

Mercoledì 22 GIUGNO 2016

Sicilia. Donna al nono mese di gravidanza partorisce feto morto. Ricoverata in Rianimazione, muore dopo 4 giorni

La donna, di 32 anni, alla terza gravidanza, si era recata all'ospedale di Modica per la rottura prematura delle membrane. Il feto era morto, ma l'espulsione in corso e la donna costretta a partorire. Dopo poco i segni di collasso, cospicue emorragie vaginali e ripetuti arresti cardiaci. Nonostante gli sforzi medici, dopo 4 giorni anche la donna muore.

La gioia della gravidanza si è trasformata ancora una volta in tragedia. È accaduto al PO di Modica, dove una donna è morta per complicanze insorte a seguito della sua terza gravidanza, dopo avere data alla luce un bimbo morto.

A chiarire i dettagli della tragica vicenda è una nota della Asp di Siracusa. "La Signora – spiega - si è presentata per ricovero alle ore 16.00 del 17 giugno 2016 per rottura prematura delle membrane con liquido amniotico tinto di meconio alla 38° settimana. All'ingresso sono evidenti segni di parto iniziale ma purtroppo il feto non mostra alcuna attività cardiaca. L'esame ecografico, immediatamente eseguito, conferma la morte endouterina risalente almeno a 48 ore prima del ricovero".

"Pur nella drammaticità della situazione – prosegue la Asp - la Signora mostra una progressione del parto che, alle ore 19,50, porta alla espulsione del feto, che presenta ampie zone di macerazione cutanea e un nodo vero di funicolo. Alle ore 21 la Signora sviluppa segni di collasso e fame d'aria, modificazioni del sensorio, insieme a cospicue emorragie vaginali di volume crescente. La Signora va incontro ad arresti cardiaci ripetuti da cui viene recuperata con terapia rianimatoria e defibrillazione. Durante la degenza in Rianimazione la Paziente è intubata, viene sottoposta a dialisi, ed il circolo viene mantenuto farmacologicamente. Nonostante l'imponente supporto medico e un nuovo tentativo di arrestare chirurgicamente il sanguinamento, la signora decede infine martedì 21 giugno alle ore 16 circa. Durante tutto il percorso clinico le sono state trasfuse 27 unità di emazie concentrate, 38 unità di plasma e 4 unità di piastrine concentrate".

La Direzione esprime ai familiari, insieme ai medici curanti, "i sensi del più vivo cordoglio".

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Ecco i nuovi Lea aggiornati da Lorenzin e inviati alle Regioni. Impatto complessivo: 771,8 milioni

Trentanove pagine di testo generale che, in 63 articoli, mandano in soffitta il Dpcm del 29 novembre 2001 e «numerosi altri provvedimenti attualmente in vigore», come si legge nella Relazione illustrativa. Si riscrivono così i criteri dei nuovi Livelli essenziali di assistenza, attesissimi e in stand-by da 16 mesi.

Il testo inviato dalla ministra della Salute alle Regioni, che Sanità24 è in grado di anticipare, si articola nei 3 rami classici “prevenzione collettiva”, “assistenza distrettuale” e “assistenza ospedaliera” e contiene - rispetto al decreto che abroga - una serie di novità. In gran parte già previste nella [prima bozza di inizio febbraio 2015](#). Mentre il costo, quasi raddoppiato rispetto ai 415 milioni di euro preventivati inizialmente dal ministero e blindato con i suoi 800 milioni destinati dalla legge di Stabilità 2016 nell’ambito del Fondo sanitario nazionale - l’impatto complessivo stimato è di 771,8 milioni - riflette almeno in parte le richieste delle Regioni. Non tutte, c’è da scommetterci, se è di oggi la [mini-polemica in guanti bianchi](#) tra governatori e Lorenzin, che sollecitava le Regioni a snellire le procedure di approvazione.

Tra le altre principali novità, i nuovi nomenclatori su assistenza protesica e specialistica ambulatoriale (con un occhio particolare all’appropriatezza clinica, in questo caso): anch’essi molto attesi e in cui prestazioni tecnologicamente avanzate prendono il posto di altre decisamente obsolete. Dove non è possibile inserire liste chiuse di prestazioni, poi, lo sforzo è stato di «declinare delle aree di attività include nell’area: per il sociosanitario, ad esempio, si elencano attività specifiche di pertinenza dei rispettivi servizi: dai dipartimenti di prevenzione ai consultori, dai Sert ai dipartimenti di salute mentale ai servizi di riabilitazione e così via. Il welfare socio-sanitario declina in livelli progressivi di intensità di cure l’assistenza prevista. Per l’Adi ai malati cronici non autosufficienti, ad esempio, si passa dal livello base all’alta intensità che corrisponde all’ospedalizzazione domiciliare.

