

La Pa cambia pelle
È subito scontro

A PAG. 19

I sindacati del Ssn pronti allo scontro se non saranno riconosciute le peculiarità e le necessità del settore

Riforma Pa: medici alle barricate

La prima richiesta è di un'area separata per la sanità - Di contratti si parla con la legge di stabilità

Pubblica amministrazione alla vigilia di una rivoluzione epocale. Sblocco del turnover, prepensionamenti, part-time, stop al trattenimento in servizio, dimezzamento dei distacchi e permessi sindacali, mobilità obbligatoria (ma entro certi limiti). Un mondo che cambia. E in ogni area del pubblico impiego si cerca di capire il livello di coinvolgimento che ci sarà. Quella medica e del Ssn in testa, che chiede a gran voce e ormai da anni di avere uno spazio a sé, viste le sue peculiarità, in qualche modo riconosciute anche dal Governo nel momento in cui l'ha esclusa - con la scuola - dal discorso della dirigenza unica della Pubblica amministrazione.

Obiettivo della riforma è riorganizzare. E risparmiare, almeno l'1% l'anno rispetto alla spesa 2013. Ma, si chiedono i sindacati medici, i risparmi saranno utilizzati per nuove assunzioni in sanità?

Così le confederazioni che rappresentano la dirigenza del Ssn, alla vigilia del varo della riforma hanno incontrato il ministro della Semplicazione e Pubblica amministrazione **Marianna Madia**. Per capire di più il loro coinvolgimento e mettere ufficialmente sul tavolo dell'Esecutivo le loro richieste. Un incontro però dal quale sono usciti «concertati» come hanno dichiarato a caldo i medici, per la «vaghezza» dei contenuti illustrati, ma soprattutto della comprensione di

quanto e come la riforma li coinvolgerà in prima persona. Un punto il ministro l'ha chiarito: è vero che si riparla di contratti a partire dal 2015 (anche dal punto di vista economico) ma perché il discorso abbia un senso compiuto sarà necessario attendere la legge di stabilità 2015: le risorse - se ci saranno - compariranno in quell'occasione e solo lì si capirà su che strada ci si potrà muovere a partire dal prossimo gennaio.

Intanto i medici restano appesi a un filo: «Il ministro ha sconfessato le indiscrezioni (positive e negative) e i testi pre-Cdm (al momento di andare in stampa con questo numero de Il Sole-24 Ore Sanità il Consiglio dei ministri che ha varato la riforma non si è ancora svolto) - ha spiegato 24 ore prima del varo della riforma **Giorgio Cavallero** della Cosmed - ma non ha nemmeno fissato una data per un successivo incontro e non ci è stato detto in che termini la riforma coinvolgerà la sanità. Non si sa se e come ci sarà lo sblocco contrattuale, non sono state definite le aree. Qui non solo non c'è un tavolo ma nemmeno le sedie».

Quelli che sono invece chiari sono i paletti fissati dalla Cosmed (e che comunque potranno essere presi semmai in considerazione al momento della discussione parlamentare della riforma): rinnovo dei contratti, rispetto delle speci-

ficità, coinvolgimento degli operatori e delle loro organizzazioni sindacali. La Confederazione sindacale medici e dirigenti Ssn ha ricordato la necessità di riaprire la contrattazione con un provvedimento urgente che consenta di definire le aree contrattuali ripristinando un'area della dirigenza sanitaria, e ha definito «indispensabile» il finanziamento dei rinnovi contrattuali. «Nessuna riforma è possibile - sottolinea una nota - senza ripresa della contrattazione e il rinnovo contrattuale è l'unica sede dove possono essere affrontate questioni come la mobilità. Occorre evitare provvedimenti che non riconoscano le evidenti peculiarità del Ssn con funzioni, contratti e datori di lavoro (Regioni) non riconducibili allo Stato centrale».

La Cosmed ribadisce l'assoluta urgenza di riconvertire i risparmi della spending review e tutti i risparmi derivati da altri provvedimenti in risorse per la stabilizzazione dei precari e nuove assunzioni.

«Sui permessi sindacali - sottolinea - occorre evitare tagli lineari che penalizzano quelle categorie come la dirigenza che storicamente utilizzano già meno permessi e distacchi, razionalizzando l'intera materia».

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alcuni aspetti della riforma nel testo di ingresso al Cdm

- **Mobilità obbligatoria.** I dipendenti pubblici potranno essere messi in mobilità obbligatoria tra un ufficio e l'altro entro una distanza predefinita
- **Permessi dimezzati.** Dal 1° agosto 2014 saranno ridotti del 50% distacchi, aspettative e permessi sindacali
- **Part time.** Previsto l'incentivo al part time al 50% per i dipendenti che si trovano a cinque anni dai requisiti di pensionamento. Ferma restando la corresponsione della contribuzione in misura piena
- **Stop al trattenimento in servizio.** Cancellato l'istituto del «trattenimento in servizio» che permette di rimanere al lavoro oltre l'età di pensionamento. I prolungamenti attuali termineranno entro il 31 ottobre 2014
- **Sblocco del turnover.** Nel 2014 si potrà assumere fino a una spesa del 20% di quella del personale uscito, la percentuale sale ogni anno fino al 100% nel 2018
- **Limiti agli incarichi nelle authority.** I membri delle authority che abbiano terminato l'incarico non possono essere nominati in altra authority per un periodo pari al precedente incarico
- **Scuola di formazione unica.** Le attuali 5 scuole di formazione per dirigenti pubblici sono unificate nella «Scuola nazionale dell'Amministrazione»
- **Anticorruzione.** In vista dei nuovi poteri dell'Anac è trasferita alla Funzione pubblica la valutazione della performance



SPECIALIZZANDI

*Medicina,
c'è posto
per 5 mila*

Aumenta il numero di borse di specializzazione per medicina che passa così da 3.300 a 5 mila. La comunicazione arriva direttamente dal Ministero dell'istruzione che fa sapere di aver appena firmato un decreto ad hoc che potrà garantire a un numero maggiori di laureati in medicina di completare il loro percorso. «Con questo provvedimento», ha sottolineato il ministro dell'istruzione e università Stefania Giannini, «si inverte la rotta e si concretizza un lavoro fatto nell'esclusivo interesse dei giovani medici». Il provvedimento dovrebbe comportare una spesa vicina ai 50 milioni di euro nei prossimi due anni (circa 6 milioni di euro per l'anno 2014 e 42 milioni per il 2015). La nota emanata dal Miur, inoltre, prevede anche che la revisione della durata delle scuole di specializzazione entrerà in vigore a partire dal prossimo anno accademico.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



quotidiano**sanità**.it

Lunedì 16 GIUGNO 2014

Patto Salute. Si chiude in settimana. Lorenzin: "Sta andando bene"

Il ministro ha consegnato oggi agli assessori regionali alla Salute la bozza definitiva del Patto (si parla di un documento di una trentina di articoli) che contiene un numero d'interventi corposo. Secondo quanto riportato dall'Ansa, si ipotizza un tavolo a parte per discutere del sistema di compartecipazione alla spesa.

