

TERRA FUOCHI: LORENZIN, NO ALLARMISMI, ATTENDIAMO DATI SCREENING

(AGI) - Roma, 7 lug. - Le precisazioni dell'Istituto Superiore di sanita' sullo studio Sentieri e i dati di mortalita' preoccupanti nella Terra dei fuochi (e a Taranto) "non permettono di fare alcun facile allarmismo sulla situazione della Terra dei fuochi. Occorre infatti attendere i dati conclusivi degli screening, previsti da una norma che personalmente ho promosso nell'ambito della conversione in legge del decreto-legge n.136 del 2013, a favore sia della popolazione dell'area campana in questione, che della popolazione dell'area ILVA di Taranto, con un finanziamento finalizzato di 25 milioni di euro annui, sia per il 2014 che per il 2015". Lo sottolinea il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, secondo cui "solo a conclusione dei predetti screening si potra' avere un quadro sanitario su cui effettuare le conseguenti valutazioni e adottare tutti i provvedimenti e le iniziative che si renderanno necessarie per garantire il primario diritto alla salute dei cittadini". (AGI)

Patto per la salute, il "no" dei sindacati. «Troppe riduzioni di attività: si annullano i servizi»

4 luglio 2014

«Un patto tra due centralismi, quello statale e quello regionale, che esclude gli operatori sanitari, da un lato, e il Parlamento, dall'altro» che «crea una rischiosa contrapposizione tra cure ospedaliere e territoriali, come se le due fossero in competizione. Ridurre l'attività ospedaliera, invece, non migliora automaticamente l'assistenza primaria, ma fa sì che molti pazienti che arrivano al pronto soccorso non trovino posto in corsia».

Va all'attacco del neo-Patto per la salute ([VEDI, CON SINTESI E TESTO DEL PATTO](#)) l'**Anaao Assomed**, il maggior sindacato dei medici ospedalieri. E a spiegare perché è il vicesegretario Carlo Palermo: «Ridurre il numero di posti letto al 3,7 ogni mille abitanti nella speranza di incrementare i servizi territoriali, come prevede il nuovo Patto in base alla Legge Balduzzi mette a rischio la salute di molti pazienti, specie ultra sessantacinquenni e disabili, che presentano spesso diverse patologie contemporaneamente e sono difficili da stabilizzare e da trattare in un ambito di cure primarie». Con l'applicazione della spending review, spiega Palermo, rispetto al 2000, i posti letto del Ssn in Italia passerebbero da 295.000 a 224.000. Una scelta in controtendenza rispetto ad altri paesi europei, spiega Palermo, citando dati Ocse 2013. "La media europea è del 5,4 per mille. La Germania è all'8,3, l'Austria al 7,7, la Francia al 6,4. La Gran Bretagna, che dieci fa portò i letti per acuti al 3 per mille, ora ha ospedali che lavorano con un indice di occupazione dei posti letto oltre il 90%, mentre quello consigliabile per ridurre le infezioni ospedaliere, e dunque la mortalità, è dell'85%».

Fimmg: si annulla il concetto di continuità assistenziale

E critiche arrivano anche dalla Fimmg. La responsabile della continuità assistenziale del sindacato Tommasa Maio, ha inviato una lettera aperta ai colleghi in cui sottolinea «alcune definizioni ambigue e contraddittorie che potrebbero mettere in discussione il cammino che il sindacato ha affrontato in questi anni per portare i propri medici di medicina generale a quota oraria definitivamente fuori dal sistema dell'emergenza urgenza».

Il no della Fimmg è a una "restaurazione" della vecchia guardia medica, difendendo l'obiettivo del ruolo unico «come chiave di soluzione dell'annoso problema che vede la continuità assistenziale confusa continuamente su

compiti di risulta assistenziale di altri servizi e che abbiamo definito con il neologismo di paraemergenza».

«Non avremo tentennamenti - sottolinea nella lettera - nel prendere le distanze da ogni tentativo, a ogni ambigua proposta di collaborazione che potrebbe essere facilmente strumentalizzata. Non saranno giustificabili, né tantomeno ammissibili, ingenuità. Siamo consapevoli che esistono al nostro interno delle realtà ove questo percorso di affrancamento dai sistemi di emergenza non ha trovato conclusione. Per questo motivo offro la disponibilità mia e dell'esecutivo nazionale a confrontarci con qualunque livello decentrato del Settore abbia bisogno di assistenza nell'affrontare tali tematiche. Sia chiaro a tutti che il cambiamento non ci spaventa e sia altrettanto chiaro che il cambiamento non può che essere quello che noi vogliamo, non quello che altri cercano di imporci».

Veterinari e medici del servizio igiene degli alimenti in stato di agitazione

Più dura la reazione della Federazione veterinari e medici che hanno subito proclamato lo stato di agitazione delle categorie.

L'articolo del Patto (articolo 18) che si occupa della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare è «a plastica dimostrazione della totale incapacità di ministero e Regioni di assumere decisioni coerenti con gli obiettivi fissati», afferma il sindacato.

