

# Il flop degli appelli per allattare al seno “Nessun paese Ue arriva ai sei mesi”

In Italia due terzi delle mamme  
rinuncia dopo 16 settimane,  
in Francia dopo tre vince il biberon

Il pediatra: “Per i neonati  
è un vero salvavita, ma le  
donne vanno sostenute  
con ogni mezzo”

La sociologa:  
“Per molte è vissuto  
come una prigione  
o una fatica eccessiva”

MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA. Alla fine vince sempre il biberon. Nonostante le campagne. Nonostante gli appelli. In Italia, in Europa, negli Stati Uniti. Perché se allattare è bello, sano e giusto, è anche faticoso, difficile, vincolante. E non sempre le mamme possono, vogliono, o riescono a farcela. Così, in media, allo scadere del terzo mese dalla nascita di un figlio, l'ormai demonizzato (ma vendutissimo) latte artificiale compare nella gran parte delle nursery domestiche. Anche se spesso accompagnato dal corredo di sensi colpa delle mamme contemporanee, bersagliate oggi dalla mistica di una maternità perfetta e senza sbagli, tra gravidanze esibite e stanchezze negate. A 25 anni dalla grande campagna per l'allattamento al seno lanciata nel 1990 dall'Oms e dall'Unicef, i dati dimostrano che quasi in nessun paese d'Europa quei traguardi sono stati raggiunti, a cominciare dall'Italia. Esclusa la Finlandia non esiste nazione infatti dove le madri allattino “esclusivamente al seno” (cioè senza l'aggiunta di latte artificiale) i loro bambini per sei mesi consecutivi, così come dicevano le raccomandazioni dell'Oms.

E se ha fatto discutere nelle scorse settimane un sondaggio francese in cui buona parte delle intervistate affermava di aver allattato “non più di tre settimane”, già a 4 mesi in Italia il 70% dei piccoli viene nutrito con il biberon. Con una statisti-

ca più o meno simile a quella degli anni Sessanta e Settanta, quando il biberon per molte donne appena entrate nel mondo del lavoro rappresentò, di fatto, l'unica forma seppure rozza di conciliazione tra maternità e lavoro.

Perdita, sconfitta, o libertà di scelta delle madri? Sul fronte medico, naturalmente, l'allattamento al seno, viene considerato una vero e proprio salvavita. «Senza colpevolizzare le donne che non ce la fanno o scelgono di non farlo, bisogna fare di tutto perché i bambini vengano nutriti con il latte materno il più a lungo possibile», dice chiaro Renato Vitiello, pediatra, che coordina la “task force” sull'allattamento al seno creata dalla Società Italiana di Pediatria. «In Italia la situazione sta migliorando, ma soltanto il 10% delle donne arriva ai sei mesi del bambino nutrendolo esclusivamente con il proprio latte. Forse perché non si ha la percezione di quanto sia prezioso: per creare gli anticorpi, per le proprietà nutritive, ma soprattutto perché è una materia “viva” e incomparabile rispetto a un prodotto artificiale». Tutto vero. E però nel mondo si allatta poco. E forse non è soltanto “colpa” delle multinazionali dei prodotti per l'infanzia. Ad allattare soltanto per pochi mesi sono le donne del mondo occidentale ed istruito. Basta tornare ai dati. In Francia soltanto il 23% delle mamme va oltre i tre mesi, in Spagna il 35%, negli Stati Uniti come nei Paesi Bassi il

33%, fatta eccezione della Finlandia “felix” dove l'80% dei bebè viene allevato con latte materno per oltre sei mesi.

Dunque spesso è una scelta. Perché nulla è bello ma anche vincolante come allattare un bambino. Giorno e notte a disposizione. Sentirsi prigioniera è un sentimento comune, seppure quasi mai confessato, di molte donne. «In una strana società che da una parte esalta la maternità, ma dall'altra censura chi si azzarda a mostrarsi in pubblico con il piccolo attaccato al seno nudo», sottolinea Barbara Mapelli, che insegna Pedagogia delle differenze di genere alla Bicocca di Milano. «C'è un lato oscuro che viene negato in questa mistica della gravidanza. E cioè la fatica delle mamme, i loro sentimenti contraddittori, il loro diritto di scelta. Oggi la decisione di non allattare è quasi il sinonimo di “cattiva madre”, eppure eserciti di bambini sono stati felicemente nutriti con il biberon». Senza contare che spesso sono proprio le condizioni di lavoro, la mancanza di congedi, a rendere obbligatorio il passaggio al latte in polvere.

E se Renato Vitiello da pediatra suggerisce che le donne vengano sostenute con ogni aiuto, perché «non rinuncino all'allattamento», Barbara Mapelli mette in guardia invece da un salto all'indietro. «La spinta sociale ad essere super-madri non è altro che il tentativo di riportare le donne nei loro ruoli tradizionali».

