ANSAit

12-04-2017

LETTORI

137.040

http://www.ansa.it

Due persone su 5 negli Usa sono portatori di Papilloma Virus

Spesso inconsapevoli e senza sintomi ma possono contagiare altri

Il 43% degli americani, praticamente 2 su 5, sono portatori, a volte inconsapevoli e senza sintomi, di Papilloma Virus. E' quanto emerge dalle stime sulla prevalenza di HPV negli Stati Uniti, appena aggiornate dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC). L'HPV è un grande gruppo di virus che infettano la cute e le mucose che rivestono il corpo. Esistono oltre 100 diversi tipi di HPV, di cui circa 30 riguardano la zona genitale e si trasmettono facilmente attraverso i rapporti sessuali. Nella maggior parte dei casi le infezioni sono asintomatiche e scompaiono spontaneamente, in alcuni casi causano condilomi e verruche.

Più preoccupanti sono quelle dovute a ceppi associati a un più alto rischio di provocare tumore al collo dell'utero e ad altre parti del corpo, sia nella donna che nell'uomo. I partecipanti al sondaggio Usa, tutti tra i 18 ei 69 anni, sono stati sottoposti a tamponi ai genitali e alla bocca. I campioni raccolti sono stati poi testati per il DNA di 37 tipi di HPV orale e genitale, tra cui 14 ceppi

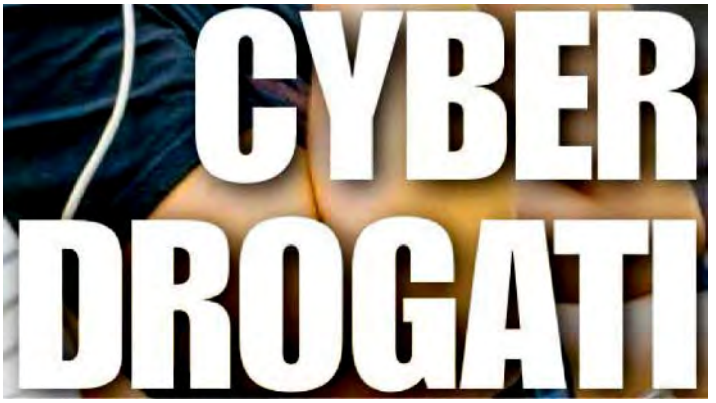
ad alto rischio. Ne è emerso che, tra gli adulti statunitensi, il 45% degli uomini e il 40% delle donne era infettato da HPV genitale. Mentre l'11,5% tra gli uomini e il 3,3% tra le donne da HPV orale. La prevalenza di ceppi ad alto rischio era del 23% per HPV genitale e 4% per l'HPV orale. "Nel mondo, Italia compresa - spiega Andrea Lenzi, presidente della Società di Endocrinologia - l'80% delle donne e oltre il 90% degli uomini viene a contatto col virus HPV almeno una volta nella vita. Tuttavia l'organismo è in genere in grado di debellare l'infezione. Le stime dei CDC sono interessanti perché riguardano non il numero di persone che vi è entrato in contatto ma quelle che, allo stato attuale, sono infette, anche senza saperlo, e quindi possono contagiare altre persone".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

13-APR-2017
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it



Social peggio di alcol e fumo I rischi della web-dipendenza

«Si attivano le stesse sinapsi di chi usa stupefacenti»

CONTINUA il nostro viaggio per cercare di capire se stiamo allevando, come direbbe Manfred Spitzer, generazioni di «dementi digitali», ovvero di giovani senza memoria, capacità di attenzione, fantasia, concentrazione, manualità e spirito critico.
Oggi analizzeremo la dipendenza da nuove tecnologie. Domani, invece, ci dedicheremo a capire come è cambiato il ruolo dei genitori ai tempi dei social network

INCOLLATI ALLO SCHERMO

Una webstar Usa è morta dopo una maratona di 22 ore davanti ai videogame

Luca Bolognini

ALL'INIZIO fu il Tamagotchi. Il gioco elettronico creato nel 1996 dalla Namco Bandai permetteva di prendersi cura di un animaletto digitale, nutrendolo, pulendolo e facendolo giocare. Tutto avveniva schiacciando tre tasti. Il livello di dipendenza che generava era altissimo. Nel 1998, una tassista francese di 28 anni in servizio a Marsiglia investì un gruppo di ciclisti e ne uccise uno, perché stava sfamando il suo cyber-cucciolo, incurante di quello che stava succedendo in strada. La stessa scena si è ripetuta in Giappone l'anno scorso, con Pokemon Go al posto del Tamagotchi e un pensionato negli sfortunati panni del ciclista.

NON È UN MISTERO che videogame e social network causino dipendenza. Come in tutte le cose, è l'abuso e non il normale utilizzo a rovinare le esistenze. La difficoltà più grande, a differenza di alcol o sostanze chimiche, è quella di stabilire il limite oltre il quale il consumo diventa dannoso. L'American Psychiatric Association, la massima autorità per quanto riguarda i disturbi mentali, sta ancora valutando, nonostante anni di ricerche, se inserire la «dipendenza da game online» tra le patologie riconosciute.
Nel frattempo, si continua a morire. Ci sono casi di utenti che si sono letteralmente 'consumati' pur di non staccarsi dallo schermo. Lo scorso febbraio Brian Vigneault, un stella dei videogame, si è spento dopo aver giocato per 22 ore consecutivamente. La webstar di 35 anni e con tre figli stava trasmettendo in diretta la sua personale maratona. Dopo essersi preso una pausa per fumare una sigaretta, è collassato nel giardino della sua casa in Virginia. Sono stati i suoi fan, preoccupati dalla prolungata assenza del loro idolo a lanciare l'allarme.
Diverse ricerche svelano meccaniche preoccupanti proprio per quanto riguarda i videogiochi online. «Quando ci si sfida sul web – spiegano gli psichiatri americani – si attivano le stesse sinapsi che si accendono nel cervello di un tossicodipendente quando assume droga». Una scarica di dopamina attraversa il cervello. «Giocare provoca una risposta neurologica legata al piacere, la stessa che si prova quando si viene ricompensati. E così scatta la dipendenza».

L'USO del web e dei social network non è da meno. Secondo uno studio dell'università di Chicago, è più facile astenersi da sesso, alcol e sigarette piuttosto che rinunciare a Twitter e Facebook. Inoltre, secondo l'università di Amsterdam, pioniera nelle ricerche in questo campo, il 5% dei teenager è «dipendente» dal web. «Come per il sesso, sono gli stimoli positivi – afferma Tanya Byron della Edge Hill University – a spingerci a ripetere le stesse esperienze. Quando un nostro post su un social viene condiviso e apprezzato da altre persone ci sentiamo ricompensati e siamo spronati a scrivere nuovi messaggi, nella speranza di intercettare sempre più consensi». E allora viene quasi da rimpiangere i Tamagotchi, che ai 'Mi piace' preferivano un semplice piatto di riso mantecato coi bit.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Allarme cyber risk in sanità, 700 mila attacchi al minuto dai pirati digitali

SANITÀ

Tweet

(Xinhua)

Pubblicato il: 12/04/2017 16:32

Dall'economia della moneta a quella delle informazioni. **I dati sono il nuovo petrolio dell'era digitale**, il bene più scambiato al mondo. E **sono quelli sanitari a fare più gola ai pirati informatici**. Secondo uno studio condotto da Fortinet, colosso americano della cyber security, sui 450 principali fornitori al mondo di programmi di sicurezza informatica, "**solo nell'ultimo trimestre del 2016 ci sono stati oltre 700 mila attacchi al minuto contro le organizzazioni sanitarie**". La falla più grande si apre nel cosiddetto Internet delle cose: i ricercatori del FortiGuard Labs hanno contato "**circa 2 milioni di tentativi di hackerare** un sistema operativo usato in sanità per far funzionare **dispositivi medici, pompe di infusione, monitor e monitor personali**". Device salvavita pilotabili da remoto, in uno scenario dove la fantascienza diventa realtà. Una minaccia reale anche nelle corsie degli ospedali italiani.

A lanciare l'allarme sono gli esperti riuniti oggi a **Milano** a Palazzo Lombardia, per il **primo convegno nazionale sul 'Cyber risk in sanità'**, promosso dal Gruppo ospedaliero San Donato con la collaborazione della Regione e il patrocinio di ministero della Salute, Assolombarda, Aiop-Associazione italiana ospedalità privata, università degli Studi di Pavia e Ordine degli ingegneri della provincia di Milano. **Davide Rizzardi, responsabile del Servizio di prevenzione e protezione dell'Irccs Policlinico San Donato** e promotore dell'evento, parte dai numeri dei report internazionali per ammonire gli attori del sistema: "Considerate le implicazioni etiche e morali che devono muovere ogni nostro operato, con il bene del malato sempre al centro, **è obbligatorio muoversi e organizzarsi** per invertire questa tendenza preoccupante".

"Le scelte in tema di cyber security - avverte - vanno prese da tutto il management di una struttura sanitaria, con un lavoro di team nel più ampio senso del termine, in sede organizzativa e soprattutto progettuale". Il pericolo esiste ed è tra noi, conferma **Giuliano Tavaroli, ex responsabile sicurezza dei gruppi Pirelli e Telecom, oggi consulente** per le aziende contro il rischio digitale. Così come ai cronisti del Watergate 'Gola profonda' suggeriva di "**seguire il denaro**", l'esperto di intelligence invita a riflettere sul fatto che, "se oggi i dati hanno tanto valore e sono diventati la commodity più scambiata in assoluto, c'è anche qualcuno che immagina di ricavarci qualcosa".

