



RASSEGNA STAMPA

26-09-2019

1. CORRIERE DELLA SERA SALUTE Si potrebbe risparmiare il 20% dei costi legati ai tumori
2. GIORNALE In aumento i tumori alla gola
3. LA STAMPA.IT Per chi è malato di tumore sono nate le reti oncologiche fra ospedali di diverse regioni
4. REPUBBLICA.IT La Lombardia rimborsa i test genomici per le pazienti con cancro al seno
5. ANSA Aglio e cipolla nel soffritto potrebbero proteggere dal tumore al seno
6. ANSA Test italiano scova nel sangue i primi segni di un tumore
7. SOLE 24 ORE Superticket e 3,5 miliardi alla Sanità
8. CORRIERE DELLA SERA SALUTE Terapia del dolore La legge la prevede ma lo fanno in pochi
9. SOLE 24 ORE Non cresciamo come prima, avanti sui farmaci innovativi
10. AVVENIRE Assistenza anziani, un milione di badanti e poco welfare
11. AVVENIRE «Salviamo la ricerca in Italia»: firmano in 13mila
12. REPUBBLICA Scienze Citazioni Gli scienziati italiani usano il trucco
13. CORRIERE DELLA SERA SALUTE La nuova frontiera della «guerra» sui vaccini
14. CORRIERE DELLA SERA Fine vita, sentenza storica
15. QUOTIDIANO SANITA' Suicidio assistito. Per la Corte Costituzionale non è reato se riguarda chi affetto da patologia irreversibile
16. GIORNALE Fertilità. La menopausa può attendere (ma va deciso entro i 30 anni)
17. AGI La resistenza agli antibiotici è diventata un'emergenza globale
18. CORRIERE DELLA SERA L'influenza arriva in anticipo
19. TEMPO La resistenza agli antibiotici è un'emergenza globale
20. ADN KRONOS Isolato a Parma primo virus influenzale della stagione
21. ADN KRONOS Sanità: batterio New Delhi, finora 102 casi tra pazienti in ospedale

SI POTREBBE RISPARMIARE IL 20% DEI COSTI LEGATI AI TUMORI

Ci sono diverse voci di spesa
su cui sarebbe possibile
e opportuno intervenire,
a cominciare da quella relativa
ai marker, usati spesso
in modo improprio
o francamente inutile

di **Giordano Beretta**

La sfida della sostenibilità sta mettendo a dura prova i sistemi sanitari nazionali. Si apre domani a Barcellona il congresso della Società Europea di Oncologia Medica (Esmo, European Society for Medical Oncology), che vedrà non solo la presentazione di nuovi e importanti studi su gravi neoplasie, ma anche un'aperta discussione fra oncologi, associazioni di pazienti e rappresentanti delle istituzioni sulle vie da seguire per garantire la sostenibilità dei sistemi.

La prevenzione primaria, cioè l'adozione di uno stile di vita sano (no al fumo, dieta corretta e attività fisica costante), è la migliore strategia per ridurre sia l'incidenza che la mortalità per cancro e per ottenere risparmi di risorse. Ma non basta.

È urgente individuare soluzioni per rendere più efficiente il modello di assistenza oncologica. Ogni anno, in Italia, il 20% dei costi per la cura del cancro, pari a circa 4 miliardi di euro, potrebbe essere risparmiato migliorando l'efficienza complessiva del sistema.

È infatti necessario far fronte a criticità urgenti che rischiano di compromettere la qualità dell'assistenza. Almeno il 15% degli esami è improprio. In particolare, i marcatori tumorali sierici, pur avendo un costo relativamente ridotto per singolo esame, determinano un rilevante impatto economico per l'estrema diffusione della richiesta nella popolazione sana. Questi test sono utilizzati in oncologia da più di 40 anni, ma oggi il loro uso sta diventando eccessivo rispetto al numero dei pazienti oncologici. Perché vengono impiegati a scopo diagnostico in persone non colpite dalla malattia.

In realtà, i marker tumorali sono indicati solo per il monitoraggio della terapia in atto e nel follow-up dei pazienti con diagnosi accertata di neoplasia, nei casi in cui sono previsti dalle linee guida. Vi sono, inoltre, terapie di non comprovata efficacia che costano ogni anno al sistema circa 350 milioni di euro e il peso delle visite di controllo è pari a 400 milioni.

Non solo. Le liste di attesa sono troppo lunghe e l'adesione ai programmi di screening è insufficiente soprattutto al Sud. Vanno superate le



differenze territoriali nell'assistenza, che ancora oggi alimentano le liste di attesa e le migrazioni regionali, costringendo una significativa percentuale di pazienti a spostarsi dal proprio domicilio.

Ogni anno, infatti, più di 90mila italiani (90.660) colpiti dal cancro sono costretti a cambiare Regione per curarsi. Un flusso che ha costi notevoli, quelli diretti (per visite mediche, farmaci, caregiver e viaggi) ammontano a circa 7 mila euro ogni anno per famiglia.