Si stringono i tempi per il Patto della Salute che dovrebbe chiudersi in settimana. Ha preso il via oggi al ministero della Salute la serie di incontri tra il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** e le Regioni. Come riporta l'Ansa la stessa Lorenzin, a margine dell'incontro odierno, avrebbe commentato: "Sta andando bene".

Il confronto di oggi è stato solo preliminare. "Un preludio di quella che si prospetta un'intensa settimana di riunioni dove si entrerà nel vivo della trattativa - spiega l'Ansa -. Il ministro ha consegnato oggi agli assessori regionali alla Salute la bozza definitiva del Patto (si parla di un documento di una trentina di articoli) che contiene un numero d'interventi corposo: dalla riorganizzazione degli ospedali pubblici e delle cliniche private al potenziamento dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), passando per le novità sull'assistenza territoriale e i piani di rientro".

Un tavolo a parte, invece, ma l'ipotesi non pare non essere confermata, dovrebbe essere dedicato alla ridefinizione del sistema di compartecipazione alla spesa, ovvero i ticket. In particolare, per quanto riguarda il ticket, il ministro Lorenzin ha di recente sottolineato come "il Patto per la Salute sta lavorando proprio sull'esenzione da una parte, mentre dall'altra dobbiamo cercare di recuperare laddove ci sono persone che sono esenti per reddito ma in realtà non ne avrebbero diritto".

A proposito dell'incontro di oggi, invece, "stiamo esaminando articolo per articolo, pezzo per pezzo, aggiungendo e togliendo", ha raccontato telefonicamente all'Ansa l'assessore alla Sanità della Regione Toscana, Luigi Marroni. "L'ultima elaborazione del Patto - ha aggiunto all'Ansa - è frutto di un lavoro congiunto del ministero e delle Regioni che proseguirà per i prossimi giorni". Mercoledì è prevista una riunione della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni mentre giovedì le linee del nuovo Patto della Salute saranno all'attenzione dei governatori nel corso della seduta della Conferenza delle Regioni.

Le novità del 'pacchetto salute': semplificate ricette malati cronici

Con il decreto legge ed il disegno di legge delega approvati ieri dal Consiglio dei ministri, cambiano alcuni importanti settori della sanità. Passano i criteri meritocratici per la nomina dei primari. Niente assicurazione per i medici del Ssn

di VALERIA PINI



FIRENZE - Più semplici le ricette per malati cronici, niente obbligo di assicurazione per i medici del Servizio sanitario nazionale e criteri meritocratici per nominare i direttori delle Asl. Sono queste alcune delle novità in materia di sanità. Con il decreto legge ed il disegno di legge delega, approvati ieri dal Consiglio dei ministri, sono stati toccati alcuni importanti comparti della salute pubblica che coinvolgono medici, operatori sanitari e cittadini. Fra i provvedimenti c'è anche la semplificazione delle procedure per le autorizzazioni necessarie per l'apertura di nuove strutture sanitarie e la selezione unica nazionale per la nomina dei direttori generali. Ecco cosa cambia con questi provvedimenti.

Ricetta medica. Ci sono novità per i malati cronici, cioè per più di 14 milioni di persone che rappresentano il 24% degli assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale. Si allungano i tempi di validità delle ricette per questa categoria di pazienti, validità che passa dai 60 giorni attuali a 180 giorni. Niente più file dal medico di famiglia, perché il malato potrà andare per le ricette solo una volta ogni 6 mesi e potranno essere prescritte 6 scatole per ogni ricetta (salvo naturalmente indicazioni diverse del medico curante).

Assicurazione per i medici del Ssn. L'obbligo di assicurazione che scatterà il prossimo 14 agosto non si applica ai medici dipendenti pubblici del Ssn. Sono state introdotte misure per istituire un fondo che supporterà i professionisti sanitari nel pagamento dei premi assicurati, in particolare nei casi in cui i premi siano di ammontare elevato a causa del notevole livello di rischio dell'attività svolta dal professionista.

Selezione pubblica per i direttori generali. Con Ddl delega è stata introdotta una selezione unica nazionale per i direttori generali. Potranno essere nominati soltanto coloro che, all'esito di una selezione pubblica nazionale, saranno iscritti in un elenco tenuto dal ministero della Salute e aggiornato con cadenza biennale. I direttori dovranno possedere titoli professionali specifici, avere frequentato uno specifico corso universitario di formazione in gestione sanitaria.

Gli obiettivi. I direttori nominati dovranno inoltre garantire obiettivi di gestione, i livelli essenziali di assistenza, l'equilibrio di bilancio e i risultati del programma nazionale valutazione esiti. Inoltre sono stati inseriti criteri meritocratici per le carriere di direttori generali delle Asl, primari ospedalieri e direttori sanitari delle stesse Asl. Il direttore generale potrà essere dichiarato decaduto dall'incarico se non raggiungerà gli obiettivi o commetterà gravi violazioni di legge o regolamento, o non seguirà i principi di buon andamento e imparzialità. Il direttore generale dichiarato decaduto verrà cancellato dall'elenco e non potrà più essere nominato. E' inoltre prevista anche l'istituzione, su base regionale, degli elenchi dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari.

La cura delle polemiche

Il governo ha pronto il decreto per (ri)bloccare Stamina

ROMA

■ ■ ■ Un intervento del governo per tentare di sciogliere il nodo Stamina. Sarebbe infatti pronta una bozza di decreto per sospendere le infusioni Stamina agli Spedali Civili di Brescia, da presentare in Consiglio dei ministri. Il testo potrebbe essere discusso in una delle prossime riunioni dell'esecutivo, sicuramente entro fine giugno. Si lavora perciò per la sospensione dei trattamenti, ripresi a Brescia a suon di ordinanze giudiziarie. Ma la bozza del decreto, prima di andare in porto, dovrà essere condivisa con tutta la compagine governativa. E sono in corso valutazioni sulla fattibilità del

provvedimento, sui tempi e sui contenuti.

Ripetuti appelli sono stati lanciati al ministro della Salute Beatrice Lorenzin per un intervento che tolga dall'impasse l'azienda ospedaliera bresciana, che si trova da una parte pressata dalle numerose inchieste contro il metodo proposto da Davide Vannoni e le altrettante numerose ordinanze di giudici che impongono le infusioni.

