

Martedì 12 MAGGIO 2015

Screening neonatale per patologie metaboliche ereditarie. Cosa cambierà con l'intesa Stato Regioni. Ecco il testo

Un esame non invasivo che entro 48 ore dalla nascita consentirà di identificare un ampio gruppo di malattie prima che queste si manifestino clinicamente, evitando danni invalidanti al neonato e, in alcuni casi, la sua morte. Lo prevede lo schema di accordo [annunciato nei giorni scorsi](#) dal Ministro Lorenzin. [IL DOCUMENTO IN ANTEPRIMA](#)

Ad aprire le porte agli screening neonatali per la diagnosi precoce di una serie di patologie metaboliche ereditarie, è lo schema di Decreto trasmesso nei [giorni scorsi](#) dal Ministro della salute, **Beatrice Lorenzin** alla Conferenza Stato-Regioni e di cui pubblichiamo ora in anteprima il testo.

Lo schema di decreto è stato predisposto grazie alla collaborazione tra il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, i rappresentanti delle regioni e delle Società scientifiche di settore.

Il testo, otto articoli in tutto, contiene una lista di patologie metaboliche ereditarie da sottoporre a screening neonatale esteso (SNE) che, con l'ausilio dell'Iss e dell'Agenas, verrà sottoposta a revisione periodica almeno ogni tre anni; e offre inoltre indicazioni agli operatori dei punti nascita su come fornire informative e ricevere il consenso informato da parte dei genitori.

Il provvedimento disciplina poi le modalità per la raccolta dello spot ematico che verrà effettuato da personale sanitario con formazione ad hoc. In particolare lo spot ematico dovrà essere raccolto entro le 48 e le 72 ore dal parto, avvenuto sia nella struttura sanitaria sia al domicilio, e dovrà essere inviato ai vari Centri di screening neonatale regionali o interregionali tramite un trasporto dedicato che assicuri la consegna dei campioni entro 24 ore dal prelievo e, comunque, non oltre le 48 ore.

E ancora, vengono dettate le coordinate da seguire nel caso il SNE risultasse positivo: i dati dovranno essere comunicati al registro nazionale attraverso i registri regionali o interregionali delle malattie rare, e ai genitori è assicurata la successiva consulenza genetica.

Le Regioni tramite le Aziende sanitarie, l'Iss e Agenas, con il contributo delle società scientifiche, nei limiti delle risorse disponibili, organizzeranno specifiche iniziative di formazione per il personale sanitario dei punti nascita e informazione per la cittadinanza.

Per quanto riguarda la copertura degli oneri economici è previsto uno stanziamento per il 2014 di 5mln di euro del Fsn ripartito tra le regioni in base al numero medio annuo di nati calcolato sui nati dell'ultimo quinquennio. Mentre a partire dal 2015 saranno stanziati 10 milioni di euro da ripartire sempre secondo gli stessi criteri.

MEDICINA

La corsa per decifrare malattie sconosciute

BANFI PAGINA 32

Al via la corsa per decifrare le malattie orfane e rare

Entro il 2020, all'Ospedale Bambino Gesù

**Bruno
Dallapiccola
Genetista**

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO
DELL'OSPEDALE PEDIATRICO
BAMBINO GESÙ DI ROMA



DANIELE BANFI

Conoscere per curare. Può essere questo il motto dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma che celebra i 30 anni dal riconoscimento come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Un centro d'eccellenza dove la ricerca sulle malattie rare è all'avanguardia. Qui arrivano tanti bambini affetti da patologie di cui non si conosce il nome né il difetto genetico che le causa. Grazie all'impegno dei ricercatori e alle più moderne tecniche di sequenziamento, però, negli ultimi cinque anni l'ospedale ha individuato quasi 60 nuovi geni malattia, premessa base per inquadrare clinicamente i pazienti e impostare le cure.

Come spiega Bruno Dallapiccola, direttore scientifico dell'ospedale e genetista di fama mondiale, «uno dei campi che ci sta più a cuore è quello relativo alle malattie orfane e ultrarare. Le prime sono patologie in cui il meccanismo biologico mo-

lecolare che le determina non è ancora conosciuto. Le seconde sono 5 mila su 8 mila e con una frequenza inferiore a una su un milione. Entrambe le condizioni necessitano di specifiche attenzioni: le malattie orfane, perché si deve arrivare a conoscerne la causa, e le ultrarare perché poco conosciute e quindi sottodiagnosticate». Il primo passo è proprio la diagnosi: esistono patologie che affliggono solo poche persone al mondo e per questo individuare i geni coinvolti è difficile. Complice, però, lo sviluppo delle tecniche di sequenziamento del Dna di seconda generazione, oggi scoprire i geni malattia è più semplice.

Negli ultimi mesi l'ospedale - in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, le università La Sapienza e Tor Vergata - ha messo a segno diversi «colpi»: uno è relativo alla sindrome di Zimmermann-Laband. La patologia, che si manifesta fin dai primi mesi di vita, è caratterizzata da deficit cognitivo, assenza delle unghie e delle falangi terminali di dita e piedi e, in un'alta percentuale di pazienti, da epilessia. Da poco la prestigiosa rivista «Nature Genetics» ha pubblicato uno studio in cui vengono individuati due geni responsabili: il primo codifica per una proteina coinvolta, tra le tante funzioni, nel rilascio dei neurotrasmettitori, mentre il secondo è

implicato in un meccanismo di detossificazione delle cellule.

«Oltre all'identificazione dei due geni, la ricerca ha consentito di identificare alcune correlazioni tra gene mutato e specifici aspetti clinici. Abbiamo osservato, per esempio, che l'epilessia è presente nei pazienti che possiedono uno solo dei due geni mutati. La scoperta fornisce perciò un nuovo strumento diagnostico, consente un più accurato inquadramento clinico e fa luce su diversi meccanismi cellulari», spiega il professore. Ma l'esempio non è isolato: negli ultimi mesi sono state diverse le patologie orfane alle quali è stato possibile dare un nome.

Risultati importanti, che rappresentano un punto di inizio. L'obiettivo, entro il 2020, è colmare il «gap» nell'individuazione di tutte le patologie rare e orfane. «Centrarlo non è impossibile. In un paio di anni le nuove tecniche di sequenziamento saranno di routine e un ciclo arriverà a costare non più di mille euro. Sono convinto che ce la faremo», conclude Dallapiccola. Una prospettiva inimmaginabile sono pochi anni fa quando, per individuare un gene malattia, erano necessari anche anni.



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

Tumori, fra soldi ed etica. Curare i pazienti, facendo quadrare i conti

In Italia ancora troppe disparità fra le Regioni: riorganizzare il sistema per garantire equità, con particolare attenzione a terapie contro il dolore, cure palliative e fine vita

di Vera Martinella



Assicurare a ogni paziente le maggiori possibilità di guarigione o di sopravvivenza. Ridurre al minimo la sofferenza. Dare a tutti le stesse opportunità di diagnosi precoce e prevenzione. E, quando il tumore è agli stadi più avanzati, fare in modo che ogni malato riceva il migliore conforto possibile insieme alla sua famiglia, senza che ci sia accanimento terapeutico o un desolato abbandono al «non c'è più nulla da fare». Sono sfide importanti e tutte ancora aperte, come ha evidenziato il dibattito tenutosi a Ragusa durante il Convegno nazionale sull'etica in oncologia, promosso dall'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e dalla Fondazione AIOM.

Riorganizzare il sistema per garantire a tutti le cure migliori

La partita si gioca tutta sull'organizzazione sanitaria, divisa fra costi ed etica. L'imperativo di far quadrare i conti economici non può essere scisso dall'assicurare un accesso equo alle cure oncologiche a chi ne ha bisogno, indipendentemente dal luogo di residenza. «L'etica non riguarda solo le scelte di cura e le decisioni di fine vita, ma anche le scelte, le strategie e le priorità del sistema sanitario nazionale – spiega Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM -. È necessario garantire a tutti pazienti le cure migliori in tempi rapidi, eliminando le differenze ancora presenti fra le Regioni. Per questo è necessario aprire il più ampio dibattito su appropriatezza prescrittiva, sostenibilità e diritto alle cure e, quindi, sul ruolo dei prontoari terapeutici regionali e sul rapporto tra valore e costo dei farmaci. Oggi si stanno affacciando nuove armi efficaci contro alcuni tipi di neoplasia e non possiamo privare i malati di queste opportunità terapeutiche, pur sapendo che anche noi dobbiamo fare la nostra parte, puntando sulla implementazione delle linee guida, razionalizzazione delle spese e organizzazione in rete».