E «i veterinari dei servizi di Sanità animale, quelli dei servizi di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, e i veterinari dei servizi di Igiene degli alimenti di origine animale, nonché i medici e i biologi dei servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione dei dipartimenti di prevenzione delle Asl» lo respingono al mittente.

«A complessità e importanza degli obiettivi di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria e dei livelli essenziali di assistenza - spiegano - devono corrispondere complessità e importanza dei servizi e delle strutture che li devono realizzare mediante strutturazioni dotate di uniformi Livelli Essenziali di Organizzazione. Se, con un lessico bizantino e non impegnativo come quello dell'art. 18, si riconosce una generica quanto non vincolante "opportunità" e si ipotizzano solo "possibili condizioni organizzative" si pregiudica una concreta, sostanziale, efficiente e appropriata prevenzione. "Possibilmente" il ministero e le Regioni correggano il loro pensiero e le conclusioni disarmanti del Patto fissando obiettivi di struttura concreti e rispondenti a quanto l'Ue, Expo 2015 a cui si fa riferimento, il Pil, e il buon senso impongono. Altrimenti - concludono - anche i veterinari, i medici e i sanitari dei dipartimenti di prevenzione lavoreranno garantendo "solo possibilmente" la salute di cittadini e consumatori».

Fofi soddisfatta per la farmacia dei servizi

«Sicuramente va apprezzato che il modello della farmacia dei servizi venga affiancato, sia pure a livello di sperimentazioni, alla medicina di iniziativa per la gestione della cronicità sul territorio e che quindi si prefigurino, per il farmacista, un ruolo di presa in carico attiva del cittadino/paziente», commenta il Patto Andrea Mandelli, presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (Fofi).

«In questo si conferma quanto era stato concordato con l'accordo Stato-Regioni dello scorso febbraio. Ci auguriamo - prosegue - che dalla semplice 'sperimentazione' si passi a vera e propria 'implementazione strutturale dei nuovi servizi della farmacia. E che questo - conclude - sia l'inizio di una cooperazione reale di tutte le figure sanitarie presenti sul territorio all'interno di un processo di cura che veda al centro il cittadino»

FIRENZE. Medici e pazienti chiedono garanzie sull'alternativa biosimilare

Farmaci biologici, la scelta più sicura

Le norme di EMA ed AIFA parlano chiaro: il farmaco biosimilare è simile (analogo), ma non uguale, al farmaco biologico di riferimento, il cosiddetto originatore. Di conseguenza i due non sono automaticamente interscambiabili e non vale per loro il principio della sostituibilità automatica. La possibilità di passare (switch) dai biologici ai corrispettivi biosimilari, più economici, se da una parte assicura un risparmio per le Regioni dall'altra pone però alcuni inquietanti interrogativi sotto il profilo della sicurezza e dell'efficacia del biosimilare, della comparabilità clinica, dell'interscambiabilità tra biologico e biosimilare e, infine, del diritto alla libera scelta terapeutica. Proprio per affrontare a 360° queste tematiche com-

plesse, la Fondazione Charta ha promosso in alcune città italiane una serie di incontri ad hoc dal titolo "Il valore del farmaco biologico tra continuità terapeutica e sostenibilità economica" nel quale si confrontano rappresentanti delle Istituzioni, clinici, farmacisti ospedalieri e farmacoeconomisti: a Firenze si è appena tenuto il quarto incontro di questo ciclo, con la presenza di diversi specialisti dei presidi ospedalieri di riferimento di Firenze e della regione. Specialisti e associazioni dei pazienti, uniti in una sorta di 'alleanza', ritengono necessaria a questo punto la creazione di un 'Manifesto' condiviso per tutelare il diritto del paziente alla continuità terapeutica e per coinvolgere i medici nelle scelte terapeutiche.

**Azione di migliaia di pazienti
Infettati dalle trasfusioni di sangue
«Un miliardo dallo Stato, ma non paga»**

Giovanni del Giaccio

C'è chi è morto aspettando di avere il risarcimento. Chi attende da anni, invano. Ci sono sentenze passate in giudicato. Condanne al Ministero della salute affinché risarcisca persone contagiate per trasfusioni di sangue infetto.

A pag. 9

**OGNI FAMIGLIA
E' IN ATTESA
DI OTTENERE
SOMME COMPRESSE
TRA I 100.000
E I 500.000 EURO**



**Infettati dalle trasfusioni:
lo Stato ci deve un miliardo**

► Con un'operazione coordinata da Latina pazienti di tutta Italia puntano al risarcimento
► Rimborsi negati, trattativa per venderli a banche o case farmaceutiche straniere

IL CASO

ROMA C'è chi è morto aspettando di avere il risarcimento. Chi attende da anni, invano. Ci sono sentenze passate in giudicato. Condanne al Ministero della salute affinché risarcisca persone contagiate per trasfusioni di sangue infetto, sistematicamente non rispettate. Una beffa per i cittadini, insomma. Parliamo di migliaia di casi, di risarcimenti che secondo gli studi legali che seguono i pazienti che hanno contratto Epatite c o Aids si aggirano intorno al miliardo di euro. Un credito nei confronti dello Stato che adesso gli avvocati proveranno a cedere a banche straniere o a case farmaceutiche. Si tratta dei crediti relativi a sentenze passate in giudicato, emesse da diversi tribunali nei confronti dell'amministrazione sanitaria. Sentenze che vanno da Milano a Palermo, da Roma a Bologna, da Modena a Vibo Valentia. A coordinare i legali che hanno avviato la trattativa è lo studio Mattarelli-Mezzini di Latina.