ORIPRODUZIONE RISERVATA



## L'allattamento al seno

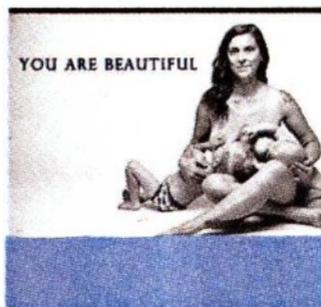


## LE INIZIATIVE



### L'ORO BIANCO

Così è definito il latte materno per le sue straordinarie capacità nutritive. Crescono infatti le banche dove le donne possono donare il proprio latte per i bimbi prematuri



### LA CENSURA

Si moltiplicano gli appelli per l'allattamento, ma le donne che lo fanno in pubblico vengono censurate. La campagna di una fotografa americana è stata cancellata da Facebook

## Neonati prematuri, in tutta Europa scarsa valutazione e trattamento del dolore



25 settembre 2015

I neonati prematuri che ricevono cure intensive sono esposti a una grande quantità di dolore, che provoca danni nel piccolo paziente. Nonostante ciò, quasi la metà dei neonati ricoverati in unità di cura intensiva neonatale non ricevono alcuna valutazione del dolore e il 20% dei bambini non riceve alcun sollievo dal dolore. Questo è quanto riportato da un nuovo ampio studio europeo pubblicato sulla rivista **The Lancet Respiratory Medicine** a cui hanno partecipato 18 Paesi europei tra cui anche ricercatori italiani dell'Università di Padova.

Il lavoro è stato coordinato da dr. Hugo Lagercrantz del Karolinska Institute e Ricardo Carbajal dell' Université Pierre et Marie Curie di Parigi.

L'obiettivo di questo grande studio prospettico di coorte, **EUROPAIN** (European Pain Audit in Neonates), è stato quello di studiare l'uso corrente di sedazione o analgesia nelle unità di terapia intensiva neonatale (NICUs) nei Paesi europei.

Il progetto internazionale europeo ha esaminato 6.700 neonati prematuri in 243 unità di terapia intensiva neonatale in 18 paesi ed è stato il più grande studio di questo tipo. Sono stati inclusi in questo studio tutti i neonati ricoverati in NICUs per 1 mese.

Durante i primi 28 giorni dal ricovero sono stati raccolti i dati sulla demografia, i metodi di respirazione, l'uso continuo o intermittente della sedazione, l'analgesia, o l'uso di bloccanti neuromuscolari, le valutazioni del dolore e della sindrome da astinenza da farmaco.

E' stata effettuata un'analisi multivariata con modelli di regressione lineare per valutare l'associazione tra la durata della ventilazione tracheale (TV) e l'esposizione a oppioidi, sedativi-ipnotici, anestetici generali nei neonati.

L'età gestazionale media dei neonati era di 35 settimane (SD 4-6) e il peso alla nascita era di 2.384 g (1007). 2142 (32%) neonati sono stati trattati con TV, 1.496 (22%) con ventilazione non invasiva (NIV) e 3042 (46%)

sono stati tenuti sotto ventilazione spontanea (SV).

L'82%, 18% e 9% dei neonati in TV, NIV e SV, rispettivamente, sono stati tenuti sotto sedazione o analgesia in infusione continua, dosi intermittenti, o entrambi ( $p < 0.0001$ ).

Nelle NICUs, l'utilizzo medio della sedazione o dell'analgesia è stato dell' 89.3% (70.0-100) per i neonati nel gruppo TV.

Gli oppiacei sono stati somministrati al 26% dei 6680 neonati e al 74% dei 2142 neonati nel gruppo TV. Midazolam è stato dato al 9% dei 6680 neonati e al 25% dei 2142 neonati nel gruppo TV.

542 (25%) neonati nel gruppo TV sono stati trattati con bloccanti neuromuscolari, che sono stati somministrati come infusioni continue nel 7% dei casi.

Valutazioni del dolore sono state registrate nel 58%, 45% e 30% dei neonati nei gruppi TV, NIV e SV, rispettivamente ( $p < 0.001$ ).

Nell'analisi univariata, per i neonati che avevano preso anestetici generali nel gruppo TV è stata necessaria una durata più lunga della ventilazione tracheale rispetto a quelli che non avevano ricevuto tali anestetici.

Il dr. Mats Eriksson, dell'Università di Örebro, infermiere specialista in terapia intensiva e ricercatore nel campo della scienza medica, che ha lavorato a questa indagine sul dolore, ha dichiarato: "Nessuno valuta se il bambino sta vivendo il dolore o se ha bisogno di sollievo dal dolore".

"I neonati prematuri sono sensibili perché il loro cervello e il loro sistema nervoso sono ancora in fase di sviluppo. Ma non possiamo somministrare farmaci per il sollievo dal dolore o per la sedazione semplicemente per precauzione, perché alcuni di questi farmaci se dati al momento sbagliato possono anche causare danni. Pertanto, è estremamente importante una valutazione corretta del dolore ", ha proseguito il dr. Eriksson.

Lo studio mostra che poco più della metà dei bambini non ha ricevuto alcuna valutazione del dolore, e un quinto non ha ricevuto alcuna sollievo dal dolore o farmaci sedativi.

"E' sorprendente che tanti bambini non siano stati valutati. La valutazione del dolore adeguata è la base per un buon trattamento. Controllando le espressioni del viso del bambino, la frequenza cardiaca e la respirazione, può essere stimata la quantità di analgesico necessario " ha sottolineato il dr. Eriksson.