Aggiornati gli elenchi delle malattie croniche e delle patologie rare, l’altra grande novità del provvedimento, già presente nella prima versione, è l’inserimento della Pma eterologa nei Lea.

quotidianosanita.it

Mercoledì 22 GIUGNO 2016

Lorenzin al question time: "Ferma volontà di mantenere fondo sanitario sostenibile". E poi su farmaci innovativi: "In Stabilità proporrò conferma fondo"

Il Ministro della Salute alla Camera risponde a due interrogazioni su farmaci innovativi e sostenibilità precaria del Ssn e ribadisce le misure messe in campo dal Governo. "Aumento progressivo del fondo non adeguato rispetto alle previsioni, ma l'aumento c'è stato".

"C'è una ferma intenzione, da parte mia, come Ministro della salute, di mantenere il fondo sostenibile". Così il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin durante il question time di oggi alla Camera rispondendo ad un'interrogazione di Sinistra Italiana in merito alla crisi del Ssn. "È mia opinione – ha detto Lorenzin - che la previsione fatta in legge di stabilità debba essere mantenuta e, come ho più volte detto, secondo me l'utilizzazione di queste risorse ha oggi due priorità: farmaci innovativi e personale".

Risposta poi anche ad un'interrogazione di AP sui farmaci innovativi. Il Ministro ha ribadito che proporrà "la conferma nella prossima legge di stabilità del Fondo per i farmaci innovativi prevedendone, ove siano possibili, le opportune coperture finanziarie e l'esenzione anche ai medicinali oncologici".

E poi sulla governance ha specificato come l'obiettivo è "poter verificare esattamente che cos'è l'innovazione e quando è innovazione e garantire su questo anche nuovi modelli di pagamento e di remunerazione". E "per fare questo noi stiamo immaginando nuovi modelli organizzativi; stiamo immaginando anche un sistema che si basa sui registri. Sui registri noi siamo tra i Paesi più avanzati in Europa".

Qui di seguito i resoconti delle due interrogazioni:

Iniziativa volte a garantire un equo, uniforme e immediato accesso alle terapie innovative – n. [3-02330](#)

RAFFAELE CALABRÒ. Grazie, signor Presidente. Signor Ministro, lei sa bene come nella legge di stabilità del 2014 grazie al suo intervento sono stati messi a disposizione 500 milioni di euro per il 2015 e 500 per il 2016 per farmaci innovativi per l'epatite C. Credo che di questo la ringrazi tutto il Paese perché credo che sia una grande lotta quella di sradicare l'epatite C. Come recentemente ha anche affermato, bisogna puntare sui farmaci innovativi rinnovando il fondo, ben sapendo come l'AIFA ha determinato da poco ben 25 nuovi farmaci che entreranno probabilmente in tempi brevi nell'uso corrente e quindi bisogna preoccuparsi su come andare incontro a questo, soprattutto perché sono farmaci oncologici. Un'ultima aggiunta: la stabilità 2015 prevede che ci siano una serie di criteri che vengano rappresentati dal Ministero su chi sono i pazienti che ne devono fare uso, quale sarà la modalità di pagamento e quant'altro. La richiesta è di comprendere quanto prima e in tempi rapidi quale può essere la soluzione per tutto questo.

BEATRICE LORENZIN, Ministra della salute. Grazie. Ringrazio l'onorevole Calabrò per aver voluto richiamare l'attenzione su un tema che è non soltanto di fondamentale importanza, ma anche di stretta attualità in tutta Europa ed è quello proprio di come rendere sostenibile l'introduzione e l'accesso ai nostri cittadini, in Italia e nel resto del continente, di farmaci che hanno un altissimo tasso di innovazione e una grande capacità terapeutica, ma che sono molto costosi.

A tal proposito va ricordato che il servizio sanitario italiano è l'unico sistema al mondo veramente universalistico. Si fa carico dei tre quarti della spesa globale per l'acquisto di medicinali, garantendo ai suoi cittadini un ventaglio di trattamenti che vanno dai farmaci equivalenti a basso costo a quelli altamente innovativi quali sono, per esempio, gli anticorpi monoclonali o le terapie geniche. Un livello di prestazioni che

solo un sistema interamente pubblico come quello italiano è in grado di assicurare riuscendo laddove altri Paesi, in cui l'assistenza sanitaria è affidata a sistemi privati o misti, hanno fallito o sono destinati a fallire, dato l'impatto di queste nuove terapie.

Tale livello di prestazioni e in particolare l'accesso alle terapie innovative deve essere garantito anche per i prossimi anni ed è questa la mia ferma intenzione: proporre la conferma nella prossima legge di stabilità del Fondo per i farmaci innovativi prevedendone, ove siano possibili, le opportune coperture finanziarie e l'esenzione anche ai medicinali oncologici. È tuttavia evidente che l'aumento esponenziale della spesa farmaceutica, che è dovuta non solo all'introduzione di farmaci innovativi, ma anche all'invecchiamento progressivo della popolazione e, quindi, a un inevitabile aumento della cronicità e ad un aumento anche della spesa farmaceutica, richiede una rivisitazione della governance del settore del farmaco. Di questo tema si sta occupando ormai da alcuni mesi un apposito tavolo costituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri e che vede la partecipazione di tutti gli interlocutori istituzionali: il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, l'Agenzia italiana del farmaco e le regioni. Nello stesso tempo occorre che nel medio e lungo periodo la gestione dei farmaci innovativi abbandoni i caratteri dell'emergenza e assuma una cornice strutturata che attraverso un nuovo rapporto con il mondo dell'industria farmaceutica trasformi il modo stesso di pensare ai farmaci innovativi non più come una mera spesa, bensì come a un investimento in termini di ricerca e innovazione per la salute dei nostri cittadini.