"**I dati hanno superato gli scambi finanziari e di trading**", spiega Tavaroli che mette in guardia contro le insidie di una "**dittatura dell'algoritmo**", di un'epoca in cui "la scienza prenderà sempre più il controllo di tutte le nostre attività quotidiane". **Una rivoluzione**, "un'elemento di distruzione dello status quo" che ha travolto anche la sanità, dove il digitale è ormai ovunque. Dall'Internet of things all'Internet of body: "Le persone di stanno abituando a portare addosso dei sensori per correre, per dimagrire, per monitorare lo stato di salute e di benessere". Siamo vivendo e vivremo in modo sempre più massiccio la "**digitalizzazione della biologia**", anzi "del mondo". E anche guardando ai servizi si parla di "tele hospital, assistenza robotica, intelligenza artificiale".

Tg AdnKronos, 12 aprile 2017

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. Vicenza, vincono la partita e postano foto senza veli su Facebook
2. Morgan lascia Amici, il retroscena del divorzio
3. Maria De Filippi: "Morgan lascia Amici, è un mio fallimento". Torna Emma?
4. Bolletta luce, le migliori tariffe sul mercato
5. "Show noioso e cafone", De Sica attacca 'Ballando'. E Lucarelli risponde...

Video

Sesso, droga e camicie nere nel doc 'Cinecittà Babilonia'

Adidas pronta a lanciare sneaker stampata in 3D

'Thor: Ragnarok', il trailer terzo capitolo saga

Elementi con potenzialità dirompenti, di fronte ai quali "si configura l'**esigenza di cambiare completamente la nostra filosofia infrastrutturale**. Le organizzazioni stanno raccogliendo la sfida", eppure "**il digitale corre più veloce di noi**. Nel 2020 - prosegue l'esperto - il traffico su Internet raggiungerà i 21 GigaByte pro capite" dai 7 GB pro capite del 2015. "Siamo entrati nell'era degli ZettaByte che significa 10 Byte elevati a 21. La connettività è ubiqua e massiva, cambia il profilo dei servizi e cambiano anche i rischi".

Rizzardi cita l'Ad di Google: "La quantità di dati prodotti negli ultimi 3 anni nel mondo è superiore a quella accumulata da tutta l'umanità nella sua storia dal Paleolitico a oggi". Ma **la vulnerabilità dell'era digitale "non riguarda solo i dati**: anche i **dispositivi medic**i controllati da remoto vanno gestiti in sicurezza, perché **una volta in Rete possono essere hackerati e controllati a distanza**". L'idea inquieta, soprattutto pensando che "nel mondo ci sono oggi 16 miliardi di device e fra 4 anni ce ne saranno 40 miliardi". Insomma, "i dati prodotti sono il vero petrolio per la creazione di valore e quelli sanitari in particolare".

"Il settore sanitario - ragiona l'esperto del San Donato - ha operato il passaggio dal dato cartaceo al dato digitale per ragioni di efficienza. Solo successivamente gli enti sanitari, gli ospedali e i medici hanno cominciato a preoccuparsi della sicurezza dei dati, sotto la propulsione di normative e di una nuova consapevolezza acquisita a causa del numero di violazioni avvenute. Se l'efficienza si è rivelata la più rilevante leva per l'adozione dell'IT in sanità, **la sicurezza è stata solo una valutazione ex post**". Ne risulta "l'incapacità della gran parte di noi - dice Tavaroli - di comprendere il reale impatto di tutto questo sulla vita di tutti i giorni". Ora però "il tema della sicurezza dei dati sanitari, delle infrastrutture IT e dei device collegati **non è più procrastinabile**", insiste Rizzardi, auspicando "una convergenza di interessi, competenze e professionalità".

"**Nelle imprese italiane** - riconosce - la consapevolezza in tema di sicurezza informatica sta crescendo e lo dimostra l'aumento della spesa in soluzioni dedicate, che nel 2016 ha raggiunto i 972 milioni di euro con un'aumento del 5% rispetto al 2015. Questo però non basta. L'Osservatorio Information Security & Privacy, promosso dalla School of Management del Politecnico di Milano, ha rilevato che nel nostro Paese l'atteggiamento delle aziende è ancora inadeguato: solo il 39% delle grandi società vanta piani di investimento pluriennali, soltanto il 46% ha in organico un Chief information security officer", un Ciso, "e appena il 15% ha attivato assicurazioni sul rischio di attacchi cybercriminali".

E la sanità come si muove? "Purtroppo le differenze sono notevoli da regione a regione, da ospedale a ospedale o da gruppo a gruppo, e dal pubblico al privato. In un contesto che va verso l"ospedale diffuso' è un atteggiamento non più accettabile. E' necessario rendere sicuri i dispositivi di storage e le reti su cui viaggiano", esorta Rizzardi che si augura al contempo "una riflessione sui profili informatici, legali, etici, deontologici della rilevazione e diffusione dei dati sanitari individuali". Conclude Alessandro Venturi, docente di diritto regionale e degli enti locali all'università di Pavia: "Tra l'amministrazione e i cittadini" che "quotidianamente le cedono dati alla Pa" **serve "un nuovo patto"**, con la garanzia di "**confidenzialità, inviolabilità, protezione**" e "**reciprocità**". Perché se le informazioni che diamo di noi sono una moneta, in cambio dobbiamo esigere "trasparenza, ottimale allocazione delle risorse e servizi personalizzati".

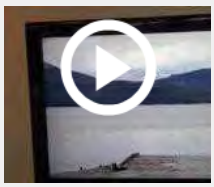
Tweet

TAG: cyber risk, cyber security, dati sanitari, dispositivi medici, gruppo san donato, regione lombardia, giuliano tavaroli, davide rizzardi, pirati informatici, digitale

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI

50 anni per 'Il Laureato', film restaurato torna in sala



'Elogio della fragilità' in mostra all'archivio Menna-Binga

G7, al via vertice Lucca: sul tavolo Siria e terrorismo

E.T., Gundam e tanti altri.....

Reti Rai cambiano veste

Il suono della F1 diventa musica

In Evidenza

Syngenta al Food&Science Festival: 'innovazione è opportunità'

Da Confcommercio ok a riforma porti, non possiamo perdere opportunità in Europa

Randstad

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

13-APR-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

OGGI A MONTECITORIO

Conferenza anti vaccini alla Camera È polemica

ROMA

Montecitorio può ospitare una conferenza stampa anti-vaccini? Secondo la presidente della Camera dei Deputati qualsiasi sia la tesi sostenuta non si può rifiutare ospitalità a un onorevole all'interno della sala dedicata alla presentazione di iniziative dei deputati ai giornalisti. Questo non vuol dire che la Camera stia patrocinando in qualche modo la conferenza. La posizione tenuta dalla Presidente della Camera Laura Boldrini sui vaccini non dà adito ad equivoci. Basti ricordare la campagna #bastabufale da lei lanciata due mesi fa contro le fakenews, precisa il suo portavoce Roberto Natale in una nota.

Prese le dovute distanze da parte di Montecitorio, resta la bufera politica creata dalla conferenza stampa organizzata per oggi alla Camera dall'onorevole Adriano Zaccagnini di Mdp (gli scissionisti di Bersani), dal titolo «Libertà di scelta per vaccinarsi in sicurezza». In realtà a prendere le distanze da Zaccagnini sono stati in tanti. La ministra della Salute Beatrice Lorenzin: «Ancora una volta i paladini dell'antiscienza tentano blitz nelle sedi istituzionali per cercare di dare visibilità a tesi anti vax basate sul nulla, su dicerie anti scientifiche contestate da tutta la comunità e dagli istituti internazionali. I risultati, i danni di questa informazione fasulla purtroppo si vedono con il gravissimo ritorno di malattie che erano state debellate proprio grazie ai vaccini, come il morbillo o la polio». L'ex premier Matteo Renzi dice che gli «spiace» che il gruppo di Bersani e D'Alema faccia «passare il messaggio che non vaccinarsi è un diritto». In realtà anche l'Mdp ha preferito fare alcune precisazioni. Il capogruppo Francesco Laforgia, ha chiarito che l'iniziativa di Zaccagnini «è personale e non ha niente a che vedere con la posizione del gruppo e di Articolo 1 su questo tema». Al renziano Michele Anzaldi non basta la presa di distanza: «Il gruppo di Mdp levi dall'imbarazzo la presidenza della Camera e chieda formalmente al deputato Zaccagnini di annullare la conferenza stampa».

Solo contro tutti, Zaccagnini, un ex M5s, ha difeso la sua iniziativa: «Riguarda tutti quegli elementi che ad oggi sono mancanti per un'offerta vaccinale veramente in sicurezza. I vaccini sono un'importante traguardo della scienza, ma non si può prescindere da un utilizzo consapevole ed informato di questi». [F. A.]

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

ANSA

Adriano Zaccagnini (Mdp)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-APR-2017
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

Incontro anti-vaccini alla Camera Bufera su un deputato di Mdp

L'ex M5S Zaccagnini sconfessato dal gruppo. Ma tra Pd ed ex scissionisti è scontro

ROMA Le teorie antivax varcano la soglia della Camera sulle gambe di un deputato di Mdp. E il caso diventa politico. Il Pd accusa il movimento di Bersani e D'Alema di dare voce a «ciarle antiscientifiche» e di scherzare con la salute degli italiani. A *Otto e mezzo* Renzi attacca: «Un convegno del movimento degli scissionisti dà spazio alla tesi dei negazionisti dei vaccini, mi dispiace».