Intanto è scoppiato un nuovo caso nel caso, quello del piccolo Federico Mezzina, bimbo di 3 anni e mezzo con il morbo di Krabbe, arrivato ormai all'ottava infusione. L'ordinanza che ha imposto la ripresa del trattamento ha chiamato in causa il vice presidente di Stamina

Foundation, Marino Andolina, nelle vesti di ausiliario del giudice. E il medico triestino ha deciso di somministrare lui stesso l'infusione a Brescia. La mamma di Federico e l'ordine degli avvocati di Pesaro hanno definito la trasmissione degli atti alla prima commissione e alla procura generale della Cassazione, per l'apertura di un eventuale provvedimento disciplinare nei confronti del presidente del Tribunale Mario Perfetti e dei giudici a latere, «un'intimidazione». «Mio figlio sta meglio», ha detto la madre di Federico, annunciando che insieme ad altri familiari di pazienti in cura con il metodo Stamina presenterà una petizione popolare «in difesa dell'indipendenza della magistratura».

C.M.A.



Davide Vannoni,
*l'ideatore del
controverso metodo
Stamina* [Ansa]



Ricerca
Le cavie salvate dal computer stretta sulla sperimentazione

Arcovio a pag. 23

Ulteriore stretta della sperimentazione farmacologica sugli animali da laboratorio grazie all'aumento dei metodi "in silico", ovvero virtuali: solo la ricerca dell'istituto "Mario Negri" ha ridotto di quasi dieci volte i test "in vivo" Ma Silvio Garattini, direttore dell'Irccs di Milano, avverte: «Per la sicurezza delle nuove terapie sono indispensabili»

Le cavie salvate dai computer

IL CASO

Lo scienziato non è un mostro che gode nel far soffrire gli animali. Anzi, per moltissimi di loro sarebbe un sogno poter fare a meno delle cavie, magari sostituendole con freddi e inanimati computer. Prova ne sono i numerosi studi che hanno come obiettivo la creazione di metodi alternativi che, anche se non in grado di annullare la necessità della sperimentazione animale, in futuro potrebbero ridurla. A fare il punto, centinaia di ricercatori da tutto il mondo nel convegno «Qsar 2014», fino a venerdì presso all'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano. Sotto la lente i metodi complementari cosiddetti «in silico», cioè al computer. «Siamo determinati a sostenere lo sviluppo di questo ambito di ricerca, al fine di ridurre ulteriormente il numero di animali nei progetti di ricerca», spiega Silvio Garattini, direttore dell'Irccs di ricerche farmacologiche di Milano. Ulteriormente perché la volontà di ridurre al minimo l'utilizzo degli animali è uno principio guida a cui si ispirano i ricercatori in laboratorio e che, specialmente negli ultimi anni, ha permesso di tagliare l'impiego di animali per «scopi scientifici». Solo la ricerca targata «Mario Negri» ha ridotto di quasi dieci volte l'utilizzo di cavie animali, passando dalle oltre 120mila di qualche decennio fa alle 15mila di oggi.

IL CAMBIO DI PASSO

La volontà di limitare l'utilizzo di animali in laboratorio è evidente

anche dai dati dell'ultimo rapporto della Commissione europea sulle statistiche della sperimentazione animale, secondo cui nel 2011 sono stati impiegati nella sperimentazione mezzo milione in meno di animali rispetto al 2008. In particolare, in Europa siamo passati dai 12 milioni di animali impiegati nei laboratori di industrie, università e centri di ricerca nel 2008 agli 11,5 milioni del 2011. Certamente siamo ancora di fronte a cifre alte, ma che evidenziano la tendenza degli scienziati a limitare l'utilizzo di animali come cavie. Anche nel nostro Paese, secondo i dati europei più aggiornati, si è registrato un calo significativo: dai poco più di 864mila animali nel 2008 a poco meno di 782mila nel 2011. «I numeri scendono perché grazie alla ricerca si è riusciti ad affinare i metodi di lavoro» spiega Roberto Caminiti, professore di fisiologia all'Università Sapienza di Roma e presidente del comitato per l'uso degli animali della Federazione delle società europee di neuroscienze.

Oggi, ad esempio, molti test in vivo, cioè che richiedono l'utilizzo di animali vivi, possono essere sostituiti da analisi in vitro, cioè in provetta. Poi ci sono i test «in silico», quelli virtuali, che consentono di elaborare una mole di dati in pochissimo tempo e fornire indicazioni sulle proprietà desiderate o indesiderate dei composti, come reazioni allergiche, mutagenesi, cancerogenesi, tossicità per l'apparato riproduttivo, tossicità ambientale, biodegradabilità. Per l'industria farmaceutica significa un enorme risparmio di tempo e denaro.

LA LEGGE

Tuttavia «al momento non esistono metodi alternativi, al computer o con le cellule, nella ricerca di nuove terapie - precisa Garattini - capaci di dare le risposte di efficacia e di sicurezza che il modello animale, pur nei suoi limiti, è in grado di assicurare». La pensa così anche Caminiti. «Se ci fosse un modo per evitare la sperimentazione sugli animali, sarei il primo a esserne contento», continua. «Però sappiamo che non è così e non sarà così per molto tempo. La sperimentazione sugli animali di un farmaco - aggiunge - è imposta dalla legge prima che possa essere usato dagli uomini. L'alternativa sarebbe quella di dare un farmaco di cui non si conoscono bene gli effetti direttamente alle persone malate». Del resto grazie agli animali abbiamo a disposizione terapie contro moltissime patologie. Ad esempio, grazie ai primati non umani è stato possibile debellare la poliomielite, sviluppare la dialisi, mettere a punto farmaci anti-asmatici e terapie antiretrovirali contro l'Hiv, testare la stimolazione cerebrale profonda per il Parkinson, ecc. «Oggi più che mai sono ancora insostituibili per le ricerche sul vaccino contro la malaria, l'epatite C, l'Hiv, e non di meno per cercare di trovare un modo per combattere l'antibiotico-resistenza», conclude Caminiti.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«LAVORO AFFINATO CON LA TECNOLOGIA CHE ELABORA DATI IN POCO TEMPO»

Roberto Caminiti

Fisiologo - La Sapienza



Nomine e meritocrazia. Per essere nominato direttore amministrativo o direttore sanitario occorrerà superare una selezione pubblica per titoli e colloquio, contrariamente a quanto avviene attualmente con la nomina di queste figure di vertice in modo strettamente fiduciario e prescindendo da qualsiasi selezione. Gli idonei verranno iscritti nell'elenco pubblico tenuto dalla Regione. Le commissioni di concorso saranno composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche. Coloro che non raggiungeranno gli obiettivi verranno cancellati dall'elenco e non potranno essere rinominati.

Strutture sanitarie. Sono state infine semplificate le procedure per il rilascio delle autorizzazioni necessarie per l'apertura di strutture sanitarie, eliminando il parere regionale relativo alla verifica di compatibilità con il fabbisogno sanitario.