Per fare questo noi stiamo immaginando nuovi modelli organizzativi; stiamo immaginando anche un sistema che si basa sui registri. Sui registri noi siamo tra i Paesi più avanzati in Europa. Poter verificare esattamente che cos'è l'innovazione e quando è innovazione e garantire su questo anche nuovi modelli di pagamento e di remunerazione. Ovviamente è una sfida che noi non solo pensiamo di vincere, ma che stiamo costruendo passo per passo e che ha già visto su questo terreno confrontarsi e confrontarci su tutte le tematiche aperte. Ma l'unico obiettivo è quello di continuare a garantire nel prossimo futuro l'accesso a questi nuovi farmaci ad alta valenza terapeutica ai nostri cittadini, primo tra tutti quello dell'epatite C, con l'intenzione ferma di eradicare la malattia nei prossimi anni.

RAFFAELE CALABRÒ. Signor Ministro, è con soddisfazione che sentiamo che verrà confermato il fondo per i farmaci innovativi nella prossima legge di stabilità. Mi preoccupa un minimo la frase che dice: «ove possibile, anche farmaci oncologici». Io credo che dobbiamo andare oltre. Sappiamo bene come molti farmaci oncologici fino ad oggi sono stati utilizzati per uso compassionevole. Oggi non possono essere più utilizzati per uso compassionevole e troviamo molti pazienti che, ad oggi, li hanno utilizzati, ma devono smettere la loro terapia perché non sono più in grado di mantenere questa terapia. È importantissimo, se si riesce a fare in tempi molto brevi, quello che lei prevede, cioè il nuovo sistema di governo della spesa farmaceutica: un nuovo rapporto con l'industria farmaceutica che possa guardare ai registri, ma anche a forme diverse di pagamento, a partire dal payment by results o quant'altro possa essere immaginato, e che sia un rapporto diverso tra industria e farmaco. Questo, signor Ministro, è urgente e credo che abbiamo bisogno che i criteri che, al tavolo tecnico che è stato impostato, il Ministero deve tirar fuori vengano quanto prima alla luce, non solo per gli oncologici, ma anche per le ipercolesterolemie e quant'altro.

Iniziative volte a garantire pienamente il diritto alla salute dei cittadini, anche dotando il Servizio sanitario nazionale di risorse congrue – n. [3-02331](#)

MONICA GREGORI. Grazie, Presidente. Signora Ministra, la crisi economica non è finita. Il peso dei costi che le famiglie devono sostenere nella sanità per le cure e per la prevenzione diventano sempre più gravosi. Dal rapporto del Censis emerge che oggi sono 11 milioni le persone che non accedono alle cure. Non accedono perché ci sono lunghe liste d'attesa oppure perché il privato ha dei costi troppo elevati. Dinanzi a questo, lei fece una dichiarazione, dicendo che si doveva difendere l'aumento previsto dal Fondo sanitario per il 2017-2018. Disse anche: «Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi». I Governi, sino ad oggi, non hanno difeso il diritto alla salute; hanno sostanzialmente messo dinanzi bilanci e conti economici, togliendo il diritto alla salute. La legge di stabilità ha tagliato di 5 miliardi il patto firmato con le regioni. Vorremmo capire se questo Governo vuole farla finita di guardare ai bilanci e di guardare alle questioni economica e garantire il diritto alla salute, quindi stanziare dei fondi veri e propri per garantire le cure a tutte le persone e, quindi, ripartire, intanto, dal Patto della salute 2014-2016.

BEATRICE LORENZIN, Ministra della salute. Ringrazio gli interroganti per questa la questione, sulla quale, però, per rispondere in modo completo ci vorrebbero non tre minuti, ma probabilmente trenta. Cercherò di riassumere in modo sintetico quella che è l'intenzione del Governo. Innanzitutto, non ci sono stati più tagli lineari dal 2013 a oggi. Io ricordo che quando sono stata nominata Ministro erano previsti 2 miliardi di decurtazione dal fondo sui ticket, cosa rispetto alla quale ci siamo opposti. Da quel momento c'è stato un aumento progressivo del fondo non adeguato rispetto alle previsioni, ma l'aumento c'è stato, oltre al fatto della

rinuncia delle regioni, nella scorsa legge di stabilità – non questa, ma quella precedente – dei 2 miliardi, che erano passati proprio dal CDM per altri motivi ed altre questioni, per cui poi siamo dovuti ricorrere all'intesa.

Questo per dire che, in realtà, c'è una ferma intenzione, da parte mia, come Ministro della salute, di mantenere il fondo sostenibile. Per farlo bisogna procedere su due aspetti.