La svolta è rappresentata dalla reale istituzione delle reti oncologiche regionali, attive solo in Piemonte e Valle D'Aosta, Veneto, Toscana, Umbria, Liguria, Provincia autonoma di Trento, Puglia e Campania oltre che in Lombardia ed Emilia-Romagna, pur se con configurazioni differenti. La concreta realizzazione di questi network consentirà di migliorare i livelli di appropriatezza e di risparmiare risorse da utilizzare per velocizzare l'accesso ai farmaci innovativi.

In linea con l'appropriatezza è anche l'utilizzo dei test per individuare alterazioni molecolari che, se presenti in alcuni tumori, aprono la strada all'impiego di terapie mirate, che hanno dimostrato di migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza dei pazienti.

** Presidente eletto dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e responsabile dell'Oncologia medica di Humanitas Gavazzeni Bergamo*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In aumento i tumori alla gola

Il numero delle persone colpite da tumore alla gola nel prossimo decennio è destinato ad aumentare in maniera esponenziale. Il principale responsabile è il virus del papilloma umano (Hpv), un'infezione molto diffusa, trasmessa prevalentemente per via sessuale e nella maggior parte dei casi asintomatica. A lanciare l'allarme gli esperti internazionali coinvolti nel trattamento dei tumori dell'orofaringe. «Negli ultimi dieci anni i tumori orofaringei sono aumentati del 300%, soprattutto in relazione all'aumento di infezioni da Papilloma Virus responsabile, in Italia, del 40% dei casi, percentuale che sale all'85% negli Stati Uniti. Tuttavia ci aspettiamo un'ulteriore crescita di questi tumori legata al virus, poiché la prevalenza è 18 volte superiore rispetto al passato - spiega Giuseppe Spriano, responsabile Otorinolaringoiatria dell'Irccs Humanitas.

Harald Zur Hausen, vincitore del Premio Nobel per la Medicina nel 2008 per aver scoperto la correlazione tra virus e tumori, afferma: «All'inizio di questo secolo, quasi il 20% dell'incidenza globale del tumore è stata legata a vari tipi di infezioni, tra cui virus, batteri e parassiti. Oggi esistono crescenti evidenze che questa percentuale stia au-

mentando. Attualmente stiamo calcolando che il 50% di tutti i tumori ha alcuni collegamenti con eventi infettivi». L'aumento dell'incidenza di questi tumori sta alla base dell'attuale disponibilità in Italia della vaccinazione anti-HPV, che viene effettuata non solo per le femmine (già dal 2008), ma dall'anno scorso anche per i maschi a partire dagli 11 anni di età. «La vaccinazione oggi rappresenta l'arma di prevenzione più importante contro questi tumori, ma la copertura è ancora lontana da quella auspicata, soprattutto nei maschi che sono maggiormente colpiti dai tumori alla gola. La riduzione d'incidenza legata all'immunizzazione della vaccinazione richiederà comunque decenni e solo dopo il 2060 potremo assistere ad una diminuzione di questi tumori» afferma Spriano. I tumori della gola causati dall'HPV si presentano in soggetti più giovani rispetto ai casi di tumore da fumo. Fortunatamente oggi la possibilità di guarigione è più alta ed è possibile anticipare la diagnosi grazie anche ad una moderna tecnologia di cromoendoscopia digitale chiamata Nbi (Narrow Band Imaging), già utilizzata in vari ambiti endoscopici, che permette di distinguere il tessuto sano da quello sospetto per localizzazione tumorale».



<https://www.lastampa.it/salute/2019/09/02/news/per-chi-e-malato-di-tumore-sono-nate-le-reti-oncologiche-fra-ospedali-di-diverse-regioni-1.37363361>

Per chi è malato di tumore sono nate le reti oncologiche fra ospedali di diverse regioni

Iniziativa tesa a cancellare la differenze di trattamento, di tempi e di efficienza delle varie strutture. Al Sud ci si ammala meno

Qualche passo in avanti, grazie alla sensibilità di alcuni centri di cura del Sud, si comincia a vedere. Ma la migrazione sanitaria continua a rappresentare un problema rilevante per l'Italia, soprattutto nella cura dei tumori. Oltre che un elemento di forte disparità sociale: perché nel Mezzogiorno ci si ammala meno di cancro, ma si muore di più. Segno che c'è ancora molto da fare: dalla prevenzione primaria alla diagnosi precoce, dalla disponibilità di poter accedere ai trattamenti più efficaci per ogni singolo caso all'annosa questione delle liste di attesa. Tutti problemi che chi si ammala e chi cura questi pazienti conosce. E che possono essere facilmente comprensibili a tutti citando due numeri: (quasi) 91mila e settemila, pari agli italiani che ogni anno cambiano regione per curarsi e agli euro che le loro famiglie spendono per assecondare questa necessità.