Terapie, molte differenze fra le Regioni

La realtà è però che in alcune Regioni del nostro Paese i pazienti accedono ai nuovi farmaci oncologici anche dopo 600 giorni dopo l'approvazione da parte dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), con notevoli differenze tra Regione e Regione. Diverse fonti hanno documentato anche una grande disparità di accesso, ad esempio, alle terapie contro il dolore, agli hospice per i malati

terminali, al sostegno psicologico quando necessario. Così come agli screening per la diagnosi precoce, che pure spetterebbero gratuiti a tutti gli italiani, da Nord a Sud. Certo con 365.500 nuovi casi di tumore diagnosticati nel nostro Paese nel 2014 (e milioni di connazionali che convivono per la malattia o fanno i controlli sperando d'essere guariti) l'impatto del cancro è importante. E le cose si fanno particolarmente delicate per quel 35 per cento circa di pazienti che giunge alla diagnosi in fase avanzata di malattia.

Anticipare le cure palliative nei malati metastatici

Con 40 strutture certificate dal 2005 al 2014, l'Italia è al primo posto in Europa per numero di centri accreditati dall'ESMO (Società Europea di Oncologia Medica), che garantiscono l'integrazione precoce delle cure palliative con le terapie antitumorali. Oggi sono stati realizzati importanti passi in avanti rispetto al passato. «Da un lato – continua Pinto - il numero di morti per tumore all'interno degli ospedali italiani continua a scendere del 10 per cento ogni anno. Dall'altro aumentano i pazienti terminali assistiti a casa, sono stati 52mila nel 2014, almeno il 30 per cento in più rispetto agli anni precedenti. Ma le cure simultanee, che implicano l'integrazione tra terapie oncologiche e cure palliative dal momento della presa in carico del paziente con malattia metastatica, non sono ancora completamente realizzate nel nostro Paese. Richiedono infatti una più forte sinergia tra ospedale e territorio. I sintomi fisici correlati al cancro, insieme ai disagi psicologici, sociali e spirituali che subentrano nella evoluzione della malattia, condizionano in modo preponderante la qualità della vita del malato e del suo nucleo familiare».

Dolore e cure di fine vita, c'è ancora tanto da fare

Negli ultimi anni un numero consistente di studi, condotti in pazienti oncologici in fase metastatica, ha evidenziato l'utilità di associare in modo sistematico alle terapie antitumorali anche le cure palliative, ottenendo non solo un beneficio su tutti i parametri di qualità della vita, ma in qualche caso anche un prolungamento della sopravvivenza. «Le cure simultanee hanno dimostrato inoltre di ridurre i costi e sono considerate oggi il paradigma della migliore assistenza per il malato oncologico in fase avanzata - conclude Carmelo Iacono, presidente di Fondazione AIOM -. Sono ancora troppo frequenti i casi in cui i malati vengono sottoposti a chemioterapia palliativa senza trarne alcun beneficio e, in compenso, molti svantaggi. A cui vanno aggiunti inutili costi a carico del Servizio sanitario. Il punto è che bisogna anticipare il discorso sul fine vita e pianificare precocemente le cure palliative, in modo che i pazienti non le percepiscano solo come un'ultima spiaggia, ma come un successivo passaggio. Pazienti e familiari riescono ad affrontare meglio il discorso quando stanno ancora facendo le cure, possono essere più lucidi, perché meno angosciati dall'incombere della fine. Bisogna spiegare loro i pro e i contro di ogni scelta. E che sia chiaro che fare terapie meno "aggressive" non equivale ad avere meno vita da vivere». Purtroppo però molto resta ancora da fare su questo fronte e in particolare nella lotta al dolore, visto che nonostante i tanti progressi, ancora sette pazienti su dieci non ricevono l'assistenza dovuta: «La Legge 38 promulgata dal Parlamento italiano nel 2010 è la prima al mondo a sancire ufficialmente per tutti i cittadini il diritto a non soffrire, tramite l'accesso a terapia del dolore e cure palliative - ricorda Iacono -, ma resta ancora molta strada da percorrere perché tutti i pazienti oncologici italiani ricevano una cura appropriata per lenire la propria sofferenza».

Martedì 12 MAGGIO 2015

Amianto. Le Regioni in audizione in Parlamento: "In Italia quasi 20mila soggetti affetti da mesotelioma. Oltre 15mila lavoratori a rischio sorvegliati"

I tecnici regionali ascoltati dalla Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali del Senato, sottolineando la necessità di un protocollo di assistenza sanitaria nazionale. Dal V rapporto del Registro Nazionale Mesoteliomi emerge che, i soggetti colpiti, hanno un'età media di 69,5 anni con 46 anni di latenza media. [IL DOCUMENTO DELLE REGIONI](#)

Si è tenuta oggi al Senato un'audizione di fronte alla Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, con particolare riguardo al sistema della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro di una delegazione tecnica della Conferenza delle Regioni e delle province autonome. Nel corso dell'incontro **Luciano Marchiori (dirigente Regione Veneto), Antonio Maritati (dirigente Regione Veneto), Alberto Chinaglia (funzionario Regione Veneto), Giuseppe Mastrangelo (Università di Padova), Massimo D'Angelo (Regione Piemonte)** hanno illustrato un documento approvato dalla Conferenza delle Regioni lo scorso 7 maggio, dedicato proprio al tema delle malattie professionali connesse all'utilizzo dell'amianto.

E' stato innanzitutto sottolineato come "il Piano Nazionale Amianto non è ancora approvato in Conferenza Stato- Regioni per il parere negativo espresso dal Ministero dell'Economia e Finanza il 13 gennaio 2015". Per quanto riguarda le persone colpite da mesotelioma, il V rapporto del Registro Nazionale Mesoteliomi, in fase di pubblicazione, riferisce di una casistica di 19.956 soggetti con età media di 69,5 anni e con 46 anni di latenza media.

Quanto al prolungamento del controllo sanitario dopo la cessazione dell'esposizione, le Regioni ritengono che il quadro normativo attuale renda necessario "un protocollo di assistenza sanitaria da offrire ai lavoratori ex esposti ad amianto in maniera omogenea sul territorio nazionale, superando disomogeneità e disparità nell'offerta dei servizi sanitari". Con riferimento, invece, alla prevenzione e alla vigilanza sui lavori di bonifica va detto che "nell'attuale quadro normativo, la tutela sanitaria degli esposti ad amianto è posta a carico del datore di lavoro e del medico competente dallo stesso incaricato. Gli esiti del monitoraggio sull'attività del medico competente riferiscono per il 2013 una popolazione di 15.922 lavoratori sorvegliati per il rischio amianto".

"Dal 2007, le Regioni monitorano, secondo indicatori di attività condivisi, le prestazioni delle Asl nel settore della sicurezza e salute del lavoro (nel caso specifico delle fibre di amianto anche di tutela del cittadino e dell'ambiente). L'analisi dei dati - prosegue il documento evidenzia come negli ultimi anni, in media siano stati notificati alle ASL oltre 60.000 piani di bonifica dell'amianto friabile o in matrice compatta (86.386 notifiche nel 2013). Oltre il 13 % dei cantieri adibiti ad attività di bonifica è annualmente oggetto di controllo ispettivo da parte delle Asl con riferimento prioritario alle situazioni di maggior pericolo".

"Presso ogni Regione - conclude il documento della conferenza - è attivo, inoltre, il flusso informativo

13/5/2015 Amianto. Le Regioni in audizione in Parlamento: "In Italia quasi 20mila soggetti affetti da mesotelioma. Oltre 15mila lavoratori a rischio sorvegliati" riguardante informazioni annuali riassuntive concernenti i lavori svolti, le misure di protezione adottate, i lavoratori esposti, i livelli di esposizione dei lavoratori e i quantitativi di materiale smaltito. Il monitoraggio svolto nel 2011 ha evidenziato un quantitativo di materiale smaltito contenente amianto pari a 513.217 tonnellate con evidenza di 2259 relazioni trasmesse alle Regioni da parte delle ditte iscritte all'albo specifico".

Martedì 12 MAGGIO 2015

Cancro al seno. Donne ad 'alto rischio'. Risonanza magnetica potrebbe migliorare prevenzione

In aggiunta alla mammografia annuale di routine, l'imaging a risonanza magnetica MRI potrebbe aiutare i medici nella scelta dell'approccio preventivo migliore, verso una medicina sempre più personalizzata. In particolare, il parametro BPE, valutato tramite MRI, è stato associato ad un maggior rischio della comparsa della malattia. Ora necessari altri studi per confermare il risultato. Lo studio su Radiology

La risonanza magnetica per imaging (*MRI*) può rappresentare uno strumento utile per migliorare la previsione del rischio di tumore al seno, nelle donne ad 'alto rischio' (cioè in presenza di storia familiare di questo tumore, mutazioni genetiche o altro). Lo afferma uno studio condotto dalla Radiological Society of North America (RSNA**), e pubblicato sulla rivista *Radiology*. La ricerca illustra i potenziali vantaggi, in determinati casi, dell'utilizzo di questa analisi, in aggiunta alla mammografia annuale di routine. Il tutto all'interno di un approccio sempre più personalizzato per il controllo e la prevenzione del cancro alla mammella.

