Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-MAG-2016
da pag. 47
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

È già realtà l'analisi dei geni fetali da un prelievo di sangue materno

Se si guarda all'orizzonte della frontiera diagnostica rappresentata dai test genetici, si vede che le novità in arrivo sono principalmente di due tipi: da una parte ci sono i test non-invasivi, dall'altra i test molecolari di nuova generazione. Questi ultimi sono in grado di leggere tutti i geni o addirittura l'intero genoma, e ciò avviene ormai praticamente in un «colpo» solo.

«I test non invasivi riguardano principalmente la diagnosi e gli screening prenatali e consistono nella valutazione del Dna fetale che è possibile reperire in minime quantità nel plasma della mamma in stato di gravidanza» spiega Francesca Forzano. «In Italia sono già disponibili in ambito privato i test di screening per la trisomia 21, la sindrome di Down, basati su questa tecnica. Nel Regno Unito da alcuni anni la stessa tecnica viene utilizzata per la diagnosi precoce non invasiva di alcune patologie fetali, ma anche per la determinazione del fattore Rh fetale. Tecniche analoghe sono attualmente utilizzate in fase sperimentale in ambito oncologico, ad esempio per l'analisi del Dna rilasciato nella circolazione sanguigna dalle cellule tumorali. Si tratta di un tipo di accertamento che talvolta viene anche chiamato *biopsia liquida*, in quanto tramite l'analisi del sangue periferico si potrebbe riuscire a evitare al paziente il ricorso a una vera e propria biopsia. Per quanto riguarda invece i test molecolari di nuova generazione, questa è una tecnica che per noi genetisti è già realtà, anche se al momento il loro utilizzo rimane confinato soprattutto nell'ambito della ricerca o di progetti pilota finalizzati alla valutazione di malattie rare. Si tratta di test che hanno enormi potenzialità, ma comportano anche una grandissima complessità di interpretazione e di gestione dei dati».

D. d. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-MAG-2016
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

Salute

Il numero

Clamidia in aumento in Italia fra i giovani, specie al Nord

8,4

La percentuale di ragazzi in Italia che soffre di Clamidia

Su un campione di 93.400 ragazzi italiani analizzati quasi 8 mila soffrono di Chlamydia trachomatis, ma sono in aumento, in generale, i casi di malattie sessualmente trasmesse.

L'allarme arriva dagli specialisti intervenuti al Congresso «Qualità di vita in urologia e andrologia» che si è tenuto all'università Cattolica di Roma. In Italia gli ultimi dati di Epicentro (Istituto Superiore di Sanità) segnalano che l'8,4% dei ragazzi soffre di clamidia, con un'incidenza maggiore al Nord. Questa malattia non dà sintomi nella maggior parte dei casi, ma se non curata per tempo può causare infertilità. La clamidia si conferma l'infezione sessualmente trasmessa più diagnosticata in Europa, con oltre 3,2 milioni di casi segnalati tra il 2005 e il 2014. Occorre quindi una maggiore educazione dei ragazzi alla profilassi e all'igiene intima prima e dopo un rapporto sessuale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-MAG-2016
da pag. 50
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Il documento

Le nuove raccomandazioni degli oncologi per la dieta

Secondo uno studio condotto su tutto il territorio nazionale della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (Sinpe) e dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), oltre il 60% dei quasi 2 mila pazienti valutati (in media 60enni) mostrava una perdita di peso involontaria e più del 40% cento risultava a rischio di malnutrizione. Alla base di questa situazione sta l'ancora scarsa consapevolezza, da parte di medici e pazienti, che il mantenimento di uno stato nutrizionale ottimale durante e dopo le cure oncologiche è molto importante per il successo delle cure e la restituzione alla vita attiva. Aiom e Sinpe hanno così elaborato delle "Raccomandazioni", in 8 punti, pubblicate nel gennaio 2016, in cui pongono l'accento sull'importanza di una tempestiva valutazione nutrizionale modulata in base al tipo di patologia e al suo stadio. Mentre sconsigliano l'uso di diete "alternative", poiché oltre a non essere supportate da dati scientificamente provati, possono comportare ulteriori problemi associati al peggioramento della prognosi.

V. M.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-MAG-2016
da pag. 50
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SALUTE

A tavola si aiuta la cura del tumore

Contrastare il calo dell'appetito e la perdita di peso contribuisce molto all'efficacia dei trattamenti anti-cancro. Ecco i consigli degli esperti

Le cifre
Il dimagrimento riguarda 6 malati su 10 e nel 20% dei casi diventa una «patologia in più»

Le «aggiunte»
Quando è necessario si può ricorrere a vari tipi di integratori da unire ad alimenti e bevande

Mangiare bene può aiutare a ridurre la tossicità di radio e chemioterapia, mettere il malato di tumore nella condizione migliore per affrontare le terapie, rinforzare le difese dell'organismo, e contribuire a prevenire le complicanze post-operatorie, diminuendo sia la frequenza sia la durata complessiva dei ricoveri.

«Non perdere peso è di cruciale importanza per poter proseguire le cure anticancro, anche perché mantenere la massa muscolare riduce gli effetti collaterali delle terapie — spiega Maurizio Muscaritoli, direttore della Nutrizione Clinica al Policlinico Umberto I di Roma —. Inoltre è utile a contrastare la perdita di forza fisica e la debolezza che spesso derivano dalla battaglia contro il tumore, con un effetto positivo sia fisico sia psicologico. Purtroppo però questo aspetto viene ancora spesso trascurato da medici, pazienti e familiari, che ritengono inevitabile un calo di appetito e di chili».

La malnutrizione in chi combatte contro queste patologie è un problema ancora sottostimato, come dimostrano i dati riportati nel «Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2016», che verrà presentato nei prossimi giorni in occasione della Giornata nazionale organizzata dalla Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia.

«Nel 1980 sono usciti i primi studi su perdita di peso e neoplasie – aggiunge Paolo Pedrazzoli, direttore del reparto di Oncologia al Policlinico San Matteo di Pavia – e da allora è stato largamente dimostrato che il deterioramento dello stato nutrizionale influenza negativamente la sopravvivenza dei malati».

«Ciononostante» puntualizza l'esperto, «il calo ponderale riguarda (in Italia, ma anche in Europa e Usa) 6 malati su 10 e nel 20 per cento dei pazienti questo una "malattia nella malattia". Le strategie per contrastare il problema però esistono, il primo passo da fare è semplice: superare la "disattenzione" di oncologi e pazienti». Resta il fatto che molti malati proprio non ce la fanno a mangiare come al solito: c'è chi non ha fame e chi si sente sazio dopo un paio di bocconi; chi ha nausea alla sola vista (o perfino l'odore) del cibo e chi si accorge che il sapore di alcuni alimenti non è più lo stesso.

Che cosa si può fare allora? «Si parte dalla prescrizione di una dieta adeguata, con un apporto nutrizionale che copra il fabbisogno di calorie e proteine che deve essere tarata sul singolo paziente per aiutarlo a recuperare chili o quanto meno a rallentare o bloccare un calo ulteriore — risponde Muscaritoli —. Se necessario, poi, si può ricorrere all'aggiunta di prodotti specifici: integratori nutrizionali totalmente insapori da unire a cibi e bevande (come minestre, sughi, budini, dessert); supplementi nutrizionali orali, cioè bevande già pronte, di vari gusti (bilanciate dal punto di vista calorico, proteico, vitaminico e minerale) acquistabili in farmacia dietro prescrizione e sotto controllo medico, da bere a piccoli sorsi, nell'arco di 30-60 minuti, per evitare senso di gonfiore gastrico e addominale.

« O ancora — conclude l'esperto — quando la voglia di mangiare proprio non c'è, è possibile preparare bevande ipernutritive a base di frutta, latte o yogurt e aggiungere un integratore calorico o proteico in polvere secondo le dosi suggerite dal medico e attentamente diluito. Un cucchiaio di gelato può renderla più gradevole e ancora più nutriente il tutto. E questa sorta di frullato può essere bevuto anche tra un pasto e l'altro e per favorire l'aumento il peso. Infine, nei casi in cui l'alimentazione orale non sia sufficiente, si può ricorrere alla nutrizione artificiale in ospedale oppure a casa».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 152.668
Diffusione 02/2016: 116.159
Lettori Ed. III 2015: 1.153.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

08-MAG-2016
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Sanità

Guardia medica azzerata nella notte Ci sarà solo il 118

Carla Massi

Gli studi dei medici di famiglia resteranno aperti dalle otto a mezzanotte, sedici ore consecutive, ma, dalla mezzanotte alle 8, per ogni emergenza, dovremo chiamare il 118 o andare al pronto soccorso. La guardia medica, di fatto, sta per diventare una specie in via di estinzione. Una "rivoluzione a metà", secondo i camici bianchi. Che per mercoledì prossimo hanno organizzato una manifestazione a Roma.

A pag. 13

Addio guardie mediche di notte resta solo il 118

▶Bufera per la stretta di Governo-Regioni Riforma forse in vigore già dopo l'estate

▶Protesta mercoledì davanti a Montecitorio Appello a Renzi anche dei piccoli Comuni

16.500
Le guardie mediche che verranno accorpate ai medici di base nel progetto che prevede l'apertura degli studi per sedici ore

3
I milioni di chiamate alle quali, in un anno, rispondono le guardie mediche soprattutto durante la notte per visite o consulenze

16
Le ore durante le quali resteranno aperti gli studi dei medici di base, dalle 8 a mezzanotte per sette giorni su sette

LORENZIN: AUMENTERÀ IL PERSONALE GLI SPECIALISTI: «COSÌ SARANNO SOVRAFFOLLATI I PRONTO SOCCORSO NELLE ORE NOTTURNE»

IL CASO

ROMA Gli studi dei medici di famiglia resteranno aperti dalle otto a mezzanotte, sedici ore consecutive, ma, dalla mezzanotte alle 8, per ogni emergenza, dovremo chiamare il 118 o andare al pronto soccorso. La guardia medica, di fatto, sta per diventare una specie in via di estinzione. Una "rivoluzione a metà", secondo i camici bianchi. Che, per mercoledì prossimo, 11 maggio, hanno organizzato una manifestazione a Roma, piazza Montecitorio, dalle 9 alle 14.

L'APPELLO

Con il Sindacato dei medici italiani anche Cgil-Cisl-Uil, Simet, una delegazione dell'Anci piccoli comuni e associazioni di consumatori. Appello a Renzi: «Non spegnere le luci all'assistenza medica notturna». #sìH24noH16
La decisione di tenere aperti gli studi dei medici di famiglia dalle 8 a mezzanotte (7 giorni su 7) sembrava essere la soluzione di tanti problemi. Primo fra tutti il sovraffollamento nei pronto soccorso.

IL RINNOVO

Un coro di sì, da parte del Gover-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 152.668
Diffusione 02/2016: 116.159
Lettori Ed. III 2015: 1.153.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

08-MAG-2016
da pag. 13
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

no, delle Regioni e dei sindacati, ha inserito, un paio di settimane fa, la novità nel rinnovo dell'accordo collettivo nazionale della Medicina generale e della pediatria.