Il primo è sicuramente quello di eliminare gli sprechi dal fondo sanitario, quindi rendere più uniformi le attività e le azioni di monitoraggio, di controllo e di erogazione dei servizi e dei LEA nelle regioni, motivo per il quale noi stiamo aspettando che vengano licenziati definitivamente i nuovi LEA e il nomenclatore, per cui noi abbiamo stanziato 800 milioni. Lo dico per chi ci segue da casa, i LEA sono le terapie innovative. Pensiamo a tutti i malati di malattie rare. Si tratta di servizi che oggi non vengono erogati in alcune parti d'Italia. Soprattutto, si tratta di applicare e monitorare l'applicazione delle norme che abbiamo qui attuato per quanto riguarda le centrali uniche d'acquisto il sistema di risparmio e di reinvestimento nei sistemi sanitari, le nuove governance, quindi i nuovi modelli di selezione dei direttori generali amministrativi sanitari, l'individuazione di responsabilità in modo molto chiaro e, soprattutto, una riorganizzazione del sistema, che era prevista dal Patto della salute e che oggi, a parte l'articolo 22, che spero di chiudere, sull'accesso la formazione nelle prossime settimane in Conferenza Stato regioni, abbiamo di fatto attuato, ma che oggi deve vivere tra i cittadini, soprattutto per risolvere anche il problema delle liste d'attesa, a cui si collegano alcune delle tematiche che sono state da lei sollevate.

Per fare questo ci vuole sicuramente anche un fondo adeguato. È mia opinione che la previsione fatta in legge di stabilità debba essere mantenuta e, come ho più volte detto, secondo me l'utilizzazione di queste risorse ha oggi due priorità. Una è quella del finanziamento del fondo degli innovativi, di cui si è appena parlato, e, quindi, l'accesso ai nuovi farmaci per le persone, non solo per l'epatite C, ma anche gli oncologici ad alto tasso di innovazione. La seconda è cominciare a risolvere il tema del personale del sistema sanitario (stabilizzazione dei precari, blocco del turnover), per garantire i fabbisogni necessari a ripristinare, in alcuni territori, un normale funzionamento del sistema, così come abbiamo chiesto nella legge di stabilità, approvata qui a dicembre, e siamo in attesa dalle regioni dell'indicazione dei fabbisogni, per poter costruire insieme a loro e autorizzarle alle nuove assunzioni.

ARTURO SCOTTO. Signora Ministra, l'insoddisfazione della risposta è legata a un fatto: il rapporto con la realtà. Lei è venuta qui a fare un programma di lungo periodo, nel momento in cui, nel corso degli ultimi due anni, tutti gli annunci che avevate fatto non sono stati mantenuti. Basta guardare le risorse, che poi ci conducono esattamente a questo dato choc degli 11 milioni di cittadini italiani che non si curano più, dato in costante aumento. Lei aveva detto che nell'accordo 2014-2016 per il Patto per la salute ci sarebbero stati 115 miliardi. Nella legge di stabilità varata lo scorso anno ce n'erano 111: mancano 4 miliardi di euro all'appello. Questo in che cosa si traduce? Liste d'attese interminabili, fondi insufficienti per l'epatite C, taglio dei posti letto, chiusura degli ospedali, in nome di una razionalizzazione che punisce i cittadini. Era previsto questo finanziamento e ed erano previsti – lei lo ha detto – lo sblocco del turnover e il rinnovo dei contratti. Si tratta di due questioni ancora lasciate in maniera marginale a un tempo che si consuma.

Questo Governo fatica a capire che il problema della ripresa del Paese non è il pessimismo, non sono i gufi, non sono i rosiconi. State sommando a scelte scellerate sui diritti lavoro e pensioni il più gigantesco arretramento dei servizi pubblici della storia repubblicana. Il problema della ripresa ha un sostantivo e un aggettivo, lo dice oggi Romano Prodi: diseguaglianza sociale. La sanità è il primo servizio pubblico, insieme alla scuola, che serve a riequilibrare le diseguaglianze. Lo cominciano a capire in tutto il mondo, persino negli Stati Uniti d'America, voi lo avete dimenticato e lo avete cancellato.

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

Ecco come l'obesità fa crescere il tumore

Scoperto un interruttore molecolare che può essere spento per rallentare la progressione della malattia



NICLA PANCIERA

Il sovrappeso e l'obesità sono dei fattori di rischio per le malattie oncologiche. La ricerca ha anche scoperto che nei pazienti oncologici **il grasso** in eccesso è associato ad **una prognosi peggiore**. Scoprire i meccanismi molecolari alla base di questo fenomeno, nella speranza di giungere a trattamenti più efficaci, è l'obiettivo di numerosi ricercatori al lavoro sul microambiente tumorale di vari tipi di cancro, come seno, prostata e color-retto, che mostrano questo comportamento.

Ora un nuovo studio condotto dal gruppo del professor Mikhail Kolonin dell'Università del Texas, appena apparso sulla rivista *Nature Communications*, mostra che nei tumori alla prostata il grasso può venir mobilitato dal tumore e fornire del carburante che ne promuove crescita e proliferazione.

«Alcuni tumori **si basano sul grasso per crescere** in modo aggressivo» ha detto Mikhail Kolonin, autore senior dello studio e professore della Scuola di Medicina dell'Università del Texas. «Abbiamo scoperto un network molecolare, senza il quale il grasso non favorisce più la crescita del tumore». Una sorta di interruttore che regola il fenomeno.