Non è certo se il 20% dei bambini, che non hanno mai ricevuto alcun sollievo dal dolore, ne aveva bisogno. Tuttavia, lo studio indica che nei casi in cui è stato valutato il dolore del bambino, era quasi doppio, quindi probabile che il bambino avesse ricevuto oppioidi analgesici come la morfina o farmaci sedativi. D'altra parte, prima un bambino prematuro nasce, meno probabile il bambino riceverà analgesici o sedativi.

"In Svezia, abbiamo fatto notevoli progressi. Siamo bravi nella valutazione del dolore e ad adeguare il trattamento. Usiamo anche metodi alternativi per alleviare il dolore, come con una soluzione di saccarosio o con il contatto pelle-a-pelle con un genitore . In questo modo siamo in grado di alleviare il dolore per il bambino senza l'utilizzo eccessivo di analgesici o sedativi " ha aggiunto il dr. Eriksson.

Un buon equilibrio tra analgesia e sedativi permette di evitare problemi futuri. La sperimentazione di dolore forte nel neonato può portare a cambiamenti comportamentali e molti bambini possono sviluppare problemi di attenzione e concentrazione, con probabile sviluppo anche di deficit dell'attenzione (ADHD).

Lo studio ha messo anche in evidenza che ci sono notevoli differenze significative tra i paesi europei per quanto riguarda la valutazione del dolore e la gestione dello stesso.

Per esempio la Grecia si distingue, in quanto fornisce molta meno analgesia rispetto ad altri paesi.

In conclusione, come ha evidenziato il dr. Eriksson : "L'obiettivo che tutti i bambini ricevano un trattamento simile, non si basa semplicemente sulla possibilità, sulle tradizioni o quello che un singolo medico crede o non crede. Ci sono linee guida internazionali, ma sono vecchie e hanno bisogno di essere aggiornate. Il passo successivo è di sviluppare linee guida comuni europee. "

## Emilia Vaccaro

Carbajal R. et al. Sedation and analgesia practices in neonatal intensive care units (EUROPAIN): results from a prospective cohort study. Lancet Respiratory Medicine, September 2015 [leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

# Influenza, bimbi al riparo con il vaccino

## Gli esperti: si ridurrebbero infezioni, assenze scolastiche e uso di antibiotici

ROMA - Febbroni, nasi chiusi, tosse e gole arrossate, arriva l'autunno e con l'apertura di scuole ed asili, i primi a risentire del cambio di stagione sono in bimbi più piccoli che, nel corso dell'inverno, vanno incontro in media a 5 o 6 infezioni respiratorie causate da virus o batteri. Ma vaccinandoli con un semplice antinfluenzale «si ridurrebbero del 30% le infezioni alle vie respiratorie e di circa il 20% le assenze scolastiche». Il contagio da virus influenzale, infatti, sottolinea Susanna Esposito, esperta di infettivologia pediatrica, contrariamente a quanto si crede, «lungi dal rafforzare le difese, debilita il fisico e lo rende più suscettibile ad altre infezioni, in particolar modo a quelle batteriche che colpiscono l'apparato respiratorio e che hanno come bersaglio più frequente i più piccoli».

L'influenza in età pediatrica in assenza di patologie croniche è in genere meno grave di quello che si osserva nell'anziano ma si tratta comunque di una malattia associata a costi socio-economici molto rilevanti. Far vaccinare gratuitamente tutti i più piccoli, come avviene per gli over 65, le donne incinte o i pazienti anche pediatrici con malattie croniche, rappresenterebbe un problema per la sostenibilità economica e organizzativa del sistema sanitario. Per questo non vi è un'offerta attiva e gratuita in Italia dal [ministero della Salute](#), ma all'estero sta prendendo piede la scuola di pensiero che tende ad incentivare questo tipo di profilassi.

«Negli Usa - spiega la professoressa Esposito, che è professore di Pediatria del Po-

liclinico dell'Università di Milano e presidente della Società mondiale di malattie infettive e disordini immunologici (WAidid) - i vaccini antinfluenzali sono già raccomandati dal 2002 a tutta la popolazione, anche sana, a partire dall'età di sei mesi. In Finlandia è stata introdotta la vaccinazione antinfluenzale universale per bimbi dai 6 mesi ai 3 anni perché a rischio di malattia grave, in Gran Bretagna, da 2 a 14 anni perché a maggior rischio di contagio a scuola e di diffusione della malattia in famiglia».

I bimbi più piccoli sono, infatti, quelli più soggetti ad ammalarsi, con un'incidenza che è circa del doppio rispetto agli adulti. E sono spesso loro a fungere da "vettori" del virus in famiglia. «Vaccinandoli, i contagi tra genitori e fratelli si ridurrebbero del 40%», secondo l'esperta. Ma a ridursi del 25%, sarebbe anche l'uso di antibiotici «cui troppo spesso si fa ricorso in modo ingiustificato nel momento in cui il bimbo ha la febbre alta».

In caso di febbri, influenzali o meno, comunque i pediatri raccomandano di non forzare i bimbi a mangiare, mentre è bene incoraggiarli a bere per evitare la disidratazione. Preferire cibi leggeri, perché durante un'influenza diarrea e vomito sono frequenti. Per il resto valgono le tre L «letto, lana, latte», ovvero riposo totale, caldo e liquidi. Infine, conclude Esposito, «non bisogna sottovalutare la giusta convalescenza, che non è un optional ma una forma di prevenzione: se troppo corta, infatti, sarà seguita da ricadute».