Scontro furibondo, tutto interno al centrosinistra. Finché a sera l'ufficio stampa di Mdp diffonde una nota durissima: «Da Renzi penosa strumentalizzazione. Ribadiamo il nostro convinto sostegno a una politica vaccinale consapevole e attenta agli interessi generali». Ad accendere il fuoco sotto le ceneri della scissione è l'iniziativa «a titolo personale» dell'onorevole Adriano Zaccagnini, ex 5 Stelle passato con Si e approdato nel movimento guidato da Speranza, Rossi e Scotto. Il deputato ha promosso un incontro con un team di antivaccinisti che si terrà oggi nella sala stampa della Camera. A far scoppiare la rissa è bastato il titolo: «Vaccini, l'altra verità». Il Pd è partito all'attacco e le polemiche hanno investito Laura Boldrini. Alla presidente della Camera la dem Giuditta Pini ha chiesto di «valutare se vi sia un profilo di inopportunità nel concedere una sala delle istituzioni per una iniziativa che alimenta regressioni populiste».

A sera il portavoce Roberto Natale chiarisce, regolamento alla mano, che Montecitorio non può negare a un deputato l'uso della sala stampa, né sindacare sul merito dell'incontro. Quanto alla sua posizione sui vaccini, Boldrini ricorda la campagna *#bastabufale* da lei lanciata contro le *fake news*: «Le bufale possono provocare danni reali alle persone, come si è visto anche nel caso dei vaccini pediatrici».

La ministra della Salute Beatrice Lorenzin denuncia il «blitz» dei «paladini dell'antiscienza» nelle sedi istituzionali e mette in guardia dai rischi di informazioni fasulle, che «purtroppo si vedono con il gravissimo ritorno di malattie che erano state debellate». La comunità scientifica è indignata. Il medico Roberto Burioni, quasi una *celebrity* sui social per la sua battaglia in difesa dei vaccini, si appella al «raziocinio» di D'Alema e Bersani e chiede a Boldrini di «impedire questa vergogna». Il capogruppo di Mdp Francesco Laforgia spiega che non era stato avvertito e ha subito «censurato» il collega: «È l'iniziativa di un singolo, ma su questo tema non si scherza. Noi siamo a favore, io sono papà di una bambina che ha appena fatto il suo secondo vaccino». Zaccagnini sarà espulso? «Non possiamo permetterci ambiguità. Apriremo una riflessione su come si sta in un gruppo, cosa che a Zaccagnini ancora sfugge». Oggi, a Montecitorio, lo scontro continua.

Monica Guerzoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

- Da alcuni mesi sia a livello regionale sia a livello nazionale è in atto una discussione sulla necessità di introdurre una legge nazionale che ristabilisca l'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'accesso dei bambini ai nidi e alla scuola materna
- Con il calo percentuale di vaccinazioni, infatti, negli ultimi anni in alcuni contesti è venuta meno l'«immunità di gregge» (o di gruppo)
- A spingere per un uso minore dei vaccini sono i gruppi No-Vacs, molto diffusi sul web, che a volte hanno trovato sponde anche nel mondo della politica, in primis tra i Cinque Stelle
- Proprio con i Cinque Stelle è stato eletto Adriano Zaccagnini, il deputato di Mdp che ha organizzato il convegno anti-vaccini a Roma

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 125.801
Diffusione 12/2016: 65.889
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

13-APR-2017
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

POLEMICA PER L'INIZIATIVA DI UN BERSANIANO EX M5S

Alla Camera si combattono i vaccini

Boldrini non impedisce il convegno complottista

Francesca Angeli

«Vaccini. L'altra verità». Questa la conferenza che si terrà oggi alla Camera e che ha già sollevato un vespaio di polemiche. L'iniziativa del deputato bersaniano Adriano Zaccagnini, ex grillino, è stata da molti bollata come complottista e anti-vaccini. Così, Mdp in imbarazzo si affretta a dire che «il convegno non c'entra col partito» e la presidente Boldrini si dice contraria alle fake news ma si trincera dietro un «il regolamento non ci consente di annullare la conferenza».

a pagina 14

Blitz antivaccini alla Camera Bufera sul bersaniano che promuove le bufale

L'Mdp Zaccagnini, ex M5s negazionista, organizza il convegno. «Ma non usi il logo di Montecitorio»

LA POLEMICA

di **Francesca Angeli**
Roma

Con un'epidemia di morbillo in corso gli scissionisti di Mdp scelgono di organizzare una conferenza *antivax* in un luogo istituzionale, ovvero la Camera dei Deputati. Decisione sconcertante che scatena una bufera politica, indigna il mondo scientifico e offre a Matteo Renzi su un piatto d'argento l'opportunità di bastonare i suoi ex compagni. «L'Mdp, il gruppo di Bersani e D'Alema, organizza un convegno negazionista sui vaccini e fa passare il messaggio che non vaccinarsi è un diritto. Mi spiace davvero», commenta l'ex premier. La conferenza *Vaccini l'altra verità* che si terrà oggi presso la sala stampa di Montecitorio è stata organizzata «a titolo personale dal deputato Adriano Zaccagnini» assicura, il presidente del gruppo Mdp, Francesco Laforgia, che, nel tentativo disperato di arginare le polemiche, specifica che il gruppo è a favore della prevenzione e che pure sua figlia è stata vaccinata. Inutilmente però. E infatti piovono pietre sul gruppo D'Alema e Bersani lanciate soprattutto dai loro ex compagni rimasti fedeli a Renzi. Attraverso i *social* attaccano a testa bassa come Michele Anzaldi che sulla sua pagina *Facebook* scrive: «Ecco la vera casta: quella che con i soldi degli italiani organizza conferenze di contenuto antiscientifico. È vergognoso». Ma una netta condanna arriva anche dal ministero della Salute. «Ancora una volta i paladini dell'antiscienza tentano blitz nelle sedi istituzionali per cercare di dare visibilità a tesi *antivax* basate sul nulla, - attacca il ministro della Salute Beatrice Lorenzin - I danni di questa informazione fasulla purtroppo si vedono con il gravissimo ritorno di malattie debellate grazie ai vaccini, come il morbillo o la polio». All'attacco pure l'esperto ritenuto il campione dei difensori dei vaccini, Roberto Burioni, che parla di «una conferenza con la partecipazione della solita compagnia di giro di antivaccinisti». Gli interventi previsti in conferenza saranno tenuti soltanto da medici antivax, che sostengono la correlazione tra vaccini ed autismo mai provata scientificamente. Alcuni di loro poi sono già sottoposti a procedimenti da parte dell'ordine dei medici. Burioni dunque chiede al presidente della Camera, Laura Boldrini di annullare la conferenza. Ma la Boldrini pur assicurando di essere schierata contro la disinformazione sui vaccini fa sapere attraverso il suo portavoce che gli unici a poter cancellare il convegno, sono coloro che l'hanno convocato, ovvero lo stesso Zaccagnini. Circostanza confermata anche da Giuditta Pini del Pd. «La conferenza è stata organizzata in sala stampa, spazio a disposizione dei parlamentari e dunque dovrebbero essere loro a tirarsi indietro - spiega la Pini - La Presidenza ci ha però assicurato di

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 125.801
Diffusione 12/2016: 65.889
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

13-APR-2017
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

aver diffidato gli organizzatori dall'usare il logo della Camera dei Deputati».

Ma chi è l'organizzatore? Adriano Zaccagnini è partito dal M5s, è transitato per Sel e Gruppo Misto ed è infine approdato tra gli scissionisti del Pd. Da sempre ha posizioni critiche nei confronti dei vaccini tanto che ha definito la campagna promossa dal ministero della Salute «terrorismo mediatico» sostenendo tra l'altro che non esiste alcuna epidemia di morbillo (1.473 casi dall'inizio dell'anno, *ndr*). Dopo lo scoppio delle polemiche ha diramato un comunicato in tono moderato in cui sostiene di avere un «approccio intermedio né antivaccinista né in favore della coercizione alle vaccinazioni».

4

I cambi di casacca di Adriano Zaccagnini dal 2013 ad oggi: M5s, gruppo Misto, Sel e oggi Democratici e progressisti

CONFUSO Adriano Zaccagnini

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Salute: scopri tutte le news su Libero Quotidiano.it

SALUTE

Cancro, l'epocale studio pubblicato da Science: ecco da cosa è davvero causato

12 Aprile 2017

Un tumore è la conseguenza di stili di vita sbagliati e malsani o solo destino, sfortuna? Questa la domanda da un milione di dollari. Un articolo di *Science*, come si legge sul Corriere, contesta l' idea diffusa (e sbagliata) che i tumori dipendano dalla sfortuna. Secondo questo studio contano lo stile di vita e l' ambiente (oltre alla prevenzione).

Lo scienziato Bert Vogelstein, uno degli uomini-chiave nello studio e nella comprensione dei meccanismi molecolari genetici che causano il cancro. Anni fa un suo lavoro generò il risultato che due tumori su tre dipendessero dalla cattiva sorte e non da cause genetiche o legate allo stile di vita. Ma nel suo studio più recente tutto è ribaltato. Vogelstein ha esteso i suoi dati ad altre popolazioni al di fuori degli Usa.

L' epidemiologia ci dice, ad esempio, che le donne giapponesi trasferitesi negli Stati Uniti, a partire dalla seconda generazione hanno visto aumentare di quasi 10 volte il rischio di cancro della mammella. Un dato che suggerisce che stile di vita e ambiente rappresentano un fattore determinante per i tumori.

Le stime dello studio di Vogelstein ed il messaggio che ne consegue vanno dunque presi con spirito critico, evitando interpretazioni che potrebbero essere fuorvianti per la salute. "Non possiamo intervenire sulla fortuna, ma su altri fattori di rischio possiamo invece agire", deduce il *Corriere*. "Dobbiamo dunque fare tutto ciò che è in nostro potere per sconfiggere il cancro: prevenzione e diagnosi precoce, ricerca per mettere a punto nuove strategie diagnostiche e terapeutiche".

Secondo i numeri, **l'Italia sta facendo bene**: in alcune zone meglio che in altre, ma in generale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce a tutti l' accesso a strumenti di diagnosi precoce.