In generale, spiegano i ricercatori, l'analisi di risonanza magnetica rappresenta uno strumento che viene già utilizzato in donne che presentano un alto rischio a causa di una storia familiare di questa malattia: le linee guida dell'American Cancer Society raccomandano uno screening annuale mediante *MRI* in aggiunta alla mammografia di routine alle persone che presentano una percentuale di rischio di sviluppare il cancro al seno del 20% superiore rispetto alla media.

Inoltre, in alcuni studi precedenti, la densità del tessuto mammario, la struttura che contiene la maggior parte di tessuto fibrogliandolare rispetto al tessuto grasso, è stato collegato con un probabile aumento dello sviluppo del tumore del seno.

"Risulta complesso valutare il rischio futuro di cancro del seno per la donna, così un forte interesse da parte dell'oncologia è rivolto all'identificazione di strade per determinare meglio questo rischio", ha spiegato il coautore **Habib Rahbar**, M.D., esperto di *imaging* della ghiandola mammaria al Seattle Cancer Care Alliance ed assistant professor presso la University of Washington. "Mentre la densità della mammella è scarsamente associata con il rischio di sviluppare il tumore, non è chiaro se questa o altre strategie di *imaging* possano migliorare gli attuali metodi di valutazione del rischio".

Nella ricerca odierna, il Dottor Rahbar e i colleghi hanno preso in considerazione immagini di risonanza magnetica di donne dai 18 anni in su con alto rischio di tumore al seno, che si sono sottoposte a screening nel periodo tra gennaio 2006 e dicembre 2011.

I ricercatori hanno analizzato alcuni parametri, tra cui la **densità della mammella** e il **BPE** (*background parenchymal enhancement* – 'aumento del background parenchimale', dove il tessuto parenchimale è quello che compone l'organo). Il **BPE** individua un fenomeno, visibile tramite risonanza magnetica, in cui aree del normale background del tessuto della mammella appaiono bianche o aumentate. Precedenti studi hanno suggerito una possibile associazione tra questo fenomeno e il rischio di cancro al seno.

In base ai risultati dello studio odierno, le donne con un più alto valore di **BPE**, rilevato tramite risonanza magnetica, mostravano una **probabilità di avere una diagnosi di cancro al seno nove volte superiore** rispetto a quelle in cui il **BPE** era assente o assumeva valori minimi. Al contrario, la densità

mammografica non mostrava una relazione significativa rispetto al rischio di cancro al seno, affermano gli autori. "La risonanza magnetica *MRI* potrebbe essere utilizzata in un più ampio numero di donne per determinare quelle che necessitano di uno screening aggiuntivo sulla base dei livelli di *BPE*", ha detto Rahbar. "Questa possibilità risulta importante dato che stiamo andando verso un'era in cui la medicina è più personalizzata".

Attualmente, spiegano i ricercatori, le donne ad alto rischio di questa malattia hanno diverse possibilità: dall'utilizzo combinato della mammografia insieme alla risonanza *MRI* alla terapia preventiva con tamoxifene, un farmaco che blocca l'attività degli estrogeni nella mammella, fino alla mastectomia preventiva. Se validato da studi più ampi, dichiarano i ricercatori, il *BPE* potrebbe fornire ulteriori informazioni utili nella scelta dell'approccio migliore, aiutando i medici a personalizzare lo screening e la gestione delle strategie terapeutiche in base alla valutazione del rischio individuale.

Il prossimo passo dei ricercatori sarà quello di verificare il risultato odierno in uno studio che coinvolga un più ampio numero di pazienti e cercare di comprendere il meccanismo per il quale il parametro *BPE* risulta essere un biomarcatore per il tumore al seno: secondo un'ipotesi, questo parametro è legato alle aree di infiammazione che si manifestano nelle prime fasi della malattia.

"Il cancro al seno ha bisogno di un ambiente 'favorevole' per crescere", conclude il dottor Rahbar, "e una recente ricerca suggerisce che le aree di infiammazione sono particolarmente adatte a tale crescita".

Viola Rita

*H. Rahbar, B. N. Dontchos et al., "Are Qualitative Assessments of Background Parenchymal Enhancement, Amount of Fibroglandular Tissue on MR Images, and Mammographic Density Associated with Breast Cancer Risk?", *Radiology*

**RSNA è un'associazione che comprende più di 54mila esperti tra radiologi, radio-oncologi, fisici medici e scienziati di questo settore medico, con sede a Oak Brook, Illinois, Stati Uniti.

***Lo studio è stato finanziato dai grant della International Society for Magnetic Resonance in Medicine e dei National Institutes of Health

ULTIME
SCIENZA"Non uccidete le vacche
sacre della 'Ndrangheta",
al via petizione per dire
no alla mattanzaTramonto blu sul pianeta
rossoAl via la campagna
europea 'Allarme natura'
per difendere la
biodiversitàOltre le sbarre a colpi di
uncinetto, dal Knit cafe
di S.Vittore all'asta le
creazioni delle detenuteGuardate: e da
l'Alieno di Ros

Salute

Mammografia, quando il messaggio semplice è quello sbagliato

Nel dibattito scatenato dalle dichiarazioni di Beppe Grillo, non c'è una risposta netta, ma valutazioni complesse da fare su un tema che non ha ancora messo d'accordo gli esperti



12 maggio 2015

Panorama / Scienza / Salute / Mammografia, quando il messaggio semplice e quello sbagliato



Nella foto una mammografia, che ad oggi rappresenta la miglior cura preventiva per i tumori al seno. La pillola potrebbe sostituirla in futuro? Credits: Getty Images

Chiara Palmerini

“La **mammografia** salva la vita”. “La mammografia non serve”. Con infinite variazioni, il dibattito di questi ultimi due giorni, seguito alle dichiarazioni (poi in parte corrette) di **Beppe Grillo**, è ruotato intorno a due posizioni apparentemente inconciliabili.

Il punto è che la questione dell'utilità della mammografia, come molte altre di natura medica, non si presta proprio a essere spaccata con l'accetta, come i contendenti in campo anche questa volta tendono a fare. Per come sono state presentati al pubblico, sia la posizione di Grillo sia quella del ministro della salute Beatrice Lorenzin che ha replicato piccata all'attacco del leader del Movimento 5 Stelle sono messaggi ipersemplicati e, in fondo, non corretti.

LEGGI ANCHE: Troppe mammografie? Ragioni e torti della boutade di Grillo

Il tasto su cui Grillo ha probabilmente voluto pigiare per fare sensazione è un dibattito tutt'altro che nuovo in ambito medico-scientifico. Da anni gli scienziati, gli epidemiologi, in particolare, dibattono sull'utilità non tanto della mammografia in sé, quanto

In evidenza



HELP! Il diritto di essere bambini

Il viaggio in Cambogia di Claudia GERINI



IBM

La posta elettronica: il tuo assistente personale



La teoria del tutto

Guardalo in streaming



Panorama Academy

La scuola online che crea eccellenze

dello screening mammografico. Sembra una differenza da niente, in realtà non è così. Lo scopo dell'esame è individuare precocemente un tumore del seno, prima che abbia il tempo di dare segno di sé o di essere scoperto, magari con la palpazione, quando è troppo tardi. Se trattato prima – questo è il ragionamento alla base degli screening oncologici – il tumore avrà meno possibilità di fare danni, e magari portare alla morte. Quantificare però quante donne si salvano grazie alla mammografia, e soprattutto quali donne, a partire da quale età e quanto spesso debbano sottoporsi all'esame per massimizzare il beneficio (e minimizzare i rischi, che ci sono) è quanto gli esperti dibattono.

In teoria la risposta scontata potrebbe essere: tutte le donne, a partire dal momento in cui è noto che esiste un rischio, seppure minimo, di **tumore al seno**. Invece non è così semplice. Innanzitutto perché, da un punto di vista di salute pubblica, la prevenzione ha dei costi e, quando le risorse sono limitate, è necessario investire sugli interventi che possono dare maggiori risultati. Ma anche considerando la prospettiva meramente individuale, e cioè quella della donna che, a proprie spese e senza pesare sulla spesa sanitaria pubblica, voglia una risposta a queste domande, le cose non sono immediate.