Le reti oncologiche in Italia

Per far fronte a questa disparità - di fatto - di trattamento le istituzioni e la comunità scientifica hanno da tempo avviato l'istituzione delle reti oncologiche su base regionale. Si tratta dell'**organizzazione di un collegamento tra tutti gli ospedali che hanno un reparto di oncologia**, in modo da permettere a un paziente di essere curato nel modo più opportuno senza spostarsi dal proprio domicilio.

Il processo riguarda tutte le Regioni, anche se di fatto sono soltanto nove quelle in cui è già stato attuato: Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta, Veneto, Toscana, Umbria, Liguria, Provincia Autonoma di Trento, Campania e Puglia.

Seppur con una casistica differente e con alcune lacune ancora da colmare, in questi territori si cominciano a vedere i benefici di questa piccola rivoluzione: riduzione delle migrazioni sanitarie, accesso all'innovazione, punti di ingresso nella rete riconosciuti e vicino al domicilio del paziente, integrazione con la medicina del territorio e con il volontariato.

Un «gate» per accedere alle cure in tempi brevi

Le reti oncologiche rappresentano un'occasione per riconvertire la spesa sanitaria e favorire un miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle cure. La maggior capacità delle reti di intercettare la domanda si esplica con la disponibilità di punti di accesso riconosciuti sul territorio, vicini al domicilio del malato. «Nelle diverse reti possono assumere vari nomi, ma in ogni caso questi punti hanno compiti di informazione, accoglienza e prima diagnosi dei nuovi pazienti oncologici», ha affermato Oscar Bertetto, direttore del dipartimento interaziendale interregionale della rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, nel corso di un appuntamento organizzato dalla coalizione «All.Can Italia», per affrontare il tema della migrazione sanitaria in ambito oncologico.

«Il successivo step prevede l'invio dei pazienti ai centri clinici di riferimento, oltre al supporto nell'espletamento dei compiti amministrativi e gestionali». Si tratta, di fatto, di «gate» di accesso alle cure, cui segue il monitoraggio del percorso assistenziale in ogni struttura di riferimento. Nei punti di accoglienza, che devono essere diffusi sul territorio regionale e opportunamente indicati, il paziente deve avere modo di entrare in contatto con un team multidisciplinare: composto da un oncologo, da uno psicologo, da un infermiere, da un assistente sociale, da un operatore amministrativo e dai volontari delle associazioni dei pazienti.

Il ruolo dei Pdta

I vantaggi legati alla loro istituzione sono molteplici. Si va da un più alto tasso di adesione agli screening oncologici alla possibilità di curarsi a pochi chilometri da

casa, senza per questo intaccare le chance di guarigione. Fondamentale, in questo senso, è l'istituzione dei piani diagnostici e terapeutici assistenziali (Pdta): fondamentali per essere certi che non ci sia alcuna differenza nel trattamento della stessa malattia oncologica, tra il paziente in cura in Sicilia e lo stesso affidato a una struttura veneta. Al momento, la massima uniformità si ha per i tumori al seno e al polmone. Ma si sta lavorando alacremente per fare in modo che lo stesso approccio possa riguardare altre neoplasie piuttosto frequenti: come quelle del colon, della prostata e della vescica. I dati iniziano a dire che la sopravvivenza risulta più alta tra i pazienti colpiti da un tumore nelle regioni in cui sono attive le reti oncologiche.

Le reti per far crescere anche la ricerca

Le reti oncologiche sono considerate un'opportunità non soltanto per l'assistenza, ma anche per la ricerca. «Occorre garantire un sostegno economico, favorendo e incentivando le sinergie tra i ricercatori – dichiara Gianni Amunni, direttore generale dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (Ispro) di Firenze -. Va individuata un'infrastruttura comune per le sperimentazioni cliniche, in grado di promuovere la partecipazione a studi anche nelle realtà periferiche. I passi in avanti registrati negli ultimi anni sono stati compiuti grazie alla ricerca, che ha reso disponibili armi efficaci come le terapie a bersaglio molecolare e l'immunoterapia».

https://www.repubblica.it/dossier/salute/saluteseno/2019/09/25/news/la_lombardia_rimborsa_i_test_genomici_per_le_pazienti_con_cancro_al_seno-236901370/

La Lombardia rimborsa i test genomici per le pazienti con cancro al seno



È la prima Regione in Italia a garantire la rimborsabilità dei test, tra cui il test Oncotype DX, l'unico ad essere validato per predire i benefici della chemioterapia nelle singoli pazienti con tumore positivo ai recettori ormonali in stadio iniziale