I ricercatori hanno identificato in una chemochina, proteina che regola il traffico cellulare, la CXCL1, una sorta di "interruttore" che in un modello murino di cancro alla prostata è in grado di **rallentare la progressione tumorale indotta dall'obesità**. Per vedere se lo stesso meccanismo valesse anche negli esseri umani, i ricercatori hanno poi confrontato i livelli di questa proteina nelle cellule tumorali dei pazienti obesi e in quelli snelli, rilevandone **una maggior presenza e attività nei pazienti con maggior tessuto adiposo**. Quando attivata nel

grasso in eccesso, spiegano gli autori dello studio, la CXCL1 richiama le cellule stromali, progenitrici delle adipose, dal tessuto adiposo al tumore, dove vanno a rafforzare i vasi sanguigni che nutrono le cellule maligne.

Bloccare l'azione della proteina, come già fatto con successo dal gruppo di Kolonin nei topi, potrebbe essere una strategia per intervenire, **bloccandola**, sulla **progressione tumorale**.

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

I RISULTATI DELLO STUDIO «DIANA 5»

Tumore al seno: meno metastasi e recidive grazie a stili di vita sani

Alimentazione ricca di cereali integrali, legumi, verdure di stagione, frutta fresca e semi e povera di carni rosse e conservate, insieme ad attività fisica moderata, diminuiscono il rischio di ripresa della malattia. Più pericoli per chi soffre di sindrome metabolica

di Vera Martinella

Nelle pazienti operate di tumore della mammella, il miglioramento di alimentazione e stili di vita comporta una diminuzione del rischio di recidive e di sviluppare metastasi. Lo rivelano i dati del Progetto “Diana 5”, studio coordinato dai ricercatori dell’Istituto Nazionale dei Tumori (INT), Campus Cascina Rosa, presentati a Milano. Le pazienti coinvolte nello studio, partito nel 2008 e giunto quasi alla conclusione, hanno adottato un’alimentazione basata sul consumo di cereali integrali, legumi, verdure di stagione, frutta fresca e semi oleosi, e povera di cereali raffinati, zuccheri e carni rosse e conservate. Allo stesso tempo, hanno modificato lo stile di vita, introducendo quotidianamente un’attività fisica moderata come, per esempio, trenta minuti di camminata a passo veloce. Nelle donne già operate al seno, questo cambiamento prolungato di abitudini si è tradotto in una riduzione dei fattori di rischio che favoriscono l’insorgenza di recidive e metastasi.

Buone abitudini per prevenire i tumori

Sono 48mila i nuovi casi di tumore al seno diagnosticati nel 2015 in Italia, circa un terzo in donne con meno di 44 anni. Il rischio di ammalarsi cresce con l’avanzare dell’età fino alla menopausa, per poi fermarsi e aumentare di nuovo dopo i 60 anni. Grazie ai progressi della ricerca la sopravvivenza è molto

cresciuta negli anni (oggi si guarisce nel 90 per cento dei casi) e a fare la differenza nelle speranze di guarigione è, prima di tutto, la diagnosi precoce. Per questo è fondamentale non solo eseguire i regolari controlli previsti, ma anche eseguire regolarmente l'autopalpazione del seno (circa una volta al mese) alla ricerca di segnali sospetti come un nodulo che non causa dolore e ha contorni irregolari, gonfiore, alterazioni del capezzolo o perdite di liquido. Un numero crescente di studi scientifici internazionali ha dimostrato negli ultimi anni il ruolo cruciale che hanno le nostre abitudini per limitare le probabilità di ammalarsi di cancro, come ad esempio mangiare molta frutta e verdura e consumare pochi zuccheri, fare regolarmente ginnastica e movimento (ciascuno in base alle proprie possibilità) o evitare il sovrappeso. Senza dimenticare il ruolo fondamentale della diagnosi precoce (aderendo agli screening gratuiti attivi nel nostro Paese), che consente di scoprire la malattia quando è ancora curabile.

Oltre 2.300 donne partecipanti

Il Progetto "Diana 5", finanziato dal Ministero della Salute e dall'Associazione Italiana per la Ricerca contro il Cancro (AIRC), coordinato da Franco Berrino, ha chiuso la fase di reclutamento nel giugno 2012: in totale sono state coinvolte 2.353 donne operate di carcinoma mammario provenienti da undici centri sparsi sul territorio nazionale. Fra queste, ben 1.672 avevano un alto rischio endocrino-metabolico di sviluppare recidive. Ciascuna persona, ritenuta idonea, è stata seguita dai ricercatori dell'INT per cinque anni. «I fattori di rischio che abbiamo preso in considerazione - afferma Anna Villarini, biologa e nutrizionista dell'INT -, sono stati quattro: la presenza della sindrome metabolica, alti livelli di testosterone, elevati valori d'insulina e avere recettori ormonali estrogeno-negativi». Divise in due gruppi, d'intervento e di controllo, le volontarie sono state informate sull'importanza di modificare alimentazione e fare attività fisica regolare. Solo le donne rientrate nel gruppo di intervento sono state aiutate nel cambiamento attraverso corsi di cucina, pasti comunitari e conferenza.