Ma, passano pochi giorni, e scoppia la protesta. Perché all'allungamento orario dei medici di base ha, appunto, corrisposto la cancellazione delle guardie mediche notturne. Quelle che, soprattutto nei piccoli comuni, sono essenziali per evitare di fare tanti chilometri fino al pronto soccorso.

Una coperta, di fatto, sempre corta, secondo i sindacati, dal momento che non sono state previste risorse economiche aggiuntive per la "rivoluzione". Che prevede di unificare la guardia medica con i camici bianchi di base creando delle "Aggregazioni territoriali funzionali" in grado di garantire assistenza dalla mattina presto a mezzanotte.

«Si tratta di una riforma estremamente positiva - commenta il ministro della Salute Beatrice Lorenzin - e credo sia un passo fondamentale per l'integrazione tra territorio e ospedale. Era un atto atteso da tempo e sono molto soddisfatta». Quanto ai timori avanzati dai sindacati anche sulla scarsità del personale per poter applicare il nuovo modello assistenziale il ministro ha risposto «che l'obiettivo è ora proprio l'aumento del personale medico». Le 16.500 guardie mediche saranno spostate nella fascia 8-mezzanotte. Oggi sono loro che rispondono, ogni anno, a oltre tre milioni di chiamate.

L'OSPEDALE

E proprio in un momento in cui il rapporto governo-medici non è dei più rosei scendono in campo tutti camici bianchi. «Se si taglia la guardia medica, c'è un rischio di sovraccarico delle strutture ospedaliere e del 118 – spiega Costantino Troise, segretario generale dell'Anaao Assomed, sindacato autonomo ospedalieri - La sanità è un sistema di vasi comunicanti: se scende l'offerta da un lato, c'è bisogno di aumentarla dall'altro».

Cancellando la guardia medica, secondo la Cgil, «si elimina chi è incaricato di visite domiciliari e consulenze telefoniche che possono risolvere il problema, evitando di andare in ospedale». Di parere opposto la Federazione dei medici di medicina generale Fimmg certa che «l'assistenza sarà garantita nelle sedici ore quando c'è una maggiore richiesta».A Roma, mercoledì, ci sarà anche la presidente Anci dei piccoli Comuni, Franca Biglia. Teme che in quelle zone, soprattutto le montane, nella notte, possa diventare molto complicato essere certi dell'assistenza. Parla di «eliminazione, in quelle zone, della stessa presenza del servizio sanitario nazionale» Pina Onotri, Segretario generale del Sindacato medici italiani.

Così, il rinnovo dell'accordo, si presta ad essere un fertile terreno di scontro e di trattativa per sciogliere nodi e superare ostacoli che potrebbero non essere legati solo alla questione delle sedici ore e della guardia medica in via di estinzione.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 31.653
Diffusione 02/2016: 23.632
Lettori Ed. III 2015: 478.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

08-MAG-2016
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SALUTE & BENESSERE

APPROFONDIMENTO È UN PROBLEMA DIFFUSO SOPRATTUTTO TRA LA POPOLAZIONE FEMMINILE: IL 70% DELLE DONNE LO CONTRAE NEL CORSO DELLA VITA, NELLA MAGGIORANZA DEI CASI SENZA CONSEGUENZE

Papilloma virus: vaccinarsi è fondamentale

È l'unica pratica che può garantire a ragazzi e ragazze di prevenire problemi anche molto seri in futuro

I vaccini

Sono di diverso tipo a seconda dei differenti "ceppi" del virus contro cui proteggono. La loro efficacia è provata da numerose evidenze, anche in un arco di tempo di vari anni

di Roberto De Filippis

È un virus molto diffuso, tant'è che un'elevata percentuale delle donne lo contrae nel corso della propria vita, anche se nella maggioranza dei casi l'infezione guarisce spontaneamente senza causare problemi. Tuttavia, l'Hpv (noto a tutti come Papilloma virus) può determinare infezioni persistenti, che con il passare del tempo (anche dopo un periodo di vari decenni) possono provocare il cancro.

Come mettono in luce i numerosi dati raccolti dalla rete dei National institutes of health statunitensi, infatti, tale virus si può considerare responsabile di quasi tutti i tumori che colpiscono la cervice uterina, oltre che del 95% di quelli che colpiscono l'ano, del 70% di quelli all'orofaringe (in questo caso la trasmissione avviene per via sessuale, anche attraverso il sesso orale), del 65% dei tumori alla vagina, del 50% di quelli alla vulva e, infine, del 35% di tutti quelli che affliggono il pene.

«In realtà, esistono più di 120 tipi di Papilloma virus, ma soltanto alcuni di essi sono causa di malattie. In questo senso, i più pericolosi sono gli Hpv di tipo 16 e 18», precisa il professor Guglielmo Ronco, ricercatore Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) presso l'azienda ospedaliera universitaria Città della salute e della scienza di Torino.

Insieme allo screening, lo strumento più efficace per combattere i tumori causati da tale virus è sicuramente la vaccinazione, che andrebbe eseguita prima dell'inizio dell'attività sessuale.

In Italia tale vaccino, che si effettua con una semplice iniezione all'altezza della spalla, è gratuito per le ragazze di 12 anni; sebbene non sia obbligatorio, tutte le 12enni sono invitate a vaccinarsi. È comunque possibile, dopo essersi consultati con il proprio medico, effettuare la vaccinazione anche in età più avanzata, nonostante in tal caso non sia più gratuita e sia necessario farla privatamente.

Di recente, alcune Regioni, tra cui la Puglia, offrono gratuitamente questo vaccino anche ai ragazzi di 12 anni.

«L'estensione della vaccinazione agli adolescenti maschi», spiega il professor Ronco, «ha due obiettivi: da un lato quello di creare un'immunità diffusa, riducendo la circolazione complessiva del virus, proteggendo così indirettamente anche chi non è vaccinato, dall'altro quello di prevenire la comparsa dei tumori maschili provocati dall'Hpv».

Altre armi messe a disposizione dalla medicina per evitare le complicanze legate al Papilloma virus sono l'Hpv-Dna test, che rappresenta «il principale strumento di screening secondo le linee guida, sia quelle europee sia quelle statunitensi» come sottolinea il professor Ronco, il Pap-test e la colposcopia, un semplice esame in cui si analizzano i tessuti nel corso di una visita ginecologica.

«In particolare», precisa il professor Ronco, «per lo screening nelle donne vaccinate c'è un'indicazione particolarmente forte a passare prima dal Pap-test e solo in seguito dall'Hpv-Dna test. Infatti, nella comunità scientifica c'è una concordia assoluta nell'attendere un notevole scadimento dell'efficienza e dell'efficacia del Pap-test nelle donne già vaccinate».

Attualmente, sono a disposizione due vaccini contro il Papilloma virus: quello bivalente, indicato anche per chi non è più

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 31.653
Diffusione 02/2016: 23.632
Lettori Ed. III 2015: 478.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

08-MAG-2016
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

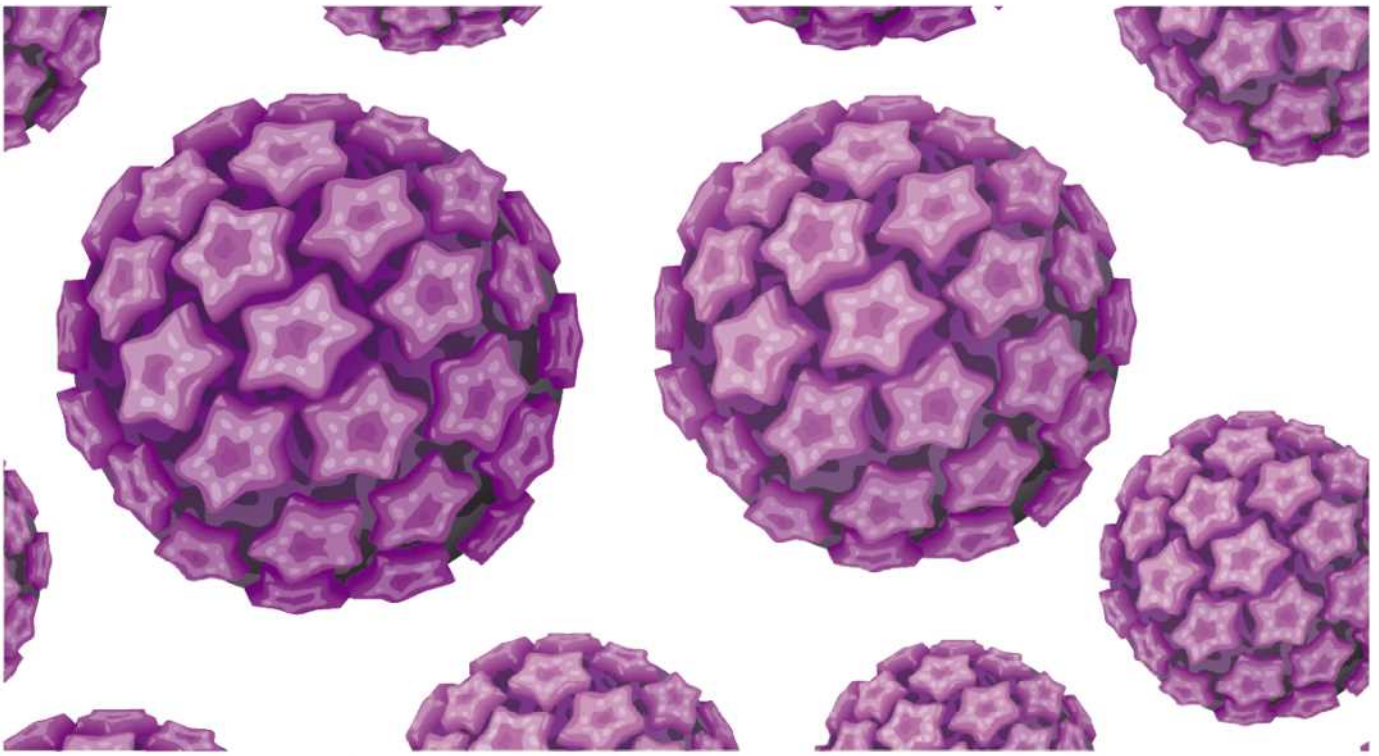
adolescente, che protegge dall'Hpv di tipo 16 e 18; e quello quadrivalente, che protegge non soltanto dall'Hpv di tipo 16 e 18, ma anche da quello di tipo 6 e 11. Tra il 2016 e il 2017, inoltre, dovrebbe essere introdotto in gran parte dei Paesi europei anche il vaccino nonavalente, che offre protezione non solo contro quest'ultimi ceppi, ma anche nei confronti del Papilloma virus di tipo 31, 33, 45, 52 e 58.

Va poi sottolineato che quello contro l'Hpv è un vaccino di cui l'ottima efficacia è dimostrata da diverse evidenze scientifiche e statistiche. Una prova evidente la offre uno studio svolto in Australia, dove il quadrivalente è stato introdotto parecchi anni fa e ha coinvolto molte adolescenti, dimostrandosi particolarmente efficace. A oggi, per il vaccino anti Hpv non sono previsti richiami.