Livia Parisi



Un medico prepara una siringa con il vaccino contro il virus dell'influenza in un'immagine d'archivio



Dir. Resp.: Ezio Mauro

**LA SANITÀ**

**Via alla campagna anti-influenza**

Poster, appelli e volantini per un'operazione recupero. La Asl apre una campagna a tappeto per il vaccino anti-influenzale, dopo il flop del 2014 quando si arrivò solo al 40% degli over 65 contro la soglia minima del 70% indicata dall'Oms. L'obiettivo ora è coinvolgere almeno 180mila anziani, 15mila in più dello scorso anno. Ma anche aumentare la quota di malati cro-

nici vaccinati contro l'epidemia invernale, dopo i soli 7mila del 2014. La vaccinazione, ripetono gli esperti, «è sicura e necessaria» per queste categorie. Tra un mese dai medici di famiglia e nelle sedi Asl comincerà la somministrazione. L'anno scorso in tutta la Lombardia furono acquistate 1,3 milioni di dosi ma 157mila non sono state utilizzate.

CORICA A PAGINA IV

# Via alla campagna contro l'influenza dopo l'anno nero "Il vaccino è sicuro"

Operazione recupero della Asl tra appelli e manifesti: nel 2014 raggiunto solo il 40% degli anziani, l'obiettivo è 15mila in più

**ALESSANDRA CORICA**

**L'**OBBIETTIVO è fare meglio dell'anno scorso. Quando, a campagna finita, le cifre erano tutt'altro che positive: solo il 40 per cento dei milanesi sopra i 65 anni vaccinato. Una cifra lontanissima da quella soglia minima del 75 per cento raccomandata dal [ministero della Salute](#) e dall'Oms. Di qui, l'idea di fare una "promozione" capillare, con poster, incontri e volantini. È la campagna di vaccinazioni anti-influenzale della Asl: le iniezioni dovrebbero iniziare tra il 26 e il 27 ottobre dai medici di famiglia. E la settimana dopo, il 2 novembre, nelle sedi vaccinali dell'Asl. Scopo, vaccinare almeno 180mila anziani over 65 anni, 15mila in più dell'anno scorso. Nonché aumentare la quota di malati cronici (come diabetici, cardiopatici o con insufficienze respiratorie) sottoposti alla procedura: l'anno scorso, solo 7mila di questi pazienti sono stati vaccinati.

«L'inverno passato — spiega Marino Faccini, responsabile del servizio Profilassi malattie infettive e vaccinazioni dell'Asl

— l'influenza è stata particolarmente aggressiva: a livello nazionale l'11 per cento della popolazione è stata colpita, a Milano 140mila persone. Sono tra i dati più alti degli ultimi dieci anni: questo sia per la virulenza del ceppo, sia per la diminuzione delle vaccinazioni». Diminuzione dovuta all'ennesimo "intoppo" nel cammino del vaccino antinfluenzale: lo scorso novembre l'Aifa, in seguito ad alcuni decessi sospetti, ha disposto il ritiro di alcuni lotti del vaccino Fluad prodotto dalla Novartis. Una procedura che alla fine si è conclusa con l'accertamento che tutte le morti non erano correlate al vaccino. Ma che ha fermato la campagna, «che è del tutto sicura, nonché fondamentale perché per i pazienti cronici e gli anziani l'influenza può non essere una passeggiata: il vaccino per questi soggetti è necessario — ragiona il virologo dell'università Statale Fabrizio Pregliasco -. Per il momento, si prevede che la prossima sia una stagione nella media per numero di malati, visto che i virus che arriveranno da California, Thai-

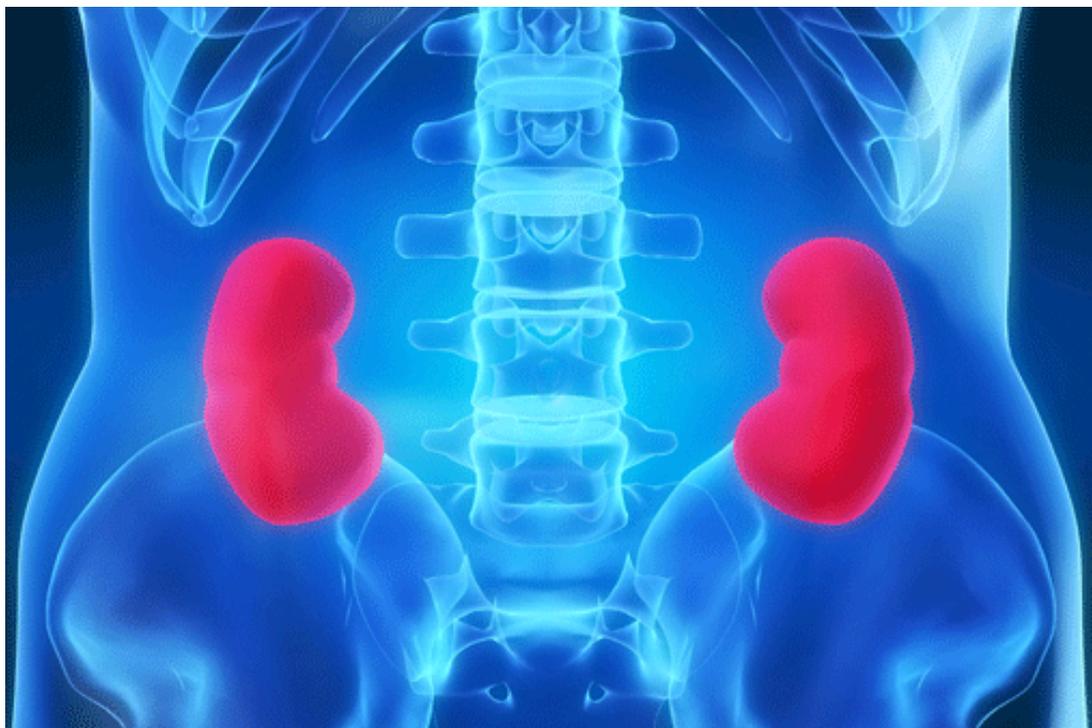
landia e Svizzera sono abbastanza simili a quelli dell'anno scorso. Se però sarà un inverno rigido, i contagi potrebbero aumentare rispetto alle previsioni».

