ostacolare la presenza nelle terne proprio di quei candidati che risultino notoriamente graditi ai fini dell'incarico. E quel «filo rosso» che molto probabilmente continuerà a unire politica, commissioni e direttori generali giungerà fino ai direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali, che saranno nominati direttamente dai direttori generali, attingendo ad appositi albi regionali.**

***Luigi Oliveri***

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 85.153
Diffusione 11/2015: 36.453
Lettori Ed. I 2015: 424.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

22-GEN-2016
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

TAGLI ALLA SANITÀ

# Medici, due giorni di sciopero: "Cure a rischio"

**SI FERMANO** i medici: hanno proclamato uno sciopero per 48 ore il 17 e 18 marzo. La decisione è stata presa ieri nella riunione dell'intersindacale, alla quale partecipano tutte le sigle del settore. L'intenzione è quella di mettere in evidenza il "malessere della categoria dei camici bianchi" contro il "no" ai tagli delle prestazioni erogate ai cittadini e contro "l'indifferenza del governo ai problemi della Sanità". L'obiettivo è "la salvaguardia del Sevizio sanitario nazionale". Un'altra manifestazione dopo lo sciopero generale del 16 dicembre. Il segretario del maggiore dei sindacati dei medici dirigenti, l'Anaao-Assomed, ieri ha detto all'Ansa che "nulla è cambiato. Le questioni sono rimaste tutte sul tappeto e non c'è stata alcuna interlocuzione con il governo. Nessuna risposta". Nè sul nodo della sostenibilità economica della Sanità pubblica, nè sul ruolo professionale dei medici e la garanzia del diritto di cura ai cittadini. Da qui, ha detto Troise, la decisione dello sciopero di 48 ore, con una serie di manifestazioni nei prossimi mesi.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 142.594
Diffusione 11/2015: 77.281
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

22-GEN-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

**Il caso** A marzo un altro sciopero dei medici

# E l'esecutivo si prende anche le Asl

*I manager sanitari saranno preselezionati dal ministero della Salute*
*Zaia, il governatore del Veneto: farò ricorso alla Corte costituzionale*

**Francesca Angeli**

**Roma** «Impugnerò il decreto davanti alla Corte costituzionale». Il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, non intende sottomettersi «al piano accentratore di Renzi». Questa volta a far infuriare il governatore è la riforma del settore sanitario approvata due sere fa in consiglio dei ministri che rimette nelle mani del governo centrale la nomina dei direttori generali di Asl ed ospedali.

«Un decreto perfettamente in linea con il "Renzi pensiero" che con la riforma costituzionale appena approvata in Senato sta riproponendo la peggiore formula del neocentralismo - attacca Zaia -. Invece di guardare al modello federale tedesco Renzi si ispira al centralismo greco. Noi preferiamo la Germania». La principale novità è l'istituzione presso il ministero della Salute di un elenco nazionale dei soggetti ritenuti idonei a ricoprire l'incarico di direttore generale nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, compresi i policlinici universitari. Al presidente della Regione verrà proposta una terna di candidati pescati dall'elenco nazionale. Nella terna non potranno essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale per due volte presso la stessa Asl. Toccherà poi alle Regioni definire gli obiettivi e verificare che siano raggiunti nel rispetto della massima trasparenza.

«In sostanza il governo vuole che io guidi in autostrada bendato e contromano - sbotta Zaia -. Loro nominano i manager ma io devo rispondere del buono o cattivo funzionamento delle Asl. Non ci sto». Il governatore sottolinea che il Veneto è una regione *benchmark* per la sanità (ovvero l'istituzione di riferimento per l'ottimo rapporto tra qualità delle prestazioni e costi). «Ho ridotto il numero dei direttori generali Asl da 21 a 9 e ho i conti in attivo non devono dirmi loro chi scegliere», conclude Zaia che probabilmente non sarà solo nella sua battaglia visto che anche il presidente della Lombardia, Roberto Maroni aveva espresso molte perplessità sul decreto. Maroni fa notare che il governo per i criteri «ha copiato il modello lombardo che ho inventato io».