«Anche se solamente da circa 10 anni è disponibile sul mercato, ci sono tutte le premesse perché la durata della protezione di questo vaccino sia piuttosto lunga», afferma il professor Ronco. «Infatti, in base agli studi effettuati finora i livelli degli anticorpi, che ogni volta che vengono nuovamente a contatto con il virus si rinforzano, si mantengono abbastanza alti con il passare del tempo».

A ogni modo, gli esperti stimano che l'efficacia del vaccino anti Hpv offra una copertura non inferiore ai vent'anni. Tuttavia, nonostante sia confermato che sia efficace per prevenire molti tumori e sia inoltre sicura e affidabile, attualmente nel nostro Paese questa vaccinazione è ancora assai poco diffusa: infatti, le adolescenti a cui è stata somministrata costituiscono soltanto una percentuale vicina al 70 del totale, mentre la copertura desiderata, che offrirebbe un livello ottimale di prevenzione, sarebbe del 95%.

In collaborazione con il professor Guglielmo Ronco
ricercatore Airc
presso l'azienda ospedaliera universitaria
Città della salute e della scienza di Torino



ZOOM Ecco una rappresentazione grafica in 3D del Papilloma virus umano, di cui si conoscono diversi tipi che possono attaccare la cute o le mucose.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 31.653
Diffusione 02/2016: 23.632
Lettori Ed. III 2015: 478.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

08-MAG-2016
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

MEDICINA NUOVA ASSOCIAZIONE

Il barese Schittulli guiderà la Hsc «Azzereremo il cancro al seno»

● **BARI.** Il senologo pugliese Francesco Schittulli è stato eletto presidente della neonata Hsr, High Senology Responsibility, associazione scientifica che mira, entro il prossimo decennio, a raggiungere l'obiettivo di «mortalità zero» per il cancro al seno, con particolare attenzione rivolta alle donne del Centro-sud. Alla Hsr, costituita a Napoli, hanno aderito specialisti provenienti tra l'altro dall'Istituto Tumori di Napoli, Milano, dell'Università di Perugia e dell'Asl di Roma.

All'atto dell'insediamento, Schittulli ha rilevato che ogni anno si sviluppano e scoprono un numero sempre maggiore di tumori al seno che interessano donne al di sotto dei 50 anni di età. «Il cancro al seno è il più frequente tumore diagnosticato, rappresentando il 29% di tutti i tumori femminili ed è ancora il "big killer" n.1». Tutto questo nonostante si registri un aumento della guaribilità, attestata oggi all'80%, con oltre 600.000 donne italiane che hanno un vissuto di cancro al seno. «È giunto il tempo - continua Schittulli - di prendersi concretamente cura dello stato di benessere delle donne, investendo in prevenzione e quindi in salute e non in malattia».

Nel 2015 si sono registrati circa 48.000 nuovi casi di cancro al seno, a fronte degli oltre 50.000 stimati per il 2016. Schittulli ha sottolineato come nel Mezzogiorno sia necessario un cambio di passo. «Dobbiamo promuovere una campagna di sensibilizzazione che garantisca alle donne, da un lato di poter effettuare un esame diagnostico eco-mammografico ogni anno a partire dai 40 anni di età, vita natural durante e dall'altro lato, offrire strutture sanitarie d'avanguardia che superino il concetto organizzativo delle "Breast Unit" per aprirsi al "Dipartimento Donna", struttura che sappia farsi carico in toto della salute della donna per l'intero suo percorso di vita».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 82.646
Diffusione 02/2016: 34.776
Lettori Ed. III 2015: 415.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

08-MAG-2016
da pag. 10
foglio 1 / 5
www.datastampa.it

HUMAN TECHNOPOLE

Tutte le bufale dello scienziato del dopo-Expo

BARBACETTO A PAG. 10 - 11

Per il dopo-Expo la bufala dell'elisir di lunga vita

"Vivremo 120 anni" *Il papà del progetto del governo è il professor Giuseppe Pelicci, noto per aver diffuso per anni la teoria (falsa) del gene miracoloso P66*

La valutazione di Ht *Dopo le proteste degli scienziati, è al lavoro un gruppo di ricercatori internazionali. Ma senza la possibilità di confronti con programmi diversi*

ELENA CATTANEO

Human Technopole sarà una Signoria creata per legge, con vassalli e valvassori: nessuno vorrà dissentire

19 marzo 2016

GIANNI BARBACETTO

Per capire che cosa sarà Human Technopole, la città della ricerca da costruire sull'area Expo, bisogna conoscere il papà di questo progetto: Pier Giuseppe Pelicci. È un noto scienziato italiano, condirettore dello Ieo, l'Istituto europeo di oncologia fondato da Umberto Veronesi, e di Veronesi è il braccio operativo. Pelicci non ha per ora alcun ruolo ufficiale, perché il progetto per il dopo Expo voluto dal presidente del Consiglio Matteo Renzi non ha ancora una struttura definita. È una promessa: creare un grande polo di ricerca sul genoma, per studiare i meccanismi delle malattie oncologiche e neurodegenerative, associarle agli stili di vita, all'alimentazione e alla storia familiare dei pazienti; aggiungerci un centro sui "big data", per sviluppare gli algoritmi necessari a processare l'immensa mole di dati necessari agli studi sulla genomica; e sviluppare un centro di "nano-science & technology" che progettino nuovi dispositivi per monitorare la salute dei pazienti.

Ht, una Signoria con ricco tesoretto

È solo un annuncio, ma ha già tre punti fermi. Uno, si deve fare sull'area Expo, altrimenti non si saprebbe come utilizzarla, visto che nessun privato ha voluto comprarla, dopo che sono stati spesi 200 milioni di denaro pubblico per acquistarla e altre centinaia di milioni per infrastrutturarla. Due, la regia sarà del genovese Istituto Italiano di Tecnologia (Iit), che ha il pregio di essere sotto il diretto controllo del governo. Tre, i soldi per finanziare la fascinazione – ha promesso Renzi – saranno 150 milioni all'anno per dieci anni, cioè 1 miliardo e mezzo di euro.

Sono bei soldi, che porterebbero risorse alla bistrattata ricerca italiana. Eppure

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 82.646
Diffusione 02/2016: 34.776
Lettori Ed. III 2015: 415.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

08-MAG-2016
da pag. 10
foglio 2 / 5
www.datastampa.it

finora un pezzo del mondo scientifico (dalla biologa e senatrice a vita Elena Cattaneo all'ex presidente dell'Istituto nazionale di Astrofisica Giovanni Bignami) hanno detto no a un metodo di finanziamento considerato opaco e non meritocratico. "Così come è concepito oggi", dice Elena Cattaneo, "Human Technopole sarà solo una Signoria creata per legge e dotata di tesoretto. Fatta di una corte, completa di vassalli e valvassori, così nessuno avrà voglia di dissentire". "Un clamoroso atto di sfiducia nei confronti della ricerca pubblica da parte del governo che ne è responsabile", aggiunge Bignami. "Uno spot che svilisce la ricerca", incalza Cattaneo, uno sfavillante teatrino messo in scena per "mettere una toppa *glamour* al dopo Expo". Con soldi distribuiti senza gare pubbliche, senza valutazioni indipendenti, senza libera competizione, senza trasparenza sulle assegnazioni, senza controlli. Il direttore dell'Istituto Italiano di Tecnologia, Roberto Cingolani, sarà trasformato da Renzi in un Re Mida a cui ogni studioso, ogni centro di ricerca, ogni università dovrà pagare pegno se vorrà avere accesso ai fondi ed essere coinvolto nei suoi programmi. Nel progetto Human Technopole Italy 2040 non c'è solo Cingolani, che ci ha almeno messo la faccia. C'è anche Pelicci, che ha steso il progetto sulla genomica. È lo scienziato che da anni promette l'elisir di lunga vita. È lui che ha convinto a entrare nella partita il finanziere Francesco Micheli, con cui ha fondato Genextra, holding specializzata in ricerca biofarmaceutica. Micheli ha poi coinvolto Marco Carrai, l'uomo d'affari più vicino a Renzi, che ha fatto da ponte con il presidente del Consiglio, il quale ha infine fatto suo e lanciato il progetto. Ricerche sul genoma, con la promessa di allungare la vita: è la fascinazione di Human Technopole, ma è anche da sempre il programma di Pelicci, lo scienziato che vuole portare la vita dell'uomo a 120 anni. Progetto affascinante. Ma perché è stato scelto proprio questo, senza una valutazione preventiva di altri temi, senza un confronto con altri programmi possibili? Per esempio la medicina rigenerativa e la terapia genica, in cui l'Italia è prima al mondo, grazie agli studi dell'università di Modena e Reggio Emilia e del San Raffaele di Milano. In questo campo, gli italiani Michele De Luca e Graziella Pellegrini hanno prodotto il primo farmaco al mondo a base di cellule staminali. Invece non c'è stata alcuna discussione, alcuna comparazione: a scegliere, senza aver ricevuto alcun incarico trasparente e senza aver messo in comune percorsi e motivazioni della scelta, è stato un gruppo informale di persone, tra cui il professor Pelicci; poi Renzi ha annunciato in pubblico l'ideona per salvare il dopo-Expo, con annessa promessa del tesoretto miliardario. Solo a cose fatte, e dopo le proteste di una parte del mondo scientifico, è stato coinvolto un gruppo di scienziati internazionali a cui è stato affidato il compito di elaborare una valutazione del programma: ma senza alternative, senza la possibilità di confrontare programmi diversi.

L'uomo che sussurra a Matteo Renzi

Pier Giuseppe Pelicci vede la luce a Semonte di Gubbio, in Umbria. Ma come scienziato nasce all'Università di Perugia, ateneo ad alta densità massonica. Lì si laurea in medicina nel 1981, poi fa il ricercatore e il docente. Lì entra in contatto con Veronesi, che ha costruito nel tempo una fitta rete di rapporti negli ambienti accademici italiani, con punti di forza soprattutto a Milano, Napoli, Trento, Bari e, appunto, Perugia. Tra il 1981 e il 1986, Pelicci fa il ricercatore in Francia e poi nel laboratorio di biologia molecolare della New York University Medical Center diretto dall'italiano Riccardo Dalla Favera. Tornato in Italia, dello Ieo di Veronesi diventa direttore del dipartimento di oncologia sperimentale, poi vicedirettore, infine, dal 2010, co-direttore scientifico. Intanto insegna a Perugia, a Parma, a Milano alla Statale e all'Università Vita Salute del San Raffaele. Ha ruoli nella Fondazione Veronesi, nell'Int (l'Istituto nazionale dei tumori), nella Firc-Airc (la Fondazione italiana per la ricerca sul cancro), nell'Ifom (l'Istituto Firc di oncologia molecolare). È co-fondatore di Genextra, la holding di Micheli.