[Cancro al seno: i sintomi che le donne \(e i maschi\) di ogni età non devono sottovalutare](#)



[Quali sono i sintomi del cancro del seno?](#)

Sindrome metabolica

Il 20 per cento delle donne partecipanti al Progetto “Diana 5” presentava sindrome metabolica (SM) al momento del reclutamento. «La sindrome metabolica è un insieme di fattori di rischio che aumentano il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari, tumorali, diabete e altre patologie cronico-degenerative - precisa Villarini -. Si fa questa diagnosi quando sono presenti 3 su 5 fattori di rischio: obesità addominale, pressione arteriosa elevata, bassi livelli di colesterolo “buono” HDL, elevati livelli di glicemia e trigliceridi». Dalle analisi emerge che le donne con sindrome metabolica hanno un rischio quasi doppio di avere recidive e metastasi rispetto alle donne senza questa condizione. «Dalle nostre prime analisi - sottolinea Villarini -, emerge che la presenza di sindrome metabolica si associa a una prognosi peggiore e che la sua presenza è influenzata dal nostro modo di mangiare e dall’attività fisica». Una conclusione importante cui i ricercatori sono giunti confrontando l’aderenza alle raccomandazioni del Fondo mondiale per la ricerca sul cancro (WCRF) con la presenza della sindrome metabolica. «Le persone che seguono le raccomandazioni del WCRF su alimentazione e stili di vita hanno un rischio minore di ammalarsi di cancro o di avere recidive - conclude Villarini -, e tra le raccomandazioni le più importanti sembrano essere mangiare principalmente cibi vegetali tra cui cereali integrali e legumi e fare ogni giorno almeno 30 minuti di attività fisica».

Mercoledì 22 GIUGNO 2016

Fumo. Per smettere si può provare fino a 30 volte

Secondo il pensiero comune, sono necessari almeno cinque-sette tentativi prima di buttare via la sigaretta. Una stima ottimistica: in realtà i fumatori possono tentare di smettere fino a trenta volte. A suggerirlo un recente studio canadese sulla base di dati relativi a più di 1.200 fumatori adulti.

(Reuters Health) - Per lungo tempo abbiamo creduto che bastasse provare cinque-sei volte per smettere di fumare – ha dichiarato l'autore della ricerca, Michael Chaiton della School of Public Health dell'Università di Toronto – ma secondo noi il numero dei tentativi è molto più elevato”.

Lo studio canadese

Le vecchie stime risalgono a studi che hanno preso in considerazione i ricordi di persone che hanno smesso di fumare con successo senza includere i tentativi di chi non c'era ancora riuscito. Nello studio i ricercatori hanno analizzato i dati di 1.277 persone del Tobacco Survey Ontario, che sono stati seguiti per tre anni. All'inizio dello studio, nel 2005, i partecipanti avevano riferito quante volte avevano tentato e nel corso del follow up hanno riportato quante volte hanno provato nel corso degli ultimi sei mesi. È stato considerato un “successo” il tentativo di smettere durato almeno un anno. Dei quattro modelli statistici messi a punto per stimare i tentativi, il modello più imparziale ha suggerito una media di 30 volte.

I commenti

“Il motivo per cui le precedenti stime considerano valori tanto bassi sta nel fatto che le persone ricordano poco di quanto accaduto nella loro vita e anche perché le indagini si rivolgevano agli ex fumatori di successo”, ha detto Chaiton. “Lo scopo principale di questo studio è stato proprio quello di evidenziare il ruolo di ‘motivatore’ che il medico dovrebbero assumere nei confronti del fumatore scoraggiato dai numerosi tentativi falliti” ha sottolineato il dottor John Hughes dell'Università del Vermont School of Medicine di Burlington.

Fonte: BMJ Open 2016

Kathryn Doyle

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

LA PRESA DI POSIZIONE

«Cari medici, non votate per la Brexit»

Troppo alta la posta in gioco per l'assistenza sanitaria. Così il BMJ interrompe la tradizionale imparzialità e lancia un appello contro la Brexit. «I pro-Brexit come gli antivaccinisti: avendo dimenticato i pericoli delle malattie infettive si rivoltano contro i presunti danni dei vaccini»

Giovanna Dall'Ongaro, 23 Giugno 2016 2:00

Il giorno della grande decisione è arrivato: oggi, 23 giugno, gli inglesi sceglieranno tra “remain” e “leave” decidendo così il destino del loro paese. Dentro o fuori l'Europa. Alla vigilia di quello che il premier David Cameron ha definito un momento “cruciale per la Gran Bretagna”, il British Medical Journal spiega perché i medici dovrebbero votare per rimanere nell'Ue. Interrompendo la lunga tradizione di imparzialità politica dell'autorevole rivista, Fiona Goodle, direttore del Bmj, insieme ai colleghi Kamran Abbasi, Anne Gulland e Rebecca Coombes ha deciso questa volta di fare sapere ai lettori come la pensa.