In soldoni, anche tra gli esperti ci sono interpretazioni divergenti degli stessi dati e si assiste a un "**vero ping-pong di evidenze sulla mammografia**", come titolava l'anno scorso un post sul blog della rivista *Scientific American*, che cercava di fornire ai lettori una guida su come orientarsi nella selva di pareri contrastanti e a volte diametralmente opposti sull'utilità degli screening mammografici.

Secondo i dati più accettati, con lo **screening mammografico** si ottiene una **riduzione del rischio di morire di cancro al seno** del 15-20 per cento. Ma questa riduzione del rischio va poi calata nella realtà, perché il rischio di partenza per ciascuna donna è diverso (in base all'età, storia familiare e stile di vita), e perché rimane la fondamentale questione di capire come è meglio mirare gli esami per massimizzare i benefici e minimizzare i rischi. C'è innanzitutto un rischio che viene dall'esame in sé, che è fatto di radiazioni, e che secondo alcune stime potrebbe essere di un tumore in più legato alle radiazioni per una donna ogni mille che si sottopongono all'esame. Ma non è solo questo.

Per fare un esempio, **uno studio** pubblicato l'anno scorso fa il seguente bilancio: su 10mila donne che si sottopongono regolarmente all'esame per 10 anni, a circa 190 verrà diagnosticato un tumore. Cinque di loro si salveranno proprio grazie a questa diagnosi precoce; nonostante il tumore sia stato individuato per tempo, 25 di loro moriranno comunque, mentre 36 andranno incontro a trattamenti non necessari, cioè subiranno cure, anche invasive, per un tumore che probabilmente non avrebbe mai dato segno di sé. Un quadro abbastanza diverso da quello che viene rappresentato comunemente. Il problema, naturalmente, è che non c'è modo di sapere in anticipo chi sarà fra le donne cui la mammografia fa del bene, e chi fra quelle cui fa un danno. A questo c'è da aggiungere poi che molte donne avranno un falso positivo: ansia e spavento per quello che, grazie a successivi accertamenti -

ecografia e magari una biopsia - si rivelerà solo un falso allarme.

In conclusione, il numero considerato più attendibile, oggi, è che tra le donne che si sottopongono regolarmente allo screening **una su duecento circa si salva dal tumore grazie alla mammografia**, rispetto a quelle che non vi si sottopongono. Il beneficio quindi c'è, ma probabilmente è inferiore rispetto a quello che la maggior parte delle persone tenderebbe a credere. La mammografia, insomma, non è un test infallibile, e il fatto di farla, anche regolarmente, non dà a una donna la garanzia assoluta di evitare la morte per cancro al seno, che è un'altra credenza comune.

Quel che è sicuro, però, è che i messaggi che passano sui media contano, eccome, nel bene e nel male. Quando alla cantante Kylie Minogue fu diagnosticato un cancro al seno, dieci anni fa, e la notizia comparve sui giornali di tutto il mondo, il numero di prenotazioni per le mammografie aumentò del 40 per cento in due settimane in diversi stati australiani. Per questo ha ragione chi teme che dichiarazioni che mettono in dubbio l'utilità dell'esame possano far desistere le donne dal sottoporsi agli screening. Il problema è che un messaggio semplicistico non può essere sostituito da un altro che lo è altrettanto.

© Riproduzione Riservata

Commenti

PANORAMA

News Sport Economia Mytech Musica Cinema Televisione Cultura Scienza Società Magazine Blog Foto Video Archivio Icon

Segui     



ABBONATI
IN EDICOLA

Condizioni di partecipazione · Scrivici · Gruppo Mondadori · Pubblicità · Note Legali · Privacy Policy · Cookie Policy
© 2008 Arnoldo Mondadori Editore Spa - riproduzione riservata - P.IVA 08386600152

Martedì 12 MAGGIO 2015

Cancro e metastasi. Dalla Svezia una nuova ipotesi che apre la via a terapie innovative

Sensazionale scoperta dei ricercatori del Karolinska di Stoccolma. Attraverso un sofisticato studio hanno dimostrato che le cellule tumorali si travestono da globuli bianchi per invadere il torrente linfatico e metastatizzare così verso organi distanti. Questo risultato potrebbe aprire la strada a nuove terapie anti-tumorali

Un interessante lavoro pubblicato su [Oncogene](#) ricercatori del Karolinska Institutet di Stoccolma suggerisce che le cellule tumorali invadono il sistema linfatico, disseminandosi così in tutto l'organismo, appropriandosi di una caratteristica tipica dei globuli bianchi.

Il sistema linfatico è insieme alla circolazione sanguigna generale, una delle vie principali scelta dal tumore per diffondersi in altre parti dell'organismo, per dare cioè metastasi. Non è però ancora chiaro attraverso quali meccanismi la cellula tumorale si serva del sistema linfatico per invadere l'organismo.

“Non sapevamo ancora – spiega **Jonas Fuxe**, Professore associato Dipartimento di Biochimica e Biofisica Medica del Karolinska – se l'invasione dei linfatici sia solo un processo casuale o se venga mediato da alcuni segnali. Tuttavia negli ultimi anni è apparso sempre più chiaro che l'infiammazione è un fattore in grado di promuovere la metastatizzazione e che i farmaci anti-infiammatori possiedono un certo effetto inibitorio sulla diffusione del cancro.”

Lo studio pubblicato su *Oncogene* è il risultato di un lavoro di squadra tra oncologi e immunologi, che ha portato, come sottolineano gli autori, a nuovi entusiasmanti risultati. I ricercatori svedesi hanno scoperto che il TGF-beta 1 (*transforming growth factor* – beta 1) un noto 'protagonista' dell'infiammazione, conferisce alle cellule tumorali alcune proprietà caratteristiche delle cellule del sistema immunitario, in particolare fornendo la superficie della cellula tumorale di un recettore che è normalmente presente solo sulla superficie dei globuli bianchi circolanti nel sistema linfatico.

Le cellule tumorali che esibiscono questo recettore, lo usano come una bacchetta da raddomante, dirigendosi verso una particolare sostanza, secreta dai vasi linfatici, che li guida verso di loro. E' così che le cellule tumorali trovano la loro strada verso i vasi linfatici, pronte a diffondersi in tutto l'organismo una volta entrate nel torrente linfatico.

Questa scoperta lega le patologie tumorali all'infiammazione in una maniera inedita rispetto a quanto finora noto.

“Adesso cercheremo di scoprire se le cellule tumorali possiedono altre proprietà tipiche delle cellule del sistema immunitario per studiare come queste possano influenzare la capacità di dare metastasi. La possibilità di prevenire o quanto meno di rallentare la diffusione del cancro attraverso il sistema linfatico – conclude Fuxe – è decisamente interessante, perché potrebbe aiutarci a ridurre il rischio di metastatizzazione ad altri organi”.

Ma questo resta ancora un sogno nel cassetto.

Maria Rita Montebelli

Tumori cerebrali, donepezil migliora le funzioni cognitive dopo la radioterapia



12 maggio 2015

Pazienti adulti sopravvissuti a un tumore al cervello trattati con donepezil, farmaco approvato per il trattamento della malattia di Alzheimer, hanno mostrato miglioramenti significativi nelle funzioni cognitive della memoria, della velocità motoria e della destrezza rispetto a quelli trattati con placebo in uno studio randomizzato di fase III pubblicato di recente sul *Journal of Clinical Oncology*.

Tuttavia, il miglioramento della funzione cognitiva complessiva (outcome primario dello studio) è risultato simile nei due bracci di trattamento.

I pazienti con deficit maggiori prima del trattamento sono quelli che hanno ottenuto miglioramenti maggiori del funzionamento cognitivo grazie al trattamento con donepezil.

"Questo suggerisce che il trattamento con una dose giornaliera di donepezil può fornire benefici ad alcuni pazienti adulti sopravvissuti a lungo termine a un tumore cerebrale dopo irradiazione parziale (PBI) o totale (WBI) del cervello, in particolare quelli che prima del trattamento hanno deficit cognitivi maggiore" scrivono gli autori, coordinati da Stephen Rapp, della Wake Forest School of Medicine di Winston-Salem.

Lo studio ha coinvolto 198 pazienti sopravvissuti a un tumore cerebrale primitivo o metastatico sottoposti a una PBI o WBI frazionata almeno 6 mesi prima dell'arruolamento. I partecipanti sono stati trattati con donepezil a 5 mg al giorno per 6 settimane, seguiti da 10 mg al giorno per 18 settimane, se il farmaco risultava ben tollerato o placebo per 24 settimane.