Ha un curriculum scientifico lungo 27 pagine, ma riassumibile in quattro parole: elisir di lunga vita. È il 1999 quando pubblica sulla prestigiosa rivista *Nature* un articolo sulla proteina P66. È un gene che controlla il metabolismo. Pelicci sostiene che i ratti a cui viene tolto il P66 hanno una vita più lunga del 30 per cento. Senza alcun effetto collaterale. Senza alcuna variazione di peso. È una folgorazione. Negli anni seguenti, Pelicci spiega in interviste bombastiche che "spegnendo" il P66 nell'uomo si potrebbe prolungare la vita fino a 120 anni. "La scoperta del meccanismo che determina la senescenza ha rivoluzionato la teoria del processo di invecchiamento. In precedenza era attribuito prevalentemente all'ambiente per effetto usura; oggi invece responsabile dell'invecchiamento deve essere considerato *in primis* il gene programmato dal codice genetico, che ogni individuo si porta dalla nascita". Così parla Pelicci. "Gli studi finora condotti dimostrano che la funzione del gene umano è identica a quella del topo. Quindi è verosimile che anche nell'uomo il gene si comporti come nel topo. L'obiettivo della ricerca scientifica è quindi portare la durata media della vita da 80 anni a 120". Con questo canto delle sirene, facile mettere in moto il meccanismo dei finanziamenti, pubblici e privati. La promessa è quella di trovare, prima o poi, qualcosa di molto simile alla "pillola" dell'eterna giovinezza.

Contrordine: ma è tutta colpa dei topi

Da quell'annuncio del 1999, passa un decennio in cui il sogno dell'elisir di lunga vita

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 82.646
Diffusione 02/2016: 34.776
Lettori Ed. III 2015: 415.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

08-MAG-2016
da pag. 10
foglio 3 / 5
www.datastampa.it

rimbalza dalle riviste scientifiche a giornali e tv. La mirabolante scoperta viene citata e ripresa in centinaia di lavori specialistici, dando lustro (e carriera) a Pelicci, che accumula riconoscimenti, ottiene incarichi pubblici e privati, porta a casa finanziamenti. Dodici anni dopo, la promessa comincia a sfaldarsi. È Pelicci stesso, nel 2012, a mettere i puntini sulle i. Comunica in un altro articolo, pubblicato su *Aging Cell*, di aver verificato che se il P66 viene tolto a ratti che vivono non in laboratorio, ma in ambiente selvatico, il risultato è opposto: vivono non di più, ma di meno. Nella ricerca succede: si può anche sbagliare, si possono trovare nuove evidenze che smentiscono quelle precedenti. Ma in questo caso c'erano stati diversi segnali, negli anni precedenti, che avevano messo in dubbio la "scoperta" di Pelicci, mai presi però sul serio dallo scienziato. Già nel 2003 un gruppo di ricercatori del Texas, capitanati da Arlan Richardson, aveva obiettato che il campione di animali testati da Pelicci era troppo piccolo per avere valore statistico. Nel 2005 il team portoghese de Magalhães aveva sostenuto che i ratti utilizzati nello studio erano troppo pochi e che l'allungamento osservato nella vita degli animali senza P66 poteva essere un inganno statistico. Inoltre ipotizzava che non fossero i ratti senza P66 a vivere il 30 per cento *in più*, ma gli animali di controllo, quelli restati con il P66, a vivere il 30 per cento *in meno*, per le condizioni di vita in laboratorio. D'altra parte, anche in un convegno del 2004 due studiosi italiani, Stefano Salvioli e Claudio Franceschini, avevano raccontato che gli umani arrivati alla soglia dei cento anni, al contrario di quanto prevedeva Pelicci, avevano *più* P66 e non *meno* di quelli a cui sopravvivevano. Niente da fare: Pelicci per oltre un decennio tace sulle critiche dirette e indirette che vengono rivolte alla sua teoria. E solo nel 2012, quando evidentemente le sue promesse non possono più reggere, fa marcia indietro, dicendo che lo avevano ingannato i ratti in laboratorio. Càpita. I ricercatori possono sbagliare. Negli ultimi anni sono emersi molti casi di ricerche scientifiche sbagliate. Sono anche stati denunciati molti casi di ricerche addirittura taroccate. Come quelle del professor Alfredo Fusco, sotto indagine giudiziaria prima a Milano e ora a Napoli, che secondo l'accusa "aggiustava" con il *photoshop* le immagini di proteine studiate per associarle all'insorgere di tumori. Così poteva chiedere e ottenere finanziamenti per la ricerca. Sotto processo, a Perugia, anche un altro professore, Stefano Fiorucci, addirittura arrestato nel 2008 con l'accusa di aver inviato a riviste scientifiche Usa immagini non originali, spacciate come frutto della sua ricerca. Con quelle pubblicazioni aveva ottenuto finanziamenti per 2 milioni.

Dopo i geni, la dieta: i cibi che fanno miracoli

Pelicci si è, se pur tardivamente, autocorretto. Continua a inseguire il sogno dell'elisir di lunga vita, ma ora lo declina, come progetto a breve termine, nella miracolosa dieta "Smartfood"; a lungo termine, invece, lo proietta nel dopo Expo di Human Technopole.

"Smartfood" promette una vita più lunga grazie ai cibi che "dialogano con il nostro Dna": dal cioccolato alla cipolla, dalle patate viola agli asparagi, dai frutti di bosco alla curcuma, il libro *La dieta smartfood* (scritto per Rizzoli da Eliana Liotta con Pier Giuseppe Pelicci e Lucilla Titta) svela le proprietà degli alimenti che "mimando il digiuno, modificano le vie genetiche che presiedono alla durata della vita". E promette "il primo regime alimentare tutto italiano a marchio scientifico: quello dello Ieo di Milano".

Per chi ha più tempo, almeno fino al 2040, c'è Human Technopole. Annunciato così, nel gennaio 2016, da un entusiastico servizio di *Sette*, il settimanale del *Corriere della Sera*: "L'uomo di domani, quasi immortale, nascerà negli ex padiglioni di Expo. Ecco come 1.600 scienziati lo culleranno, tra mappature genetiche e cibi anti-malanni". In otto pagine che sprizzano ottimismo, Pelicci viene presentato (ancora) come "lo scienziato acclamato sulla rivista *Nature* per aver scoperto uno dei geni dell'invecchiamento". E come il vero padre di Human Technopole: "I *rumors* raccontano che sia stata una sua relazione a Cernobbio, al Forum Ambrosetti, ad avere acceso una lampadina nella testa di Renzi". Sì, l'uomo che accende le lampadine nella testa di Renzi è uno dei promotori della "medicina di precisione, che non propone terapie uguali per tutti, ma cure mirate alla persona". Quest'anno, ci dicono le dure statistiche, l'età media degli italiani dopo molti anni di crescita torna a calare. Ma *Sette* annuncia invece che "forse, prima della fine di questo secolo, l'Italia sarà popolata da arzilli novantenni lucidi e in salute". Avranno "i farmaci personalizzati per curarsi, il cibo che previene i malanni, i vestiti antibatterici, l'ambiente meno inquinato, i robot intelligenti per le faccende di casa": venghino venghino, benvenuti nel meraviglioso mondo di Human Technopole Italy 2040.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il progetto di Human Technopole

Primavera 2015: Matteo Renzi ha un problema a Milano. Il sindaco Pisapia ha annunciato di non volersi ricandidare, Expo nei primi tre mesi ha ingressi da flop. La questione-Milano si presenta al presidente del Consiglio come un gomitolo aggrovigliato da molti nodi. Soprattutto la sorte delle aree dopo l'esposizione gli pare lontana dalla soluzione: nessun operatore privato ha risposto al bando del novembre 2014 che le metteva in vendita per 314 milioni. Francesco Micheli, finanziere milanese di lungo corso, da tempo si interessa di ricerca sul genoma. Perché non fare dell'area Expo un polo di ricerca? La regia dell'operazione è affidata a Roberto Cingolani, direttore dell'Iit, l'Istituto italiano di tecnologia di Genova. Coinvolto anche Gianfelice Rocca, presidente di Assolombarda e fondatore dell'Istituto Clinico Humanitas. Così nasce l'idea (Human Technopole Italy 2040) che Renzi presenta a Milano il 9 novembre 2015. Ma Ht occuperà solo 70 mila mq, l'area Expo è di oltre 1 milione di mq. E il resto?

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 82.646
Diffusione 02/2016: 34.776
Lettori Ed. III 2015: 415.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

08-MAG-2016
da pag. 10
foglio 4 / 5
www.datastampa.it

Biografia

PIER GIUSEPPE PELICCI

Nato nel 1956, è condirettore dello Ieo, l'Istituto europeo di oncologia fondato da Umberto Veronesi. È anche co-fondatore di Genextra, holding che si occupa di ricerca biofarmaceutica. È diventato famoso sostenendo che togliere il gene P66 ai ratti allungava loro la vita. Poi ha dovuto ammettere l'errore. Oggi predica le virtù dello "smartfood", "il primo regime alimentare a marchio scientifico"

I numeri

200 milioni: soldi pubblici per acquistare le aree Expo. Quello di Milano è il primo Expo realizzato non su aree pubbliche.

150 milioni all'anno per dieci anni: lo stanziamento previsto dal governo per il progetto Human Technopole

2,1 miliardi: costo totale di Expo Milano 2015. Ricavi: solo 400 milioni.

La scheda

▪ **L'IIT** di soldi pubblici ne ha più di quanti ne riesca a spendere. E non deve restituirli, come avviene di solito per i fondi alla ricerca inutilizzati. È nato per stimolare l'innovazione tecnologica nazionale. Fondato nel 2003 dall'ex ministro Tremonti, è un soggetto di diritto privato finanziato dal pubblico. La legge che lo ha istituito prevede l'erogazione di circa un miliardo a scadere nel 2014. A cui si sono aggiunti i 129 milioni dell'ex Fondazione Iri, ceduti a Iit nel 2008. Gli investimenti dell'industria, in teoria partner, non superano i 10 milioni.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-MAG-2016
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

Salute

La riflessione

di **Alberto Scanni**

IL MEDICO SIA ANCHE MAESTRO DI ETICA

Medici che si fanno timbrare da altri la presenza in ospedale, colleghi conniventi che favoriscono queste situazioni, chirurghi che operano quando non è necessario, dottori che si fanno pagare per favorire i ricoveri, certificati di invalidità accondiscendenti, cartelle alterate per coprire gli errori in ospedale. La cronaca ne ha riferito non di rado. Certo non sono tutti così e non si può fare di ogni erba un fascio, ma il fenomeno esiste e non può essere ignorato. Giusto insorgere per difendere la categoria, ma bisogna cercare di capire il perché e insistere nell'attività di prevenzione. Quando ci si laurea le possibilità sono due: o si vive la professione come servizio nel rispetto dell' altro e delle istituzioni o,visto che di fatto i malati sono soggetti dipendenti e bisognosi, si gioca una superiorità onnipotente e devastante che fa spallucce delle regole e delle persone. E allora non ci si sente in colpa se si bara sulle presenze in ospedale, se si fanno interventi non necessari, se si certifica il falso, se il denaro diventa l'obiettivo principale. Il denaro, il carrierismo, il nascondere gli errori, sono alla base di questo fenomeno fortunatamente ancora limitato. I medici devono onorare la loro professione con comportamenti etici, rispettosi dell'altro e delle istituzioni verso cui hanno il dovere di essere attenti, onesti e di rispettare le regole.