Liberotv | I VIDEO

I PIÙ LETTI

Mattarella, furibonda reazione. "Basta": con Renzi finisce male

Ladri in casa, li ammazza tutti: che fine farà questo ragazzo

La bestemmia del Papa che farà venire giù la chiesa. Di Antonio Socci

SONDAGGI

A voi manca Ratzinger come capo della Chiesa?

VOTA SUBITO!

Isola dei famosi, secondo voi chi vince stasera?

VOTA SUBITO!

Una nuova generazione di anti-angiogenetici darà man forte all'immunoterapia

Il tumore può resistere anche ai trattamenti di ultima generazione come l'immunoterapia e lo fa dotandosi di vasi che non permettono alle cellule T di arrivare al tumore e bloccando le difese immunitarie attraverso la produzione di PD-1. Ma uno studio svizzero appena pubblicato dimostra che una nuova generazione di anti-angiogenetici (anti-VEGFA e anti- ANGPT2) può rivelarsi un valido alleato contro queste strategie tumorali anti-immunoterapia.

12 APR - E' possibile migliorare l'efficacia dell'immunoterapia agendo sui vasi del tumore, bloccando due proteine che ne facilitano la crescita. A stabilirlo è una ricerca dell'*Ecole Polytechnique Fédérale* di Losanna (Svizzera), appena pubblicata su *Science Translational Medicine*.

Il principio dell'immunoterapia è quello di ripristinare l'efficienza e di potenziare le *performance* del sistema immunitario, consentendo alle cellule T di 'riconoscere' e distruggere le cellule tumorali. Come è noto, il tumore mette in campo una serie di strategie per proteggersi dall'attacco del sistema immunitario e per difendersi anche dall'immunoterapia. Una di queste strategie di difesa consiste nel produrre dei nuovi vasi sanguigni in grado di bloccare, anziché facilitare, l'arrivo delle cellule T.

I tumori hanno imparato a nascondersi dalle cellule del sistema immunitario e dunque ad evitare di essere attaccate da loro. Un effetto questo mediato dall'espressione di alcune proteine, i ligandi dei checkpoint immunitari, come il PD-L1 (*programmed death ligand* 1) che si legano ad un apposito recettore (PD-1) espresso sulla superficie delle cellule T, 'frenando' in questo modo l'attacco delle cellule immunitarie al tumore. La somministrazione dei checkpoint inibitori consente di rimuovere questo 'freno'. Ma le cellule tumorali hanno imparato a difendersi anche dall'immunoterapia mettendo in campo dei nuovi vasi che impediscono di fatto alle cellule T di arrivare al tumore.

Secondo gli scienziati svizzeri è tuttavia possibile 'riprogrammare' i vasi tumorali, così da spianare la strada all'immunoterapia. Una scoperta questa ritenuta così importante dagli *editor* di *Science Translational Medicine*, da dedicargli al copertina dell'ultimo numero.

I vasi tumorali sono essenziali naturalmente per portare ossigeno e sostanze nutritive al tumore, ma non era noto finora che potessero avere anche quest'azione di barriera contro l'immunoterapia.

Michele De Palmae colleghi del Politecnico di Losanna hanno concentrato la loro attenzione su due proteine particolari, VEGFA (*vascular endothelial growth factor* A) e ANGPT2 (angiopoietina 2), prodotte dal tumore proprio allo scopo di stimolare la crescita di nuovi vasi.
Bloccando l'azione di questi due fattori di crescita è possibile rallentare la formazione di nuovi vasi, di 'affamare' cioè il tumore. Un'azione questa possibile grazie all'impiego dell'anticorpo A2V, che è stato testato su modelli sperimentali di cancro della mammella, del pancreas e sul melanoma.

L'azione vincente contro il tumore si esercita però solo bloccando contemporaneamente tutte e due queste proteine, mentre tutto ciò che ne blocca solo l'una o solo l'altra ha un'efficacia decisamente inferiore. E ancora più importante appare il fatto che A2V ha la capacità di bloccare la formazione di metastasi.

I ricercatori svizzeri sono andati dunque a esplorare i meccanismi alla base del successo di A2V.
VEGFA e ANGPT2 fanno acquisire ai neo-vasi tumorali un aspetto aberrante che impedisce il passaggio delle cellule T, limitando in questo modo l'azione dell'immunoterapia.

"Un dato importante che abbiamo riscontrato – sottolinea De Palma - è che non solo l'A2V ha prodotto la scomparsa della maggior parte dei vasi tumorali, ma che ha anche corretto i caratteri aberranti di quelli restanti, rendendoli in questo modo simili ai vasi fisiologici e più 'permissivi' rispetto all'arrivo delle cellule T anti-tumorali". Addirittura l'A2V ha consentito lo 'stravaso' delle cellule T attivate all'interno del tumore, che rappresenta la *conditio sine qua* non per avviare una risposta immune contro il tumore.
Tuttavia, l'accumulo di linfociti T attivati intorno ai vasi tumorali, indotto dalla somministrazione dell'A2V va a scatenare una risposta di difesa da parte del tumore, consistente nella produzione del ligando PD-L1, nel tentativo di 'accecare' le cellule T. E' possibile tuttavia contrastare questo tentativo di eludere il sistema immunitario, bloccando il recettore PD-1; in questo senso, l'immunoterapia a base di anti-PD-1 assume un ruolo sinergico rispetto all'A2V.

"I nostri esperimenti ci ricordano – ammonisce De Palma – che i meccanismi di resistenza alle terapie anti-

QSnewsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

QS gli speciali

Responsabilità professionale. La legge spiegata e commentata nel libro di QS.
SCARICALO QUI

tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

1 Benchmark Ocse sui sistemi sanitari di 29 Paesi. L'Italia spende poco e ha buoni risultati, ma long term care e prevenzione ancora non vanno. E gli altri? Luci e ombre dalla Ue al Giappone

2 Alzheimer, scoperta l'origine della malattia: se manca la dopamina la memoria va via. Sbalzi d'umore e depressione possibili primi sintomi

3 I medici che la notte...

4 Rimborsi ex specializzandi. D'Ambrosio Lettieri (DI): "Colmare un grave vuoto normativo". Il 10 aprile incontro a Bari

5 Corruzione in sanità. Servirebbe più cautela sui dati. Si lavori per motivare

cancro sono sempre dietro l'angolo. Ma suggerisce anche che alcune terapie anti-angiogenetiche, quali appunto gli inibitori di ANGPT2, hanno un impatto anti-tumorale più importante di quanto inizialmente ritenuto. Oltre a colpire la formazione dei neo-vasi tumorali, danno il via alle risposte immunitarie anti-tumore, che possono essere rinforzate dal blocco dei *checkpoint* immunitari".

Lo studio è stato finanziato da Leenaards Foundation, Lega anti-tumore svizzera, San Salvatore Foundation e Roche.

Maria Rita Montebelli

(Foto Credit: Ella Maru Studio)

12 aprile 2017

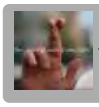
© Riproduzione riservata

Altri articoli in Scienza e Farmaci

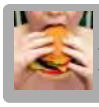
Alcohol Prevention Day. Presentato il nuovo rapporto Iss 2017, le linee guida europee e un manuale Oms. In Italia si beve sempre di più: a rischio soprattutto giovani, anziani e donne

Coma: in Italia 3.000 persone in stato vegetativo. Il Congresso Sirn

ADHD nell'adulto. Ideato un nuovo algoritmo per lo screening diagnostico



Sclerosi Multipla. La malattia che non conosce le buone maniere



Obesità. Inefficaci le attività di prevenzione rivolte ai bambini in età prescolare

Ictus. L'attività fisica condiziona ripresa e qualità della vita

gli operatori anziché mortificarli con giudizi generici e sommari

6 Stop all'utilizzo in ospedale dei camici bianchi del Sumai

7 È la depressione il nuovo nemico globale da sconfiggere: 300 milioni di malati nel Mondo e perdite economiche per un trilione di dollari l'anno. Ed è a lei che è rivolta la prossima Giornata mondiale Oms per la salute 2017

8 Riforma pubblico impiego. Governo vara decreto Madia: "Ora pronti al rinnovo dei contratti". Proroga fino al 2019 per i concorsi straordinari nel Ssn. Il testo in anteprima

9 Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi

10 Responsabilità professionale. Via libera dalla Camera. Il 'ddl Gelli' è legge. Cambiano la responsabilità penale e civile dei medici. Più trasparenza per i pazienti e sicurezza strutture. Il testo e la sintesi articolo per articolo

Quotidianosanità.it
Quotidiano online d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Via Boncompagni, 16
00187 - Roma

Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma (RM)

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriquez

In redazione
Lucia Conti
Ester Maragò
Giovanni Rodriquez

Collaboratori
Eva Antoniotti (Ordini e professioni)
Gennaro Barbieri (Regioni)
Ivan Cavicchi (Editorialista)
Fabrizio Gianfrate (Editorialista)
Ettore Mautone (Campania)
Maria Rita Montebelli (Scienza)
Claudio Risso (Piemonte)
Edoardo Stucchi (Lombardia)
Vincino (Vignette)

Contatti
info@qsedizioni.it

Pubblicità
Tel. (+39) 06.89.27.28.41
commerciale@qsedizioni.it

Redazione
Tel (+39) 06.59.44.62.23
Tel (+39) 06.59.44.62.26
Fax (+39) 06.59.44.62.28
redazione@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n. 115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.
Policy privacy

la Repubblica.it

13-04-2017

Lettori
291.389

http://www.repubblica.it/

La cannabis può aiutare nella cura dei tumori?