Ma non c'è soltanto il decreto del governo ad agitare le acque della sanità pubblica. Dopo le 24 ore di sciopero del 16 dicembre i medici rilanciano e proclamano 48 ore di blocco il 17 ed il 18 marzo per «salvare la sanità pubblica» dice il segretario generale dell'Anaao Assomed, Costantino Troise, di fronte ad una politica «tesa soltanto a ridurre il finanziamento e comprimere l'offerta». Massimo Cozza, segretario nazionale Cgil medici, rivendica la necessità di «ricostruire un sistema sanitario che sia in grado di tutelare la salute dei cittadini senza che siano costretti a rivolgersi al privato o a non curarsi a causa di barriere all'accesso come i ticket o le liste d'attesa».

**BATTAGLIERO** Luca Zaia (47 anni), presidente del Veneto dal 2010, quando è stato eletto per la prima volta Riconfermato nel 2015 [Ansa]

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 158.213
Diffusione 11/2015: 118.350
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

22-GEN-2016
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

## I tagli

# La protesta dei medici sciopero 17 e 18 marzo

**Medici di nuovo in sciopero generale: dopo l'astensione del 16 dicembre scorso che raccolse l'80% di adesioni, i camici bianchi incroceranno ancora le braccia per altre 48 ore, il 17 e il 18 marzo. La decisione è stata presa all'unanimità dall'intersindacale dei medici, che riunisce tutte le sigle della categoria, in risposta al "silenzio assordante" del governo ai problemi sollevati, dai tagli alla sanità pubblica fino al rinnovo del contratto bloccato da 7 anni.**
**I sindacati: lo sciopero non è a difesa di interessi di categoria bensì dei diritti di tutti i cittadini, dato che in gioco c'è la sostenibilità stessa del sistema sanitario e, dunque, la possibilità di continuare a garantire cure a tutti.**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 31.646
Diffusione 11/2015: 22.565
Lettori Ed. II 2015: 479.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

22-GEN-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

**17 E 18 MARZO** I SINDACATI DEI CAMICI BIANCHI PROCLAMANO UNA NUOVA INIZIATIVA

# Medici, 2 giorni di sciopero «Salviamo la sanità pubblica»

**«BASTA TAGLI»**

## Manifestazioni in calendario a Milano Firenze e Napoli

● Al «silenzio assordante» del governo replicano con il pugno duro, decisi a non mollare fino a quando l'esecutivo di Matteo Renzi «non darà risposte concrete assumendosi le proprie responsabilità»: per dire basta ai tagli alla Sanità, e soprattutto per difendere il Sevizio sanitario nazionale e il diritto di cure adeguate per tutti i cittadini, i medici hanno oggi proclamato 48 ore di sciopero generale per il 17 e 18 marzo. Una decisione presa all'unanimità dall'intersindacale dei camici bianchi, che riunisce tutte le sigle della categoria.