Per evitare le derive della professione, oltre all'impegno individuale, la formazione universitaria deve "battere" sul tasto di un "etica di responsabilità" che è personale e risponde di fatti e omissioni. E, oltre al professore universitario, devono diventare maestri di moralità il medico di famiglia che ospita un praticante o l'ultimo assistente che si trova vicino uno studente del quinto anno, o un onesto sindacalista che difende i diritti degli operatori e dei malati, o un ricercatore che guida un'équipe, o il presidente di un Ordine di medici che insegna la deontologia, o il responsabile di una società scientifica che apre ai giovani per farli crescere. Essere maestro significa non avere il mito dell'arrivismo e del denaro, significa insegnare al medico a essere onesto, moralmente ineccepibile e la società ha il diritto di giudicarlo se si comporta male. Milan Kundera ne " L'insostenibile leggerezza dell'essere" dice : «Un medico, diversamente da un politico o da un attore, viene giudicato solo dal suo paziente e dai suoi più prossimi colleghi, cioè a porte chiuse, da uomo a uomo». Oggi non basta: le porte devono essere aperte .

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-MAG-2016
da pag. 51
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Pensa la salute

Perché la tessera sanitaria va data ai minori migranti

di **Riccardo Renzi**

In gergo sociologico li chiamano *ronin*, termine giapponese che indicava i samurai rimasti senza padrone. In termini burocratici sono *migranti minori non accompagnati*, bambini e ragazzi arrivati in Europa senza genitori. Un fenomeno esploso nel 2015 (88.300 secondo Eurostat, quasi tutti africani passati dall'Italia) e che continua tuttora. La maggior parte hanno 16-17 anni, ma ci sono 12 mila bambini sotto i 14 anni, che devono letteralmente cavarsela da soli, senza assistenza, senza scuola, senza poter lavorare ufficialmente. Sono i nuovi sciuscià d'Europa, sul cui destino non mancano i timori. Secondo Europol negli ultimi anni almeno 10 mila sono scomparsi, la metà mentre erano in Italia. Ecco perché è bene che nessuno storca il naso al progetto europeo Care, per cui anche in Italia da luglio prossimo (meglio tardi...) a tutti i migranti, anche i minori, verrà assegnata una tessera sanitaria. Che permetterà non solo di curarli, ma anche di tracciare i loro movimenti. Sperando che non scompaiano nelle strade d'Europa.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

08-MAG-2016
da pag. 1
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Anziani dimenticati Senza assegno il 50% dei non autosufficienti

Germania e Francia hanno riformato il welfare, noi no E solo il 4% degli over 65 riceve l'assistenza domiciliare

Il welfare che dimentica gli anziani

13,5 milioni
Il numero degli anziani in Italia Rientrano nella statistica tutti coloro che hanno più di 65 anni

21 per cento
La percentuale di anziani in Italia rispetto al totale della popolazione Un rapporto destinato a crescere

3 milioni
Numero di persone che in Italia assistono praticamente a tempo pieno un anziano non autosufficiente

L'assegno
Lo Stato assicura 500 euro al mese per coprire le spese di assistenza delle persone non autosufficienti Statisticamente, però, poco più di uno su due tra coloro chene hanno i requisiti lo ottiene

Caregiver
Con questo termine inglese si indica il familiare costretto ad assistere il parente non autosufficiente

Caregiver
Con questo termine inglese si indica il familiare costretto ad assistere il parente che non riesce da solo a badare a se stesso

Ai lettori
Assieme all'Italia che funziona c'è anche un'Italia che non va. Segnalateci tutto ciò su cui a vostro avviso vale la pena di indagare scrivendo a: inchieste@lastampa.it

ANDREA MALAGUTI

Corticella, prima periferia di Bologna, «Centro disturbi cognitivi» del servizio sanitario della Regione Emilia Romagna. La diagnosi di Mario, uno dei due milioni e mezzo di italiani non autosufficienti con più di 65 anni, è semplice: Parkinson-demenza. E' la sua vita a non essere stata semplice per niente.

E se il volto umano è la cartina che segna tutti i territori in cui abbiamo vissuto, quella di sua moglie Rossella, che ha 75 anni come lui, deve essere stata persino peggio, perché mentre entra con il marito nello studio numero sei della dottoressa Antonella Tempestini, il suo sguardo si porta dentro tutta la fatica di questi anni.

Deve avviare le pratiche per chiedere l'invalidità del marito, il cui destino è segnato. Tra poco non riuscirà più a deglutire, avrà bisogno del pannolone e di essere imboccato tre volte al giorno. Così serve la pensione da 500 euro per assumere qualcuno che stia con lui quando lei va a fare la spesa, o magari a trovare la sorella. E' probabile che l'assegno arriverà, anche se appena il 12% dei tredici milioni e mezzo di anziani lo ottiene. Statisticamente poco più di uno su due di coloro che ne hanno bisogno. Mentre uno su tre, aggiungono impietosamente i numeri, a differenza di Mario vive da solo. E anche se la solitudine non è il Parkinson, è altrettanto pericolosa. «La solitudine è forse il problema più grave di tutti, perché in un 75enne anche un piccolo deficit cognitivo peggiora rapidamente, trasformandosi in una valanga che porterà l'anziano in una struttura residenziale se non c'è nessuno che gli resta di fianco», dice il professor Marco Trabucchi, geriatra e professore di neuropsicofarmacologia dell'Università di Tor Vergata.

Nel giro di un paio di decenni il problema rischia di trasformarsi in una catastrofe. Ma come agisce lo Stato per tutelare se stesso e soprattutto chi si trova o si troverà in una condizione di debolezza, cioè ciascuno di noi?

I caregiver

Mario e Rosella non hanno figli. O meglio, non li hanno più. Sono morti uno a 38 e l'altro a

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

08-MAG-2016
da pag. 1
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

45 anni, per colpa di una malattia genetica e non curabile: paraparesi spastica. E mentre Rossella parla per 45 minuti con la dottoressa Tempestini, Mario guarda altrove in un posto fuori dallo spazio e dal tempo che conosce solo lui. Quello che conosce lei - eterna accudente con la capacità organizzativa di un manager - è invece una quotidianità piena di pianti nascosti in cui la sua identità viene espropriata per la necessità di «stare accanto», «di pensare a», «di preoccuparsi per, in attesa di» e la sua agenda è piena di appuntamenti sanitari e schemi di terapie complesse e con nomi indicibili.

Anche per questa sua attività decisamente privata esiste un nome tecnico mutuato dall'inglese: caregiver familiare. Un esercito di quasi tre milioni e mezzo di persone che vive seguendo un calendario meticoloso di gesti quotidiani dedicati ai genitori, ai propri mariti o alle proprie mogli, in attesa che si allarghi un sistema di welfare sempre più sgonfio in cui i caregiver come Rossella coprono l'80% delle prestazioni e delle spese. «Senza un robusto incremento del finanziamento pubblico per l'assistenza agli anziani non autosufficienti il sistema è destinato a un inevitabile e progressivo declino, ma il punto è che la politica ha passato i primi dieci anni del secolo immaginando una riforma che non ha mai fatto e ora le priorità sono cambiate e l'attenzione si è concentrata sulla povertà più in generale», dice il professor Cristiano Gori, coordinatore del Quinto rapporto sugli anziani non autosufficienti promosso dall'Irccs-Inrca per il network nazionale per l'invecchiamento.

Soluzioni possibili? Una la offre Alberto De Santis, presidente dell'associazione nazionale strutture per la terza età. «Se i lavoratori dipendenti e autonomi rinunciassero a un giorno di ferie potremmo creare un fondo da destinare a chi in vecchiaia è particolarmente fragile».

La proposta è mutuata dal modello tedesco, dove i lavoratori rinunciano non a uno, ma a tre giorni di ferie per assicurarsi un futuro familiare e personale sereno. Così, per esempio, se un signore di Berlino vuole andare un mese in ferie, ci penserà lo Stato a mandare e a pagare con mille e quattrocento euro un infermiere professionale che si prenderà cura della madre o del padre bloccati in casa. In Germania, cioè, già nel 1995 hanno immaginato e realizzato una riforma per l'assistenza continuativa (Long Term Care) e altrettanto hanno fatto in Francia nel 2002, in Spagna nel 2006 e in Gran Bretagna nel 2014. L'Italia, dice ancora il rapporto sulla non autosufficienza, «è l'unico grande Paese europeo a non avere riorganizzato in maniera organica il suo sistema» anche se «riguardo alle politiche sociali è positivo che il Fondo Nazionale per la non autosufficienza sia tornato ad avere una dotazione di 400 milioni di euro nel 2015, si tratta infatti della principale risorsa per gli enti locali a cui attingere per finanziare interventi sociali e socio sanitari» come l'assistenza domiciliare o i servizi di prossimità e teleassistenza. «Il ritorno del fondo è certamente un bene, ma si tratta di una goccia nell'oceano. D'altra parte, a differenza di quello che succede con Papa Francesco, avete mai sentito Renzi parlare di anziani?», chiede Trabucchi. E anche Gori ha una domanda fa fare: «A che cosa siamo disposti a rinunciare se vogliamo immaginare un futuro diverso?».

Assistenza a domicilio

In attesa di una riforma del sistema che si preoccupi del 21% della popolazione, il ruolo dei caregiver è destinato a ridursi se è vero che il rapporto tra le persone con una età compresa tra i 45 e i 64 anni e le persone con oltre 75 anni si dimezzerà entro il 2050 e che la famiglia tradizionale sta cambiano forma, lasciando spazio a comunità sempre più ristrette. E se è vero che l'assistenza domiciliare integrata (Adi) e i servizi di assistenza domiciliare forniti dalle aziende sanitarie locali hanno una funzione decisiva è anche vero che appena il 4,3% degli italiani over 65 vi fa ricorso. Dunque, ancora una volta, lo sforzo per consentire a chi ha disabilità psichiche e funzionali di continuare la propria esistenza a casa viene consegnato a famiglie e associazioni di volontariato.

L'alternativa sono strutture residenziali, pagate per metà dal pubblico, che costano comunque al privato dai 1800 euro al mese in su. Cifre che con la crisi in pochi possono permettersi, tanto che nelle strutture private non ci sono più liste d'attesa, ma oltre 17 mila posti letto disponibili.

Perciò la domanda di Gori ritorna: a che cosa siamo disposti a rinunciare per immaginare un futuro diverso?

Il filo d'argento

Rosa Romano, pensionata e dirigente dell'Auser Filo d'argento ha rinunciato al suo tempo libero. Seduta al tavolo del centro d'ascolto di Legnano assieme ai colleghi, mostra numeri che sono la testimonianza di un successo capace di attirare l'attenzione di omologhe associazioni belghe: «Nel 2015, solo qui in Lombardia, nei nostri 21 punti di ascolto abbiamo avuto 222 mila contatti». Duecentoventiduemila. Le linee sono aperte 24 ore su 24 e gli anziani chiamano per ogni problema: ansia, voglia di fare due chiacchiere, consigli, bisogno di avere la spesa e le medicine a casa o magari la necessità di farsi accompagnare a una visita medica. Esigenze che l'Auser riesce a soddisfare anche grazie ai finanziamenti frutto di un accordo con la Regione Lombardia che dovrebbe essere rinnovato in queste ore. «Speriamo, non c'è motivo perché così non sia», dice moderatamente preoccupata Rosa, mentre Libera, una delle volontarie compone il numero della signora Anna. «Come sta Anna? Si sta preparando il pranzo? E che cosa mangia oggi?». Anna racconta e Libera ottiene due risultati. Le fa compagnia e verifica che la donna, ultraottantenne, si preoccupi delle sue esigenze primarie, cibo, pulizia, salute.