«Riteniamo che questo argomento trascenda la politica e abbia implicazioni talmente grandi per la salute e la società che è importante esprimere la nostra opinione». Il momento della neutralità c'è stato: il Bmj per più di un mese ha pubblicato una serie di articoli a favore dei due opposti schieramenti. A un certo punto però la bilancia ha cominciato a pendere da un solo lato, quello della permanenza nell'Ue. Difficile mantenersi al di sopra delle parti quando, passando in rassegna le opinioni dei maggiori esperti di salute inglesi, a capo delle più importanti organizzazioni mediche, dagli NHS, al Royal College of Physicians, non si riesce a trovare un solo nome che appoggi la Brexit. Così i redattori del Bmj hanno deciso di voltare pagina, rinunciando anche al fair play, se necessario, perché la posta in gioco è

troppo alta.

Le ragioni sbagliate del “Leave”

I conti non tornano. Quei 350 milioni di sterline alla settimana che secondo i sostenitori della Brexit vengono destinati all’Unione europea e sottratti all’assistenza sanitaria nazionale sono stati contestati da autorevoli economisti ed esperti di finanza. La cifra shock sparata alla cieca si è rivelata un boomernag: la parlamentare conservatrice antieuropeista Sarah Wollaston, per esempio, ha dichiarato di aver cambiato posizione per protesta contro quei calcoli troppo gonfiati. Ma, spiegano gli autori del Bmj, gli sbagli della campagna contro l’Europa non finiscono qui. La preoccupazione di venire invasi da orde di immigrati in cerca di cure mediche gratuite non regge.

Una ricerca della London School of Economics dimostra che gli inglesi possono stare tranquilli: gli stranieri che entrano nel loro paese sono giovani e poco bisognosi di assistenza sanitaria. E quando devono curarsi preferiscono tornare nei loro paesi. Oramai le regole dell’imparzialità sono state infrante e Fiona Goodle e i colleghi del Bmj sembrano averci preso gusto. Così non hanno remore ad appoggiare il giudizio del politico conservatore John Major sulle capacità degli antieuropeisti di amministrare il servizio sanitario nazionale: «nelle loro mani l’Nhs sarà al sicuro come un criceto accanto a un pitone».

Danni all’economia e al prestigio

Cosa accadrebbe all’Nhs se la Gran Bretagna uscisse dall’Unione europea? L’Economist Intelligence Unit ha calcolato che il sistema sanitario sarebbe costretto a tagliare le spese di 135 sterline a persona entro il 2020, in aggiunta al risparmio di 22 miliardi di sterline già previsto per quell’epoca.

«In un momento in cui l’Nhs è già esasperato dai tagli non dovremmo rischiare di sottoporlo ad altri sforzi finanziari», scrivono i redattori del Bmj che suggeriscono di andare anche a guardare il curriculum vitae dei medici che lavorano negli ospedali inglesi. Uno su dieci si è formato all’estero. Sollevare il ponte e scoraggiare i bravi professionisti a raggiungere l’altra sponda per prendersi cura della popolazione britannica non sembra una buona idea a Fiona Goodle e ai suoi colleghi. Senza contare poi che Londra è la sede dell’European Medicines Agency (Ema): con la Brexit si perderebbe questa presenza strategica che attira aziende americane e asiatiche interessate a condurre i trial clinici in Europa. I ricercatori inglesi potranno comunque accedere ai fondi europei, ma sarà più difficile, avvertono gli autori del Bmj, esercitare pressioni a loro favore.

Rigurgiti di nazionalismo

La strada del politicamente corretto è abbandonata per sempre e senza rimpianti e la conclusione dell'articolo lo dimostra: «Coloro che vogliono uscire dall'Europa non sono tanto diversi dagli antivaccinisti che avendo dimenticato i pericoli del morbillo, della rosolia e degli orecchioni, si rivolgono contro i presunti danni degli stessi vaccini. Allo stesso modo i sostenitori della Brexit hanno dimenticato gli effetti negativi dell'intollerante nazionalismo perché l'Europa è riuscita a contenerlo». I redattori del Bmj mettono in guardia dal rischio di un effetto domino che sfascerebbe i principi di tolleranza su cui si fonda l'Europa facendo emergere pericolose derive nazionaliste.

«L'Europa non è perfetta e ha bisogno di riforme. Ma ricordiamoci cosa c'è stato prima. L'Europa e la Gran Bretagna staranno meglio e più al sicuro se scegliamo di rimanere».

<http://www.doctor33.it/>

Incognita Brexit, dove andrà l'Ema? Pani (Aifa): l'Italia sarebbe una scelta ideale



Tra le diverse incognite in caso di uscita della Gran Bretagna dall'Unione europea, una riguarda la sede dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema): attualmente gli uffici centrali sono ubicati a Londra, ma in caso di Brexit si cercheranno delle alternative e, oltre a Svezia e Danimarca, anche l'Italia è in pole position. La Svezia potrebbe partire avvantaggiata a causa dell'importante ruolo svolto nella regolazione dei farmaci in Europa: nel corso del 2015, l'agenzia svedese ha condotto 25 revisioni per l'Ema, più di qualsiasi altra.