LA LOMBARDIA ha approvato una delibera che prevede il rimborso dei test genomici per le pazienti con tumore al seno residenti nella Regione. In particolare per quelle pazienti con tumore invasivo della mammella positivo ai recettori ormonali e a rischio intermedio, in stadio iniziale. In alcuni casi, infatti, dopo l'intervento chirurgico e la terapia ormonale, le pazienti possono trovarsi nella condizione di dover ricevere alcuni cicli di chemioterapia adiuvante. Ma, in alcune condizioni, la chemioterapia può risultare inefficace e quindi può essere evitata, insieme ai suoi numerosi effetti collaterali. A dirlo è un test genomico di nome Oncotype DX che riesce a individuare le donne che possano trarre beneficio dalla chemioterapia e quelle per le quali, invece, non sarebbe necessaria. Si apre così una nuova era per personalizzare il

trattamento del tumore del seno.

Il test Oncotype

Il test è tra quelli inseriti nel Nomenclatore Tariffario Regionale e dal 1° settembre è disponibile per le pazienti idonee. Un procedimento analogo è anche in vigore nella Provincia di Bolzano mentre alcuni ospedali - come quelli di Chieti e Civitavecchia - forniscono gratuitamente ai loro pazienti il test facendosi carico dei costi. Oncotype è l'unico test validato per determinare la probabilità dei benefici della chemioterapia nei tumori al seno in stadio precoce: è eseguito su un piccolo campione di tessuto prelevato durante l'intervento chirurgico (biopsia) e analizza la biologia individuale del tumore alla mammella, in particolare l'attività di 21 geni presenti nel tessuto tumorale. I risultati dell'analisi vengono poi sintetizzati in una formula che indica un valore numerico: è proprio questo valore – compreso tra 0 e 100 – a fornire informazioni sull'utilità della chemioterapia per ogni singola paziente. La maggior parte delle donne - circa l'80% - che hanno un punteggio di Recurrence Score® ≤25 possono evitare di fare la chemioterapia, al contrario di quelle il cui punteggio è compreso tra 26 e 100, per le quali la chemioterapia può essere determinante. Sono questi i risultati dello studio TAILROx, il più grande studio clinico condotto finora nel setting adiuvante del carcinoma mammario in stadio iniziale, che ha incluso circa 10mila pazienti con tumore positivo ai recettori per l'estrogeno (ER+) e HER2 negativo, senza coinvolgimenti dei linfonodi.

Lo studio effettuato in Lombardia

La regione Lombardia non solo è la prima a rimborsare il test, ma nel 2018 è stata anche protagonista di uno studio - BONDx - in cui gli esperti hanno voluto valutare l'utilità del test su 400 pazienti con e senza interessamento dei linfonodi. Lo studio è stato effettuato su donne affette da un tumore della mammella, positivo ai recettori ormonali e in stadio iniziale, che sono state operate e selezionate dall'oncologo per ricevere una chemioterapia, considerata utile per ridurre il rischio di recidiva. "Dopo l'esecuzione del test - rivela Carlo Alberto Tondini, Direttore dell'Unità di Oncologia dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo - lo scenario si è notevolmente modificato ed è stato possibile osservare un cambiamento significativo della scelta di cura, con una riduzione netta di circa il 50% del ricorso alla chemioterapia.

Proiettando questi risultati a livello regionale - prosegue il medico - è stato calcolato che l'utilizzo del test consente di risparmiare circa mille chemioterapie all'anno nella

sola regione Lombardia. Quindi oltre a una diminuzione del numero di pazienti per le quali la chemioterapia risulterebbe efficace, va considerato il risparmio per il sistema regionale sul costo delle chemioterapie, notevolmente più alto del costo del test”.

Le principali linee guida internazionali

Il test genomico Oncotype DX è raccomandato dalle principali linee guida internazionali sul carcinoma mammario. È stato anche inserito nelle linee guida 2018 sulle neoplasie della mammella dell’Associazione Italiana di oncologia medica (AIOM), grazie ai significativi risultati emersi dallo studio TAILORx. Inoltre l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS) ha recentemente completato un’analisi dei dati della letteratura e pubblicato un report preliminare con i risultati (Health Technology Assessment o HTA), rilevando che l’uso dei test genomici nelle pazienti con tumore alla mammella in stadio precoce consentono di identificare le pazienti che potrebbero evitare la chemioterapia e che il mancato rimborso genera un problema di accessibilità. Nel report, che ha analizzato quattro test genomici, si legge: “L’unico studio controllato randomizzato che riporta, con un follow-up a 9 anni, una non inferiorità della sola terapia ormonale rispetto alla chemioterapia adiuvante in associazione con quella ormonale è lo studio TAILORx che ha utilizzato il test Oncotype DX Breast Recurrence Score.”