Lorenzin: "Decisivo recupero turn over demografico". Secondo il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, la mancanza di una politica sanitaria porta ad una "dispersione di energie, di risorse economiche e di confusione". E questo, ha aggiunto, crea una gestione complicata: "Dobbiamo fare pulizia", ha detto parlando anche della necessità di "un recupero del turn over demografico" per il rilancio del Paese: "Non è solo una questione di demografia, ma di realizzare un recupero della cultura della natalità che sta mancando da tre generazioni". Il ministro ha detto che l'invecchiamento della popolazione è tale anche da far "abbassare i consumi e quindi anche il Pil" su cui si tara anche il bilancio statale e di riflesso quanto destinato alla sanità e al welfare. "E' inutile invocare investimenti industriali in Italia se poi la popolazione è vecchia e non è più in grado di sostenere i consumi", ha concluso Lorenzin

http://www.repubblica.it/salute/2014/06/14/news/le_novit_del_pacchetto_salute_semplificate_ricette_malati_cronici-88951485/



Medicina: lo studio, sport mirato e dieta ritardano per anni diabete tipo 2

A confermare l'efficacia di un piano di attività fisica regolare, ma anche di un regime farmacologico a base di metformina, sono gli ultimi risultati di uno studio 'storico' dei National Institutes of Health americani, il Diabetes Prevention Program Outcome Study

(AdnKronos) - Con un programma mirato di attività fisica e di alimentazione ad hoc è possibile ritardare per molti anni lo sviluppo di diabete di tipo 2 in persone ad alto rischio. A confermare l'efficacia di un piano di attività fisica regolare, ma anche di un regime farmacologico a base di metformina, sono gli ultimi risultati di uno studio 'storico' dei National Institutes of Health americani, il Diabetes Prevention Program Outcome Study, presentati all'Ada 2014 di San Francisco. Lo studio aveva in un primo tempo dimostrato che due interventi - uno sullo stile di vita, per aumentare l'attività fisica e favorire la perdita di peso, e l'altro farmacologico a base di metformina - riducevano il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 in persone a rischio, in un caso del 58% e nell'altro del 31% rispetto a un gruppo di persone cui era stato somministrato un placebo. Ora, 15 anni dopo l'avvio dello studio, l'efficacia delle due strategie è stata confermata: i soggetti con prediabete trattati con i due programmi mirati presentano ancora tassi di diabete ridotti rispetto a quelli assegnati al placebo. Con un -27% per il programma di attività fisica e un -17% per quello con il farmaco. "Abbiamo scoperto che possiamo prevenire o ritardare lo sviluppo di questa malattia cronica con un intervento mirato sullo stile di vita, o con una strategia a base di metformina, per un lungo periodo di tempo", sintetizza David Nathan, docente di medicina dell'Harvard Medical School. "Non solo. Per i pazienti che non si sono ammalati di diabete, si è ridotto anche il rischio di complicanze microvascolari. Questo studio - sottolinea l'esperto - evidenzia come intervenire nella fase del prediabete sia davvero fondamentale per ridurre le complicanze e per tenere lontana a lungo la malattia di tipo 2".

VIRUS MERS : OMS, NUOVA RIUNIONE COMITATO EMERGENZA

(ANSA) - GINEVRA, 16 GIU - Il Comitato d'emergenza dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sul virus Mers-CoV si riunisce oggi a Ginevra per fare il punto della situazione. Il Comitato - ha annunciato l'Oms - dovrebbe pubblicare le sue conclusioni domani. Si tratta della sesta riunione del Comitato d'emergenza sul virus Mers-CoV (Sindrome respiratoria mediorientale da coronavirus). Al termine dell'ultimo incontro, lo scorso 14 maggio, gli esperti del Comitato avevano deciso che le condizioni non erano tali da dichiarare la situazione un'emergenza sanitaria internazionale. Dalle informazioni sui primi casi di persone colpite dal nuovo virus, in Arabia Saudita nel 2012, un totale di 701 casi di infezione da Mers-CoV confermati in laboratorio, di cui almeno 249 letali, sono stati ufficialmente segnalati all'Oms. La maggioranza in Arabia Saudita ed altri paesi della regione. Il Mers-CoV e' un nuovo ceppo di coronavirus, grande famiglia di virus che possono causare malattie che vanno dal comune raffreddore alla sindrome respiratoria acuta grave. (ANSA)

I maschi ingrassano? Colpa degli ormoni femminili

A provocare l'obesità negli uomini, i colpevoli sarebbero gli ormoni sessuali femminili nascosti nei cibi. Spiegato dunque il perché i maschi rischiano di più il sovrappeso? Forse sì



Maschi panciuti, con un girovita da mappamondo e obesi. La colpa non sarebbe del troppo cibo, ma di quello che vi è contenuto: in questo caso, **nientemeno che gli ormoni sessuali femminili**.

Dietro all'epidemia di obesità nel mondo occidentale vi sarebbe dunque un colpevole che si chiama "estrogeno". Ecco quanto asserito dai ricercatori australiani dell'Università di Adelaide.

James Grantham, insieme ai colleghi dell'UA, ha condotto una ricerca confrontando i tassi di obesità tra gli uomini e le donne di tutto il mondo con misure come il Prodotto Interno Lordo (*Gross Domestic Product*, in inglese) per determinare l'impatto del benessere di una nazione e i suoi cittadini sull'obesità.

Secondo Grantham, in Paesi del mondo occidentale come gli Stati Uniti, l'Europa e l'Australia, **i tassi di obesità tra uomini e donne erano molto simili**, e in alcune nazioni occidentali l'obesità maschile era maggiore dell'obesità femminile. Al contrario, nei Paesi sottosviluppati o in via di sviluppo, la tendenza è inversa, ossia sono più le femmine a essere obese rispetto ai maschi.

Il professor Henneberg, coautore dello studio, ha sottolineato come sia importante comprendere questa differenza nei tassi d'incidenza dell'obesità tra il mondo occidentale e le nazioni sottosviluppate. Questo è presumibilmente dovuto proprio a tipo di dieta seguita nelle due diverse situazioni.

L'esposizione agli estrogeni, spiega ancora Henneberg, è stata **riconosciuta causare un aumento di peso**, principalmente attraverso l'inibizione della tiroide e la modulazione dell'ipotalamo – un meccanismo, per esempio, mediante il quale si possono accumulare sufficienti riserve di grasso per sostenere una gravidanza. Tutto questo è, tra gli altri, promosso da prodotti di soia che contengono xenoestrogeni. I ricercatori si dicono preoccupati che in società con alta saturazione alimentare di soia, come per esempio gli Stati Uniti, questo potrebbe star lavorando per "femminilizzare" i maschi. Una bella prospettiva, in sostanza.