Gli autori hanno misurato un punteggio combinato delle diverse funzioni cognitive e i singoli domini cognitivi sottoponendo i pazienti a una batteria di test cognitivi in grado di valutare la memoria, l'attenzione, il linguaggio, la fluency verbale, le funzioni visuomotorie e quelle esecutive prima della randomizzazione e poi dopo 12 e 24 settimane.

Il punteggio combinato delle funzioni cognitive ha mostrato miglioramenti significativi in entrambi i bracci, ma

senza una differenza significativa. Tuttavia, il trattamento con donepezil ha portato a miglioramenti significativamente maggiori della memoria (riconoscimento, $P = 0,027$; discriminazione, $P = 0,007$), della velocità motoria e della destrezza ($P = 0,016$).

Il farmaco è stato generalmente ben tollerato, ma la diarrea ha avuto un'incidenza maggiore nel braccio trattato con donepezil rispetto al braccio di controllo (25% contro 9%; $P = .0,005$), mentre la percentuale di persistenza nello studio a 24 settimane è stata identica per entrambi i gruppi e pari al 74%.

Anche se i pazienti arruolati avevano un livello di deficit cognitivo elevato rispetto ai controlli non oncologici, i punteggi della maggior parte delle misure hanno mostrato ampie variazioni - da significativamente inferiori a superiore - rispetto al gruppo di confronto. Questa eterogeneità, ipotizzano gli autori, potrebbe essere alla base del miglioramento non significativo osservato con il trattamento in studio nel suo complesso rispetto al placebo

"Ciò indica che i tumori del cervello e i relativi trattamenti, tra cui l'irradiazione cranica, sono associati a deterioramento cognitivo clinicamente significativa in alcuni pazienti, ma non tutti. Nei prossimi studi, la presenza di un deficit cognitivo dimostrabile dovrebbe, quindi, essere un criterio di inclusione per l'arruolamento" precisano Rapp e i colleghi..

S.R. Rapp, et al. Donepezil for Irradiated Brain Tumor Survivors: A Phase III Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial. J Clin Oncol. 2015; 10.1200/JCO.2014.58.4508.

[leggi](#)

[chiudi questa finestra]

Linfoma follicolare, rituximab più conveniente della strategia 'watch and wait'



12 maggio 2015

Per i pazienti con linfoma follicolare in stadio avanzato asintomatica, con basso impatto del tumore, una strategia terapeutica basata su un'induzione con rituximab senza mantenimento è risultata l'approccio più conveniente in un'analisi di costo-efficacia effettuata da un gruppo canadese e pubblicata di recente su *Cancer*.

"Una strategia di induzione basata su una monoterapia con rituximab per il linfoma follicolare in stadio avanzato asintomatico è migliore rispetto all'approccio di vigile attesa e massimizza sia l'aspettativa di vita sia l'aspettativa di vita aggiustata per la qualità di vita pur consentendo un risparmio di costi" scrivono i tre autori, coordinati da Anca Prica, del Princess Margaret Cancer Centre di Toronto. "Una monoterapia di induzione con rituximab, costituita da 4 somministrazioni settimanali, è nel complesso la strategia più conveniente, con un'efficacia non diversa rispetto all'induzione con rituximab seguita da una terapia di mantenimento, ma porta a una minimizzazione significativa dei costi nell'arco della vita" aggiungono i ricercatori.

Ai pazienti affetti da linfoma follicolare avanzato spesso si propone di adottare un'approccio di vigile attesa, in quanto diversi studi clinici randomizzati hanno dimostrato che non vi è alcun danno in termini di sopravvivenza nel ritardare la chemioterapia rispetto all'iniziare il trattamento in anticipo.

Tuttavia, spiegano gli autori, i primi studi clinici hanno confrontato questa strategia con i regimi citotossici. Lavori più recenti hanno evidenziato che un'induzione con l'anti-CD20 rituximab, seguita o meno da un mantenimento con lo stesso anticorpo, ritarda la progressione rispetto all'approccio basato sulla vigile attesa. Pertanto, in questa analisi, i ricercatori hanno voluto confrontare l'uso di rituximab con la vigile attesa dal punto di vista del rapporto costo-efficacia.

In particolare, hanno utilizzato un modello di analisi decisionale di Markov per confrontare i risultati clinici, i costi, e il rapporto costo-efficacia del trattamento di induzione con rituximab più un mantenimento con rituximab, della sola induzione con rituximab e della vigile attesa in pazienti con linfoma follicolare di nuova diagnosi in stadio avanzato. I risultati sono stati calcolati in dollari canadesi.

L'induzione con rituximab è risultata la strategia più economica, con un costo di 59.953 dollari contro 67.489 dollari dell'induzione con rituximab più il mantenimento e 75.895 dollari per la strategia di vigile attesa. Inoltre, l'induzione con rituximab è risultata associata a un'aspettativa di vita aggiustata per la qualità di vita (QALY) inferiore rispetto all'induzione seguita dal mantenimento con rituximab (6,16 QALY contro 6,28), ma leggermente superiore all'approccio di vigile attesa (6,16 QALY contro 5,71).

"La strategia di induzione con rituximab è meno costoso di 15.942 dollari rispetto alla vigile attesa, con un beneficio atteso di 0,45 QALY ed è 7536 dollari meno costosa rispetto all'induzione seguita dal mantenimento con rituximab, mentre il mantenimento con rituximab risulta essere più efficace di 0,12 QALY o 1,44 mesi" scrivono i ricercatori. "Perciò, sia la sola induzione con rituximab sia l'induzione seguita dal mantenimento con rituximab sono superiori rispetto alla vigile attesa" concludono gli autori.

A. Prica, et al. Frontline rituximab monotherapy induction versus a watch and wait approach for asymptomatic advanced-stage follicular lymphoma: A cost-effectiveness analysis. Cancer 2015; doi: 10.1002/cncr.29372.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

SANITÀ. La piccola, nata in provincia di Trapani, aveva una neoplasia del fegato. Sono bastati 7 giorni di decorso

Operata di tumore a pochi giorni, neonata di 3 chili salvata all'Ismett

●●● Una neonata di soli 3 kg è stata salvata da diagnosi precoce e rimozione di un tumore al fegato. La piccola C.A. è salva dopo essere stata operata all'Ismett, dove i medici le hanno asportato la porzione di fegato interessata dalla neoplasia con un intervento di estrema complessità chirurgica, anestesiológica e di gestione postoperatoria, vista l'età e il peso di poco superiore ai 3 kilogrammi.

La bimba è nata alcune settimane fa in un ospedale della provincia di Trapani dove, dopo pochi giorni di vita, gli accertamenti di routine fanno sospettare la presenza di una neoplasia del fegato. I medici decidono prontamente di trasferirla all'ospedale di Trapani dove un'ecografia del fegato conferma il sospetto diagnostico.

La neonata viene quindi trasferita al Centro di Chirurgia Addominale Pediatrica dell'Ismett e, trattandosi di una bambina di pochi giorni di vita, viene ricoverata presso l'Unità di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Civico per essere sottoposta ad approfondimenti diagnostici e alla valutazione dei medici del Reparto di Oncoematologia Pediatrica dell'Ospedale dei Bambini.

A seguito della conferma definitiva della presenza del tumore al fegato, la piccola viene trasferita all'Ismett dove i

medici portano a termine il delicato intervento di rimozione, cui seguono sette giorni di decorso postoperatorio senza complicanze presso l'Unità di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Civico.

Grazie ai sofisticati sistemi di telemedicina presenti in Ismett, l'esame istologico della neoplasia epatica viene sottoposto a revisione diagnostica anche da parte del Children Hospital dell'Università di Pittsburgh, che conferma l'efficacia dell'intervento chirurgico e la bimba viene finalmente dimessa per tornare alle cure ed agli affetti dei genitori.

«Il caso rappresenta un importante esempio del buon funzionamento della rete sanitaria regionale», ha affermato il dottor Angelo Luca, vicedirettore di Ismett, «le diverse strutture presenti sul territorio, ciascuna per le proprie competenze e risorse, hanno efficacemente collaborato per gestire e risolvere in breve tempo la patologia della piccola paziente». «È molto raro che vengano diagnosticati tumori del fegato in età neonatale e sono quindi poco frequenti gli interventi chirurgici sul fegato eseguiti in bambini così piccoli» ha affermato il dottor Marco Spada, uno dei medici di Ismett che hanno eseguito l'intervento, «la rarità del caso trattato e la tenera età della paziente rendono ancor più soddisfacente il risultato ottenuto».