La speranza di introdurre il test nei LEA

“Mi auguro - afferma Riccardo Masetti, Presidente di Susan G. Komen Italia, l’organizzazione di volontariato nella lotta ai tumori del seno - che anche le altre Regioni adottino provvedimenti analoghi per evitare diseguità tra le donne italiane, garantire i migliori trattamenti oncologici e al tempo stesso assicurare ai sistemi assistenziali quei vantaggi economici che il test ha dimostrato di poter garantire”. La speranza è che venga valutata la possibilità di introdurre il test nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) consentendo così a tutte le donne, indipendentemente dalla regione di residenza, di ottenere la rimborsabilità.

<http://www.ansa.it>

Aglio e cipolla nel soffritto potrebbero proteggere dal tumore al seno

Studio, il segreto sarebbero le molecole sprigionate, come i composti organici solforati



Aglio e cipolla, ancora meglio se consumati insieme nel soffritto, potrebbero avere un potente effetto protettivo contro il cancro al seno. Il soffritto mangiato più di una volta al giorno riduce del 67% il rischio. Lo suggerisce uno studio condotto da Gauri Desai, epidemiologa della University at Buffalo (UB), condotto su una popolazione di quasi 800 donne portoricane, di cui 317 con diagnosi di tumore, le altre sane.

Già in passato alcuni studi hanno premiato il consumo di aglio, cipolla e altre piante della stessa famiglia (dal porro all'erba cipollina) come alleati nella prevenzione delle malattie, tra cui alcuni tumori. Ma per la prima volta ci si è concentrati sul cancro al seno, scegliendo la popolazione portoricana per due motivi: il primo è che il tasso di tumore al seno è molto più basso per le donne portoricane rispetto a quelle statunitensi e poi perché la loro tradizione gastronomica prevede il soffritto.

Gli epidemiologi hanno chiesto alle donne di compilare dettagliati questionari alimentari, specificando il consumo di aglio e cipolla e le quantità medie.

Ebbene, è emerso che consumarli riduce il rischio di ammalarsi di cancro al seno in modo dipendente dalla dose, ovvero più se ne consuma, maggiore la protezione dal tumore.

In particolare poi, scrivono gli autori, si è visto che "il consumo del soffritto, quando esaminato da solo, risultava inversamente associato al rischio di cancro; per le donne che ne facevano uso più di una volta al giorno, il rischio di cancro al seno era ridotto del 67% rispetto alle donne che non lo usavano".

Si pensa che i 'poteri segreti' del soffritto siano le molecole sprigionate nella sua preparazione come i 'composti organici solforati', quali l'alicina solo per fare un esempio.



25-09-2019

780.455

<http://www.ansa.it>

Test italiano scova nel sangue i primi segni di un tumore Basato su analisi Dna circolante per diagnosi 'superprecoce'

- ROMA, 25 SET - Un test genetico ideato in Italia potrebbe individuare con una semplice analisi del sangue il primo segno dell'arrivo di un tumore, prima ancora che questo inizi a manifestarsi. Lo spiega uno studio pubblicato su Cell Death & Disease da un gruppo internazionale di esperti coordinato dai ricercatori di Bioscience Genomics, spin-off partecipato dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata. Lo studio è basato su un algoritmo brevettato da Bioscience che usa il sequenziamento del Dna nell'individuazione delle alterazioni genetiche che precedono lo sviluppo del cancro in persone sane e asintomatiche. In questa ricerca sono stati analizzati, per un periodo da uno a 10 anni, campioni di sangue raccolti da 114 individui inizialmente tutti sani. "Si tratta di un primo importante passo nella strada verso una rapida applicazione clinica della genomica in oncologia - afferma Giuseppe Novelli, rettore dell'Università "Tor Vergata" e responsabile dello studio -. Ora sappiamo di avere a disposizione una solida tecnologia che permetterà il passaggio dal laboratorio alla pratica".

IL DOCUMENTO INVIATO ALLE REGIONI**Superticket e 3,5 miliardi alla Sanità**

La conferma dei 3,5 miliardi di euro complessivi di aumento del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2020 (+2 miliardi) e 2021 (+1,5 miliardi). L'addio al superticket e la revisione di tutto il sistema di compartecipazione dei cittadini con una graduazione degli importi in base a costo delle prestazioni e Isee. Questi i punti principali trattati nelle quindici «schede» in cui si articola il documento sul nuovo Patto per la salute 2019-2021 appena inviato dal ministero alle Regioni. Con il cambio di Esecutivo le trattative sul Patto - il documento che fissa le regole per il Ssn - si erano fermate. Ma ora il ministero guidato da Roberto Speranza prova ad accelerare. Nella bozza si affronta anche l'emergenza carenza medici parlando di «ulteriori flessibilità» per il nuovo tetto alle assunzioni Ssn fissato a primavera scorsa dal decreto legge Calabria. E c'è l'addio ai piani di rientro, con commissariamenti limitati «a situazioni di particolare gravità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Terapia del dolore