Lo studio è stato pubblicato sulla versione online della rivista *PLoS One*.



AGI Solution

17-06-2014

UOMINI E DONNE RISPONDONO DIVERSAMENTE A CAFFEINA

(AGI) - Washington, 16 giu. - Dopo la pubertà, la caffeina agisce su uomini e donne in modo differente. A dirlo un nuovo studio condotto da Jennifer Temple e colleghi della University at Buffalo School of Public Health and Health Professions, pubblicato sulla rivista Pediatrics. Gli scienziati hanno scoperto che, dopo la pubertà, ragazzi e ragazze vivono differenti variazioni della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa in seguito al consumo di caffeina. Le ragazze, inoltre, sperimentano un effetto particolare della caffeina durante il ciclo mestruale. Studi precedenti avevano mostrato che la caffeina aumenta la pressione sanguigna e diminuisce la frequenza cardiaca in adulti, bambini e ragazzi, tra cui anche ragazzi e ragazze pre-adolescenti. I ricercatori si sono allora chiesti se le differenze di genere nella risposta cardiovascolare alla caffeina emergessero dopo la pubertà. I ragazzi hanno una maggiore risposta alla caffeina, dopo la pubertà e, inoltre, le ragazze hanno una diminuzione della frequenza cardiaca, dopo assunzione di caffeina, durante la fase media-luteale del ciclo mestruale, e un maggiore aumento della pressione sanguigna durante la fase media-follicolare.

<http://scm.agi.it/index.phtml>

Così la demografia certifica la sofferenza

L'ITALIA VISTA DALL'ISTAT

Gli italiani emigrano, meno immigrati arrivano. Pochi italiani nascono e anche le nascite degli stranieri in Italia rallentano. La fotografia demografica 2013 mostrata dall'Istat ritrae un paese sofferente, molto sofferente negli ultimi anni. Il movimento naturale della popolazione, quello dato dalla differenza tra nati e morti, ha fatto registrare un saldo negativo di circa 86 mila unità, un picco negativo mai raggiunto prima. Angela Silvestrini, esperta dell'Istat, ha spiegato a **Radio 24** che «le inversioni di tendenza sono da attribuire alla crisi, in parte la popolazione invecchia, in parte le contrazioni si spiegano con una crisi che negli ultimi anni ha colpito soprattutto i giovani: meno matrimoni, meno nascite, meno trasferimenti interni e meno stranieri si scrivono all'anagrafe». La demografia è allo stesso tempo causa ed effetto del mancato sviluppo, spia di un **welfare** che non favorisce le famiglie, sintomo di un paese che nella crisi ha perso la speranza. Bisogna tornare a crescere (e a nascere).



Tumori. Dal congresso degli oncologi americani le novità sugli ultimi farmaci in sperimentazione. Ma le autorità sanitarie Usa lanciano l'allarme: "I costi crescono, stanno diventando insostenibili"

Guerra al cancro "strappati" mesi di sopravvivenza

DAL NOSTRO INVIATO
ARNALDO D'AMICO

CHICAGO

Si è chiuso ai primi di questo mese il 50esimo congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco), il più importante evento del settore, che anche quest'anno ha riunito a Chicago più di 25 mila medici e ricercatori da tutto il mondo. Due i temi rilevanti che da alcuni anni continuano a dominare il congresso ma con qualche novità. Le sopravvivenze che si ottengono, nonostante gli anni di ricerca e messa a punto dei farmaci, sono ancora dell'ordine dei mesi. Ma si comincia a superare l'anno e i malati già pieni di metastasi e ormai insensibili alle cure. Il secondo tema è quello dei costi, altissimi, soprattutto se correlati ai benefici apportati. E, per la prima volta quest'anno sono scesi in campo i vertici della Sanità Usa (vedi anche Repubblica.it/salute) con dichiarazioni che hanno subito fatto il giro del mondo sui media. «Il reddito

"Una medicina spazza via il reddito annuo medio di una famiglia americana"

medio di una famiglia americana è di 52 mila dollari l'anno. Basta un solo farmaco anticancro per spazzarlo via», così l'"architetto" della riforma sanitaria di Obama, Ezekiel Emanuel, ha esordito al forum sui costi delle cure. Gli ha fatto eco lo "zar" dei farmaci anticancro, quello che autorizza la loro messa in commercio negli Stati Uniti (influenzando inevitabilmente il resto del mondo) «Non possiamo andare avanti così, con i prezzi che continuano a salire», ha detto Richard Pazdur, della Food and Drug Administration (Fda), «Questa non è una presa di posizione della Fda che deve valutare solo se i farmaci sono efficaci e sicuri. È solo la realtà della situazione». La soluzione, secondo Pazdur, potrà venire da una discussione che coinvolga tutti gli interessati: produttori, assicurazioni, pazienti, medici, legislatori.

Ed ecco i risultati di alcune delle sperimentazioni sui malati, colpiti dalle forme più frequenti di cancro spesso con metastasi. Il guadagno in sopravvivenza

rispetto alla terapia in uso è dell'ordine dei mesi. Viene specificato il numero di mesi solo se supera l'anno. I farmaci sono tutti i cosiddetti "intelligenti" indirizzati contro una componente della cellula cancerosa o delle strutture che usa per svilupparsi.

CERVELLO: aumentata la sopravvivenza del glioblastoma non operabile da ABT-414, un anti-recettore del fattore di crescita epidermico, in combinazione con temozolomide. Miglioramenti ottenuti con ceritinib per la prima volta contro le metastasi che provengono dal polmone.

POLMONE: è sempre l'organo più colpito, nel mondo 3.000 morti al giorno, 1.180.000 l'anno. La forma "non a piccole cellule" fa l'85% dei casi. Nei casi con mutazioni del recettore del fattore di crescita epidermico, Egfr4, bevacizumab e erlotinib hanno dato una sopravvivenza senza progressione di malattia di 16 mesi contro i 9,7 mesi ottenuti con un solo farmaco. L'aspettativa di vita con la sola chemioterapia è di soli 4-5 mesi. Il necitumumab con chemioterapia ha aumentato al sopravvivenza della forma "squamosa", sinora difficile da aggredire. Grazie al più ampio studio di fase 3 mai condotto per questa malattia e che ha dimostrato il miglioramento della sopravvivenza nei pazienti per effetto di una nuova molecola (Necitumumab) associata alla chemio: si prevede la richiesta di registrazione alle autorità regolatorie prima della fine del 2014. Fanno ben sperare anche i risultati del ramucirumab e dell'afatinib contro il recettore del fattore di crescita epidermico (Egfr) che ha prolungato la sopravvivenza di oltre 12 mesi. Il mesotelioma, il tumore causato dall'amianto, ha subito il primo arretramento col tremelimumab.