«Un primo tavolo riguarda la vendita dei crediti a banche estere che a nostro parere possono svolgere un'azione più incisiva - spiega l'avvocato Renato Mattarelli - Un secondo riguarda le fabbriche farmaceutiche. Siamo allo stato embrionale della trattativa ma è stato mostrato un certo interesse, riteniamo che questo sia ormai l'unico rimedio

nei confronti del Ministero della Salute che deve pagare i cittadini che ha danneggiato con trasfusioni di sangue infetto non controllato».

Della serie che un conto è non pagare il singolo paziente che deve avere una somma che normalmente si aggira tra i 100 e i 500.000 euro - per la quale spesso sono vani anche i tentativi di pignoramento - un altro è doverla vedere con grandi gruppi che hanno acquistato tutti i crediti dei singoli risarciti.

LA STORIA

I controlli sul sangue rispetto alla qualità e alla provenienza sono iniziati nei primi anni '90, con l'esplosione del problema dell'Aids ma anche la consapevolezza della portata sociale di una malattia come l'epatite C. Molti pazienti che poi si sono visti riconoscere il risarcimento sono stati trasfusi prima, quindi per loro è stato utilizzato sangue infetto. Quando se ne sono accorti - spesso anche decenni dopo interventi chirurgici o trasfusioni a seguito di incidenti stradali - hanno avviato le pratiche risarcitorie. Oltre ad avere diritto previsto dalla legge 210 del '92 ovvero «Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie e trasfusioni», infatti, vengono riconosciuti i danni alla persona. Le cosiddette patologie iatrogene, correlate allo stato di malattia irreversibile, che vanno dalla depressione alla disfunzione

erettile, senza contare le difficoltà nei legami familiari e il timore di mettere al mondo figli.

IL PRECEDENTE

La trattativa per la cessione è una novità assoluta.

Nel 2007, quando il problema si era già presentato a causa dei ritardi nei risarcimenti, c'era stato un tentativo di natura diversa: una transazione con i creditori - i legali che curarono la vicenda erano coordinati da Tina Lagostena Bassi - lo Stato come garante, le banche che avrebbero anticipato i soldi. Non se ne fece nulla. Il problema è rimasto irrisolto, anzi i debiti del Ministero si sono accumulati e gli interessi continuano a correre. «Quella che proponiamo è una soluzione estrema per migliaia di cittadini danneggiati due e anche tre volte dallo Stato - aggiunge Mattarelli - la prima per essersi rivolti con fiducia a ospedali che non hanno controllato la provenienza né la qualità del sangue da trasfondere con conseguenti danni da contagio epatico e da Hiv. La seconda poiché dopo aver ottenuto una sentenza favorevole, a seguito di lunghi e complessi processi, non si vedono pagare quello che gli è stato riconosciuto dai tribunali. La terza è relativa ai tanti, ormai troppi, che muoiono prima di ricevere il risarcimento».

Mettere tutto in mano a colossi bancari o farmaceutici sembra una provocazione, se non una sorta di «ricatto» verso chi non paga. «Me ne rendo conto - conclude l'avvocato - ma tra un'azione del genere e far ottenere i risarcimenti a tanti che sono in condizioni disperate, preferisco vedere soddisfatti i diritti dei cittadini, magari prima che muoiano per quelle infezioni».

Giovanni Del Giaccio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La fotografia

Dati 2012

Totale donatori di sangue

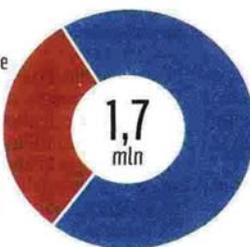


Femmine **31%**



Maschi **69%**

Fonte: Centro Nazionale Sangue



Donatori

Periodici **83%**

Frequenti **28%**

Totale donazioni di sangue **3,3 mln**

Pazienti trasfusi **1.800 /giorno**
650.000 l'anno

ANSA **centimetri**

Coppie a rischio Negli ospedali dipartimenti con urologi e ginecologi: non graveranno sul Servizio nazionale