Pochi chilometri più in là, a Gallarate, Lino Campioni, anche lui dirigente Auser e responsabile del centro socioculturale («tutto attaccato perché le due dimensioni sono inscindibili») «Figli del lavoro» gestisce una vera e propria piazza virtuale via Internet. Parte degli anziani del centro sono collegati tra loro via Skype e nel primo pomeriggio si mettono davanti alle televisioni connesse con i computer e parlano comodamente seduti sulla poltrona di casa. E anche Campioni sperimenta quotidianamente quanto sostiene il professor Trabucchi: «Le persone che hanno accesso alla nostra piazza virtuale hanno ridotto del

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

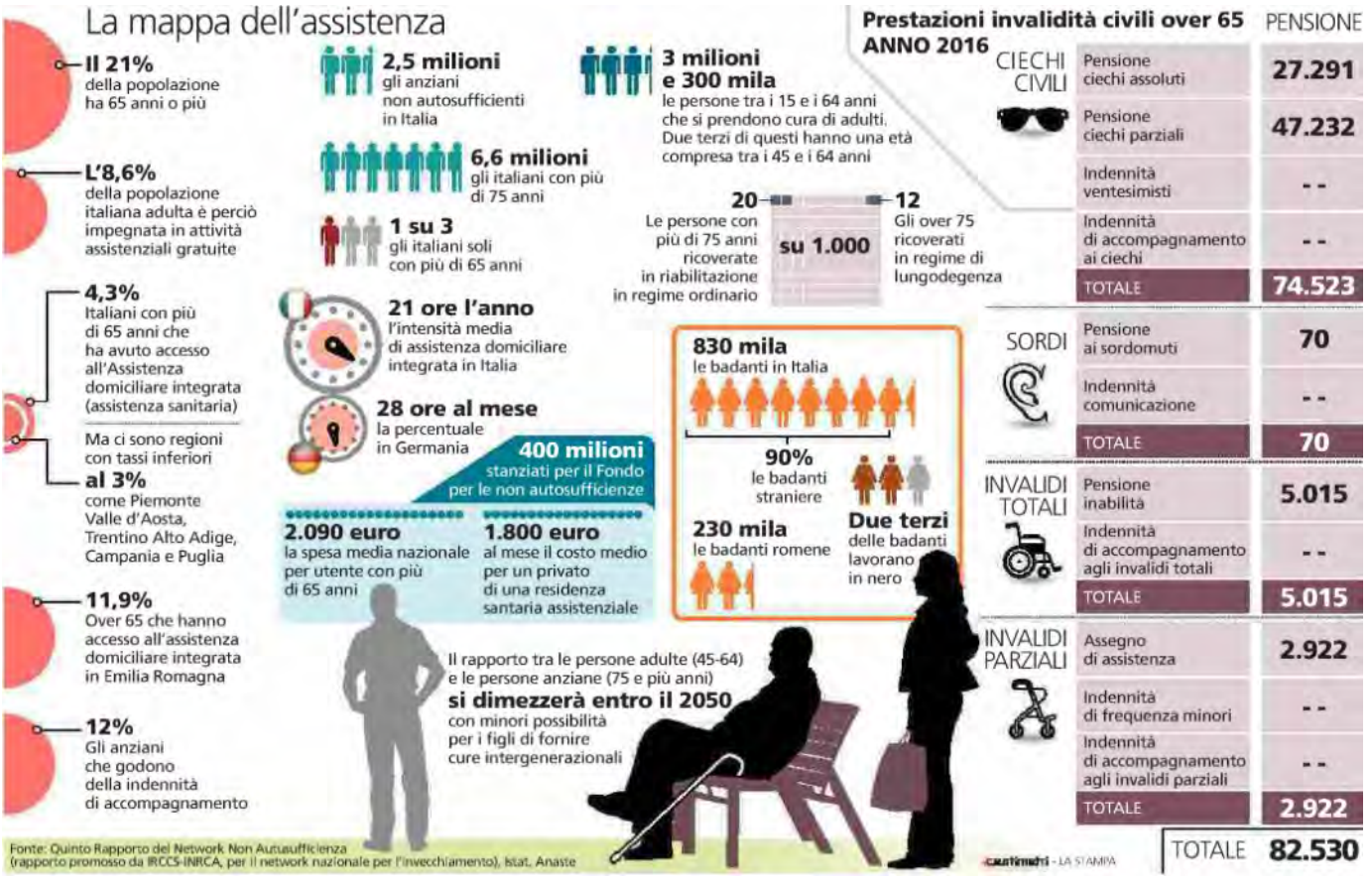
08-MAG-2016
da pag. 1
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

40% il ricorso al medico di famiglia. Lo Stato ha scarsissima attenzione per gli anziani. Ma queste persone sono una risorsa straordinaria. Basterebbe guardarli quando ballano e ricominciano a innamorarsi per capire».

Maria e la badante

A Torino, in via Renier, Giovanna, apre la porta dell'appartamento al terzo piano senza ascensore. È lei che sedici ore a settimana aiuta la signora Maria Giovaniello a lavarsi o a fare la spesa e Maria, che ha 87 anni, è invalida al 100%, ed è la settima di otto fratelli (una dei tre rimasti in vita) è legata a lei come se fosse la nona sorella. Maria vive grazie alla reversibilità del marito (600 euro) e a un assegno di accompagnamento da 500 euro, 150 dei quali servono per garantire parte dello stipendio di Giovanna, che a suo modo è un'eccezione. Dipendente di una cooperativa, è una badante italiana in un mondo di badanti straniere. Delle sue 830 mila colleghe, infatti, il 90% viene dall'estero, circa un quarto dalla Romania. Due terzi di loro lavorano in nero. Giovanna no. Maria, donna di grande spirito, ha fatto le cose per bene. «Ho avuto una vita complicata. Mio marito è stato malato per anni, poi è morto di tumore e io ho campato mangiando colli di pollo. Ma sono lucida e i miei figli mi stanno vicino. Mi piacerebbe solo che qualcuno mi portasse ancora in gita, come facevano le associazioni di volontariato quando potevo camminare. Ma non mi lamento. A mia sorella è andata peggio di me. Ha l'Alzheimer e non riconosce più nessuno. I figli l'hanno dovuta ricoverare e oggi pagano duemila euro al mese. Sono bravi, ma che fatica». Una fatica condivisa da milioni di persone in Italia, ma difficilmente percepita dallo Stato. «La verità è che la nostra classe politica non è all'altezza», sentenzia Trabucchi. E a questo punto, come sostiene Karl Jasper: «l'ultima questione da sapere è se dal fondo delle tenebre un essere può brillare» o come dice più semplicemente la signora Giovaniello, esprimendo il desiderio che più le sta a cuore, «c'è qualcuno che può portarmi un'ultima volta al mare?».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

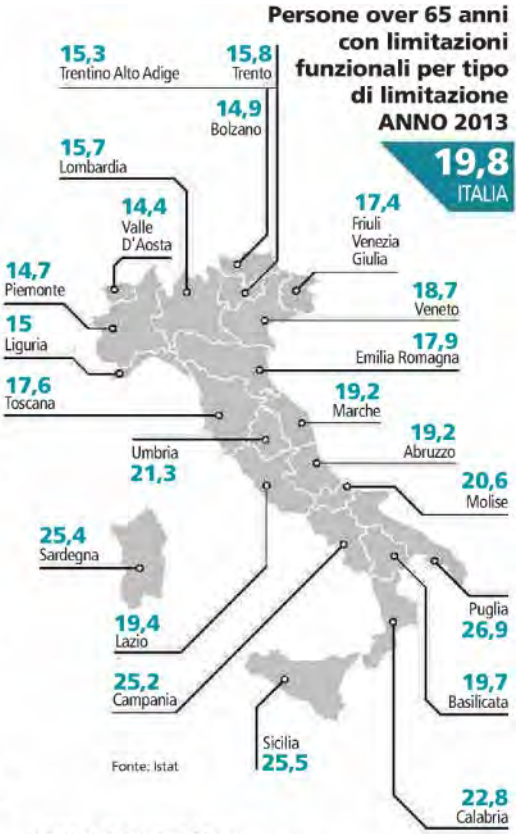
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

08-MAG-2016
da pag. 1
foglio 4 / 4
www.datastampa.it

	INDENNITA'		TOTALE	
260,61	- -		27.291	260,61
235,44	- -		47.232	235,44
	55.088	206,32	55.088	206,32
	34.538	898,04	34.538	898,04
244,66	89.626	472,88	164.149	369,27
269,56	- -		70	269,56
	11.140	255,42	11.140	255,42
269,56	11.140	255,42	11.210	255,51
262,95	- -		5.015	262,95
	1.352.717	512,23	1.352.717	512,23
262,95	1.352.717	512,23	1.357.732	511,31
288	- -		2.922	288
	- -		- -	
	3.242	512,23	3.242	512,23
288	3.242	512,23	6.164	405,94
247,32	1.456.725	507,85	1.539.255	493,88



SPESA COMPLESSIVA
760.207.259,40 euro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

08-MAG-2016
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Global AgeWatch Index

Siamo al 37° posto meglio di noi anche Messico e Polonia

CAROLA FREDIANI

L'Italia non è un Paese per vecchi, a dispetto dell'età media della popolazione. In una classifica mondiale sul benessere sociale ed economico degli anziani - il Global AgeWatch Index del 2015 - il nostro Paese si piazza solo 37°. Prima di noi fanno meglio nazioni come la Colombia, il Messico e la Polonia. Ad arrivare prima è invece la Svizzera, seguita da Norvegia e Svezia. Ma è la quarta posizione della Germania ad essere interessante. Perché, da un punto di vista demografico, italiani e tedeschi si assomigliano. In entrambe le nazioni gli ultrasessantenni sono, rispettivamente, il 29 e il 28 per cento della popolazione. Entro il 2030 si prevede una percentuale del 36, scrive il rapporto di HelpAge, organizzazione che monitora i diritti della terza età su scala globale. Ma le politiche pubbliche nei due Paesi sono molto diverse.