Corso Italia acquisterà da qui a gennaio, quando si attende il picco dei malati, 200mila dosi. Il costo varia a seconda del tipo e va dai 2,50 ai 5 euro. In tutto, l'investimento è di circa 600mila euro. In media con l'anno scorso, quando in Lombardia sono state acquistate 1,3 milioni di dosi. Di queste, 157mila non sono state utilizzate. E, a fine stagione, sono state buttate via perché non possono essere conservate. Tradotto, la Regione ha buttato via iniezioni non utilizzate per 570mila euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Tumore del rene: nivolumab aumenta del 27% la sopravvivenza nei casi avanzati. Studio sul NEJM



26 settembre 2015

Più del 50% dei casi di tumore del rene viene scoperto in maniera occasionale, in seguito a un semplice controllo per altri motivi. Una casualità che presenta conseguenze positive perché in questo modo la malattia è spesso individuata in fase precoce e può essere curata con successo. Ma circa un quarto delle diagnosi avviene in stadio avanzato, con limitate possibilità di trattamento.

Oggi si stanno aprendo nuove opportunità per questi pazienti, grazie a nivolumab, un farmaco immuno-oncologico che ha dimostrato di ridurre il rischio di morte del 27% nelle persone colpite da tumore del rene metastatico rispetto alla terapia standard (everolimus).

Il dato emerge dallo studio CheckMate -025, presentato al Congresso europeo sul cancro (European Cancer Congress, ECC) in corso a Vienna.

Lo studio ha arruolato 821 pazienti con Carcinoma a cellule renali, variante a cellule chiare randomizzati 1:1 a ricevere nivolumab (3mg/Kg per endovena ogni due settimane) o everolimus (comprese da 10 mg once a day).

Nei pazienti trattati con nivolumab si è osservata una sopravvivenza globale mediana pari a 25 mesi rispetto ai 19,6 mesi di quelli trattati con everolimus (in entrambi i casi dopo un precedente trattamento anti-angiogenico).

Un risultato mai ottenuto finora nel tumore del rene e così rilevante da meritare la presentazione nella Presidential Session a Vienna e la pubblicazione sulla prestigiosa rivista scientifica New England Journal of Medicine.

“È la conferma dell'efficacia dell'immuno-oncologia, un approccio rivoluzionario che stimola il sistema immunitario per combattere il cancro – spiega il prof. Sergio Bracarda, Direttore del Dipartimento Oncologico dell'Azienda UsI 8 di Arezzo -. CheckMate -025 è il quarto studio in tredici mesi in cui è stato sperimentato nivolumab (prima nel melanoma, poi nel tumore del polmone squamoso e in quello non squamoso, ora nel cancro del rene) interrotto in anticipo perché ha raggiunto l'obiettivo ambizioso di un aumento della sopravvivenza.

Un evento mai accaduto finora nella storia dell'oncologia. Questi risultati avranno un impatto concreto nella pratica clinica. Serviranno un follow up più lungo e ulteriori studi per poter parlare di sopravvivenza a lungo termine nel tumore del rene, ma i risultati già ottenuti nel melanoma con il 20% dei pazienti vivi a dieci anni aprono prospettive importanti”.

Nel 2015 in Italia sono stimati circa 12.600 nuovi casi di tumore del rene, 8.300 tra gli uomini (4% di tutte le neoplasie) e 4.300 tra le donne (3%). Nel 2012 (dato Istat) i decessi sono stati 3.299 (64% tra gli uomini).

“L'età media alla diagnosi è di circa 65 anni, ma si sta purtroppo abbassando – continua il prof. Bracarda -. Oggi la sopravvivenza dei pazienti colpiti dalla malattia in fase avanzata è mediamente compresa fra 24 e 36 mesi. Il tumore del rene presenta alcuni elementi in comune con il melanoma, e in passato le due neoplasie sono state studiate insieme per verificare l'efficacia di diversi approcci terapeutici di tipo immunoterapico. In seguito il percorso comune si è separato perché la capacità del sistema immunitario di riconoscere le cellule tumorali è risultata maggiore nel melanoma mentre nel carcinoma renale sono stati messi a punto numerosi trattamenti anti-angiogenici.