Problemi sessuali: nasce il pronto soccorso

■ Si stimano nel Belpaese 800 mila coppie a rischio di infedeltà e rottura. Il 20% di separazioni, 20 mila matrimoni bianchi. Per lui problemi di erezione o di «eccesso di velocità» e per lei invece di orgasmo e di dolori durante il rapporto sessuale, infezioni o malattie dell'apparato genitale. E per affrontare questa situazione, sono nati i pronto soccorso di coppia negli ospedali italiani, dove, chi si presenterà, pagherà solo un ticket al posto di due. Una problematica che porta a un risultato: 16 milioni di italiani hanno una vita sessuale «a rischio». Uguale: coppie in crisi. Ecco i numeri riferiti agli uomini: 8 milioni devono fare i conti con problemi

come disfunzione erettile (oltre 3 milioni), eiaculazione precoce (circa 4 milioni) o calo del desiderio (circa 1 milione). Lo stesso numero di donne soffre di anorgasmia (4 milioni e mezzo), vaginismo (circa 1 milione) vaginismo e dolore alla penetrazione (2 milioni) o disturbi del desiderio (2 milioni e mezzo). Così la Società Italiana di Urologia (Siu) e l'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi), hanno annunciato l'apertura dei primi Dipartimenti per il Benessere di Coppia. L'attivazione «non graverà sul Sistema Sanitario Nazionale, anzi sarà improntata all'ottimizzazione e alla riorganizzazione delle risorse», spiegano i medi-

ci. La prima esperienza a Napoli, ma a breve i Dipartimenti apriranno in gran parte delle città italiane. «Le disfunzioni sessuali viaggiano in coppia: i disturbi del partner inevitabilmente provocano effetti collaterali sull'altro, tanto che si può parlare di "coppie di danni" e "danni di coppia" - ha spiegato Vincenzo Mirone, segretario generale Siu - Se ad esempio lui ha una disfunzione erettile, non è difficile che lei lamenti vaginismo o dolore durante la penetrazione. Quando lui soffre di eiaculazione precoce lei quasi certamente avrà problemi di anorgasmia. Nel 90% dei casi non si affronta il problema e non si sa che oggi sono disponibili nuove cure». **A. P.**



L'intervista Il ministro Lorenzin e le nuove regole sulla fecondazione assistita

«Un solo donatore, non più di 10 figli»

di MARGHERITA DE BAC

Fecondazione assistita, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, in un'intervista al *Corriere*, frena gli entusiasmi: «Bisogna aspettare le linee guida e alcuni passaggi in Parlamento». E sulle donazioni: «Un limite è necessario per evitare che nascano troppi bambini da uno stesso genitore biologico. Tra i 5 e i 10 è un'ipotesi».

A PAGINA 18

L'intervista Come cambierà la legge 40 dopo la sentenza della Consulta che ha dichiarato illegittimo il divieto italiano all'impiego di gameti esterni alla coppia

«Donazioni gratuite e no ai cataloghi»

Le linee sulla fecondazione eterologa

Il ministro Lorenzin: disciplineremo anche l'adozione degli embrioni

ROMA — «Per partire con la fecondazione eterologa bisogna aspettare le linee guida e alcuni passaggi in Parlamento. I Centri devono aspettare». Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin frena gli entusiasmi. La recente sentenza della Corte Costituzionale, che ha dichiarato illegittimo il divieto italiano delle tecniche con l'impiego di gameti esterni alla coppia, non avrà un'immediata applicazione. La donazione sarà gratuita, limite al numero di donazioni per evitare la nascita di bambini in un certo senso «fratelli». No ai cataloghi per scegliere le caratteristiche genetiche del genitore biologico. Sì al diritto dei bambini di conoscere le loro origini. «Ci sono ancora molte questioni organizzative e di tutela della salute da chiarire — dice Lorenzin —. La legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita era pensata per la fecondazione omologa, dunque con cellule della coppia. Questa è una nuova attività».

Come state procedendo?

«Domani si riunisce un gruppo di lavoro di circa 20 esperti da me nominati per affrontare una serie di problemi e garantire qualità e sicurezza ai cittadini. Le loro osservazioni mi serviranno a valutare le possibili e eventuali misure anche normative. Ho stabilito per questa fase istruttoria la scadenza del 28 luglio. Tempi rapidi».

È un modo di fare melina?

«No. C'è una sentenza

della Consulta da rispettare e noi dobbiamo eseguire assicurando però il massimo delle garanzie ai pazienti: cercheremo di assimilare il meglio dagli altri Paesi che hanno iniziato prima di noi. Al centro dell'attenzione genitori e bambini».

Che ne pensa dell'eterologa?

«Non ne voglio pensare nulla perché sono il ministro della Salute e non posso essere influenzata da nessun tipo di ideologia. Le mie opinioni personali restano fuori».

Il suo partito, l'Ncd, chiede un intervento del Parlamento. E lei?

«Io non posso fare tutto da sola. Ci sono questioni importanti che le sole linee guida, di carattere tecnico, non possono risolvere. Parlo dell'identità biologica del bambino. Dal Parlamento bisognerà passare per recepire le direttive europee».

Come avverrà la sele-

zione dei donatori?

«Saranno più stringenti i test infettivi, ad esempio per Aids e epatite. Verranno introdotti test genetici obbligatori che per l'omologa non erano previsti. Resta fermo il principio dell'anonimato».

Ci sarà un numero massimo di donazioni?