Diversi studi hanno già dimostrato le proprietà antidolorifiche, antinfiammatorie e antinausea dei cannabinoidi ed infatti il ministero della Salute ne autorizza la prescrizione. L'esperto ci spiega come e quando. Intanto, altre ricerche stanno indagando anche sulla capacità della cannabis di indurre la morte delle cellule tumorali

LA CANNABIS intesa come farmaco può essere acquistata anche in farmacia, dietro prescrizione del medico, ma se ne parla ancora poco specie in ambito oncologico. Eppure in Italia l'uso della cannabis terapeutica è legalizzato dal 2013 e oggi sono 11 le Regioni italiane nelle quali la cannabis per uso medico è a carico del Servizio Sanitario Regionale. Con l'aiuto di un esperto cerchiamo di capire quando è indicato l'uso della cannabis, chi può prescriverla e anche a che punto è la ricerca.

Quali molecole. Già dallo scorso dicembre, è disponibile per la prescrizione di preparazioni magistrali, la sostanza attiva di origine vegetale Cannabis FM2 prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze. "La Cannabis FM2 è costituita da infiorescenze femminili non fecondate, essiccate e macinate contenenti precursori acidi del delta-9-tetraidrocannabinolo (THC) corrispondenti ad una percentuale di THC compresa tra il 5 e l'8% e ad una percentuale di cannabidiolo (CBD) compresa tra il 7,5 e 12%" spiega **Saverio Cinieri**, primario del reparto di oncologia dell'Ospedale Perrino di Brindisi e tesoriere nazionale Aiom.

Quali indicazioni. Oltre all'impiego nel dolore cronico e in quello associato a sclerosi multipla e a lesioni del midollo spinale, la cannabis ha anche delle indicazioni oncologiche: "Può essere prescritta" spiega Cinieri "per la nausea e il vomito causati da chemioterapia, radioterapia o dalle terapie per Hiv. E' indicata anche come stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da Aids e nell'anoressia nervosa". Tra le altre indicazioni, c'è l'effetto ipotensivo nel glaucoma; la riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella

sindrome di Gilles de la Tourette. “Ma attenzione” chiarisce Cinieri “le prescrizioni si possono effettuare solo quando le terapie convenzionali o standard sono inefficaci”.

Chi può prescriverla. Stando a quanto previsto dal decreto ministeriale, la prescrizione sembrerebbe alla portata di tutti perché qualsiasi medico abilitato e iscritto all’Ordine dei Medici può farla: “Tutti i medici, quindi anche quelli di base e non solo gli specialisti, possono prescrivere le preparazioni magistrali a base di Cannabis FM2 mediante una prescrizione magistrale non ripetibile” chiarisce Cinieri.

Dalla teoria alla pratica. Tutto facile, allora? Non proprio. “E’ vero che il decreto prevede che tutti i medici possono prescriverla” ammette l’oncologo “ma di fatto è un processo complicato perché i medici devono compilare una scheda con i dati relativi a età, sesso, posologia in peso di cannabis dei pazienti trattati che poi va mandata all’Istituto superiore di sanità” spiega Cinieri. Già questa procedura è farraginosa e potrebbe spaventare il medico impegnato in mille altre pratiche burocratiche. “E poi c’è il problema che la trasmissione dei dati deve essere fatta secondo modalità stabilite da ciascuna Regione e Asl per cui ognuno si comporta come vuole”. Stesso discorso per la rimborsabilità: è una questione che viene stabilita a livello di ciascuna Regione. Ma il medico può rifiutare di prescrivere la cannabis? “In effetti, il decreto ministeriale non è chiaro a riguardo perché dice che qualsiasi medico può prescriverla ma non usa il verbo ‘deve’ per cui in teoria non è detto che tutti i medici siano disposti a farlo. Nella nostra regione, cioè la Puglia” prosegue l’esperto “stiamo collaborando con i terapisti del dolore che sono le figure più adeguate a gestire queste esigenze”.

Informare il paziente. Naturalmente, la decisione di prescrivere preparati a base di cannabis va condivisa con il paziente. “Il medico prescrittore deve informarlo riguardo ai benefici e ai potenziali rischi dell’uso della cannabis e raccogliere il suo consenso informato scritto” dice Cinieri. La prescrizione della cannabis FM2 è assolutamente individuale e personale e non può essere donata o ceduta ad altri. Anzi, per dimostrare la liceità del possesso della preparazione magistrale a base di cannabis FM2 per uso medico, copia della ricetta timbrata e firmata dal farmacista all’atto della dispensazione deve essere consegnata al paziente o alla persona che ritira la preparazione magistrale.

Come si assume. Ma in pratica un paziente che riesce ad avere la prescrizione della cannabis sotto che forma la assumerà? Il decreto ministeriale prevede diverse modalità di assunzione: per via orale, come decotto o per via inalatoria mediante vaporizzatore. A decidere quale deve essere il medico. “E’ consigliabile iniziare da dosaggi minimi, per poi eventualmente aumentarli in funzione sia dell’effetto farmacologico che di eventuali effetti collaterali avversi” spiega Cinieri. Nel caso di somministrazione orale, il medico curante deve indicare al paziente la modalità e i tempi di preparazione del decotto, la quantità di cannabis FM2 e di acqua da utilizzare e il numero di somministrazioni nella giornata.

Gli effetti collaterali. Al pari di tutti gli altri farmaci, anche l’uso medico della cannabis può comportare degli effetti collaterali anche se non ci sono molti dati a riguardo. “Gli effetti collaterali più comuni, osservati dopo il consumo ricreazionale di cannabis, sono alterazione dell’umore, insonnia e tachicardia, crisi paranoiche e di ansia, reazioni psicotiche” spiega Cinieri. Tra gli effetti c’è anche la cosiddetta sindrome amotivazionale che si manifesta con apatia, mancanza di motivazioni, letargia, peggioramento della memoria e della concentrazione e stato di giudizio alterato.

Cannabis e mieloma multiplo. Se l’uso della cannabis per alleviare le sofferenze dei pazienti è ormai una realtà, molto meno conosciuto è il campo della ricerca nel ridurre la crescita, o indurre la morte, delle cellule tumorali. Ma gli studi in corso sono tanti. "Nel nostro laboratorio" spiega **Massimo Nabissi**, ricercatore e docente della Scuola del Farmaco e dei Prodotti della Salute dell'Università di Camerino "studiamo dal 2008 il ruolo anti-tumorale dei cannabinoidi, intesi

come singole molecole estratte dalla pianta di Cannabis come il Delta-9-tetraidrocannabinolo (D_9-THC) e Cannabidiolo (CBD), sia nel glioblastoma che nel mieloma multiplo". Il progetto Cannabinodi e Mieloma è nato da una collaborazione con il reparto di Ematologia degli Ospedali Riuniti di Ancona ed i risultati sono stati pubblicati su “International Journal of Cancer”. "In questo lavoro, siamo andati a valutare l’effetto del CBD sia da solo sia in combinazione con un farmaco utilizzato nella terapia del mieloma multiplo (il Bortezomib). I dati hanno dimostrato un ruolo anti-proliferativo del CBD e un’azione sinergica della combinazione CBD più Bortezomib. Nel lavoro successivo abbiamo testato la combinazione THC/CBD in combinazione con un nuovo farmaco (Carfilzomib) utilizzato nel mieloma multiplo e i dati hanno dimostrato che la combinazione è più efficace dei singoli farmaci ed inoltre la combinazione era in grado di ridurre la migrazione (processo di metastasi) delle cellule tumorali. Questi dati in vitro che abbiamo ottenuto, sono stati presi ad esempio, da una Biotech Israeliana, per la richiesta di avvio del primo studio in vivo, in pazienti affetti da mieloma multiplo".

Cannabis e tumore al cervello. Se per il mieloma multiplo la sperimentazione sui pazienti sta per cominciare, per altri tipi di tumori la ricerca è già molto avanti. "I primi lavori in cellule di glioblastoma umano hanno dimostrato che l’uso di Cannabidiolo in combinazione con chemioterapici specifici per la terapia di questo tumore, permetteva di ridurre la crescita di queste cellule e che la combinazione di CBD con Temozolomide (TMZ) o Carmustina (CMT), aumentava gli effetti del chemioterapico (effetto sinergico). Inoltre abbiamo evidenziato che il CBD non aveva effetto tossico nelle cellule cerebrali normali" prosegue Nabissi. In particolare, lo studio clinico di fase 2 ha dimostrato che i pazienti con glioblastoma trattati con THC/CBD hanno un 83% di sopravvivenza ad un anno rispetto al 53% dei pazienti trattati con placebo (solo Temozolomide). "Questi risultati suggeriscono che la combinazione THC/CBD e temozolomide produce miglioramenti nella sopravvivenza rispetto al chemioterapico da solo. Questo è un ottimo segnale della potenziale efficacia di questa combinazione terapeutica" conclude Nabissi.

I possibili rischi. Ma la cannabis può avere l’effetto opposto, cioè aumentare il rischio di tumore? Una recente revisione statunitense dei lavori presenti in letteratura ha escluso la probabilità che il consumo di cannabis accresca il rischio di sviluppare alcuni tumori. Quando si parla di aumento del rischio, si fa in realtà riferimento alla cannabis fumata: dunque non a scopo terapeutico. A riguardo l’Organizzazione Mondiale della Sanità afferma: «Fumare un mix di cannabis e tabacco può aumentare il rischio di cancro e di altre malattie respiratorie, ma è difficile capire se i fumatori di cannabis hanno un rischio più elevato, al di là di quella di fumatori di tabacco».