Ma Luca Pani, direttore dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), sostiene che la mancanza di giganti farmaceutici potrebbe garantire all'Italia una maggiore imparzialità, in quanto nessuna azienda avrebbe un accesso preferenziale all'agenzia. Inoltre, il nostro paese costituisce una base produttiva importante per molte aziende multinazionali del settore, tale da renderci il maggiore paese esportatore pro capite di farmaci nel mondo. «Possiamo vantare una qualità incredibilmente alta dei nostri prodotti farmaceutici. -afferma Pani - Il made in Italy non si limita a Gucci e Prada».

Il direttore dell'Aifa ricorda anche il sofisticato approccio al prezzo dei medicinali, che l'agenzia italiana riesce a correlare ai risultati effettivamente ottenuti per i pazienti. In Gran Bretagna sono anche ubicate le sedi utilizzate da diversi colossi farmaceutici americani (ma anche svizzeri, come Novartis e Roche) per seguire i processi di autorizzazione della commercializzazione nell'Unione europea per i propri prodotti. Se al referendum prevarranno i no all'Unione, probabilmente anche questi sedi verranno trasferite in altri Paesi. L'industria del farmaco del Regno Unito è dunque schierata a favore della permanenza in Europa. Rebecca Lumsden, dell'Associazione delle aziende farmaceutiche britanniche, sostiene che la presenza a Londra dell'Ema ha offerto l'opportunità di guidare e influenzare la regolazione dei farmaci in tutta Europa. E anche chi, come l'Italia, è pronta a raccoglierne il testimone, spera che questo non sarà necessario: «non possiamo immaginare uno scenario peggiore, - ha detto Luca Pani riferendosi al Brexit - sarebbe davvero un disastro».

Il principio emerso dalla sentenza del Consiglio di stato dell'8 giugno

No al profitto sul sangue

Il divieto esteso anche per gli emoderivati

DI ANDREA SCOTTO

Il sangue umano non è fonte di profitto: e ciò vale sia per le donazioni sia per l'intero processo di lavorazione degli emoderivati, a tutela della salute pubblica. Questo è il principio che emerge dalla sentenza del Consiglio di stato 8 giugno 2016 n. 2446. Il Ministero della salute aveva rigettato l'istanza di una azienda che chiedeva di inserirla tra i centri di produzione di medicinali emoderivati autorizzati alla stipula delle convenzioni per la lavorazione del plasma raccolto sul territorio nazionale. Il «no» era scattato perché la ricorrente disponeva di stabilimenti di frazionamento in Germania in cui il plasma veniva raccolto anche presso centri profit, cioè strutture in cui dalla donazione del sangue - sia essa volontaria o dietro dazione di un modico corrispettivo per le spese di viaggio e per il tempo dedicato alla donazione - si estraeva un guadagno. I giudici di Palazzo Spada hanno giudicato il divieto di cessione a fini di lucro del sangue e dei suoi componenti, stabilito dalla legge italiana, pienamente compatibile con le direttive europee. Infatti, «la gratuità dell'intero processo di

raccolta, con la maggiore capillarità e selettività dei controlli che esso comporta, è una ulteriore garanzia della sicurezza, incrementando il livello di tutela della salute pubblica». Inoltre, prosegue la sentenza, il fatto che in Italia la raccolta del sangue sia rigorosamente ed esclusivamente pubblica non può considerarsi per ciò solo ingiustificatamente discriminatoria e restrittiva della concorrenza rispetto alla scelta del legislatore tedesco di configurare un sistema misto pubblico-privato. Infine si afferma che «la ratio della disposizione primaria (art. 15 comma 2, legge n. 219 del 2005 con testo modificato dalla legge comunitaria 2009), laddove prevede il requisito che gli stabilimenti di frazionamento del plasma siano ubicati in Paesi europei «in cui il sangue raccolto non sia oggetto di cessione a fini di lucro», è da ricercare nella necessità di garantire che siano minimizzati i rischi di cross contamination per il plasma italiano proveniente da donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue e dei suoi componenti, principio fondante dell'intero sistema trasfusionale della Penisola.

—© Riproduzione riservata—



In Emilia. Per i figli dei migranti irregolari diritto al medico di famiglia fino a 18 anni

Non solo il pediatra, ma anche il medico di famiglia fino al compimento del diciottesimo anno d'età: d'ora in poi in Emilia Romagna avranno diritto ad averlo anche ragazzi e ragazze minorenni, figli di migranti senza permesso di soggiorno. Lo prevede un accordo firmato da Regione Emilia Romagna e organizzazioni sindacali dei medici di famiglia (Fimmg, Snam, Smi, Intesa sindacale) e approvato dalla giunta regionale. L'accordo amplia quanto era stato introdotto due anni fa con il riconoscimento del diritto al pediatra dalla nascita fino ai 14 anni anche per i migranti senza permesso di soggiorno. Oggi i bambini in carico al Servizio sanitario regionale sono 198. «È una questione di civiltà – ha commentato l'assessore regionale alle Politiche per la salute, Sergio Venturi – e di rispetto per quanto è sancito dalla nostra Costituzione: la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