«Un limite è necessario per evitare che nascano troppi bambini da uno stesso genitore biologico. Tra i 5 e i 10 è un'ipotesi. Inoltre una donna che decide di dare in dono i suoi ovociti non può subire troppe stimolazioni e dobbiamo preoccuparci che non venga sfruttata. Indicheremo quante raccolte di gameti possono essere fatte da una stessa persona e con quale intervallo fra l'una e l'altra. Pensiamo a un codice unico nazionale, previsto già da una legge, che permette di contare le diverse donazioni. Sarà regolamentata anche la cosiddetta egg sharing cioè la possibilità che donne sottoposte a cure antisterilità mettano a disposizione gli ovociti in sovrannumero. All'estero sono previste delle agevolazioni sul piano dei costi per queste volontarie».

La coppia potrà scegliere il donatore?

«Assolutamente no. Niente cataloghi con le caratteristiche estetiche di chi dà i gameti. Chiederemo solo garanzie di tipo sanitario e sarà previsto un consenso informato dettagliato e rigoroso. Un'altra questione aperta. Il limite d'età della donna che si sottopone all'eterologa. A mio parere dovrebbe essere uguale a quella prevista per l'omologa (circa 52 anni, ndr)».

E la delicata questione dei rimborsi?

«La legge parla chiaro. La donazione di gameti in Italia è libera, volontaria e totalmente gratuita come in Francia. Niente indennità forfetarie come in Gran Bretagna e in Spagna. Solo lo stesso rimborso spese riconosciuto ai donatori di midollo che è equiparato a quello di sangue».

Sarà possibile la doppia eterologa, cioè la possibilità di creare embrioni con ambedue i gameti non appartenenti alla coppia?

«Sì sarà prevista, con accorgimenti particolari. In un secondo momento dovremo disciplinare la questione dell'adozione degli embrioni».

Il bambino avrà diritto a risalire alle proprie origini cioè ai genitori biologici?

«È un punto fondamentale che andrà approfondito e sarà incluso nel consenso informato. Legislazioni straniere tendono sempre più a garantire il diritto a conoscere la propria identità e il diritto all'anonimato dei donatori è caduto in diversi Paesi in seguito a contenziosi legali».

Caso Pertini, l'ospedale romano dove è avvenuto uno scambio di embrioni. Una donna partorirà due gemelli appartenenti ad altri genitori. La giurisdizione è carente? Che fare?

«È un caso spinosissimo di cui dovrebbe occuparsi il Parlamento soprattutto ora che i figli della provetta sono tanti e saranno sempre di più con l'avvento dell'eterologa. Ci sono sentenze in contraddizione. Sarebbe bene prevedere in caso di scambio a chi appartengano i bambini».

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Come funziona



Chi è

Beatrice Lorenzin, 42 anni, di Ncd, è ministro della Salute dal 2013 con i governi Letta e Renzi



I punti controversi**La salute dei donatori e i test infettivi e genetici**

1 Tra i punti che verranno regolati dalle linee guida sulla fecondazione eterologa ci sono quelli che riguardano la salute dei donatori di sperma e delle donatrici di ovuli. I test infettivi, ad esempio per Aids ed epatite, potrebbero diventare più stringenti. Verranno inoltre introdotti test genetici obbligatori che invece per la fecondazione omologa non sono previsti

I limiti al numero di donazioni e bimbi nati

2 Le linee guida dovranno anche indicare quante raccolte di gameti possono essere fatte dalla stessa persona. Si dovrà prevedere anche un numero massimo di bambini nati dallo stesso donatore. Tra le ipotesi allo studio quella di porre il limite tra i 5 e i dieci. Sarà invece possibile la doppia eterologa, cioè la fecondazione con gameti tutti provenienti da donatori estranei alla coppia

Il no alla possibilità di scegliere le caratteristiche

3 Il ministero della Salute è orientato a escludere ogni possibilità di scegliere i donatori. Sarà così vietata la catalogazione dei donatori in base alle loro caratteristiche estetiche, al titolo di studio e professione. Gli unici aspetti che saranno selezionati sono solo quelli di tipo sanitario. Sarà inoltre previsto l'obbligo di firmare un consenso informato dettagliato e rigoroso

L'età massima per accedere alla fecondazione assistita

4 Dovrà anche essere stabilita l'età massima per accedere alla fecondazione eterologa. L'orientamento è quello di scegliere la stessa prevista per l'omologa, cioè l'«età fertile». Oggi le Regioni la individuano diversamente: dai 41 anni di Valle d'Aosta e Umbria, ai 46 del Veneto. Altre, come Lombardia, Liguria, Marche, Lazio e Sicilia lasciano l'indicazione al medico

La scelta tra anonimato o donatori «aperti»

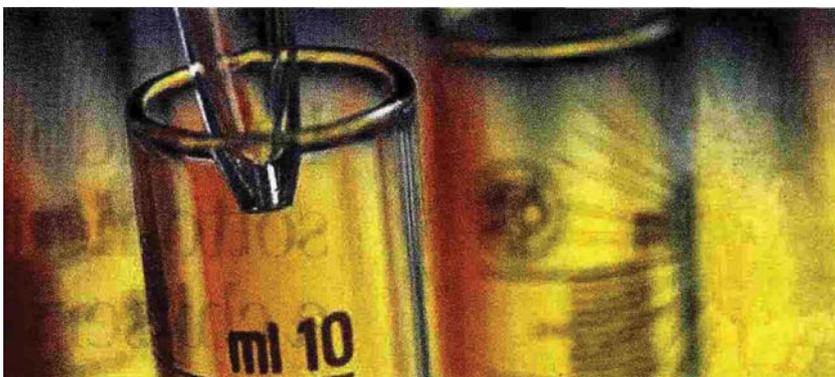
5 Tra le questioni più importanti quella sulla possibilità o meno per i nati con l'eterologa di conoscere l'identità dei donatori. Le legislazioni tendono sempre più a garantire il diritto a conoscere le proprie origini e nel tempo il diritto all'anonimato dei donatori è caduto in diversi Paesi in seguito a contenziosi legali