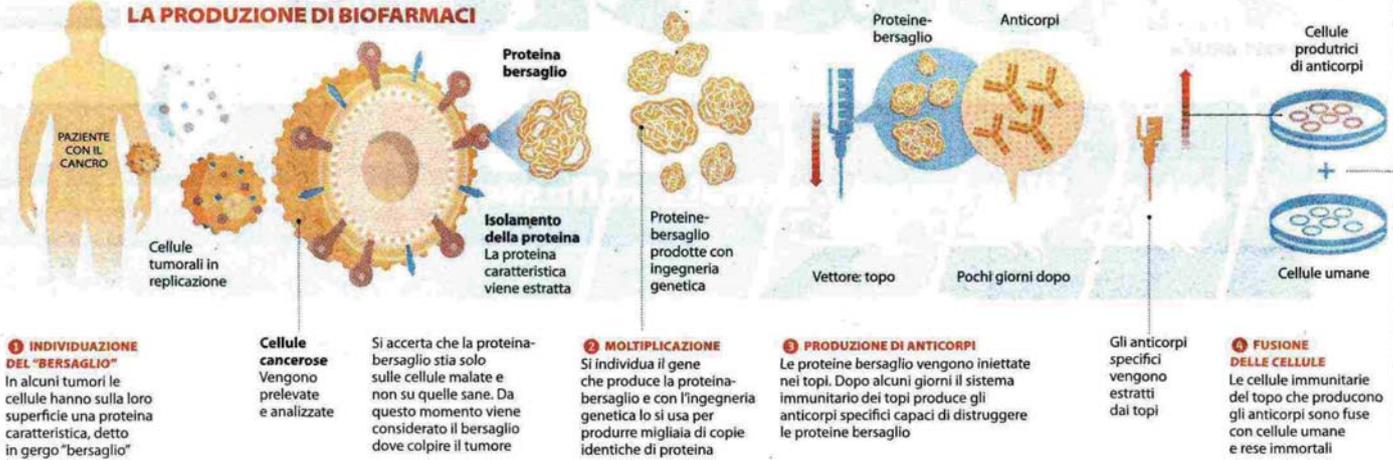
MELANOMA: tremelimumab ha migliorato la prognosi dei malati già in fase metastatica.

SENO: dato il successo della sperimentazione, il trastuzumab, somministrato con flebo di circa 2 ore si può dare adesso per via sottocutanea in pochi minuti. Lo stesso farmaco dato insieme al pertuzumab ha aumentato ancora la sopravvivenza. Trastuzumab in versione "postino" (emtansine): la molecola porta con sé un chemioterapico così potente da non poter essere somministrato per via

generale. Quando si attacca in un punto della membrana della cellula cancerosa questa lo porta dentro e viene uccisa senza danneggiare quelle circostanti.

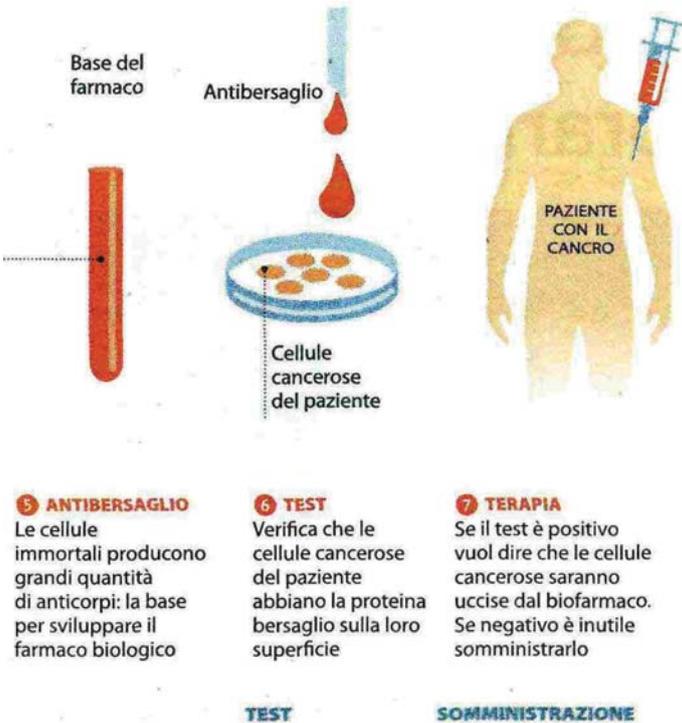
© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PRODUZIONE DI BIOFARMACI



FASE DI INDIVIDUAZIONE DEL BERSAGLIO

CREAZIONE DEL FARMACO



TERAPIE.

Così l'immunità inizia l'attacco contro le cellule colpite dal male

ADRIANA ALBINI*

LGLOBULI bianchi dovrebbero riconoscere le cellule dei tumori e distruggerle risparmiando quelle sane. I tumori riescono ad eludere questa sorveglianza alleandosi coi linfociti, e pertanto una strategia terapeutica è "aiutare" i linfociti a riconoscere l'inganno. Stimolare, risvegliare, pilotare il sistema immunitario a uccidere i tumori è il compito dell' "immunoncologia", protagonista al convegno ASCO a Chicago.

I linfociti T riconoscono pato-

geni o cellule tumorali se i loro antigeni vengono frammentati e presentati sulla superficie di una cellula dalle proteine del Complesso Maggiore di Istocompatibilità (MHC). Ogni linfocita T possiede un recettore, chiamato "T cell receptor" (TCR), tramite il quale viene riconosciuto il frammento di antigene. I tumori evadono da questo sistema, riuscendo ad attivare dei sistemi di inibizione delle cellule T. Uno dei farmaci di maggior successo in immunoncologia è l'ipilimumab, un anticorpo contro il recettore inibitorio CTLA-4, che riattiva il riconoscimento immune. L'anti CTLA-4 aumenta la sopravvivenza nei pazienti con melanoma avanzato. Ipilimumab è in sperimentazione anche nel tumore del polmone non-a piccole-cellule (NSCLC).

I linfociti hanno sulla superficie un altro recettore inibitorio, PD-1 (sigla che sta per proteina della morte programmata 1). Il tumore, sbandierando un ligando (PDL-1), che oscura il riconoscimento della cellula neo-

plastica, si rende invisibile ai linfociti.

La "neutralizzazione" con anticorpi diretti verso PD-1 o PDL-1 induce la riattivazione della funzione immune con la regressione del tumore. Nel corso del Congresso ASCO sono stati presentati i dati di numerosi studi con farmaci anti PD-1. In particolare nivolumab, pembrolizumab e pidilizumab.

Interessante nel contesto dell'immuno-oncologia anche un prodotto basato sulle cellule TALL-104 derivate da una leucemia rappresentano una sorgente illimitata di cellule di origine linfocitaria citotossiche, che mostrano attività tumoricida contro tumori di varia origine.