RESPONSABILITÀ SANITARIA

Il medico deve provare l'assenza di negligenza o l'imperizia

Prete a pag. 28

RESPONSABILITÀ/ La Corte di cassazione circoscrive l'onere a carico del paziente

La prova grava su medici e Asl Va dimostrata la mancanza di negligenza o imperizia

DI LUCIA PRETE

Il paziente deve limitarsi a provare il rapporto con il medico o con la struttura sanitaria e che l'aggravamento o l'insorgenza di una patologia si trovi in rapporto di causalità con l'intervento stesso. Spetta invece al medico o alla struttura sanitaria la dimostrazione che non vi sia stata negligenza o imperizia del sanitario.

La recentissima sentenza della Cassazione (sez. III civile, 20 marzo 2015 n. 5590) fissando gli oneri probatori non aderisce all'indirizzo enunciato in alcune sentenze di merito, su tutte tribunale Milano 17 luglio 2014 e 2 dicembre 2014, che hanno definito come extracontrattuale la responsabilità del medico dipendente di una struttura sanitaria sia pubblica che privata sulla base di quanto espresso nella legge Balduzzi.

Il dibattito

La formulazione dell'art. 3, comma 1 della legge citata ha natura giuridica da attribuire alla responsabilità sanitaria in campo civile.

Alcune pronunce successive alla sua entrata in vigore hanno sostenuto che a essa non possa attribuirsi alcuna portata innovativa rispetto al precedente unanime e consolidato orientamento della giurisprudenza che qualificava come contrattuale la responsabilità sia della struttura sanitaria (fondandola sul contratto

atipico di speditività), sia del medico suo dipendente (sulla base del rapporto che si crea tra professionista e paziente in virtù del cosiddetto contatto sociale).

Il tribunale di Milano

Le sentenze del tribunale di Milano, facendo leva sul tenore letterale del cit. art. 3 e sulle intenzioni del legislatore, hanno, invece, ritenuto che la legge Balduzzi abbia esplicitamente configurato come extracontrattuale la responsabilità dell'operatore sanitario lasciando inalterato il regime giuridico applicabile alla struttura sanitaria, che risponde a titolo contrattuale sia degli inadempimenti a essa direttamente imputabili, sia di quelli riferibili ai suoi dipendenti. L'interpretazione prospettata dai giudici di Milano comporta importanti implicazioni in merito alla prescrizione e all'onere probatorio.

Qualora, infatti, si definisca come extracontrattuale la responsabilità del medico dipendente l'azione di risarcimento del danno si prescrive col decorso di cinque anni dal momento di verificazione dell'evento (termine considerevolmente più breve rispetto ai dieci anni previsti per le ipotesi di responsabilità

contrattuale) e sotto il profilo dell'onus probandi spetta al paziente danneggiato (e non all'operatore sanitario) provare l'elemento soggettivo dell'illecito.

I giudici di Milano, nella sentenza del 2 dicembre 2014, hanno anche messo in evidenza come la stessa elaborazione del «fatto-contatto» come fonte di «efficacia obbligatoria di natura contrattuale non sia basata su dei presupposti condivisi unanimemente dai giuristi (che, di volta in volta, hanno fatto ricorso al principio di immedesimazione organica, alla figura del contratto in favore di terzo e, più recentemente, all'art. 1173 cc., che richiama tra le fonti delle obbligazioni ogni atto o fatto idoneo a produrle, e alla legge istitutiva del Sistema sanitario).

Ulteriori aspetti

Infine la decisione della Suprema corte ha richiamato un'altra sua pronuncia, la n. 7909/2014, che esclude l'applicabilità della teoria del contatto sociale alla domanda risarcitoria da errato trattamento medico compiuto da un soggetto straniero in quanto il concetto di «contatto sociale» come «fonte di obbligazione» costituisce un principio creato dalla giurisprudenza italiana che non trova riscontro nel diritto internazionale.

© Riproduzione riservata



iPhone/iPad app Android app Altro

Entra Account creato

12 maggio 2015

L'HUFFINGTON POST

IN COLLABORAZIONE CON IL Gruppo Espresso

Edizione: IT ▼



Follow



Newsletter



Ricerca su Huffington Post

HOME POLITICA ECONOMIA CRONACA ESTERI CULTURE DIRITTI LA VITA COM'È TERZA METRICA FUNZIONA! STILE VIDEO

Gay voices • Good News • Salute • Alimentazione • Ambiente • Fotografia • Arte • Televisione • People • Viaggi • Animali • Viral news • Scienza • Tech • Grant 2015

**Essere disordinato è sinonimo di
intelligenza e creatività****"378 milioni di euro? Non li voglio, mi
tengo la mia terra"****A soli 4 anni è stato il volto della
propaganda nazista**

BLOG

*I commenti originali e le analisi in tempo reale a
cura delle firme dell'HuffPost*Action Institute
Action Tank Indipendente

Riforma della sanità e la ricerca della sostenibilità che non c'è

Pubblicato: 12/05/2015 16:50 CEST | Aggiornato: 3 ore fa



Dopo sei anni, il 10 Luglio 2014 è stato firmato il nuovo Patto per la Salute 2014 - 2016, accordo di durata triennale siglato tra Stato e Regioni per riorganizzare la spesa e la programmazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Punto di partenza la "Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia" presentata dall' OCSE. Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, la situazione del SSN Italiano è caratterizzata da zone d'ombra e di luce. Gli indicatori di esito ed efficienza risultano notevoli e il personale sanitario offre nel complesso un'assistenza di alta qualità e ad un prezzo contenuto (per una spesa pro-capite pari a 3.072\$ rispetto ai 4.121\$ della Francia e i 4.650\$ della Germania). Tuttavia la crisi economica ha fatto sentire i suoi contraccolpi anche sul settore sanitario, ponendo in primo piano il risanamento delle finanze, in uno scenario che vede un crescente invecchiamento della popolazione ed un parallelo aumento delle patologie croniche i quali avranno sicuramente un pesante impatto in termini di costi d'assistenza.

Tra i punti dolenti del nostro sistema sanitario c'è innanzitutto la forte frammentarietà dovuta al "Federalismo sanitario" che ha come conseguenza una forte disomogeneità territoriale del SSN: forti sono le disparità tra una Regione e l'altra sia a livello di performance economico-finanziaria che di veri e propri esiti. Come rilevato da Action Institute nella proposta della Healthcare roadmap 2030, 8 regioni (su 10 che vi sono entrate) sono ancora commissariate e/o in piano di rientro con una notevole variabilità nella qualità dei servizi e nell'accesso agli stessi, mancando efficaci meccanismi centrali di sorveglianza e indirizzo, ma anche trasparenza e responsabilizzazione sulla performance complessiva e non solo economico-finanziaria. Vi sono, infatti, inefficienze generate da un'errata modalità di allocazione delle risorse ai vari livelli del sistema. Ma anche lacune dovute a limitate competenze manageriali a causa di meccanismi spesso arbitrari di selezione, valutazione e rimozione dei vertici.

SEGUI HUFFPOST



Indirizzo e-mail

Iscrivimi.

 Newsletter

Ricevi un'e-mail quotidiana con gli articoli e i post in primo piano.

I PIÙ CLICCATI SU HUFFPOST

PUBBLICA QUI LA TUA INSERZIONE PPN

**Rottama! Ora o mai più**Sulla gamma Lancia hai 2.000 euro di incentivo rottamazione
Richiedi un preventivo**Onicomicos: come curarla**È importante eliminare presto la parte di unghia infetta
<http://www.canesten.it>**YouBanking Conto Corrente**Zero Bolli fino al 2016! Aprilo subito!
www.youbanking.it/Conto

Rendere la sanità più efficiente ed eliminare gli sprechi per offrire servizi migliori a costi minori, riducendo la spesa *out of pocket*, è l'obiettivo della manovra sanitaria attualmente al centro del dibattito. L'intesa, tra il governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente [la Manovra sul settore sanitario prospetta un taglio del Fsn di 2,352 mld di euro](#) che passa attraverso la rinegoziazione su base annua dei contratti d'acquisto di beni e servizi tale da ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto e garantire un abbattimento del 4,5% del valore complessivo dei contratti in essere. Inoltre, fermo restando il tetto nazionale di spesa del 4,4%, gli enti del SSN, sempre in un'ottica di efficientamento, sono tenuti a proporre ai fornitori di dispositivi medici una rinegoziazione dei relativi contratti.