Oggi i nuovi farmaci immuno-oncologici come nivolumab, che agiscono togliendo il freno indotto al sistema immunitario dal tumore, funzionano in diversi tipi di neoplasia perché il meccanismo di sblocco è trasversale a molte neoplasie. Nel cancro del rene la chemioterapia e la radioterapia si sono dimostrate, storicamente, poco efficaci. Il trattamento di elezione per la malattia localizzata è rappresentato dalla chirurgia, conservativa quando possibile. Un terzo dei pazienti, anche se operati in maniera radicale, va tuttavia incontro a recidiva. Per cui la disponibilità di nuove armi come nivolumab potrà migliorare in maniera significativa la capacità di gestione complessiva di questa neoplasia”.

#### CheckMate -025

CheckMate -025 è uno studio randomizzato, di fase III, in aperto, di nivolumab vs everolimus in pazienti con carcinoma renale a cellule chiare in stadio avanzato precedentemente trattati, dopo un prima terapia con farmaci anti-angiogenici. I pazienti sono stati randomizzati a nivolumab (n = 410) 3 mg/kg per via endovenosa ogni due settimane oppure a everolimus (n = 411) 10 mg per via orale una volta al giorno. L'endpoint primario era la OS; endpoint secondari erano il tasso di risposta obiettiva (ORR), la PFS, la OS secondo espressione di PD-L1 e l'incidenza di eventi avversi.

Lo studio CheckMate -025 è il primo e unico studio di fase III che dimostra un significativo vantaggio di sopravvivenza in pazienti con carcinoma renale avanzato precedentemente trattati rispetto allo standard di cura. In questo studio, i pazienti trattati con nivolumab hanno raggiunto una OS mediana di 25 mesi con nivolumab e di 19,6 mesi con everolimus (hazard ratio 0,73; IC 98,5%: 0,57 - 0,93; p = 0,0018), con un beneficio di OS comparabile, indipendentemente dal livello di espressione di PD-L1.

Oltre a migliorare la sopravvivenza globale, nivolumab ha dimostrato una maggiore ORR pari al 25% vs il 5% con everolimus (p < 0,0001), con un paziente su quattro che manifestava una risposta. Il 17% dei pazienti trattati con nivolumab e il 7% con everolimus sono rimasti in trattamento con un follow-up minimo di 14 mesi.

Il profilo di sicurezza di nivolumab nello studio CheckMate -025 era in linea con quanto osservato in studi precedenti ed era favorevole rispetto a everolimus. Un numero inferiore di eventi avversi di grado 3 - 4 correlati al trattamento si è manifestato con nivolumab (19%) rispetto a everolimus (37%). Eventi avversi di ogni grado correlati al trattamento sono stati osservati nel 79% dei pazienti trattati con nivolumab e nell'88% di quelli trattati con everolimus. Gli eventi avversi correlati al trattamento più frequenti erano fatigue (33%), prurito (14%) e nausea (14%) nel braccio con nivolumab e fatigue (34%) e stomatite (30%) nel braccio con everolimus.

#### Il carcinoma renale

Il carcinoma renale è il tipo di tumore del rene più comune negli adulti, responsabile ogni anno di oltre 100.000 morti nel mondo. Il carcinoma renale a cellule chiare è il tipo di tumore renale a prevalenza più alta e costituisce l'80 - 90% dei casi totali. Il carcinoma renale è circa due volte più comune negli uomini che nelle donne, con alti tassi di malattia nel Nord America e in Europa. Globalmente, il tasso di sopravvivenza a cinque anni, nei pazienti che ricevono diagnosi di tumore del rene metastatico o avanzato, è del 12,1%.

Robert J. Motzer, M.D., Bernard Escudier, M.D., David F. McDermott Nivolumab versus Everolimus in Advanced Renal-Cell Carcinoma September 25, 2015DOI: 10.1056/NEJMoa1510665

[Leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

<http://www.adnkronos.com>

## Tumori, aumenta la sopravvivenza in Europa. L'Italia è nella media

La sopravvivenza per tumore in Europa, a 5 anni dalla diagnosi, aumenta costantemente. E l'Italia si piazza in linea con il valore medio Ue. Lo rivela il **programma di ricerca Eurocare-5**, coordinato dall'Istituto superiore di sanità e dalla Fondazione Irccs Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. I risultati saranno presentati a Vienna in occasione dell'annuale appuntamento dell'**European Cancer Congress**.

"Questo studio, che ha riguardato oltre 10 milioni di pazienti adulti in 30 Paesi Europei - afferma **Walter Ricciardi, presidente dell'Iss**- ci dice che la sopravvivenza dei tumori continua a migliorare. Anche in Italia sono stati compiuti passi davvero significativi. Tuttavia persistono disuguaglianze e criticità su cui è necessario intervenire per migliorare la performance dei sistemi sanitari". **Lo studio Eurocare-5 copre mediamente il 50% della popolazione Europea**. Sono stati analizzati i dati di oltre 10 milioni di pazienti adulti diagnosticati per 40 diversi tipi di tumore nel periodo 1995-2007 e seguiti fino al 2008. Lo studio rivela che la percentuale di pazienti oncologici che sopravvivono 5 anni dopo la diagnosi, pur essendo migliorata rispetto alla fine degli anni novanta, è ancora molto variabile tra Paesi Europei. Le differenze sono più accentuate per i tumori ematologici, per i quali ci sono stati importanti avanzamenti terapeutici nel corso degli anni 2000.