Progressi anche in diagnostica con la presentazione a Chicago dell' "Immunoscore", ovvero la valutazione del numero di linfociti in un tumore, come fattore associato a migliore prognosi.

*Dir. I-RS, IRCCS, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Leucemie

I successi dell'ematologia tra i temi della nona edizione della Giornata nazionale ALL per la lotta a leucemie, linfomi e mieloma, che cade il prossimo 21 giugno. Ad esempio, con nilotinib le sopravvivenza nella leucemia mieloide cronica sono simili a quelle della popolazione sana e si smette il farmaco senza ricadute. Anche quest'anno ALL mette a disposizione gli ematologi più noti sul Numero Verde 800226524, giovedì 19 giugno, 8.00-20.00; consultare www.aill.it per le tappe di "Sognando Itaca".

(mp.s.)

Stomaco

Ramucirumab, il primo antiangiogenico (blocca la crescita dei vasi sanguigni che vanno a nutrire il tumore) per il cancro dello stomaco sta per essere approvato per la somministrazione in fase avanzata della malattia.

Colon-retto

Il bevacizumab associato a Folfoxiri sia in tumori del colon-retto senza mutazioni del gene Ras che con mutazioni ha ottenuto risultati migliori in termini di sopravvivenza libera da progressione di malattia che di sopravvivenza rispetto alla più comune combinazione folfiri-bevacizumab. «Lo studio ha dimostrato - ha spiegato a Chicago Alfredo Falcone, direttore del Polo

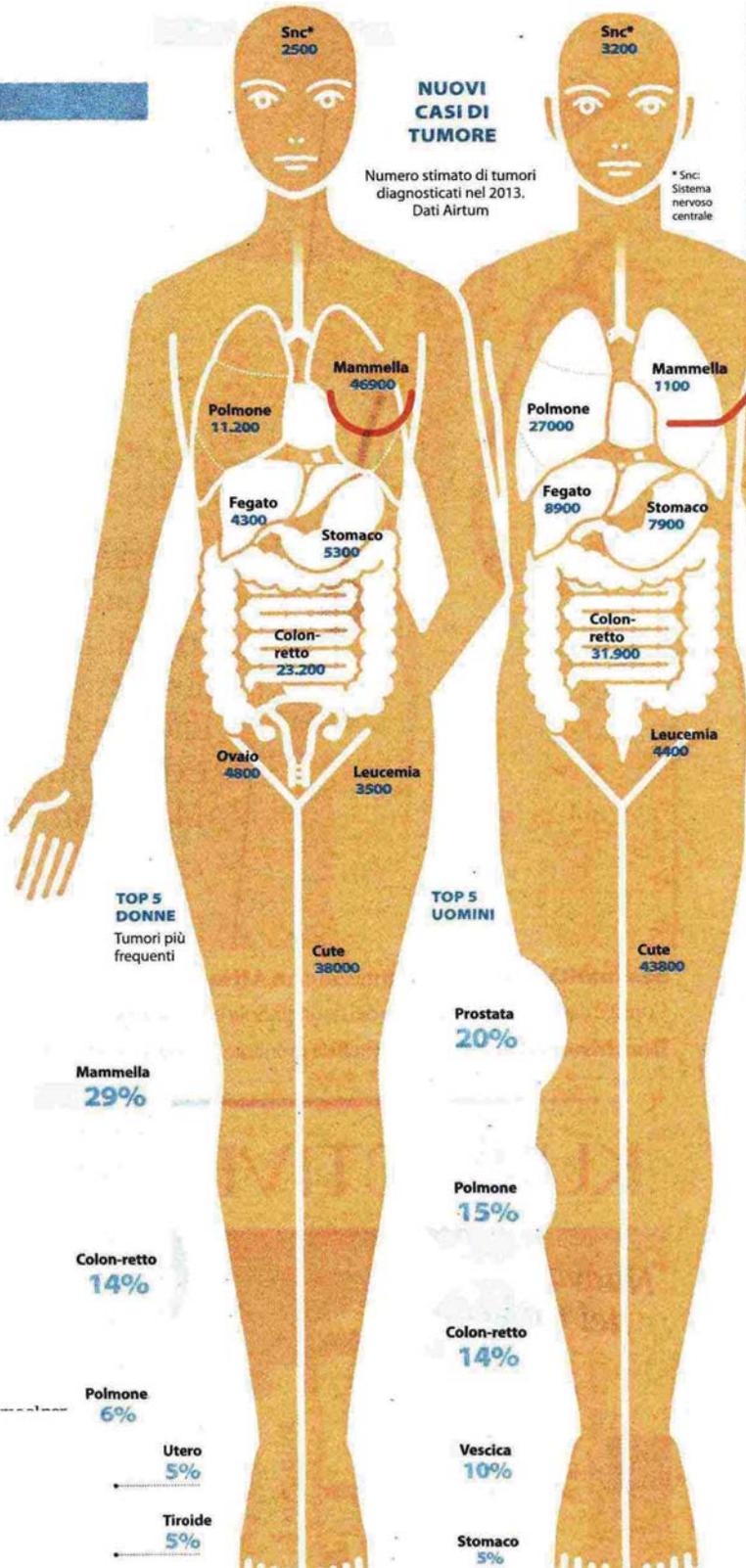
Oncologico Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e centro coordinatore dello studio - che l'intensificazione della chemioterapia iniziale consente di ottenere una maggiore riduzione della massa tumorale, di ritardare la progressione del tumore e di prolungare la sopravvivenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NUOVI CASI DI TUMORE

Numero stimato di tumori diagnosticati nel 2013. Dati Airtum

* Snc: Sistema nervoso centrale



Farmaci anticancro in sperimentazione

Presentati al recente congresso degli oncologi americani

CERVELLO

Sistema nervoso centrale



1 NUOVI CASI NEI MASCHI E NELLE FEMMINE

MAMMELLA



POLMONE



OVAIO

Farmaco Cediranib + Olaparib

COLON-RETTO



Farmaco Ramucirumab, bevacizumab + Folfoxiri

PELLE



Tipo di tumore Melanoma

Farmaco Tremelimumab

Tipo di tumore

Glioblastoma non operabile

Farmaco ABT-414 + chemioterapico (temozolomide)

Tipo di tumore

Metastasi dal polmone

Farmaco Ceritinib

Farmaco

Trastuzumab (via sottocutanea), Pertuzumab, "farmaco-postino" T-DM1 (trastuzumab), ramucirumab

Tipo di tumore

"Non a piccole cellule"

Farmaco

Bevacizumab + erlotinib, necitumumab, ramucirumab, afatinib, ceritinib

tremelimumab (mesotelioma)

STOMACO



Farmaco Ramucirumab

SANGUE



Tipo di tumore

Leucemia

Farmaco

Ibrutinib

FEGATO



Farmaco

Ramucirumab

FONTE CONGRESSO ASCO, CHICAGO / RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA / I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2013 AIRTUM



ONCOLOGIA/ Al congresso Asco di Chicago si è affermata come la nuova frontiera

La svolta dell'immunoterapia

Stimolare la risposta al tumore funziona - Melanoma: risultati sorprendenti

L'immunoterapia è la quarta arma, che si aggiunge alla chirurgia, alla radioterapia e alla chemioterapia, per sconfiggere il tumore. Dal 50° Congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco), che si è svolto recentemente a Chicago (30 maggio-3 giugno) con la partecipazione di più di 25mila esperti, è emersa con forza questa nuova frontiera nella lotta contro le neoplasie che sta evidenziando risultati sorprendenti, in particolare nel melanoma.