Altro capitolo sensibile dell'intesa è quello che riguarda il tema dell'appropriatezza. Imperativo ridurre il numero di prestazioni inappropriate erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di ricovero di riabilitazione. Gli enti del SSN sono chiamati a vigilare, oltre che a curare l'informazione e l'aggiornamento dei medici prescrittori, penalizzando i medici che effettuano prescrizioni non conformi alle limitazioni con una riduzione del trattamento economico accessorio.

L'attenzione è posta anche sulle modalità di adattamento della rete assistenziale pubblico-privata agli [standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera](#). La riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione, sono alcuni degli obiettivi di razionalizzazione in prospettiva di un aumento della produttività che possa tradursi in un miglioramento del servizio complessivo del SSN, e meno oneri connessi all'assistenza ospedaliera. La riorganizzazione della rete ospedaliera prevista comporterà una riduzione del numero di ricoveri con oneri a carico SSN effettuati da erogatori privati accreditati con meno di 40 posti letto e un efficientamento della spesa per il personale post riordino delle reti.

In programma anche la riduzione progressiva del numero delle Centrali operative del 118. Infine per monitorare l'effettiva attuazione del regolamento è istituita, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una commissione nazionale composta da rappresentanti del [Ministero della salute](#), del Ministero dell'economia e delle finanze e della Conferenza delle regioni e delle province autonome, dell'Agenas e dal Direttore Scientifico del Piano Nazionale Esiti. Una soluzione già prospettata da Action Institute nel *policy brief* "[Empowering Healthcare Management](#)" e individuata nella creazione di un "agente esterno acceleratore del cambiamento" che possa aiutare le Regioni fornendo competenze manageriali tramite un pool di esperti e sviluppare nel contempo competenze locali. Un nucleo operativo in grado di favorire lo scambio di *best practices* tra le Regioni affiancandole nella gestione delle risorse ed effettuando un sistematico monitoraggio dei risultati.

In un quadro d'incertezze e differenze territoriali, dunque, occorre effettuare accurati tagli che migliorino l'efficienza nel rispetto dei principi di universalità ed equità alla base del SSN. La stessa [Corte dei Conti auspica che siano scongiurati peggioramenti nella qualità dei servizi](#) o aumenti delle imposte con conseguenti impatti negativi sulle famiglie. Anche a detta dell'Ocse, l'Italia deve assicurare che continui sforzi per contenere la spesa sanitaria non intacchino la qualità dell'assistenza sanitaria come principio fondamentale di governance. Questa la grande sfida cui è chiamata a rispondere la riforma.

- Segui gli aggiornamenti sulla nostra pagina Facebook
- Per essere aggiornato sulle notizie de *L'HuffPost*, clicca sulla nostra Homepage
- Iscriviti alla newsletter de *L'HuffPost*

Segui Action Institute su Twitter: www.twitter.com/ActionItalia

ALTRO: Sanità, Riforma Sanità, Healthcare Roadmap, Servizio Sanitario Nazionale, Riforma Sanità 2015, Patto Per La Salute, Patto Per La Salute 2014 2016, Riforma Della Sanità, Riforma Servizio Sanitario Nazionale, Ssn, Ssn Italia, Italia Cronaca, Economia, Italia Salute

PUBBLICA QUI LA TUA INSERZIONE PPN



YouBanking Conto Corrente
Zero Bolli fino al 2016!
Aprilo subito!
www.youbanking.it/Conto



Rottama! Ora o mai più
Sulla gamma Lancia hai 2.000 euro di incentivo rottamazione
Richiedi un preventivo



Onicomicosi: come curarla
È importante eliminare presto la parte di unghia infetta
<http://www.canesten.it>

Conversazioni

Ricerca su Huffington Post



Entra | RSS | FAQ | Accordo Con L'utente | Privacy | Regolamentazione Dei Commenti | Chi Siamo | Contattaci

©2015 HuffingtonPost Italia s.r.l., o i Suoi licenzianti (in particolare THEHUFFINGTONPOST Holdings LLC) IVA n. 07942470969

Parte di HPMG News

Si abbassa sempre di più l'età dei giovani che si ubriacano: il 17% delle intossicazioni che arrivano al pronto soccorso riguardano under 14. Una vera emergenza contro la quale il ministro **Lorenzin** ha presentato una nuova campagna per sensibilizzare gli adolescenti. Protagonisti Elio e le storie tese: «I danni sono irreversibili, non vi pregiudicate la vita»

Ragazzi persi nella bottiglia

L'INIZIATIVA

L'OCSE SOLLECITA I GOVERNI AD AGIRE PER COMBATTERE L'ALCOLISMO, QUINTA CAUSA DI MORTE NEL MONDO

FRANK ZAPPA, CHE TUTTI CONSIDERANO UN'ICONA DELLA TRASGRESSIONE NON BEVEVA E NON SI DROGAVA

“Elio” Stefano Belisari

Elio contro l'abuso di alcol tra i giovani e i giovanissimi. Elio e le storie tese cantano: «Bevi, bevi bevi.....». Il motivetto ti entra in testa, la musica ti carica ma la storia è tragica. Una come tante. Che lega l'eccesso di vino, birre e superalcolici ad un fine serata da dimenticare. Un incidente? Una corsa al pronto soccorso? Un cervello che funziona male? Potrebbe essere una o potrebbero essere tutte.

Gli “Elii” hanno accettato la proposta del **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** e hanno scritto una canzone antisballo, “Alcol snaturato, una serata speciale”. Niente prediche, né sermoni. Il gruppo ha scelto di parlare in modo schietto e dissacrante. «Speriamo che le loro parole - dice il ministro **Lorenzin** in collegamento video alla presentazione della campagna al liceo Kennedy di Roma - arrivino alla pancia dei ragazzi e poi anche alla testa. Quanti sanno che sono più di 775mila giovani tra gli 11 e i 17 anni che consumano regolarmente alcol in Italia? Il 17% di tutte le intossicazioni alcoliche che arrivano al pronto soccorso riguardano dei ragazzi sotto i 14 anni».

IL RAPPORTO

A definire il quadro italiano è stato anche l'Ocse, ieri, in un rapporto su consumo di alcolici e impatto su società ed economia stilato per sollecitare i governi ad agire su un problema che è la quinta causa di morte nel mondo. Così

anche in Italia è sempre più diffuso il “binge drinking”, ovvero il bere grandi quantità di alcol in breve tempo per ubriacarsi in fretta, perdere il controllo e divertirsi. E questo soprattutto tra i giovani e giovanissimi, mentre il consumo di alcol in Italia resta più basso rispetto agli altri Paesi occidentali con un calo del 40% rispetto agli anni Novanta: 6,1 litri pro capite l'anno in media ben al di sotto di Francia (12 litri) Germania (11) e Spagna (9,8).

GLI ESEMPI

Ma resta alto l'allarme per i ragazzi. Da qui l'obbligo a parlare ai più giovani con un linguaggio diverso, non solo quello dei numeri, dei digrammi e delle analisi degli esperti. «Guardate che cosa ho fatto per farvi saltare un'ora di lezione - è l'esordio di Elio tra gli applausi generali - Cercherò di non essere noioso e parto da lontano. Frank Zappa, uno dei più grandi musicisti di tutti i tempi che tutti considerano un'icona della trasgressione in realtà non consumava né alcol né droga. Lo sapevate? Il nostro obiettivo è far capire i danni che può provocare l'alcol nel vostro corpo».

«Danni irreversibili che potrebbero non farvi godere la vita futura - aggiunge Rocco Tanica, il batterista - Io sono per sopravvivere la vita, ma per tutta la vita. Non ve la pregiudicate con un errore adesso. Ho avuto un incidente stradale sotto effetto degli alcolici. Lì ho capito quanto sono stato stupido e, soprattutto quanto sono stato fortunato visto che

sono qui».

Racconta **Beatrice Lorenzin**: «Stavo visitando un pronto soccorso e mi hanno mostrato una ragazza di 16 anni bellissima, ricoverata per essere caduta da un cubo della discoteca. Era in fin di vita, il suo fegato spappolato». Da qui la campagna, la richiesta ad Elio e ai suoi (www.unaserataspeciale.it). Perché i ragazzi sotto i 25 anni sono più vulnerabili all'alcol, perché si metabolizza con maggiore difficoltà. Perché il danno al cervello potrebbe diventare irreversibile, perché un incidente può minare la spina dorsale come la testa. Tutto questo per una serata, queste sono le dosi, a base di oltre 6 bicchieri di alcol in un arco di tempo ristretto. La campagna utilizzerà internet con l'obiettivo di “viralizzare” i contributi video sui principali canali social del web. Pronto l'opuscolo “Alcol snaturato”. Obiettivo era quello di rendere poco affascinante il modello di chi abusa di sostanze alcoliche e, soprattutto, del mix con le droghe. Il brano è accompagnato da un videoclip con la regia di Gianluca «Calu» Montesano. È stato girato interamente con la spherical cam. Un messaggio: per una serata speciale con gli amici, meglio la musica che gli effetti speciali di una sbornia o una gita in ambulanza.