La legge la prevede
ma lo sanno in pochi
A chi rivolgersi
per ottenerla

di **Maria Giovanna Faiella**

16

La terapia del dolore deve essere garantita ma molti non lo sanno ancora

Il 15 marzo del 2010 è stata emanata la legge 38 sul dolore, considerata tra le più innovative a livello internazionale. A nove anni di distanza tuttavia più di un italiano su due è informato poco o nulla sulla sua esistenza e sui diritti che riconosce, come conferma una recente indagine

15

milioni le persone interessate dal dolore cronico in Italia

2 su 3

casi di dolore cronico nel nostro Paese vengono curati con medicinali antinfiammatori non steroidei (Fans)

65%

degli italiani intervistati non sa che le strutture sanitarie sono obbligate a misurare il dolore

di **Maria G. Faiella**

Convivere con il dolore cronico che dura da mesi, se non da anni, senza dare tregua: una condizione di sofferenza che accomuna circa 15 milioni di italiani; di questi, uno su tre non riceve le cure adeguate e continua a sopportarlo stoicamente.

Che sia per mal di schiena, emicrania, neuropatia o artrosi, fibromialgia o altre malattie ancora, ogni persona che soffre ha diritto ad avere la «terapia del dolore».

Lo sancisce la legge n. 38 del 2010 ma, a distanza di nove anni, più di un nostro connazionale su due ancora non lo sa, come evidenzia un'indagine dell'«Osservatorio volontario per il monitoraggio della terapia del dolore e delle cure palliative», che ha coinvolto circa 12 mila persone, condotta dalla Fondazione Gigi Ghirotti in collaborazione con la Fondazione Isal - Istituto scienze algologiche (si veda l'infografica).

Proprio per informare la popolazione sulla cura del dolore e i centri che se ne occupano, il 28 settembre si terrà l'iniziativa «Cento città contro il dolore», promossa dalla Fondazione

Isal (si veda l'articolo sotto). Dice il presidente, William Raffaelli: «Il messaggio è che il dolore non va sopportato ma curato; quando non può essere rimosso e diventa cronico, non è più un sintomo di qualcosa che non va, ma diventa esso stesso una malattia, al di là della patologia che l'ha provocato».

Ecco che cosa occorre sapere per far valere il proprio diritto a non soffrire. Il primo passo è parlare del dolore che si prova con i dottori, in ambulatorio, in ospedale, con il medico di medicina generale o il pediatra. Sembra scontato ma non lo è: secondo l'indagine dell'Osservatorio, una persona su tre non lo dice nemmeno al proprio medico di famiglia.

Che cos'è e chi può usufruirne?



A chiarirlo è la stessa legge: «L'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore».

Quindi la terapia del dolore non va confusa con le cure palliative, come purtroppo ancora oggi troppo spesso accade, che sono garantite quando la malattia non si può più curare.

È gratuita o si paga?

«Rientra nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario è tenuto a garantire a tutti, gratuitamente o pagando il ticket, se dovuto, su tutto il territorio nazionale» spiega Valeria Fava, del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva.

«Il primo diritto è la misurazione del dolore: i dottori hanno a disposizione strumenti come apposite scale per misurarlo, anche nei bambini, in modo da poterlo valutare e trattare adeguatamente, in base alla causa e all'intensità. Se non lo fanno, potete chiederlo» consiglia Fava. La legge stabilisce che le strutture sanitarie e i reparti ospedalieri sono tenuti a registrare nella cartella clinica la misurazione del dolore, e non solo.

«Vanno riportati tipo di dolore, evoluzione nel corso del ricovero, trattamenti utilizzati, risultati e, se il dolore non passa o non diminuisce, la terapia va rimodulata» sottolinea il presidente di FederDolore-Sicd (Società italiana dei clinici del dolore), Giuliano De Carolis. «Per il medico è un obbligo di legge curare il dolore e, se non lo fa, gli può essere imputato il reato di omissione. Ci sono già le prime sentenze in merito a favore di pazienti che hanno fatto ricorso ai giudici per vedere riconosciuti i loro diritti».

Dolore cronico: a chi rivolgersi?

Con la legge n. 38 e successivi provvedimenti è stata istituita la rete della terapia del dolore, cioè un sistema di assistenza organizzato sul territorio che si snoda a partire dalle cure primarie (ambulatori dei medici di famiglia e Aft-Aggregazioni territoriali funzionali).

Il primo punto di riferimento, quindi, è il

medico di famiglia, che può prescrivere diversi tipi di farmaci a seconda della causa e dell'intensità del dolore, dagli antinfiammatori non steroidei (Fans) fino agli analgesici oppiacei (si veda l'articolo a destra) oppure richiedere la visita specialistica presso un centro di terapia del dolore.

Quali sono i centri specializzati?