La sentenza**La Consulta**

Il 9 aprile la Corte Costituzionale ha stabilito che è incostituzionale il divieto di ricorrere a donatori di sperma o ovuli (cioè alla fecondazione eterologa) in caso di infertilità. La sentenza ha così abbattuto uno dei pilastri della legge 40 del 2004 sulla fecondazione assistita

La norma

In 10 anni la legge ha visto 19 «bocciature» nei tribunali. Oltre al divieto di eterologa sono caduti il divieto di produrre più di tre embrioni, l'obbligo di impiantarli tutti in contemporanea, il divieto di diagnosi preimpianto per le coppie infertili



Se manca una proteina nel cervello si rischia l'Alzheimer

Bassi livelli di proteina TREM2 nel cervello sono stati associati alla neurodegenerazione e al maggiore rischio di sviluppare demenza, declino cognitivo e malattie come l'Alzheimer



Dietro alla demenza, il declino cognitivo e malattie come l'Alzheimer potrebbe esserci **una carenza nel cervello** di una proteina chiamata TREM2.

A suggerirlo è un nuovo studio condotto da un team internazionale di ricerca, di cui scienziati della Ludwig-Maximilians-Universität di Monaco, dell'Universitat Autònoma de Barcelona e il Sant Pau Biomedical Research Institute (IIB Sant Pau).

Lo studio è stato pubblicato su Science Translational Medicine, e ha rivelato qual è il meccanismo molecolare con cui le forme mutate di questa proteina impediscono che avvenga in modo corretto il fondamentale **processo di pulizia dei rifiuti amiloidi**.

Il coinvolgimento di questa proteina nella malattia di Alzheimer e nella demenza frontotemporale è altresì stato dimostrato dalla constatazione che, nelle persone affette da questi disturbi, vi era un livello inferiore nel liquido cerebrospinale del modulo funzionale di questa proteina.

Gli scienziati sottolineano che il gene TREM2 è espresso principalmente nelle microglia, ossia le cellule cerebrali responsabili della fagocitosi e dello smaltimento dei rifiuti cellulari che si accumulano nel cervello, come fibre amiloidi e altri aggregati proteici.

Già da alcuni anni è noto che mutazioni nel TREM2 sono **causa di malattie neurodegenerative rare e aggressive**: tra queste la malattia di Nasu-Hakola (o osteodisplasia lipomembranosa policistica con leucoencefalopatia sclerosante - PLOSL) e disturbi simili alla FTD (Malattia di Pick o Demenza frontotemporale). Il problema, tuttavia, è che recenti studi genetici hanno collegato altre mutazioni in TREM2 meno aggressive a un rischio maggiore di soffrire di altre patologie neurodegenerative più comuni, come l'Alzheimer, la malattia di Parkinson, la sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e la demenza frontotemporale.

Con questo nuovo studio si è osservato qual è il ruolo della proteina TREM2 nel disciplinare la funzione dei fagociti nelle cellule microglia. Qui, il prof. Christian Haass e il dott. Gernot Kleinberger della LMU hanno condotto dei test, prima su colture di cellule microgliali e poi su pazienti con malattia di Alzheimer e Sindrome frontotemporale (FTD).

Nel primo caso, hanno osservato che quando vengono espresse forme mutate di TREM2, la proteina

non raggiunge la membrana cellulare e le cellule perdono la loro capacità di ripulire dai residui accumulati nel cervello. Nel secondo caso, i ricercatori hanno osservato che i pazienti di Alzheimer tendevano ad avere bassi livelli di TREM2 nel liquido cerebrospinale, mentre **i pazienti con sindrome FTD simile mancavano completamente di questa proteina.**

«Anche se dobbiamo ancora continuare la ricerca, questi risultati suggeriscono che la proteina TREM2 gioca un ruolo fondamentale **nell'eliminazione degli amiloidi** e altri aggregati proteici – spiega il dott. Marc Suárez-Calvet dell'UAB e coautore dello studio – e un suo malfunzionamento può accelerare i processi neurodegenerativi. Questo, potrebbe anche essere un utile indicatore di malattie neurodegenerative».

Secondo i ricercatori, la stimolazione delle funzioni di TREM2 potrebbe essere una strategia utile nel **combattere le malattie neurodegenerative.**

«Sarebbe bello continuare con la ricerca e osservare se agendo sulla TREM2, per ripristinare o aumentare la sua attività, potrebbe essere un efficace trattamento di diverse patologie neurodegenerative», conclude Albert Lleó, IBB ricercatore e docente presso il Dipartimento di Medicina di UAB.