LA STAMPA.it

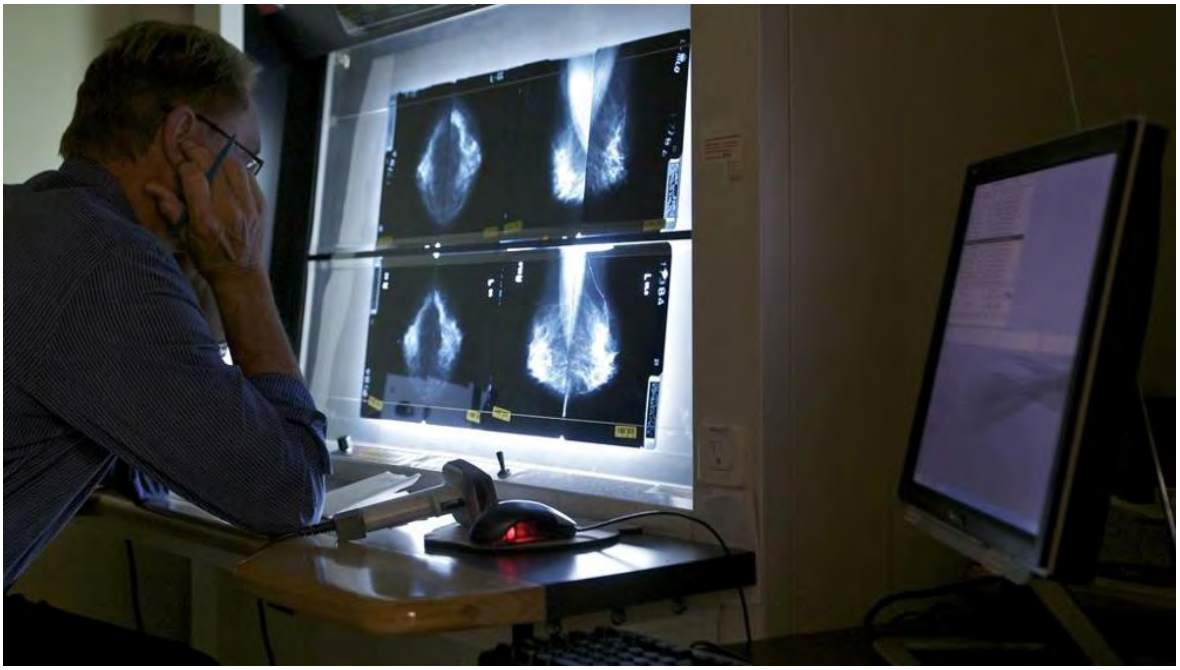
13-04-2017

Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

Tumore al seno, trattamenti meno tempestivi nelle over 70

La sopravvivenza a cinque anni sfiora il 90 per cento fra le 53 mila donne che ogni anno sviluppano la malattia: ma simili progressi non riguardano le pazienti della terza età



I progressi registrati nella cura del tumore al seno, complessivamente, equivalgono ai passi di un gigante. La sopravvivenza delle donne a cui viene diagnosticata questa malattia continua ad aumentare. Ma c'è una categoria di pazienti le cui prospettive, se paragonate a quelle che riguardano le quasi 53mila donne che ogni anno sviluppano un tumore al seno, risultano divergenti. Le signore entrate nella terza età non fanno registrare gli stessi progressi che s'osservano in tutte le altre pazienti, anche perché lo screening mammograficocoperto dal Servizio Sanitario Nazionale non va oltre il 69mo anno di età e rende dunque molte diagnosi tardive.

TRATTAMENTI SU MISURA PER L'ANZIANA CON TUMORE AL SENO

Il problema è stato al centro di un congresso tenutosi nei giorni scorsi a Campi Bisenzio (Firenze). Se complessivamente la sopravvivenza a cinque anni sfiora il 90 per cento, simili progressi non riguardano le pazienti over 70. Un aspetto spesso sottovalutato, ma che riguarda ogni anno 17mila donne: soltanto in Italia. A limitare le prospettive di cure è in primis il trattamento inadeguato. Le pazienti anziane risultano meno curate, come conferma lo studio

«European Registration of Cancer Care» che nel 2015 aveva valutato i dati relativi a quasi centoventimila pazienti con più di settanta anni curate per un carcinoma non metastatico in sei Paesi (Belgio, Irlanda, Olanda, Portogallo, Polonia e Gran Bretagna).

I risultati avevano evidenziato in luce la tendenza a non operare donne anziane, mentre la scelta relativa alle terapie farmacologiche risultava variare a seconda dello stadio della malattia e del Paese di residenza. A questo aspetto, occorre aggiungere il ridotto numero di studi clinici che vengono effettuati su campioni analoghi. Di conseguenza le donne anziane ricevono gli stessi trattamenti di quelle più giovani, senza che si tenga conto delle possibili differenze nella risposta: anche in ragione di eventuali altre terapie sostenute contemporaneamente.

«Non possiamo più affrontare la diagnosi e il trattamento del tumore della mammella nello stesso modo in tutte le pazienti - spiega Laura Biganzoli, responsabile del programma di oncologia geriatrica dell'unità operativa di oncologia medica dell'ospedale di Prato - Istituto Toscano dei Tumori -. Considerando l'eterogeneità del tumore, occorre pensare alla personalizzazione della cura».

CASI IN AUMENTO SE SI VIVE PIÙ A LUNGO

L'interesse nei confronti del tema va valutato anche da un'altra prospettiva. L'invecchiamento della popolazione è progressivo e le stime dicono che nel 2050 gli italiani con più di 65 anni corrisponderanno almeno al 36 per cento della popolazione. Così, se da un lato c'è da celebrare lo stile di vita che ci fa vivere più a lungo e in salute, è necessario valutare pure il rovescio della medaglia. Tradotto: considerando che l'età rappresenta il principale fattore di rischio di tumore della mammella, «e assumendo che l'incidenza di questo tumore continui a rimanere costante, assisteremo a una crescita esponenziale del numero di donne sopra i 70 anni a cui viene diagnosticata la malattia», prosegue la specialista.

Gli esperti sono risultati d'accordo su un punto: per aumentare l'evidenza dei trattamenti, è fondamentale promuovere studi clinici condotti nella donna anziana e abbattere l'età come criterio di esclusione dalle sperimentazioni condotte nella popolazione generale. Le pazienti anziane vanno trattate in maniera specifica, come peraltro scritto già nel 2012 nelle raccomandazioni pubblicate sulla rivista «The Lancet Oncology» . L'età, oggi, non può più essere un ostacolo nella cura del tumore al seno.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 158.319
Diffusione 12/2016: 194.405
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Guido Gentili

13-APR-2017
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

Il dibattito e le idee. Mercato e regole

Uber, libri, farmaci: il dilemma concorrenza

di **Franco Debenedetti**

«Concorrenza sleale» è la motivazione con cui il Tribunale di Roma ha vietato l'uso delle piattaforme informatiche su cui si basano i servizi Uber. Questa motivazione fa uscire la vicenda dall'àmbito concettuale in cui il problema era stato trattato. Finora gli attacchi a Uber si erano basati sui vecchi regolamenti: quello per cui una vettura con conducente sarebbe dovuta ritornare nel garage di partenza prima di poter ripartire per un altro cliente; oppure quello che, dato che la licenza è concessa dai comuni i quali stabiliscono anche le modalità di esercizio, sono perciò stesso non modificabili le condizioni in cui la concessione viene esercitata (detto in chiaro: deve essere garantita la quota di monopolio venduta). Si restava nell'àmbito della interpretazione dei regolamenti e della valutazione delle convenienze, dei fornitori e dei clienti. Tutto diverso diventa il discorso se il Tribunale vieta in base a criteri di concorrenza sleale. Questa è associata a condotte quali l'imitazione parassitaria, l'abuso di posizione dominante, lo storno di dipendenti, la violazione di segreti industriali: ma devono esistere nel nostro ordinamento norme che lo consentono, se il Tribunale ha ravvisato nella modalità di esercizio di Uber le fattispecie della concorrenza sleale. (Devono esistere anche norme opposte, se per l'Antitrust sono i taxi a fare concorrenza sleale a Uber). Concorrenza è un termine economico non giuridico: è quindi il legislatore che deve intervenire per definire i limiti in cui essa può esercitarsi. Se illecita è la concorrenza sleale, intollerabile è che venga considerata sleale la concorrenza.

Non la chiamano sleale, ma un altro caso in cui la concorrenza è vista come un problema è quello dello sconto massimo sui libri. Ad ogni buon conto si applica anche (anche?) alle vendite su piattaforma digitale (leggi Amazon) la proposta di legge, prima firmataria Sandra Zampa del Pd, che vuole ridurre al 5%, dal 15% attuale, il massimo sconto che si può praticare sui libri. Qui l'analisi economica è complicata: ci sono gli interessi dei grandi e dei piccoli editori, quelli dei librai e della grande distribuzione, i margini unitari e gli utili totali; ci sono i grandi editori che fissano il pezzo di copertina in funzione dello sconto massimo. Quello che è certo è che tenere alti i prezzi non aumenta il numero dei libri venduti.

Ci sono voluti anni perché venisse consentito ai grandi magazzini di vendere prodotti farmaceutici da banco. Adesso si ricomincia con le prestazioni analitiche di prima istanza, rilevamento dei trigliceridi, glicemia, colesterolo totale. La norma regionale piemontese ne estendeva la vendita agli esercizi di vicinato e alle medie e grandi strutture di vendita, la Cassazione l'ha bocciata. Stavolta non perché sleale, ma perché in contrasto con la norma statale che limita tali prestazioni alle sole farmacie convenzionate con il SSN. La suprema Corte, ovviamente, non entra nel merito, cioè se quanto stabilito dalla Regione Piemonte vada a vantaggio o a svantaggio del paziente, ma si erge solo garante dei termini dell'armistizio tra grandi superficie e farmacie. Protezione del paziente forse, di certo protezione delle farmacie dalla concorrenza.