Non è bastata dunque una prima giornata di sciopero, quella dello scorso 16 dicembre che raccolse un'adesione vicina all'80%, per «smuovere le acque» ed il governo: i problemi sollevati dai camici bianchi sono ancora sul tavolo, così come il loro contratto di lavoro, non rinnovato da 7 anni. Ma la prima cosa che i sindacati medici vogliono chiarire è che la protesta estrema della sciopero non è a difesa di «interessi di categoria» bensì a difesa dei diritti di tutti i cittadini: la posta in gioco, avvertono, è infatti altissima perchè si parla della sostenibilità stessa del nostro Sistema sanitario e, dunque, della possibilità di continuare a garantire cure e prestazioni a tutti i cittadini e senza differenze sul territorio. Le questioni, afferma Costantino Troise, segretario del maggiore dei sindacati dei medici dirigenti, l'Anaao-Assomed, «sono rimaste tutte sul tappeto e non vi è stata alcuna interlocuzione con il governo, nè riguardo la sostenibilità economica della Sanità pubblica, nè sul ruolo professionale nè, tanto meno, in merito alla garanzia del diritto di cura per i cittadini». Sono questioni «essenziali - incalza - che non possono essere omesse dall'agenda della politica». Per questo, annuncia, «abbiamo anche in programma una serie di manifestazioni interregionali, e partiremo dal Sud, da Napoli, a fine febbraio, oltre alle 48 ore di sciopero nazionale». Manifestazioni sono in calendario, da aprile, anche a Milano e Firenze. Insomma, sottolinea Troise, «non si tratta di questioni corporative ma nell'interesse dei cittadini e vorremmo che la politica si assumesse le proprie responsabilità». Un esempio su tutti: «Le annunciate assunzioni non ci sono ancora state, mentre ciò che c'è di concreto sono i tagli della Legge di stabilità e l'assenza di un progetto complessivo per la Sanità pubblica». Sulla stessa linea il segretari della Fp-Cgil medici, Massimo Cozza: «La nostra mobilitazione continua per ricostruire una Sanità che oggi è a pezzi e per fermare la deriva del taglio delle risorse sanitarie rispetto al Pil».

ECONOMIA&FINANZA
Spese mediche nel 730 proroga di nove giorni
Medici, 2 giorni di sciopero «Salviamo la sanità pubblica»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 195.317
Diffusione 11/2015: 141.637
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-GEN-2016
da pag. 39
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

**Scadenze.** Più tempo per la trasmissione al Sistema tessera sanitaria e per la comunicazione della richiesta di privacy

# Mini-rinvio per le spese mediche

## Il termine per spedire i dati slitta al 9 febbraio - Da sciogliere il nodo-farmacie

**Francesca Milano**
MILANO

La proroga richiesta dagli Ordini professionali e dalle associazioni è arrivata: medici, farmacisti e strutture sanitarie avranno 9 giorni di tempo in più per trasmettere al Sistema tessera sanitaria i dati relativi alle **spese mediche** dei contribuenti che confluiranno nel **730 precompilato**. In realtà, i 9 giorni sono 8 perché la scadenza iniziale del 31 gennaio, che cade di domenica, slittava già al 1° febbraio. Il nuovo termine comunicato ieri dall'agenzia delle Entrate scade il 9 febbraio.

### La nuova scadenza

La mini proroga, che non dovrebbe mettere a rischio i rimborsi per i contribuenti a credito, «non impatterà minimamente - sottolinea l'Agenzia - con il calendario della campagna dichiarativa 2016», che prevede la messa a disposizione della dichiarazione ai contribuenti dal 15 aprile e il possibile invio da maggio.

Oltre al termine per l'invio dei dati, slitta anche quello entro il quale i contribuenti possono esprimere il diniego al trattamento dei propri dati: l'opzione può essere esercitata via internet (attraverso il sito www.sistemats.it) oppure attraverso l'agenzia delle Entrate (via mail, via telefono o presso gli uffici). Nel primo caso il termine slitta al 9 marzo, mentre nel secondo caso la scadenza è fissata al 31 gennaio.

A chiedere la proroga è stata, ieri, anche il presidente di Fratelli d'Italia, Giorgia Meloni, che ha postato sulla sua bacheca un messaggio con il quale accusava Renzi di voler « scaricare le inefficienze della Pa sui professionisti a loro spese, generando confusione e creando i presupposti per un sicuro fallimento del meccanismo proposto. Di fatto le criticità e le inadeguatezze della procedura si sono rese evidenti da subito, gravando interamente su medici, cittadini e in futuro sulla credibilità del sistema». Giorgia Meloni ha quindi chiesto al governo di prorogare le scadenze «a una data utile a risolvere i problemi, prendendo in considerazione l'appello delle associazioni».