Inoltre, spiega De Carolis: «Esistono due tipi di centri specializzati nel trattamento del dolore, quelli ambulatoriali *spoke* (con almeno un anestesista dedicato alla terapia analgesica e un infermiere esperto) e i centri hub (con un'equipe di professionisti compreso lo psicologo) dove vengono inviati i pazienti con forme di dolore complesso per le quali sono disponibili trattamenti anche invasivi, come l'impianto di neurostimolatori. Il problema — sottolinea il presidente di FederDolore-Sicd — è che tanti ancora non sanno dell'esistenza di queste strutture e la legge è disattesa in molte aree del Paese».

Come avviene l'accesso?

Aggiunge Raffaelli: «Il 50-60 per cento dei pazienti che arrivano ai centri di terapia del dolore sono inviati dai medici di famiglia, gli altri giungono in modo casuale, grazie al passaparola, dopo anni di consulti, visite ed esami inutili nel 90 per cento dei casi, che ritardano le cure specialistiche».

La mancanza, a livello regionale, di un protocollo condiviso per gestire il paziente con dolore cronico è tra le maggiori criticità emerse dalla recente «Indagine conoscitiva sulle Reti di terapia del dolore» dell'Università della Calabria per il Ministero della Salute, che ha coinvolto 192 centri su 365 contattati.

La gestione della terapia del dolore è organizzata soprattutto nelle strutture *spoke*, cui si accede tramite il centro unico di prenotazione nella maggior parte dei casi.

Quante visite sono state fatte?

Nel 2017, nei 192 centri censiti sono state effettuate quasi 600mila visite algologiche, di cui circa 133mila prime visite. La quasi totalità dei centri pratica procedure antalgiche mini-invasive, soprattutto infiltrazioni intra-articolari, blocchi regionali spinali, cateterismi periferici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Non cresciamo come prima, avanti sui farmaci innovativi»

L'INTERVISTA

MASSIMO SCACCABAROZZI

Per il presidente Farindustria sono evidenti i segnali di rallentamento

Da rivedere i tetti di spesa e vanno rifinanziati i fondi per le terapie innovative

Marzio Bartoloni

«Il ritmo di crescita per la prima volta dopo tanti anni comincia a rallentare. Per noi questo è un primo segnale di allarme». Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria, non è preoccupato («sono ottimista per natura»), ma dopo un decennio che ha visto la farmaceutica macinare record - +22% la produzione, +117% l'export e il primato per numero di occupati - già nella seconda metà del 2018 la lunga fase di crescita della produzione si è arrestata e quest'anno i dati sono ancora altalenanti (-0,2% a gennaio-luglio, ma con un +0,5% solo a luglio). «È vero che non si può sempre crescere a due cifre, ma questo è un dato che ci lascia pensare, anche perché gli altri Paesi non stanno a guardare, e quando si è primi poi si finisce sotto attacco. C'è molta competizione: ricevo continui inviti alle nostre aziende per investire all'estero soprattutto nei Paesi emergenti»

Serve una nuova governance

Il rallentamento dei ritmi di crescita della produzione non dipende solo da fattori esterni, come i dazi o la concorrenza agguerrita: «Abbiamo bisogno di chiarezza sulla governance a partire dalla revisione dei due tetti di spesa farmaceutica che non sono adeguati perché quella ospedaliera è sottodimensionata e quella convenzionata è sovradimensionata, basterebbe travasare le ri-

sorse dove servono senza toccarle. Su questo le Regioni sono già d'accordo e mi aspetto che si riparta da qui». La necessità di «ammodernare» la governance di farmaci e dispositivi medici è uno dei capitoli del Patto per salute che Regioni e ministero della Salute affronteranno già dalla prossima settimana. «Noi - continua Scaccabarozzi - la nostra parte l'abbiamo fatta: negli ultimi 5 anni tra payback e altre voci legate agli accordi negoziali abbiamo restituito al Ssn 8,5 miliardi, senza questi fondi credo che molte Regioni oggi sarebbero in piano di rientro». Da qui l'appello al Governo Conte e al nuovo ministro della Salute, Roberto Speranza («ci siamo già sentiti e abbiamo sottolineato entrambi che la prima cosa è la salute dei cittadini») per aprire un «dialogo» sul futuro del settore: «Ho sempre detto che ogni Governo è giusto che si faccia la sua di verità però è importante che senta le verità di tutti, compresa la nostra, per prendere la decisione migliore. Sarebbe un peccato mettere a rischio questo patrimonio industriale che negli anni della crisi è stato uno dei settori che ha sostenuto l'economia del paese».