La concorrenza presuppone sempre che cambi qualcosa: nel margine di utile, nei costi dei fattori di produzione, nella qualità del servizio offerto. Ma i veri salti si hanno quando si cambia in modo radicale l'uso che si fa dei fattori produttivi. Ancor di più quando si offre un prodotto o servizio con caratteristiche nuove: come fa Uber che consente di farsi trasportare anche da chi non ha comperato una licenza municipale, con minore attesa, minore costo, pagando senza tirar fuori soldi, e potendo dare un giudizio sulla qualità del servizio ricevuto. Proibire questi servizi per concorrenza sleale, equivale a dire che fare concorrenza è sleale. Lo dicevano anche i compagni di Ludd: allora si trattava dei telai meccanici. I drammi dell'Italia, alta disoccupazione, enorme debito, bassa crescita, derivano tutti dalla produttività, che da 20 anni non cresce. La produttività è il rapporto tra il prodotto e l'insieme dei fattori di produzione (lavoro, materiali, mezzi finanziari) che hanno concorso a produrlo: perché cresca, bisogna trovare modi per fare di più con meno. È quello che cerca di fare chi vuole uscire vincitore dalla competizione concorrenziale: se ha successo – se gli si lascia aver successo - stimola anche altri a provarci. Tutto il contrario se quello che si osserva è che la legge offre sempre protezione a chi risulta spiazzato, e che la concorrenza, in fondo, è una cosa sleale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

13-APR-2017
da pag. 17
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

èVita

LEGGE SUL FINE VITA E CODICE DEI MEDICI, REGOLE INCOMPATIBILI SVIZZERA, NUOVO CASO

La legge sulle Dat svuota il Codice medico

In più punti le norme in discussione alla Camera contraddicono quanto previsto dalle regole che si è dato l'Ordine dei medici E che potrebbero essere cancellate senza dichiararlo

di Marcello Palmieri

E' un aspetto che rischia di passare sotto silenzio, salvo imporsi in tutta la sua forza solo a giochi ormai fatti: se approvata così com'è, la legge sul fine vita – che tornerà in aula a Montecitorio il 19 aprile – abrogherebbe in un colpo solo diversi articoli del Codice di deontologia medica. E attenzione: potrebbe farne piazza pulita automaticamente, in senso tecnico, spazzando via tutte quelle disposizioni incompatibili con la nuova norma. L'evidenza scaturisce dal valore giuridico rivestito dalle disposizioni con cui i vari ordini regolano l'esercizio della professione (avvocati, medici, farmacisti...), valore che per la Cassazione – con sentenza 26810/2007 – è identico a quello legislativo. Hanno infatti osservato gli ermellini che il procedimento disciplinare innanzi al Consiglio nazionale forense (l'organo che decide in ultima istanza i ricorsi contro gli avvocati) «si conclude con sentenza, pronunciata in nome del popolo italiano». Commenta quindi Remo Danovi, in Italia tra i massimi esperti di deontologia forense: «È la legge dello Stato che delega al Consiglio il potere normativo; le norme deontologiche sono la risultante di un processo di formazione legislativa».

Certo, il caso riguarda un contenzioso tra legali, ma la sua portata si estende al Codice deontologico di qualsiasi professione. Conseguenza: a quanto dettano questi testi, come confermato anche da un'altra pronuncia della Cassazione (la 19927/2008), si applicano le "disposizioni sulla legge in generale" poste all'inizio del Codice civile. Dunque anche il loro articolo 15, per cui «le leggi non sono abrogate che da leggi posteriori per dichiarazione espressa del legislatore, o per incompatibilità tra le nuove disposizioni e le precedenti o perché la nuova legge regola l'intera materia già regolata dalla legge anteriore».

Venendo al dunque: se approvata, la norma sul fine vita spazza tutte le disposizioni del Codice deontologico medico in contrasto con essa. E basta leggerlo, il testo che disciplina la professione sanitaria, per comprendere come sia piuttosto alto il rischio di un suo snaturamento. A cadere sarebbe innanzitutto parte dell'articolo 3, per il quale tra i «doveri del medico» c'è «la tutela della vita», e subito dopo la disposizione successiva, per cui «l'esercizio professionale» del sanitario «è fondato sui princìpi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità», affinché si sgombri il campo da «interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura».

Parole che cozzano con il testo della proposta di legge, impegnata ad assecondare incondizionatamente la volontà del paziente – richiesta di morire compresa – a scapito della scienza medica e della professionalità di chi la dovrebbe dispensare. Proprio quanto il Codice deontologico vorrebbe evitare attraverso l'articolo 6, laddove dispone che «il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui princìpi di

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

13-APR-2017
da pag. 17
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili». Particolare attenzione va poi posta sull'articolo 16, per cui il sanitario «che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte», e ancor più a quello seguente, che così recita a chiare lettere: «Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte». Non solo. La proposta di legge, che obbliga tutte le strutture sanitarie – pur in determinate condizioni – ad assecondare tramite comportamenti omissivi la richiesta del paziente di farla finita sembrerebbe abrogare anche l'articolo 22 del Codice deontologico medico, per cui ogni sanitario «può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici». A saltare sarebbe anche l'articolo 38, quello che disciplina le «dichiarazioni anticipate di trattamento»: laddove infatti il Codice deontologico dice che il medico «verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità della vita del paziente», la proposta di legge le trasforma in «disposizioni» (non più «dichiarazioni») pressoché ineludibili. Lo stesso vale per la successiva disposizione medica, travolta dall'assolutizzazione della volontà espressa dalla persona magari parecchi anni prima, e in uno stato di salute completamente diverso: «In caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza», si legge, pur «tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento», il medico «prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati». È volontà del legislatore spazzar via tutti questi princìpi? Probabilmente no. Sta di fatto che – seppur in modo implicito – a questo potrebbe portare l'approvazione della legge su "biotestamento".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

13-APR-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

La legge

Biotestamento l'esame riparte dopo Pasqua

NICOLA LILLO
ROMA

Riprende mercoledì prossimo l'esame alla Camera del disegno di legge sul Biotestamento. Il ddl, secondo l'accordo tra i capigruppo di Montecitorio, ha la priorità sugli altri argomenti in calendario e le votazioni inizieranno dopo la chiusura per Pasqua, il 19 aprile. Il provvedimento ha avuto un'accelerazione in Parlamento dopo la vicenda di Fabiano Antoniani (Dj Fabo) che ha scelto di morire in Svizzera con l'eutanasia e che ha rimesso al centro del dibattito politico il tema del fine-vita. È da anni infatti che si parla dell'argomento e sono diverse le proposte di legge depositate in Parlamento.

Il testo ora all'esame della Camera è composto da cinque articoli e l'Aula ha già iniziato a votare gli emendamenti al primo, relativo al consenso informato. Tra le altre cose, il testo del ddl prevede che ogni maggiorenne capace di intendere e di volere, «in previsione di una futura incapacità di autodeterminarsi» può «esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari», tra cui le pratiche di nutrizione e l'idratazione artificiale. Inoltre nel testamento biologico è possibile indicare una persone di fiducia che rappresenti la persona nelle relazioni con i medici.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

13-APR-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Sintetici o modificati, i «nuovi embrioni»

I più recenti fronti della ricerca sulla vita nascente, dal gene editing al «figlio di 3 genitori», aprono all'ignoto

di Assuntina Morresi

Embrioni sintetici, o anche con "tre genitori", o "editati": sono àmbiti della ricerca di frontiera che coinvolge variamente gli embrioni umani, con domande comuni e problemi nuovi.

Il *gene editing* è la manipolazione genetica che elimina ed eventualmente sostituisce parti difettose del Dna con una precisione mai vista finora: la nuova procedura è l'impronunciabile Crispr-Cas9, su cui si è espresso anche il Comitato Nazionale per la Bioetica. Consapevoli delle potenzialità enormi della tecnica, molti scienziati hanno chiesto due anni fa una moratoria che ne bloccasse eventuali sperimentazioni in vivo su embrioni umani, cioè formati in laboratorio per essere trasferiti in utero e dare avvio a gravidanze. Nel tempo, però, è scomparso dal dibattito pubblico il termine «moratoria», chiaro sinonimo di un no perentorio, sostituito da «criteri per la sperimentazione» che suggerisce la fattibilità. Eppure anche il recente, terzo articolo scientifico sugli embrioni "editati" conferma i notevoli limiti della tecnica. E fa pensare il fatto che, a fronte di migliaia di pubblicazioni sul Crispr-Cas9, ce ne siano solo tre sulla sua applicazione sugli embrioni umani, solo da cinesi e neppure su riviste di punta: se ne deduce che questa specifica linea di ricerca non ha destato finora reale interesse, né mostra di essere promettente.

Ancora peggio per gli "embrioni con tre genitori", cioè la tecnica di manipolazione di ovociti (o zigoti) per ottenere embrioni con il Dna di tre persone: un uomo e due donne, una delle quali fornisce i mitocondri, corpuscoli con un proprio Dna diverso da quello del nucleo con cui si trasmettono i tratti somatici. È una tecnica usata per rimpiazzare mitocondri con difetti genetici. Negli Usa è stata vietata a livello federale circa venti anni fa, quando emerse un grado elevato di malformazioni nei feti. In Gran Bretagna però l'autorità competente ha dato l'autorizzazione a procedere, e potrebbero esserci a breve le prime gravidanze. Ma non ci sono certezze per la salute dei nascituri con "tre genitori": come per il *gene editing*, per sapere se da un embrione geneticamente modificato può nascere un bimbo sano l'unica strada è trasferire quell'embrione in utero e far nascere il bambino, seguendone poi lo sviluppo. Una procedura inaccettabile, ma che ormai nessuno più contesta: è di pochi giorni fa un articolo – su *Reproductive Biomedicine Online* – che dà i dettagli della nascita di un bambino nato in questo modo in Messico, dove non c'è regolamentazione di settore. Nel testo si descrive una procedura approssimativa, sia dal punto di vista etico che scientifico: carenze pesanti nel consenso informato dei genitori; impossibilità di eliminare completamente i mitocondri difettosi della madre, rimasti nel nato insieme a quelli sani della donatrice in percentuali diverse a seconda dei tessuti analizzati (e non si sa niente di organi come cuore o cervello, che richiederebbero interventi chirurgici invasivi) con conseguenze tutte da scoprire nel futuro del piccolo; e adesso i genitori si rifiutano di sottoporre a ulteriori controlli il bambino, contrariamente a quanto pattuito in precedenza. Eppure l'autore della procedura, il dottor Zhang, ha dichiarato a *Nature* che proseguirà gli esperimenti, su «potenziali madri fra 42 e 47 anni», per vedere l'effetto della sostituzione con mitocondri da donatrici più giovani. Altro che "terapie", l'esperimento appare nel suo reale scopo: un potenziamento umano per "ringiovanire" biologicamente le donne. E nessuno si preoccupa della salute dei nati, destinati a fare da cavie.