### Gli scontrini delle farmacie

Ottenuta la proroga, resta però da sciogliere il nodo delle spese farmaceutiche: secondo il direttore delle Entrate Rossella Orlandi gli acquisti di farmaci potrebbero non rientrare nel prossimo 730 precompilato, obbligando i contribuenti a inserire autonomamente le spese da portare in detrazione (si veda «Il Sole 24 Ore» di ieri). Sul punto si è espressa ieri la Fimmg (Federazione italiana dei medici di medicina generale): «Escludere le spese farmaceutiche dal 730 precompilato vuol dire compilarlo solo in minima parte. Ci chiediamo perché non siano state fatte delle verifiche prima e di chi è la colpa. È una vergogna che la questione venga fuori solo adesso». Secondo i medici «la categoria sta facendo un enorme sforzo, con notevoli file agli Ordini, per acquisire le credenziali e mettersi in regola. Ancora una volta a rimetterci sono i cittadini e i medici. Ci sembra un atteggiamento irresponsabile. Stando così le cose non ha senso partire con un sistema incompleto. Sarebbe perciò ragionevole derogare tutto al 2016».

Gli scontrini delle farmacie sono stati oggetto, ieri, di un incontro tra i farmacisti aderenti a Farmacieunite e i dirigenti di Sogei e della Ragioneria generale dello Stato. «Il sistema non è ancora pronto - ha commentato il presidente del sindacato, Franco Gariboldi Muschietti e non certo per colpa delle farmacie. La verità è una sola: le difficoltà delle farmacie nascono in via esclusiva dal ritardo con il quale sono entrate in vigore, soltanto ad agosto del 2015, norme attuative che avrebbero dovuto arrivare entro il 31 dicembre del 2014».

*francesca.milano@ilsole24ore.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

# Dolore acuto e cronico, cosa c'è di nuovo sul fronte del trattamento?

21 gennaio 2016

La valutazione, la prevenzione e il trattamento del dolore anche nei paesi industrializzati non è né sufficienti né equa. Sono necessarie ulteriori ricerche in modo da migliorare il trattamento del dolore e individualizzarlo, in particolare in caso di controllo del dolore cronico. E' quanto emerge da una revisione sistematica delle letteratura pubblicata su **Bioorganic and Medical Chemistry letters** in cui gli autori fanno il punto della situazione sugli attuali trattamenti per alleviare il dolore con un focus sui nuovi approcci che ottimizzano il profilo degli effetti collaterali e migliorano la selettività verso specifici recettori degli oppioidi.

Partiamo da **alcuni concetti di base**; ognuno di noi prova dolore ma con intensità differente. Il dolore è influenzato da vari fattori: caratteristiche individuali di tollerabilità, fattori sociali, culturali ed economici.

Il dolore è un processo molto complesso, eterogeneo e dinamico caratterizzato da specifici modelli di cambiamento fenotipico neuronale sensoriale.
Il dolore è un meccanismo di difesa che attua l'organismo ma che in alcune particolari circostanze può evolvere in condizioni debilitanti come infiammazione, cancro, infezioni virali, diabete e malattie acute e croniche.

Si definisce acuto quando insorge dopo un trauma preciso, scompare quando viene eliminata la causa scatenante e risponde al trattamento nel giro di 1-3 mesi.
E', invece, cronico quando non è sempre identificabile una precisa causa scatenante e non scompare dopo 3 mesi dall'eventuale rimozione della causa.
Quest'ultimo può essere suddiviso in nocicettivo e neuropatico. Il dolore da cancro è anch'esso incluso nel dolore cronico.

**Trattamento del dolore**
L'effetto analgesico è uno degli obiettivi più importanti del trattamento in termini di miglioramento della qualità della vita.
Il trattamento farmacologico per il dolore comprende analgesici non oppioidi, come salicilati, paracetamolo e

FANS, oppiacei e altre classi di farmaci, tra cui antidepressivi e anticonvulsivanti.

Farmaci **oppioidi** imitano le azioni di endorfine interagendo con i recettori oppioidi nel cervello e nel midollo spinale. L'attivazione dei recettori mu degli oppioidi (MOR) nelle vie ascendenti può agire inibendo i segnali nocicettivi.
L'aumento dell'effetto sull'attività ascendente dei recettori degli oppioidi può attivare il patway discendente dei percorsi neurali e produrre sollievo dal dolore. Tuttavia, gli oppioidi sono associati con un potenziale di abuso e dipendenza e sono generalmente indicati nel dolore acuto da moderato a grave.