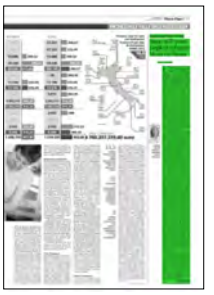
In generale l'assistenza agli anziani in Germania prevede una serie di interventi che puntano a far stare le persone nei loro appartamenti e in cui le case di riposo sono l'ultima spiaggia. Inoltre i familiari non rimangono soli ad accudire i genitori. Il sistema di assistenza domiciliare è suddiviso in vari livelli a seconda delle esigenze. Dei medici valutano le condizioni degli assistiti per capire il tipo di intervento: se basta un aiuto generico con la casa e la spesa oppure se serve personale medico o infermieristico, e un aiuto più intenso e per più ore. «Con questa assistenza in casa né l'utente né i suoi familiari devono metterci dei soldi, perché viene pagata attraverso una assicurazione pubblica pensata apposta e per la quale si versano i contributi. Si chiama Pflegeversicherung, assicurazione per la cura», ci spiega Norma Mattarei, italiana residente in Germania, per anni assistente sociale alla Caritas di Monaco e oggi responsabile dei suoi progetti interculturali.

Ma ci sono anche altre possibilità. Esistono sul territorio dei centri diurni, dove l'anziano può recarsi dalla mattina alla sera e ricevere assistenza, pur dormendo a casa sua. Oppure ci sono case private multigenerazionali, in cui inquilini di una certa età vivono in appartamento, a volte anche in due o tre, e trovano nella struttura una qualche assistenza. Pensate come una via di mezzo tra lo stare da soli nella propria dimora e la casa di riposo. «In questo caso il servizio è a pagamento e l'anziano paga in base al suo reddito». La gestione è in capo a strutture pubbliche o enti che hanno ricevuto l'incarico dallo Stato.

Solo come ultima opzione arriva la casa di riposo. Qui i costi si aggirano sui tremila euro di cui solo una quota viene però messa dall'utente. «La parte dell'assistito dipende dal reddito, in genere viene presa la sua pensione, e se è bassa lo Stato avrebbe il diritto di vendere eventuali suoi beni», commenta ancora Mattarei. «Se ci sono figli con redditi alti si può attingere anche da loro».

@carolafrediani

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. Lazio - Toscana - Umbria

Nuovo Corriere Nazionale

Dir. Resp.: Giuseppe Castellini

08-MAG-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità digitale, la strada è quella giusta

Tecnologie sempre più usate nel Belpaese per prenotare esami e comunicare con i medici

I dati

Secondo l'Osservatorio per l'innovazione il 24% degli utenti prenota le prestazioni su internet e sono sempre meno i referti cartacei

di ALDO OLIVA

Roma

Il sempre maggiore apporto delle tecnologie digitali, di Internet, della telefonia mobile, non poteva non riguardare anche la sanità nel nostro Paese. Nuovi dati mostrano un trend in crescita per tutto ciò che attiene all'uso della tecnologia per i servizi relativi alla salute. Prenotazioni, contatti e rapporti con i propri medici curanti o specialisti.

Più specificamente: il 24% degli utenti prenota online visite ed esami, il 15% consulta documenti clinici. Le ricette 'dematerializzate' (con questo termine si intende quelle prodotte esclusivamente tramite mezzo informatico e che non necessitano obbligatoriamente di stampa su carta con un conseguente ed enorme risparmio per le casse statali) sono ormai sette su dieci. E oltre la metà dei medici di Medicina Generale usa di frequente WhatsApp per comunicare con i propri pazienti. Questi sono alcuni dei risultati della recente ricerca dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità realizzata dalla School of management del Politecnico di Milano. In un contesto che vede una spesa sanitaria tra le più basse d'Europa (3.077 dollari per abitante contro i 3.453 della media europea, a pari capacità di spesa) e un costo reale destinato a crescere nel futuro, gli investimenti per la digitalizzazione della sanità italiana nel 2015 si attestano a 1,34 miliardi di euro, pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica, circa 22 euro per abitante, mostrando una sostanziale stabilità rispetto al 2014 (1,37 miliardi di euro).

Più nel dettaglio, 930 milioni di euro sono stati spesi dalle strutture sanitarie, 320 milioni dalle Regioni, 70 milioni dai 47mila medici di medicina Generale e 18 milioni direttamente dal Ministero della Salute. Nel 2015 è stato dematerializzato il 40% dei referti e il 9% delle cartelle cliniche. Il 16% dei referti è stata consegnata online al cittadino mentre le prenotazioni e i pagamenti effettuati via web sono rispettivamente, il 12% e l'8% del totale. Segnali positivi arrivano dai cittadini, che hanno incrementato l'utilizzo di servizi sanitari online rispetto a quanto rilevato lo scorso anno. Tra gli italiani si registra un boom nell'utilizzo di servizi sanitari online, in particolare nella popolazione di età compresa tra i 35 e i 54 anni, quella che, se da un lato inizia ad avere la necessità di accedere ai servizi sanitari, dall'altro è abituata all'utilizzo di internet nella vita di tutti i giorni. Il servizio online più utilizzato dai cittadini è quindi l'accesso alle informazioni sulle strutture sanitarie, ad esempio orari dei reparti, e disponibilità dei medici. E si fanno largo anche le soluzioni di "tele-medicina": quelle più diffuse attualmente nelle strutture sanitarie sono il tele-consulto, presente nel 34% delle aziende e le soluzioni di tele-salute (14%).

Progressi L'uso della tecnologia è in crescita, sia nelle strutture che nel rapporto medico-paziente

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-MAG-2016
da pag. 46
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Salute

La genetica in corsia

I test genetici stanno entrando in modo sempre più massiccio nella pratica clinica. Al punto che si rendono ormai necessarie nuove figure professionali, come ad esempio infermieri specializzati, per la loro gestione di questi esami, che è delicatissima, a dispetto della loro pericolosa diffusione su Internet

Lo sviluppo rapidissimo della genetica sta imponendo la nascita di figure professionali innovative in grado di aiutare gli specialisti a seguire tutti gli aspetti di questa possibilità diagnostica, che espone ad alti rischi se priva di un'adeguata consulenza, anche psicologica

(Anche) un infermiere gestirà i test sul Dna

Le funzioni
Un supporto al medico per far comprendere meglio procedure ed esiti delle analisi

Una nuova figura professionale a supporto di pazienti e loro familiari per aiutarli a orientarsi nel complesso mondo della genetica e dei suoi molti risvolti diagnostici e terapeutici. È il *genetic nurse*, (infermiere genetista) un infermiere ancora poco diffuso in Italia, ma già una realtà nei Paesi anglosassoni, dove da tempo gli infermieri svolgono funzioni in gran parte autonome e specializzate, una tendenza ora in corso anche in Italia.

E mai come in questo momento c'è bisogno che tutti capiscano meglio la genetica, per le ripercussioni che può avere sulla vita di tante persone. «Sono sempre di più coloro che entrano in ricerche con risvolti genetici, o che devono sottoporsi a test diagnostici e a trattamenti che si basano sulla genetica» dice Giovanni Romeo, professore di Genetica Medica all'Università di Bologna. «Basti pensare a chi riceve una diagnosi di malattia genetica ingravescente, o a genitori che hanno a disposizione test capaci di predire un alto rischio che i loro bambini possano essere affetti da un di-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-MAG-2016
da pag. 46
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

sturbo genetico anche grave».

Per avere un'idea di come la genetica stia trasformando la pratica medica oltre che la ricerca, si può fare riferimento alle oltre 8 mila malattie rare conosciute, per 4.200 delle quali esistono già test genetici, mentre per le altre non è noto lo specifico difetto. «Per di più molte di queste malattie sono eterogenee dal punto di vista genetico, come la retinite pigmentosa o certe forme di sordità, così che studiarle diventa ancora più difficile» spiega il professor Bruno Dallapiccola, medico genetista e direttore scientifico dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma. «Fortunatamente le nuove tecniche di sequenziamento del DNA oggi consentono di analizzare rapidamente sia l'intero genoma - quindi anche la parte di Dna dalle funzioni meno conosciute - sia il solo *esoma*, quell'1 per cento del genoma dove sono situati i geni che codificano per le proteine. Avanzamenti tecnologici grazie ai quali l'esame della componente genetica sta addirittura diventando prioritaria rispetto alla pratica clinica , il che da una parte consente ai medici un più veloce percorso verso la diagnosi, dall'altra permette anche un significativo risparmio di risorse».

Ma chi è esattamente il genetic nurse e come si inserisce questa figura professionale nel processo di cura? «Il genetic nurse è un infermiere che ha seguito una formazione specifica in genetica, e che supporta persone affette da una malattia genetica o che sono a rischio di svilupparla» chiarisce la Francesca Forzano, genetista clinico dell'Ospedale Galliera di Genova, attualmente al Great Ormond Street Hospital di Londra. «Il supporto è esteso ai familiari, che sono spesso coinvolti. Le competenze di questa nuova figura includono la valutazione del rischio individuale e familiare ma anche dell'impatto che tale condizione può avere sulla salute dela persona e delle sue implicazioni complessive. La relazione che il genetic nurse instaura con il paziente è quindi volta non solo a fornire informazioni affidabili e tempestive, ma anche a sostenere psicologicamente la persona e il nucleo familiare, a supportare l'intero processo decisionale, a facilitare il percorso di cura». In Italia operano già alcuni di questi infermieri specializzati, ma il loro numero è insufficiente, nonostante sia una figura prevista nei servizi di Genetica Clinica, sulla base delle indicazioni europee e degli standard di qualità. «Al momento esistono poche strutture con veri e propri genetic nurse» dice ancora la dottoressa Forzano. «Sono a Genova, Trento, Bolzano, Milano e Bologna. I motivi di questa carenza sono l'assenza di formazione professionale specifica sul territorio nazionale e il pressoché assente riconoscimento di questa specializzazione infermieristica nel nostro Servizio Sanitario Nazionale. In ogni caso, se è presente, il genetic nurse interviene quando la situazione è già clinicamente inquadrata da un genetista medico e quando bisogna dare informazioni sulla scelta di un test genetico, circa le sue implicazioni sulle opzioni riproduttive, sul rischio per i membri della famiglia. Infine il genetic nurse rappresenta un punto di raccordo importante tra medici specialisti oppure tra i medici e il laboratorio di genetica, sia per gli aspetti assistenziali sia per quelli di ricerca scientifica».

Danilo di Diodoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un criterio condiviso per le indicazioni

Attualmente sono disponibili molti test genetici, ma non tutti sono davvero utili. «La reale utilità di un test genetico — spiega Francesca Forzano — e quindi l'indicazione ad utilizzarlo, si dovrebbe basare sul modello ACCE (*Analytic validity, clinical validity, clinical utility and associated ethical legal and social implications*). In pratica significa che non basta avere a disposizione un test di laboratorio in grado di rilevare una certa variante genetica potenzialmente dannosa, ma è necessario considerare se quel particolare test per quel particolare soggetto si traduce in un'informazione che modifica il percorso terapeutico-assistenziale o dà indicazioni rilevanti per le scelte personali o familiari. L'utilizzo dei test genetici è quindi sempre una scelta ponderata e non è scevra da variazioni nel tempo: ad esempio ora si sconsigliano alcuni test che erano proposti quasi routinariamente in passato, in quanto si è compreso che non sono utili per le scelte cliniche; per altri test è successo l'opposto, in quanto il loro esito si è dimostrato utile nell'orientare la scelta terapeutica, che magari nel frattempo si è arricchita di nuove cure».