L'ultima novità in ordine di tempo è poi quella dei cosiddetti "embrioni sintetici", espressione breve per "*Synthetic Human Entities with Embryo-like Features*", o Sheefs. Si tratta di un organismo "embrioide" sviluppato in vitro assemblando variamente cellule staminali. Di recente su *Science* ne è stato descritto uno molto simile a un embrione di topo, formato da due tipi di staminali supportate da una "impalcatura" tridimensionale. In un report su *eLife* scienziati della Harvard Medical School hanno discusso sui criteri di sperimentazione di queste nuove entità che, se non possono essere considerate veri embrioni, potrebbero però in futuro assomigliargli molto, e mostrare alcune caratteristiche di esseri senzienti, per esempio provare dolore. In buona sostanza i ricercatori si chiedono se è ragionevole porre per queste nuove entità le stesse regole della ricerca per gli embrioni umani generati da fecondazione di gameti. Ma se non siamo in grado neppure di definire l'organismo nuovo che stiamo formando, perché non riusciamo neppure a individuarne la natura, sarà impossibile regolare alcunché.

In definitiva, su fronti diversi dell'embriologia umana si propongono sperimentazioni con un tratto comune: la sempre minore consapevolezza di quel che si sta facendo, da parte degli scienziati ma anche dell'opinione pubblica, cui si parla nell'ottica dell'inevitabile "progresso scientifico". E una domanda ulteriore emerge con urgenza: chi deve monitorare, guidare, giudicare, in poche parole, governare tutto questo?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 158.319
Diffusione 12/2016: 194.405
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Guido Gentili

13-APR-2017
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

Le misure. Rideterminato il fondo per il trasporto pubblico locale, con 70 milioni in meno quest'anno e 100 dal 2018

Regioni, 400 milioni per gli investimenti

FABBISOGNI STANDARD

Dal 2018 potranno scattare in caso di mancata intesa sui tagli. Monitoraggio dei consumi sanitari con i dati della fattura elettronica

Roberto Turno

Una apertura di credito da 400 mln condizionata per gli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale fino al 2019. Una riduzione delle risorse per il trasporto pubblico locale (Tpl) ma con l'accelerazione dei pagamenti. Il fantasma dei fabbisogni standard e il rischio di una mancata intesa. E poi il capitolo sanità, a partire dalla morsa della fattura elettronica per monitorare con certezza l'andamento della spesa farmaceutica in ospedale, il vero buco nero dei conti delle pillole di Stato che anche quest'anno potrebbe registrare un rosso oltre 1,5 mld. Le regioni trovano un bicchiere non esattamente mezzo pieno sul piatto della manovrina di aggiustamento dei conti pubblici 2017 e di interventi previsti dal Governo per la finanza locale. Senza dimenticare le partite sul welfare, a cominciare dalle misure di sostegno sociale, che per i governatori, così come per i sindaci, sono determinanti. Col rebus della tenuta dei conti del Ssn che per le regioni resta la partita delle partite, la scommessa cruciale per i fragili bilanci locali, il cui effettivo andamento potrà essere verificato non prima della metà dell'anno.

Anzitutto il tentativo di rilanciare gli investimenti regionali in chiave di sviluppo infrastrutturale, ma anche di viabilità, difesa del suolo e dissesto idrogeologico, ma non solo. Sul piatto ci saranno 400 mln per le regioni "ordinarie", che nel 2017 dovranno effettuare investimenti «nuovi e aggiuntivi» per 132,4 mln e che entro fine luglio dovranno adottare gli atti per l'impiego dei fondi e garantire la propria quota di impegni, secondo precise clausole di variazione dei bilanci di previsione 2017-19. La realizzazione degli investimenti andrà certificata entro marzo 2018, pena lo sforamento del pareggio di bilancio o il "rischio" di finire in avanzo. Quanto al Tpl, sono rideterminate le quote del relativo Fondo (4,78 mld nel 2017 e 4,93 mld dal 2018) con 70 mln in meno quest'anno e 100 in meno dal 2018 in poi. Aumentano però dal 60 all'80% le anticipazioni, anche con l'obiettivo di ridurre i tempi di pagamento della Pa ai fornitori.

C'è poi la tagliola dei fabbisogni standard e delle capacità fiscali standard. Che dal 2018 potranno scattare in caso di mancata intesa sui tagli per il concorso alla riduzione della spesa pubblica. Ma senza i quali si procederà tenendo conto per ciascuna regione della popolazione residente e del Pil, ipotesi assai poco gradita soprattutto alla Lombardia.

Capitolo a sé fa la spesa farmaceutica «diretta» e ospedaliera delle strutture Ssn. Oltre che penalizzata da risorse sempre insufficienti e da scarsi controlli, questa spesa è da sempre scarsamente monitorata nel suo effettivo ammontare dalle Regioni prima, ma anche dall'Aifa. Tanto che gli sfondamenti di questi anni sono stati contestati dalle imprese col risultato che il pay back stimato in 1,5 mld dal 2013 al 2015 dovrebbe ridursi a circa 900 mln. Il decreto prevede ora che dalla spesa del 2016 l'Aifa potrà avvalersi per il monitoraggio dei consumi dei dati della fattura elettronica, sulle quali dal 2017 sarà riportato anche il codice di autorizzazione al commercio del farmaco e il quantitativo del singolo prodotto pagato dalla asl o dall'ospedale. Sperando che i conti tornino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

13-APR-2017
da pag. 19
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Lo stop. Il Lazio: basta libera professione nei reparti dove i tempi sono troppo lunghi

Le Regioni contro l'intramoenia "Così tagliamo le liste d'attesa"

MICHELE BOCCI

UNA «vergogna che produce una drammatica discriminazione sociale». Ha usato parole pesanti, il governatore del Lazio Nicola Zingaretti, per descrivere quello che avviene in alcuni reparti della sua Regione. «Se passa attraverso il percorso pubblico deve aspettare sei mesi, se paga c'è posto dopodomani», si sentono rispondere troppo spesso i cittadini che vogliono prenotare una visite oppure un esame. Per questo motivo, il piano per l'abbattimento delle liste di attesa presentato da Zingaretti all'interno di un lungo elenco di misure prevede anche il blocco della libera professione nelle unità operative dove non si riescono a rispettare i tempi di attesa massimi fissati dalla Regione in base alla gravità dei casi.

La cosiddetta *intramoenia*, cioè l'attività svolta "dentro le mura" del sistema pubblico da professionisti dipendenti a tariffe concordate con la loro Asl, che trattiene una parte dell'incasso, è stata spesso messa in relazione con i lunghi tempi di risposta del sistema pubblico. Una lettura però respinta da molti sindacati dei medici.

Già in Emilia Romagna, il cui piano è stato in parte mutuato dal Lazio, l'assessore alla Salute Piero Venturi e il governatore Stefano Bonaccini avevano minacciato di bloccarla nei reparti con attese troppo alte. Visto che il sistema sanitario emiliano è sano e che i tempi, grazie alla riforma, sono rapidamente rientrati entro limiti accettabili, la misura non è praticamente mai scattata. Ma è sempre pronta ad essere applicata se le cose dovessero peggiorare.

Anche l'assessore del Piemonte Antonino Saitta ha affrontato il rapporto tra attese e *intramoenia*. Ne sono nate disposizioni per le aziende sanitarie e ospedaliere, che vengono invitate a vigilare sulla quantità di libera professione svolta nei singoli reparti e a intervenire se è troppa rispetto al lavoro istituzionale. I soldi incassati dall'attività privata, poi, devono essere utilizzati dai direttori generali per promuovere appunto progetti che riducano i tempi di attesa. «L'*intramoenia* — dice Saitta — deve servire a dare la possibilità al cittadino paziente di scegliere il professionista. Non dev'essere una strada necessaria per ottenere prima la prestazione».

Il Veneto, invece, non ha mai pensato a provvedimenti simili a quello voluto da Zingaretti. «Facciamo comunque un controllo stringente sulla regolarità dell'applicazione dell'*intramoenia* — spiega l'assessore alla Salute, Luca Coletto — Non c'è bisogno di provvedimenti così forti, perché da noi le attese sono sotto controllo».

La Toscana era stata la prima a prendere un provvedimento forte sulla libera professione. Anni fa, venne approvata una delibera che obbligava le chirurgie in cui le attese per interventi programmati e non urgenti erano troppo lunghe ad avere un'agenda unica per le operazioni in regime istituzionale e per quelle in *intramoenia*, che dunque non possono "passare avanti". Quella norma, però, non è mai stata pienamente applicata, e nel nuovo piano anti-liste di attesa dell'assessora Stefania Saccardi di *intramoenia* non si parla. Ma oggi, sul punto, il governatore Enrico Rossi ha una posizione molto più forte di quella delibera, e l'ha ribadita pochi giorni fa davanti al presidente del Consiglio Paolo Gentiloni e alla ministra della Salute Beatrice Lorenzin: «L'*intramoenia* va abolita. È vissuta come un'attività insopportabile dalla stragrande maggioranza dei cittadini».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media