La classificazione degli analgesici **'non oppioidi'** comprende un insieme di molecole diverse con effetti analgesici, tra cui i FANS, modulatori dei canali ionici voltaggio-dipendenti (VGCC), cannabinoidi, antidepressivi e molto altro ancora.
Farmaci non oppiacei per via orale sono raccomandati per il dolore acuto da lieve a moderato e la maggior parte sono disponibili al banco o su prescrizione medica.

La terapia con FANS è associata con effetti collaterali potenzialmente gravi, il rischio di questi è aumentato in parallelo all'aumento delle dosi e con l'uso a lungo termine.

**Cosa c'è di nuovo?**
Un approccio alternativo prevede l'uso di combinazioni di farmaci con effetti analgesici additivi, ma senza additiva tossicità; questa modalità è emersa negli ultimi anni.
L'associazione di un oppiaceo a farmaci adiuvanti è chiamata analgesia multimodale o bilanciata. Sono in sviluppo diverse combinazioni che incorporano un oppioide e un FANS, più di un oppioide in una sola formulazione o un anti-infiammatorio e un protettore gastro.

Tra queste combinazioni gli autori citano le seguenti, alcune registrate, altre pre-registrate o in fase avanzata di sviluppo clinico: ossicodone cloridrato/naloxone, morfina/ossicodone, ossicodone/ naltrexone, benzhydrocodone cloridrato/paracetamolo, dexketoprofene trometamolo/tramadolo cloridrato, ELI-200, etodolac/cloridrato lidocaina, idrocodone bitartrato/paracetamolo, prometazina/idrocodone/paracetamolo, tramadolo celecoxib, sufentanil citrato/triazolam, acido acetilsalicilico/omeprazolo, etoricoxib/tizanidina cloridrato, tetraidrocannabinolo/cannabidiolo.

Quando la fisiopatologia di una condizione medica è multimodale, cioè, è in relazione a molteplici cause fisiologiche o mediata attraverso diverse vie, la strategia ottimale può essere di utilizzare un farmaco o una combinazione di farmaci che contribuiscono con meccanismi multipli all'azione terapeutica. In tali situazioni, un razionale approccio multimodale può anche provocare il minor numero di effetti negativi.
La maggior parte dei dolori sono multifattoriali in natura a causa dell'anatomia e fisiologia di trasmissione del dolore.

Anche il dolore acuto post operatorio risulta sottotrattato e può succedere che anch'esso crinicizzi. L'utilizzo di nuove tecniche analgesiche come l'anestesia regionale ha sicuramente migliorato gli outcome dei pazienti.

Per il dolore neuropatico c'è una vasta gamma di molecole disponibili, come: farmaci antiepilettici, analgesici oppiacei, antidepressivi triciclici, inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI),inibitori della ricaptazione di serotonina-norepinefrina (SNRI), antagonisti del recettore N-metil- D-aspartato (NMDA), antagonisti del recettore della colecistochinina, adenosina, acido lipoico, cannabinoidi, isosorbide dinitrato, dronabinol, capsaicina, inibitori delle protein chinasi C, inibitori del'aldoso reduttasi e modulatori dei recettori VR-1 ma anche combinazioni di alcune classi delle sopra citate.
Molti di questi composti sono limitati dalla efficacia marginale e da eventi avversi clinicamente significativi.

I FANS includono molecole con caratteristiche differenti; la principale differenza è in inibitori della COX1 o della COX2. Questi ultimi sono legati a meno effetti collaterali visto che non hanno gli effetti emostatici degli inibitori COX1. I COX2 sono però collegati ad aumento del rischio cardiovascolare.

Per quanto riguarda gli oppioidi e i loro effetti collaterali negli ultimi anni sono state sviluppate molecole che consentono il risparmio dell'oppioide e che quindi abbinano a tale molecola funziona sia come un oppiaceo che come un non-oppioide.