In generale, nel periodo considerato, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi aumenta costantemente in tutte le regioni Europee per la maggior parte dei 40 tipi di tumore esaminati, e aumenta in modo particolare nei paesi dell'Est Europa, che sono in genere i più svantaggiati. Tuttavia le differenze tra Paesi permangono e il divario maggiore si osserva proprio per le patologie interessate da notevoli progressi terapeutici, come le leucemie mieloidi croniche, i linfomi non Hodgkin e due suoi sottotipi (linfomi follicolari e

linfomi diffusi a grandi cellule B).

**In Italia la sopravvivenza in particolare per i tumori ematologici è generalmente in linea con il valore medio europeo**, come per i linfomi di Hodgkin (82% contro 81%) e non Hodgkin (62% contro 60%), per le leucemie mieloidi croniche (53%) e acute (16% contro 17%). La sopravvivenza dei pazienti italiani affetti da mieloma multiplo è invece significativamente più elevata della media (46% contro 39%). "La sopravvivenza media a 5 anni per la leucemia mieloide cronica è del 53% in Europa - sottolinea Roberta De Angelis del Centro nazionale di epidemiologia dell'Iss, autrice dello studio sui tumori ematologici - ma presenta la più grande variabilità geografica, da un minimo di 33% nei paesi dell'Est, fino a valori che oscillano tra 51 e 58% nel resto d'Europa. Le differenze tra paesi sono ancora più ampie con valori intorno al 65-70% in Francia, Svezia e Scozia e molto al di sotto della media regionale in Lettonia (22%)".

**LO STUDIO**

## **Buone notizie per chi soffre di diabete tipo 2**

**GRASSO** chiama grasso. È un circolo vizioso a portare chi è obeso e diabetico ad assumere ancora peso. E la chiave di tutto questo è stata identificata da una ricerca condotta a Bari, nell'ambito delle attività della Società Italiana di Diabetologia presentato a Stoccolma al Congresso europeo sul Diabete. Lo studio dimostra come nelle cellule staminali adipose degli obesi ci sia una carenza di due enzimi, SIRT 1 e 2. La speranza è riuscire a sfruttare questo meccanismo negativo riprogrammando le staminali. Tra le cure già presenti, c'è una buona notizia per chi soffre di diabete di tipo 2. L'aggiunta di un farmaco (empaglifozin) al trattamento standard ha permesso di ridurre del 38 % la mortalità per cause cardiovascolari. Lo studio, pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, ha preso in esame più di 7.000 pazienti, per la maggior parte uomini.



Sabato 26 SETTEMBRE 2015

## Decreto appropriatezza. I medici rispondono a Renzi: "Apprezziamo le parole, ma aspettiamo i fatti. Mobilitazione prosegue"

***In una nota la Fnomceo esprime anche a nome dei sindacati "apprezzamento per le [parole del presidente del Consiglio](#) ma aspettiamo di incontrarci sui fatti, portando avanti la mobilitazione in atto e le iniziative a suo sostegno, in difesa del diritto alla salute dei cittadini". E sul decreto appropriatezza ribadiscono: "È sbagliato"***

Dopo le affermazioni del presidente del Consiglio **Matteo Renzi** arriva oggi la replica dell'Ordine dei medici e dei sindacati che "apprezzano" le parole del premier ma in attesa dei fatti continuano la mobilitazione. "La FNOMCeO – si legge in una nota -, promotrice della mobilitazione della categoria che ha coinvolto tutte le sigle sindacali della medicina dipendente e convenzionata, esprime anche a loro nome apprezzamento per le parole pronunciate dal Presidente del Consiglio al TG5".

"Parole – evidenziano i medici - che arrivano dopo anni in cui la categoria è stata priva di interlocutore politico, inascoltata nel lanciare l'allarme rosso sulle sorti del SSN e del ruolo dei medici al suo interno, vista solo come fattore produttivo costoso e generatore di costi, se non di sprechi. E la sanità è scomparsa dall'agenda se non per evocare la necessità di tagli risanatori".

In merito al decreto appropriatezza i medici ribadiscono che "il provvedimento è sbagliato nel metodo, e non privo di gravi incongruenze nel merito, sulle prestazioni appropriate ha solo fatto da detonatore all'accumularsi di disagio e malessere prodotto da criticità non risolte. A partire dagli effetti perversi dell'attuale sistema di governance delle aziende sanitarie, dal conflitto permanente tra Governo e Regioni, da un progressivo definanziamento della sanità pubblica che, dopo ripetuti tagli lineari, è ben al di sotto della media europea, dalle assenze di prospettive delle giovani generazioni mediche strette tra un precariato che, a differenza di quello della scuola, non commuove nessuno, ed un caporalato che recluta forza lavoro professionale a 3 euro l'ora".

Per Ordini e sindacati "manca da tempo un progetto politico di organizzazione e di sostenibilità, non solo economica, del SSN e di attribuzione di un ruolo ai medici all'altezza di un percorso formativo senza eguale, per durata e complessità, e di un lavoro sempre più gravoso e rischioso che oggi tiene in piedi la sanità pubblica. Occorre cambiare registro".