D. d. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Formazione

In Italia non ci sono scuole di formazione per genetic nurse. «La formazione inizia con la laurea in scienze infermieristiche, seguita da corsi specialistici, attivi solo in paesi come il Regno Unito e l'Olanda» spiega Francesca Forzano. «I genetic nurse italiani hanno quindi seguito percorsi diversi tra loro studiando nel Regno Unito, o facendo soprattutto una formazione sul campo»

D. D.D.

Il «genetic nurse» è ancora poco diffuso in Italia ma è già una realtà consolidata nei Paesi anglosassoni

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-MAG-2016
da pag. 46
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Bio-banche

I dati sui materiali biologici hanno i loro «depositi»

I dati genetici, e i materiali biologici da cui derivano, sono materia preziosa per i ricercatori e oggi sono depositati in apposite bio banche a partire dalle quali vengono poi sviluppati diversi progetti di studio. Anche se si tratta di un ambito nel quale esistono importanti problemi di tipo etico, le potenzialità per la ricerca sono enormi. Ad esempio la UK Bio Bank, che ha sede nell'University of Manchester, possiede campioni biologici di oltre 500 mila persone, associati a dati personali, informazioni genetiche, dati biochimici e di imaging, che possono essere utilizzati dai ricercatori man mano che vengono ideati nuovi progetti. Uno di questi studi, ad esempio, ha consentito a Ian Hall, dell'University of Nottingham, di identificare le differenze genetiche che spiegano come mai una persona ha maggior probabilità di un'altra di diventare fumatrice, e qual è il suo specifico livello di rischio di sviluppare nel tempo una malattia polmonare.

D.d. D.

1 Malattie provocate da mutazioni in un singolo gene

(sono molte, anche se rare)

✔ **i test in genere non danno problemi di interpretazione**

2 Malattie «multifattoriali» o «genetiche complesse»

Possono essere causate da varianti genetiche in molti geni diversi (oltre che dall'ambiente e dalle abitudini di vita). Tra queste: diabete, patologie cardiovascolari, degenerative, immunitarie, reumatiche

✔ **I test creano problemi di interpretazione**

perché

- I geni hanno un ruolo limitato (sono responsabili dal 5 al 20% del rischio di ammalarsi)
- Molte varianti genetiche possono aumentare la suscettibilità ad ammalarsi, ma non causano inevitabilmente la malattia

✔ **I test possono dare risultati discordanti**

perché

- Le sequenze del DNA hanno una estrema variabilità nella popolazione normale. Per questo i test in commercio rivolti direttamente ai consumatori non hanno un valore diagnostico predittivo affidabile

I NUMERI

1 settimana (circa)
Il tempo di lavoro nel quale un laboratorio può sequenziare decine o centinaia di esomi (altrettanto è necessario per l'analisi informatica dei dati ottenuti, che poi devono essere interpretati correttamente da genetisti esperti)

50
Le malattie o condizioni cliniche multifattoriali di cui si può cercare di valutare il rischio genetico mediante il test del DNA

4.200
Le malattie rare causate da mutazioni di un singolo gene

500€ (circa)
Il costo attuale per il sequenziamento di un singolo esoma

CdS

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Domenica

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-MAG-2016
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

TROPPE RESTRIZIONI ALLA SPERIMENTAZIONE

Senza animali non si fa ricerca

di **Michele De Luca**

La recente notizia che l'Europa ha avviato una procedura di infrazione nei confronti dell'Italia, a causa di un'interpretazione troppo restrittiva della direttiva europea che regolamenta la cosiddetta «sperimentazione animale», non stupisce la comunità scientifica. Avevamo infatti già evidenziato le pesanti conseguenze che il decreto legislativo di recepimento (26/2014) avrebbe avuto sulla ricerca scientifica e sulla competitività dei nostri ricercatori, con evidente danno per i destinatari della ricerca stessa, cioè i cittadini del nostro Paese.

Tutto ciò a causa di una sorta di compromesso *politically correct* all'italiana per mediare tra le esigenze oggettive della scienza e le richieste soggettive degli animalisti che pretendevano di abolire *tout court* la sperimentazione animale. Peccato che nessuno abbia considerato le implicazioni di tale compromesso, stigmatizzate dalla reazione dell'Europa. Emblematici in tal senso sono il divieto di trapianto di organi e tessuti umani in modelli animali, che penalizza importantissimi filoni della ricerca medica, il divieto di utilizzare gli animali per più di una procedura di test, che impone necessariamente un incremento del numero degli animali coinvolti, e il divieto di allevamento di alcune specie, aggirabile peraltro importando i medesimi animali dall'estero.

Quest'ultima "perla" ricorda tanto il divieto di utilizzare per ricerca gli embrioni soprannumerari italiani, altrettanto aggirabile importando dall'estero cellule staminali di derivazione embrionale. *Cui prodest* tale macchinoso, se non ipocrita, approccio? Se ne facciano una ragione gli animalisti di questo Paese: la sperimentazione animale non può essere eliminata, è parte integrante dei percorsi di approvazione di tutti i farmaci (inclusi quelli innovativi a base di cellule staminali), è essenziale per il progresso della scienza ed è fondamentale per la tutela dei cittadini.

L'Europa ci sta dicendo che con il recepimento restrittivo della direttiva il nostro legislatore ha perso di vista la tutela della salute, che è la ragione per cui la sperimentazione su modelli animali viene condotta. La smettano, una buona volta, gli animalisti di parlare in maniera strumentale e demagogica di vivisezione. La vivisezione è già vietata! Tanto che l'Europa ha rigettato l'iniziativa *Stop vivisection* firmata da oltre un milione e duecentomila europei, di cui 750.000 italiani (dimostrando tra l'altro, se ancora ce ne fosse bisogno, il nostro basso livello di cultura scientifica). Le sperimentazioni animali non sono quelle che i vari movimenti animalisti sventolano come bandiere delle loro campagne ideologiche, in cui immagini raccapriccianti di animali sottoposti alle peggiori torture vengono strumentalizzate per raccogliere denaro e consensi.

Nessuno pretende di utilizzare animali in laboratorio indiscriminatamente e senza che ce ne sia strettamente bisogno, considerato che da molto tempo qualsiasi ricerca non può non tener conto del cosiddetto «principio delle 3R». Ovvero, ogni ricercatore deve cercare di: «Rimpiazzare» il modello animale con metodologie alternative (cioè per il momento in pochissimi casi e non certo per ricerche farmacologiche in cui si indaga il meccanismo di azione e di interazione dentro un sistema vivente complesso), "Ridurre" il numero di animali utilizzati e "Rifinire", e quindi migliorare, le condizioni sperimentali a cui sono sottoposti gli animali (che vengono già allevati in stabulari certificati e accredidati da personale altamente specializzato e impiegati da ricercatori che hanno a cuore il loro benessere anche più dei comuni cittadini, se non altro perché più gli animali vengono rispettati più i dati che si ricavano dagli esperimenti risultano veritieri).

Tutto questo era già previsto dalla direttiva europea. Bastava limitarsi a recepirla come hanno fatto gli altri Paesi. Non ci sono quindi evidenze scientifiche della possibilità di sostituire la sperimentazione animale con metodi alternativi. Le ragioni ideologiche basate sul rifiuto della vivisezione, che trova concordi anche i ricercatori, sono prive di fondamento. Rimangono aperte solo le questioni etiche, più variegate e soggettive. E su queste mi vorrei soffermare, in vista anche di una possibile e auspicata attività di revisione del decreto da parte dei nostri legislatori, che la stessa Europa ci chiede per non incorrere nella suddetta procedura di infrazione.

Premesso che mi rifiuto di prendere in considerazione la possibilità di sperimentare direttamente sull'uomo farmaci che non abbiano già provati livelli di sicurezza, mi chiedo: a fronte di migliaia di roditori e altri piccoli animali che vengono soppressi dalle nostre amministrazioni comunali durante le campagne di disinfestazione e da noi cittadini stessi quando utilizziamo esche e altri accorgimenti per evitare di avere nelle nostre case sgraditi coinquilini, è più etico utilizzare animali per salvare migliaia di vite umane (come è stato fatto già prima del '900 con i vaccini e nel secolo scorso con gli antibiotici e i farmaci salvavita che tutti noi oggi utilizziamo, animalisti compresi) o smettere di produrre farmaci e rinunciare a curare le malattie? Non vedo alternative, a meno che gli animalisti (e i loro parenti) non vogliano proporsi come cavie al posto degli amati quadrupedi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 05/07/2016

segui quotidianosanita.it Tweet stampa

twitter facebook feed newsletter archivio

Emilia Romagna. “Al nido solo se vaccinati”. La proposta di legge per arginare il calo delle coperture

Èormai pronta al varo, come riporta Repubblica, la nuova legge regionale sui servizi per la prima infanzia che introduce il principio che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, aveva annunciato di voler estendere a tutte le scuole. Per l'assessore alla sanità Sergio Venturi: "Il principio è che quando si entra in una comunità con un figlio così piccolo vanno tutelati tutti". Diviso sul tema il fronte dei genitori.

07 MAG - In Emilia Romagna a breve i bambini potranno entrare negli asili nido solo se vaccinati. Come riporta *Repubblica* è ormai pronta al varo la nuova legge regionale sui servizi per la prima infanzia che introduce il principio che il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, aveva annunciato di voler estendere a tutte le scuole. Per la scuola dell'obbligo il provvedimento era ipotizzato nel piano vaccinale, ancora bloccato, ma per gli asili nido pubblici comunali e per quelli privati convenzionati si può agire con una legge regionale.

A favore della legge si è da subito schierato l'assessore alla Sanità, già coordinatore degli assessori alla sanità e in prima linea in questa battaglia, **Sergio Venturi**: "Il principio è che quando si entra in una comunità con un figlio così piccolo vanno tutelati tutti, anche quelli che non possono essere vaccinati perché troppo piccoli o con basse difese immunitarie".

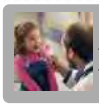
L'idea di intervenire sull'asilo nido consente di "intercettare" i bambini prima dell'ingresso nella scuola dell'obbligo. E anche questa, secondo l'assessore emiliana al welfare **Elisabetta Gualmini**, è una forma di educazione. "Si sta diffondendo la tendenza, tra l'altro tra persone di istruzione medio alta a non vaccinare i propri figli - spiega a *Repubblica* - questo comincia ad avere effetti negativi sulle comunità dei bambini e noi vogliamo affermare un principio di tutela".

Da segnalare, infine, come sul tema si stia assistendo ad una spaccatura sul fronte dei genitori, divisi in questa 'guerra' tra i pro e i contrari alle vaccinazioni.

07 maggio 2016

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Regioni e Asl


Emilia Romagna. Arriva il primo Prontuario pediatrico italiano con 478 principi attivi

Campania. Farmacovigilanza e risk management: Federico II e Regione realizzano un portale e una newsletter dedicata

Omofobia. “No al test anale”. Medici di Torino contro Tunisi e il reato di omosessualità

Lazio. Sanità privata: rapporto Aiop. Tempi di pagamento scendono a 60 giorni

Toscana. Cani in rianimazione, al Careggi il primo progetto italiano

Veneto. Zaia sui Pfas: “Mia preoccupazione sono i cittadini”