Ad esempio il tramadolo, infatti, agisce come oppioide debole e riduce la trasmissione degli impulsi di dolore inibendo la ricaptazione di serotonina e noradrenalina, in modo da indurre un effetto combinato analgesico/adiuvante.
Tapentadolo similmente è un nuovo analgesico che combina un effetto agonista sui recettori MOR e l'inibizione della ricaptazione della noradrenalina (NRI) in una singola molecola, e che mostra analgesia potente ed efficace.

**Altre molecole promettenti**
Gli autori continuano la trattazione parlando anche di altri farmaci che ad esempio agiscono sui canali al sodio, al calcio e al potassio voltaggio dipendenti e antagonisti selettivi del recettore della CRPC- Calcitonin gene-related peptide e molecole attive sui recettori dei cannabinoidi, gli anticorpi monoclonali in fase di sviluppo clinico (es. anti-NGF, anti-IL6 e anti-TNF) e la seconda generazione di agonisti e antagonisti dei recettori vanilloidi (TRPV1) che non causano aumento della temperatura corporea come i predecessori (ci sono al momento disponibili in tutto il mondo patch alla capsaicina e creme per il trattamento del dolore).

In **conclusione**, gli autori sottolineano che la ricerca sui meccanismi alla base dell'origine del dolore ha fatto passi da gigante negli ultimi anni e che sono in fase di sviluppo nuove molecole che si spera avranno un'azione più efficace delle esistenti e soprattutto con meno effetti collaterali.

**Emilia Vaccaro**

Wolkerstorfer A. et al. New approaches to treating pain. Bioorg Med Chem Lett. 2015 Dec 30. pii: S0960-894X(15)30416-9. doi: 10.1016/j.bmcl.2015.12.103.

leggi

.

[chiudi questa finestra]

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 11/2013: 464.428
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA SETTE

Dir. Resp.: Pier Luigi Vercesi

22-GEN-2016
da pag. 101
foglio 1
www.datastampa.it

**Consigli alimentari** / di Caterina e Giorgio Calabrese

# Mal di testa da alcol, colpa di un enzima

## Se si beve troppo, il fegato non metabolizza. Le cose possono peggiorare per chi soffre di cefalee a grappolo

Alcol e mal di testa, un binomio intimamente connesso. Per alcuni, infatti, l'alcol è sinonimo di cefalea, qualunque tipo di vino si beva: bianco o rosso ma specialmente il liquore, anche in minime quantità. Tale fenomeno è dovuto a due varianti del Dna. È quanto ha scoperto uno studio guidato da Lorenzo Pinessi, direttore del Centro cefalee dell'Università di Torino, pubblicato sulla rivista *Headache*. La ricerca è partita dalla considerazione che l'alcol dev'essere rapidamente metabolizzato per evitare danni all'organismo. Ciò avviene grazie agli enzimi: alcol deidrogenasi e aldeide deidrogenasi contenuti nel fegato. Proprio quest'ultimo converte l'alcol prima in acetaldeide e, in seguito, in acido acetico. Questa conversione è completa in caso di dose normale e contenuta. Tuttavia, se il consumo di alcol è eccessivo, il fegato non è in grado di degradarlo tutto e, di conseguenza, l'acetaldeide che sfugge alla conversione in acido acetico può causare nausea e mal di testa, anche per diverse ore. All'effetto dell'alcol etilico si aggiunge la formazione di formaldeide a partire dal metanolo, un'altra sostanza presente, seppur in quantità minore, nelle bevande alcoliche. Per smaltirlo, il fegato utilizza gli stessi enzimi responsabili della degradazione dell'etanolo. Tuttavia, la loro attività inizialmente si concentra in prevalenza su quest'ultimo e verso il mattino, quando pressoché tutto l'etanolo sarà stato smaltito: il fegato inizierà a trasformare il metanolo in formaldeide, causando, ancora una volta, cefalee. Infine, altre molecole, come l'istamina e la tiramina, abbondanti nel vino rosso e nella birra, contribuiscono all'insorgenza del mal di testa. Questa ricerca ha avuto una contemporanea conferma dai colleghi dell'Università di Madrid, constatando che coloro i quali riferivano attacchi emicranici correlati all'uso di bevande alcoliche avevano una particolare variante del gene che codifica per l'alcol deidrogenasi 2 (Adh2). La ricerca italiana, basandosi su questo aspetto genetico, ha quindi testato un campione di 110 volontari, tutti affetti da cefalea a grappolo, malattia caratterizzata da fasi attive (il grappolo, in cui il paziente ha numerosissime crisi di cefalea) alternate a fasi di remissione. Gli studiosi hanno così scoperto che nella fase-grappolo l'assunzione anche di modeste quantità di alcol è in grado di scatenare violentissime crisi di cefalea, ma nella fase di remissione il fenomeno scompare. Studiando l'alcol deidrogenasi 4 (Adh4), un altro dei geni che regolano il metabolismo dell'alcol, è stata identificata una variante genica che si associa in modo significativo alla cefalea a grappolo. I portatori di questa variante genica hanno un rischio notevolmente superiore di sviluppare la malattia. Anche i diversi tipi di alcolici sono più o meno a rischio di causare mal di testa, specie l'emicrania, come lo champagne e altri vini con zuccheri aggiunti. Anche rum, bourbon e cognac, classici del dopocena, contengono sostanze che possono scatenare il mal di testa. In generale, tanto più il colore dell'alcolico è scuro, tanto maggiore è il contenuto di sostanze che causano emicrania.