Nel 2013 nel nostro Paese si sono registrati circa 10.500 nuovi casi di questo tipo di tumore della pelle. L'immunoterapia ha rappresentato uno dei temi "caldi" e centrali della cinquantesima edizione del Congresso americano, proprio per le enormi potenzialità terapeutiche che ne possono derivare: questi trattamenti, usati da soli o in combinazione con altri farmaci, combattono il tumore attivando e amplificando le risposte immunitarie dell'organismo contro la malattia. Sono quattro le case farmaceutiche che, in questo ambito terapeutico, hanno investito 1,3 miliardi di dollari, con più di 70 trial clinici finanziati, per un totale di 19mila pazienti oncologici arruolati.

Oltre all'efficacia, a Chicago è stato affrontato anche il tema dei costi di queste terapie, che potranno essere sostenuti dai sistemi sanitari nazionali solo grazie a politiche di razionalizzazione delle spese e all'appropriatezza prescrittiva.

Oggi cominciamo a disporre di basi solide per affermare che l'immunoterapia non solo funziona contro il melanoma metastatico, ma è anche in grado di ridurre il rischio di recidiva in pazienti ad alta probabilità di svilupparlo nuovamente dopo l'intervento chirurgico.

L'immunoterapia funziona stimolando le cellule del sistema immunitario a combattere la malattia e persegue una strategia opposta a quella delle terapie "classiche": non colpisce direttamente le cellule tumorali ma attiva i linfociti T del paziente che diventano in grado di distruggere il tumore. Le differenze tra chemioterapia e immunoterapia sono nette. In quest'ultima le risposte cliniche possono manifestarsi anche alcuni mesi dopo l'inizio della somministrazione del farmaco immunobiologico, ma in genere durano più a lungo. Da alcuni anni sono stati identificati specifici bersagli molecolari, i cosiddetti "check point" immunologici, che permettono di modulare la risposta del sistema immunitario contro il tumore.

Lo studio CA184-029, presentato al 50° Congresso Asco, ha valutato l'efficacia di ipilimumab, un anticorpo frutto della ricerca di Bristol-Myers Squibb, che attiva la risposta immunitaria diretta contro il tumore (alla dose sperimentale di 10 mg/kg), come terapia adiuvante, cioè dopo resezione chirurgica completa del tumore, nella prevenzione della recidiva di malattia in pazienti con



melanoma allo stadio 3 ad alto rischio. Questi pazienti, dopo l'intervento chirurgico, sono liberi da malattia documentabile, ma presentano un'alta probabilità di svilupparla nuovamente entro cinque anni. Lo stadio 3 contraddistingue il melanoma che ha raggiunto i linfonodi regionali, e che sono quindi stati rimossi con la chi-

rurgia ma non si è ancora diffuso ai linfonodi distanti o ad altre parti del corpo (metastasi). I risultati dello studio sono molto importanti, perché hanno evidenziato una riduzione del 25% del rischio di recidiva nei pazienti trattati con ipilimumab, rispetto a quelli che non hanno ricevuto il farmaco.

È la prima volta che viene

sperimentato un anticorpo immuno-modulante nella terapia adiuvante del melanoma. Finora, infatti, in questo specifico stadio di malattia sono stati impiegati prevalentemente la chemioterapia, l'interferone e diversi vaccini terapeutici.

Questo studio, i cui risultati sono stati presentati per la prima volta all'Asco, rappresenta un'ulteriore conferma dell'efficacia di ipilimumab, già approvato dall'Agenzia regolatoria europea (Ema) alla dose di 3 mg/kg per l'uso nella malattia metastatica. Proprio grazie a queste evidenze, è stato disegnato lo studio CA184-029 per valutare l'efficacia di ipilimumab nelle fasi più precoci della malattia. Complessivamente questo studio rafforza le potenzialità del farmaco, anche se va sottolineato che, in questo setting di pazienti (adiuvante in stadio III), al momento non vi è alcuna autorizzazione all'impiego nella pratica clinica. Infatti nello studio CA184-029 è stata usata una schedula (10 mg/kg fino a 3 anni) diversa da quella indicata per ipilimumab nella fase metastatica (3 mg/kg per 4 dosi). Sono stati coinvolti nella sperimentazione 6 Centri italiani, con il Policlinico Le Scotte di Siena quale Centro coordinatore nazionale dello studio.

Le proprietà immunogeniche del melanoma e la sua abilità a indurre una risposta reattiva dei linfociti T al tumore fanno sì che sia considerato il candidato ideale per l'immunoterapia ma anche un modello

di terapia per altre neoplasie (siamo in attesa dei risultati di molti studi clinici che stanno analizzando l'efficacia di ipilimumab, da solo o in combinazione con altri farmaci, in tumori di istotipo diverso, tra i quali il cancro del polmone, della prostata dopo il fallimento della terapia ormonale e il glioblastoma). Ricordiamo che, proprio nel melanoma, sono stati individuati per la prima volta gli antigeni tumorali, cioè i bersagli della risposta immunologica presenti sulle cellule maligne.

In futuro ricopriranno un ruolo di primo piano anche gli anticorpi diretti contro PD-1 e PDL-1, altri farmaci che "rimuovono i freni inibitori" del sistema immunitario. L'Italia ricopre un primo piano nelle sperimentazioni in questo campo; dal 2004 abbiamo costituito il Nibit (Network italiano per la Bioterapia dei tumori), che riunisce in rete le più importanti strutture italiane, circa 50, che si occupano di bioterapia dei tumori, e più recentemente la Fondazione Nibit che conduce studi clinici no-profit in diversi tumori umani. Fra gli obiettivi della Fondazione vi è anche lo sviluppo di importanti collaborazioni internazionali.

Michele Maio
direttore
dell'Immunoterapia oncologica
Policlinico Santa Maria
alle Scotte di Siena
Istituto toscano tumori