Altri autori dello studio: i ricercatori IBB Daniel Alcolea e Juan Fortea, così come il gruppo di ricerca guidato dal dottor José Luís Molinuevo, dell'Ospedale Clínic di Barcellona.

<http://www.lastampa.it/2014/07/07/scienza/benessere/medicina/se-manca-una-proteina-nel-cervello-si-rischia-lalzheimer-BleDFdwBaWMKXubYA5ydvO/pagina.html>

Sabato 05 LUGLIO 2014

Carcinoma coloretale. Ogni anno 50 nuovi casi per 100mila abitanti, i tassi più elevati al Centro-Nord

Nuovo allarme alla vigilia del Congresso Nazionale sui “Nuovi trend in chirurgia colo-rettale”, che si terrà a Roma il prossimo 8 luglio presso il Policlinico di Tor Vergata. Ma se l'incidenza di questa patologia è in aumento, diminuisce la mortalità. Dimostrata l'importanza di fattori costituzionali e genetici, come pure della qualità e quantità dei cibi ingeriti.

L'incidenza grezza del carcinoma coloretale nel nostro paese è di circa 50 nuovi casi per anno per 100mila abitanti; i tassi più elevati si registrano nell'Italia centro-settentrionale con una maggior prevalenza per i tumori del retto nel sesso maschile. Rappresenta il secondo tumore in ordine di frequenza per incidenza stimata sull'intera popolazione, con un tasso di 46,2% per 100mila persone negli uomini e del 40 per 100mila nelle donne. Tale tasso è pari a 200-250 per 100mila sopra i 75 anni, per un totale di 55mila nuovi casi in Italia nel 2013. Se ne discuterà martedì 8 luglio durante il Congresso Nazionale “Nuovi trend in chirurgia colo-rettale”, presso il Policlinico Tor Vergata di Roma.

Due gli scopi del convegno: il primo è tecnico, ossia la messa a punto delle novità nel campo della terapia del cancro del colon e del retto, che è uno dei più frequenti nella popolazione adulta, sia maschile che femminile; il secondo, invece, riguarda aspetti di organizzazione e di economia. Infatti, tenendo conto che l'Italia spende una frazione di PIL inferiore ai paesi dell'OCSE e dell'UE, occorre sensibilizzare per una migliore razionalizzazione della spesa, tagliando le spese improduttive e aumentando i finanziamenti per i centri di eccellenza, con maggiore riguardo per i centri oncologici, medici e chirurgici.

“In Italia l'oncologia è promettente e limitata allo stesso tempo - ha dichiarato **Achille L. Gaspari**, Professore Università di Tor Vergata di Roma, nonché Presidente Società Italiana di Chirurgia Oncologica -. Da un punto di vista culturale e tecnico, infatti, siamo nelle condizioni di confrontarci con le nazioni più avanzate al mondo. Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, invece, tutto è lasciato alla volontà delle singole regioni di creare reti oncologiche e di stabilirne criteri. Noi riteniamo che lo Stato e il Ministero della Salute debbano garantire, tramite direttive, uniformità e disciplina per tutti i centri di eccellenza. Non deve essere il cittadino ad impazzire nella ricerca di informazioni e soluzioni, ma spetta allo Stato creare un sistema di prevenzione e informazione corretta, tale da garantire una soluzione definitiva e senza controindicazioni”.

Secondo gli ultimi dati, 40-50 su 100mila sviluppano il cancro al retto o al colon, per un totale di 50mila malati in Italia. La maggioranza dei pazienti, circa il 50% arriva dal medico in uno stadio intermedio, solo pochi sono coloro che se ne accorgono prima. Oggi grazie ad un intenso programma di screening e diagnosi precoce circa solo un terzo dei pazienti arriva in uno stadio ben più grave. Nel resto del mondo il carcinoma coloretale rappresenta una delle principali cause di morbosità e mortalità per neoplasia: si riscontrano quasi un 1 milione di nuovi casi l'anno nel mondo.

Allo stato attuale, nonostante questa neoplasia presenti elevati livelli di curabilità rispetto a quelle insorgenti in altri distretti dell'apparato digestivo, la sopravvivenza a 5 anni si attesta mediamente sul 40 - 50 %, potendo raggiungere l'80 - 90 % nelle forme precoci. Incidenza in aumento, mortalità in diminuzione.

Il 12% di tutte le morti per tumore negli uomini ed il 16 % nelle donne sono riferibili a neoplasie di questo distretto. Il carcinoma del grosso intestino ha una elevata incidenza nei paesi occidentali, vicina a quella del carcinoma gastrico e del carcinoma polmonare (nel sesso maschile), e del carcinoma mammario (nel sesso femminile). È ben dimostrata l'importanza di fattori costituzionali e genetici (es.: alta frequenza in alcune popolazioni rispetto ad altre, elevatissima incidenza nelle famiglie con individui portatori di poliposi familiare), come pure della qualità e quantità dei cibi ingeriti.