Carla Massi

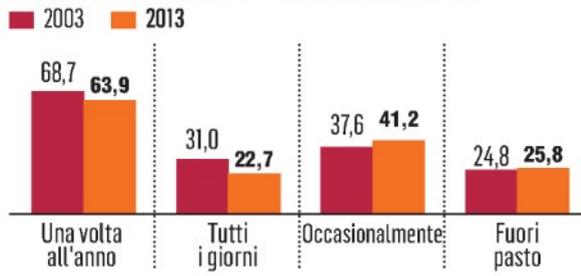
© RIPRODUZIONE RISERVATA



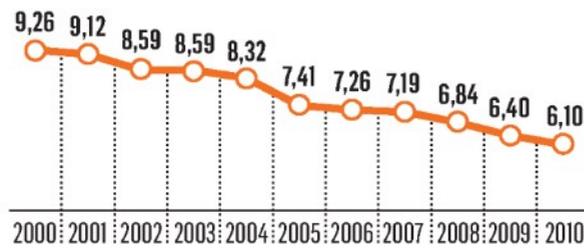
Quanto bevono gli italiani

Dati 2013 dal rapporto del **Ministero della Salute**

Persone di 11 anni e più che consumano alcolici (%)

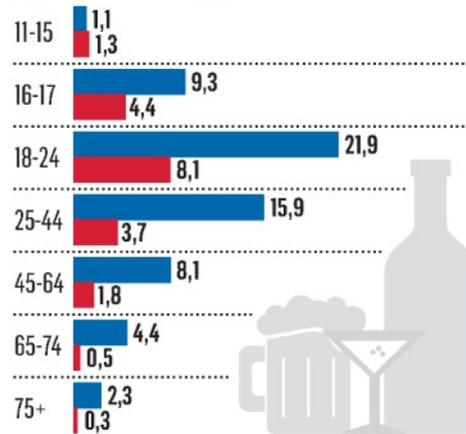


Consumo annuo pro capite di alcol puro (litri)



Consumatori binge drinking* per genere e classe di età (%)

Maschi 10,4 Femmine 2,5



*assunzione in un tempo ristretto di 6 o più bicchieri di alcolici

ANSA centimetri

Diffuso il "binge drinking": bere tanto in breve tempo



L'OPUSCOLO
 Il mini libro per spiegare i danni provocati dall'alcol
 Sotto Elio e le storie tese al Kennedy di Roma

(foto CECILIA FABIANO/AG. TOIATI)



Alcol prima causa di morte per i giovani

Allarme

**In Italia quasi
800mila gli under 17
che consumano
alcolici. Più bassa
l'età del primo drink**

Roma. Quasi 800mila giovani tra gli 11 e i 17 anni hanno consumato alcol nel 2014, e il 17% di tutti i ricoveri al pronto soccorso causati dall'alcol ha riguardato minori di 14 anni. Sono queste le cifre che hanno spinto il **ministero della Salute** a lanciare la campagna *Alcol snaturato*, con tanto di canzone scritta per l'occasione da "Elio e le Storie tese". I numeri allarmanti del bere tra i giovani, elaborati dal Centro Nazionale di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di sanità, sono stati ricordati durante la presentazione dell'iniziativa.

Nel nostro Paese l'età in cui si inizia a bere alcolici si è abbassata notevolmente: la percentuale di 15enni che ha sperimentato vino, birra o drink è aumentata dal 37% nel 2002 al 70% nel 2010. Una classifica che vede in coda la Norvegia e in testa la Repubblica Ceca. È quanto emerge da un rapporto dell'Ocse, che in generale però registra, per l'Italia, i livelli di consumo di alcol tra i più bassi dell'area Ocse, con una diminuzione costante negli ultimi 30 anni. In particolare, ogni italiano in media ha consumato 6,1 litri di alcol nel 2010, rispetto alla media Ocse pari a circa 9 litri.

L'alcol alla guida, infine, rappresenta la prima causa di disabilità, morbosità e mortalità prematura diretta o indiretta per tutti i giovani fino a 24 anni di età in Italia, Europa e nel mondo.



«Il primo bicchiere già a 11 anni» L'alcol è il killer degli adolescenti

Sos del governo, Elio e le Storie tese per la campagna anti sballo

VITTIME SUL CAMPO

**L'eccesso di bevute
prima causa di morte
tra i giovani under 24**

Bruno Ruggiero
■ ROMA

«**ALCOL** snaturato», una campagna di sensibilizzazione che punta a far riflettere i giovani all'insegna del principio 'se lo conosci, lo eviti'. La scommessa è del **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, collegata in videoconferenza ieri mattina con gli studenti del liceo romano Kennedy. E aiutata, in questo tentativo di evitare il bilancio fallimentare delle tradizionali iniziative proibizioniste, dalla band rock-demenziale di Elio e le Storie tese, che per questa campagna ha inciso una canzone dal titolo *Una serata speciale*.

«Frank Zappa, uno dei più grandi musicisti di tutti i tempi, che tutti considerano un'icona della trasgressione, in realtà non consumava né alcol né droghe: il nostro obiettivo è far capire i danni che può provocare l'alcol», ha esordito Elio. E che non si tratti tanto di

non alzare il gomito, ma di una vera e propria emergenza, lo dicono le cifre presentate nell'occasione dall'Istituto superiore di Sanità.

SI CALCOLA, infatti, che siano oltre 775mila i giovani fra gli 11 e i 17 anni (quindi al di sotto dell'età legale) che consumano alcol in Italia, con il 17% di tutte le intossicazioni alcoliche censite dalla rete del Pronto soccorso che riguarda ragazzi e ragazze «under 14». Mentre l'alcol al volante, ha ricordato il ricercatore Emanuele Scafato dell'Osservatorio nazionale dello stesso Iss, rappresenta la prima causa di disabilità, malattia cronica e mortalità prematura («diretta o indiretta») per i giovani fino a 24 anni d'età: una statistica terrificante che accomuna il Bel Paese all'Europa e in generale alle nazioni più industrializzate. Tra i maschi prevale il consumo di birra, mentre le ragazze preferiscono gli aperitivi alcolici. E oscilla fra l'8 e il 10%, tra i minorenni, l'incidenza di un comportamento a rischio come il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti.

Un fenomeno su cui accende i ri-

flettori anche la Coldiretti, con un'analisi presentata in contemporanea con il lancio della campagna «Alcol snaturato». Se negli anni della grande crisi, dal 2008 al 2014, le aziende del settore valutano che 1,7 milioni di consumatori italiani abbiano rinunciato all'alcol, d'altra parte avvertono che ha preso piede tra i giovani della fascia d'età 18-24 (nella misura del 14,5%) il cosiddetto «binge drinking», cioè la tendenza al mix di aperitivi, amari e superalcolici in un lasso di tempo relativamente breve.

L'iniziativa lanciata al Kennedy, ha spiegato il ministro **Lorenzin**, nasce da un'esperienza personale. «Stavo visitando un Pronto Soccorso e mi hanno mostrato una ragazza di 16 anni caduta da un cubo in discoteca - ha raccontato -. Era in fin di vita, ma non per l'incidente, perché aveva il fegato spappolato dall'alcol».

E IL BASSISTA di Elio e le Storie tese ha confessato agli studenti un certo 'spiazzamento'. «Per la campagna ho letto dati che non conoscevo. Io ho un figlio di 13 anni e non pensavo che ci fossero ragazzi ancora più piccoli che finiscono all'ospedale per l'alcol».



I numeri

Attrazione drink

Sono 775mila i giovani tra gli 11 e i 17 anni che consumano alcol

I ragazzini

Il 17% delle intossicazioni dovute all'abuso di alcol che sono state censite dalla rete del Pronto Soccorso riguarda ragazzi e ragazze che hanno meno di 14 anni. Ai maschi piace più la birra, le ragazze preferiscono gli aperitivi

Al volante

La guida in stato di ebbrezza è la prima causa di disabilità, malattia cronica e mortalità prematura (diretta o indiretta) per i giovani fino a 24 anni di età. L'8-10% dei minorenni evidenzia un comportamento ritenuto a rischio

Birra e vino, la classifica Ocse «Estonia prima per consumo»

Secondo uno studio Ocse condotto nei 34 Paesi più ricchi, il consumo di alcol è di 10,6 litri a persona all'anno. L'Estonia guida la classifica con 12,3