GETTYIMAGES

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos salute

22 gennaio 2016
NUMERO 10 | ANNO 10

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

# Appello aziende a governi mondiali per nuovi antibiotici

## *Incentivi e sostegno per chi fa ricerca*

Il mondo è sull'orlo di un'era post-antibiotica. E se a ribadirlo sono le aziende del pharma, forse è il caso di preoccuparsi. Più di 80 società farmaceutiche hanno infatti invitato i governi mondiali a mettere a punto nuovi modi per incentivare lo sviluppo degli antibiotici e contrastare così il crescente fenomeno della resistenza a questi medicinali. In una dichiarazione congiunta, diffusa al World Economic Forum di Davos - la Declaration on Combating Antimicrobial Resistance - 85 compagnie e 9 associazioni di 18 Paesi hanno sottolineato che il valore degli antibiotici "non riflette i benefici che questi medicinali apportano alla società". Ecco perché in molti hanno smesso di fare ricerca. Dunque governi e industria devono tornare a lavorare insieme per contrastare l'antibioticoresistenza. In cambio di questo nuovo impegno, e degli incentivi sollecitati nella dichiarazione, le aziende hanno promesso di investire in ricerca e migliorare l'accesso agli antibiotici in tutto il mondo. Tra i firmatari, 'big' del calibro di Gsk, Merck, Pfizer e Johnson & Johnson. Non c'è tempo da perdere, dicono le aziende. Il rischio è quello di trovarsi, altrimenti, a combattere di nuovo e con armi spuntate antiche minacce ritenute fino a ieri ormai sotto controllo, trasformatesi in infezioni incurabili. L'era post-antibiotica segnerebbe un mondo in cui i progressi della chirurgia e le cure anti-cancro, che fanno affidamento sugli antibiotici, sarebbero in pericolo. Si stima che i patogeni resistenti ai farmaci uccideranno 10 milioni di persone l'anno entro il 2050. Periodicamente da medici, esperti e organizzazioni sanitarie viene rilanciato l'allarme super-bug. La dichiarazione delle 85 aziende chiede ai governi di tutto il mondo "di impegnarsi nei finanziamenti e di sostenere lo sviluppo e l'implementazione di nuovi modelli commerciali, che migliorino la conservazione degli antibiotici nuovi e di quelli esistenti", così come la creazione di un mercato "sostenibile e prevedibile" per i nuovi farmaci.

***Margherita Lopes***