“Un'alimentazione povera di fibre vegetali - ha dichiarato **Pierpaolo Sileri** dell'Università Tor Vergata di Roma - può favorire l'insorgenza di un carcinoma del colon-retto (le fibre, dando luogo a un transito intestinale accelerato, diminuiscono il tempo di contatto della mucosa con eventuali carcinogeni), come pure una dieta ricca in grassi (colesterolo e suoi derivati: sostanze a potenziale carcinogenico); anche una dieta iperproteica è in grado di alterare la flora batterica del colon (prevale la crescita degli anaerobi, capaci di trasformare i sali biliari in carcinogeni, rispetto agli aerobi). Le localizzazioni prevalenti del cancro del colon (70% circa) sono il sigma e il retto”.

Aumenta ogni anno l'incidenza, il verificarsi di nuovi casi; ha numeri altissimi la prevalenza, l'insieme di tutti i casi esistenti in una popolazione, in un determinato momento. Quasi mezzo milione di persone ogni anno in Italia hanno diagnosi di tumore ed una cifra pari ad un terzo muore ogni anni per neoplasia. Il costo è pari a 16 miliardi di Euro in Italia.

“Fortunatamente aumenta il numero di coloro che si sono lasciati il cancro alle spalle - ha aggiunto Sileri - nel nostro Paese quasi 3 milioni di persone vivono con una precedente diagnosi di tumore, nel 2020 saranno circa 4 milioni 500 mila. Dati di estrema importanza per guidare le scelte di sanità pubblica, sia a livello nazionale sia regionale, per valutare l'impatto delle attività di prevenzione, di diagnosi precoce, di gestione delle complicanze e delle recidive, con l'obiettivo di strutturare al meglio l'offerta dei servizi. La sopravvivenza dopo la diagnosi di tumore rappresenta uno dei principali indicatori che permette di valutare l'efficacia del sistema sanitario nei confronti della patologia tumorale”.

GB: CHIRURGIA ESTETICA CON SOLDI PUBBLICI, ESPLODE LA POLEMICA

(AGI) - Londra, 6 lug. - E' polemica nel Regno Unito dopo che il Daily Mail ha rivelato come il servizio sanitario nazionale, l'Nhs, spenda ogni anno decine di milioni di denaro pubblico in chirurgia estetica, nonostante molte cure vengano negate a malati di cancro e di disturbi cronici in quanto ritenute "troppo costose". Lifting facciali, liposuzioni, aumento del seno e ricostruzioni nasali starebbero quindi, secondo le accuse del tabloid, "sperperando i soldi dei contribuenti", e il giornale e' andato a cercare anche numeri e cifre. Così, si viene a sapere, fra il 2012 e il 2013 sono stati effettuati dal National health service 1.137 lifting facciali, per una spesa di 8,5 milioni di sterline, operazioni al seno per 52,5 milioni di sterline (cresciute del 145% in dieci anni e non tutte ricollegabili alle ricostruzioni post-tumorali) e liposuzioni per 10 milioni di sterline, in aumento del 40% rispetto ai due anni precedenti. Come ricorda il Daily Mail, anche il ministro alla Salute Jeremy Hunt aveva da poco ricordato la necessita' di usare la chirurgia estetica a spese del contribuente solo in caso di "esigenze mediche". Per quanto riguarda i fondi "dirottati", il Daily Mail e gli altri tabloid del paese sono soliti riportare notizie di trattamenti salva-vita spesso negati in quanto ritenuti troppo costosi.

Bisogna diminuire le calorie, non sostituire le 'dolci' con le 'grasse'

Obesità, la colpa non è dello zucchero

■■■ Gli zuccheri semplici sono spesso considerati tra i nutrienti più specificamente responsabili dell'elevata frequenza di sovrappeso e di obesità in popolazioni come la nostra. Tuttavia, il dibattito su questi temi, nella comunità scientifica, rimane aperto, come dimostra la discordante letteratura scientifica pubblicata e la dibattuta bozza di aggiornamento delle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sull'assunzione di zucchero, sottoposta a consultazione pubblica conclusa il 31 marzo scorso, e su cui si attendono i risultati nel corso dell'estate. L'OMS sottolinea che una riduzione al di sotto del 5% delle calorie totali giornaliere avrebbe benefici aggiuntivi sulla salute dell'individuo rispetto al tetto attuale del 10% di apporto calorico giornaliero,

approvata nel 2002 dalla stessa OMS. In questo scenario Nutrition Foundation of Italy (NFI) ha ospitato presso la propria sede un dibattito a più voci sulle più recenti evidenze scientifiche in proposito alla luce dei trend di consumo – presenti Andrea Poli, Presidente, NFI - Nutrition Foundation of Italy, Franca Marangoni, Responsabile Ricerca NFI - Nutrition Foundation of Italy, Giuseppe Fatati, Presidente della Fondazione ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica) e Claudio Maffei, Professore di Pediatria all'Università di Verona – considerando che non esistono prove scientifiche certe che gli zuccheri svolgano un ruolo specifico nell'aumento del rischio di sovrappeso o obesità, se consumati con moderazione, come sembra già accadere in Italia. **(L. LUC.)**