"Il SSN – conclude la nota - è in grave pericolo ed è necessario ed urgente che Governo e Parlamento intervengano concretamente. I Medici si pongono come parte delle soluzioni rigettando il ruolo di problema che molti vogliono loro attribuire. Apprezziamo le parole, ma aspettiamo di incontrarci sui fatti, portando avanti la mobilitazione in atto e le iniziative a suo sostegno, in difesa del diritto alla salute dei cittadini, particolarmente compromesso nelle regioni meridionali e quello dei medici a curare con autonomia e responsabilità al riparo da inappropriate invasioni di campo, un capitale umano al servizio di un patrimonio civile e sociale del Paese".

## Corruzione Sanità, persi 800 milioni in soli sei mesi

Carla Massi

**O**ttocento milioni da gennaio ad oggi. È il "bottino", per difetto, che sprechi e corruzione hanno sottratto al servizio sanitario in sei

mesi. Come si legge nel rapporto della Guardia di Finanza sui danni erariali. La sanità è assai appetibile per il malaffare: impegna oltre 110 miliardi di spesa pubblica. *A pag. 15*

# Corruzione nella sanità: 800 milioni in 6 mesi

► Il Rapporto della Guardia di Finanza sui danni erariali: da gennaio a giugno oltre 2.300 persone denunciate

► Insiestate commissioni al ministero per prevenire le truffe Cantone: «Rotazione degli incarichi, controllo sugli acquisti»

### IL PERSONALE, I RISARCIMENTI, LE CONSULENZE E GLI APPALTI I SETTORI IN CUI SI CONCENTRANO GLI "AFFARI" IL CASO

ROMA Ottocento milioni da gennaio ad oggi. È il "bottino", per difetto, che sprechi e corruzione hanno sottratto al servizio sanitario in sei mesi. Come si legge nel rapporto della Guardia di Finanza sui danni erariali. La sanità è assai appetibile per il malaffare: parliamo di un mondo che riguarda oltre 110 miliardi di spesa pubblica e 35 miliardi di spesa dei cittadini.

Oltre gli 800 milioni di "buco" 2.325 persone sono state arrestate denunciate o arrestate, 264 le nuove pratiche aperte. Un super controllo in 18 Regioni della Finanza ha individuato 83 dirigenti medici che hanno provocato un danno al servizio sanitario pari a 6 milioni di euro.

### IL MONITORAGGIO

Una situazione che mal si concilia con la volontà, attraverso il decreto anti-sprechi, quello sulla appropriatezza delle prescrizioni di analisi ed esami. Che, l'altra settimana,

ha scatenato la polemica dei sindacati medici e dell'associazione dei pazienti.

Da qui, la necessità di cambiare i sistemi di monitoraggio: il Patto per la Salute tra Regioni e governo ha deciso di inserire un articolo che indica le norme di controllo. Il ministero della Salute con l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) ha costituito una task force contro l'imbroglione in corsia prossimo venturo. Al ministero, pochi giorni fa, sono stati insediati tavoli tecnici per fermare il fenomeno. All'inizio del mese l'Agenas ha firmato un protocollo con l'Autorità nazionale anticorruzione (Anac). Ad occuparsi delle attività di questo settore, Lucia Borsellino. Il testo con il quale operare, il Piano triennale della corruzione 2014-2017.

Un caso tipo viene segnalato dalla Fiamme Gialle. All'ospedale di Gallarate è stato raddoppiato il valore di un appalto a una società esterna per la manutenzione, da 15 milioni e mezzo di euro a 36 milioni. A un manager sarebbe finita una lauta ricompensa.

«Le preoccupanti dimensioni assunte dalla corruzione e dal conflitto di interessi in ambito sanitario - spiega Francesco Bevere Direttore generale dell'Agenas - ci hanno spinto ad avviare un per-

corso strategico sui temi della trasparenza, dell'etica e della legalità. Anche sulla sperimentazione di nuovi modelli di gestione dei rischi».

### IL PERSONALE

I settori sanitari in cui la malagestione sembra riuscire ad avere più spazio sono quelli del personale, dei risarcimenti per danni e le conseguenze non legittime. Ma anche le attività contrattuali e gli appalti. «L'obiettivo - aggiunge Raffaele Cantone presidente dell'Anac - è quello di introdurre i giusti anticorpi per prevenire. Occorre intervenire su tre settori specifici, cioè acquisti, rotazione degli incarichi e contratti con i privati. Vanno stabilite regole certe, è possibile invertire la tendenza ed avviare un processo finalmente virtuoso».

Regola numero uno: rotazione del personale. Buona regola di gestione che viene applicata solo nel 45% delle aziende sanitarie.

### IL PIANO

Regola numero due: no alle candidature per poltrone al vertice delle Asl (e per altre figure amministrative) in caso di conflitto di interessi e "condannati anche con sentenza non passata in giudicato" e tutela per chi segnala l'illecito.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Lo scandalo in cifre



264

le pratiche aperte  
dalla Guardia  
di Finanza  
da gennaio  
a giugno



800

mln

il danno al servizio  
sanitario nei primi  
6 mesi del 2015



2.325

le persone  
denunciate  
o arrestate



83

i dirigenti medici  
che avrebbero  
provocato un danno  
da 6 milioni di euro



Fonte: Rapporto Guardia di Finanza

cemimem