La scommessa dell'innovazione

Il dialogo con il Governo secondo Farindustria è necessario anche perché il mondo delle cure si trova nel pieno di una vera rivoluzione: «Ci sono 16mila farmaci in sviluppo e 7mila in fase clinica e oltre il 40% sono personalizzati, nell'oncologia le terapie su misura sono addirittura il 70% e in molti casi sostituiranno altri tipi di cura riducendo i costi dell'ospedalizzazione. Ecco nel medio lungo periodo bisogna studiare una strategia che non consideri le voci di spesa come silos a sé stanti, ma con un approccio che metta insieme tutto. Se un farmaco come il Car T, che ha un costo alto, può far risparmiare giorni di ospedale bisogna tenerne conto». L'esempio più evidente è nell'oncologia: «Qui la spesa in farmaci è raddoppiata, ma quella complessi-

va contro i tumori è calata dell'11% l'anno con un risparmio di 250 milioni». Un fronte, quello dell'innovazione, su cui Scaccabarozzi si aspetta l'impegno del Governo a rifinanziare nella prossima manovra i due fondi da 500 milioni l'uno destinati ai farmaci innovativi e a quelli innovativi oncologici: «Me lo aspetto, anzi mi auguro che la dotazione diventi strutturale anche perché il ministro ha dichiarato che la sanità non deve essere aggredita da tagli. Questi due fondi sono stati due segnali importantissimi per far vedere all'estero che l'Italia è un Paese che scommette sull'innovazione e che cerca di far arrivare ai pazienti le nuove terapie».

Industria 4.0 e green

Il nuovo Governo promette in manovra di confermare gli incentivi per industria 4.0 e di puntare sugli investimenti green. «Siamo pronti. La nostra è ormai una industria 4.0 sotto tutti gli aspetti - avverte il numero uno di Farindustria -, se siamo riusciti a crescere così tanto negli ultimi anni è proprio perché abbiamo puntato su tecnologie digitali nella produzione che ci hanno reso competitivi con altri Paesi dove magari i costi sono più bassi. Dal punto di vista green anche qui siamo un benchmark nel panorama industriale italiano: in dieci anni abbiamo ridotto del 74% le emissioni e del 54% i consumi energetici».

Le nomine all'Aifa

Tra le prime incombenze del nuovo ministro Speranza c'è la nomina del presidente dell'Agenzia del farmaco: «Vogliamo un'Aifa forte con cui dialogare, ci aspettiamo che alla sua guida ci siano persone che con grande senso di responsabilità tutelino in primis la salute dei cittadini ma anche un settore cruciale per l'economia del Paese».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



UNA RICERCA DELL'UNIVERSITÀ MILANESE

Assistenza anziani, un milione di badanti e poco welfare

L'Osservatorio Long Term Care della Bocconi: al Nord presenza diffusa di servizi pubblici e privati ma al Sud la cura degli "over 65" non autosufficienti è soprattutto a carico delle famiglie

L'Italia invecchia ma lo Stato non investe abbastanza in servizi di assistenza. E così le famiglie, spesso con l'aiuto dalle associazioni di volontariato, si fanno carico degli anziani non autosufficienti spendendo energie, tempo e denaro. Il *welfare* pubblico non copre i costi dei ricoveri in strutture residenziali e il Paese è nettamente diviso tra Nord e Sud dove si manifesta uno sbilanciamento tra prestazioni erogate e presenze di badanti da una parte e *caregiver* familiari dall'altra. Ed è un trend che si rafforza, a giudicare dai risultati del secondo "Osservatorio Long Term Care" sull'innovazione e il cambiamento del settore realizzato dal Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (Cergas) dell'Università Bocconi di Milano. Uno studio da cui risulta che dal 2013 al 2016 gli "over 65" non in grado di badare a se stessi sono aumentati del 46% mentre il tasso di copertura del bisogno (cioè il numero di anziani raggiunti da servizi residenziali e diurni) è rimasto stabile, passando dal 10,4 al 10,2%. I servizi pubblici (e privati) disponibili, dunque, non riescono a ancora a fornire una risposta adeguata ai bisogni e-

sistenti. La conseguenza è che il numero di badanti nel 2018 ha superato il milione mentre gli ospiti delle Rsa (Residenze socio-assistenziali) sono circa 287mila ogni anno. «Emerge una forte necessità di rivedere i modelli di servizio e ricercare soluzioni innovative» sottolinea la ricerca del Cergas.

Ma nella realtà il quadro resta drammatico. In diverse aree del Paese sono insufficienti e poco radicati sul territorio sia il numero delle strutture pubbliche che la presenza degli addetti privati all'assistenza che raggiungono tra il 14 e il 30% della popolazione "over 75" non autosufficiente. In regioni come Molise, Basilicata, Sicilia, Puglia, Calabria, Abruzzo e Campania il peso della cura è fortemente sbilanciato sulle famiglie. Al centro-nord invece si riscontra una rete più strutturata di presenze delle badanti che arriva a coprire dal 41 al 65% del fabbisogno. Accade in Valle d'Aosta, Umbria, Toscana, Sardegna, Lazio, Friuli, Liguria ed Emilia-Romagna. In altre regioni, infine, il comparto pubblico è esteso e diffuso come la presenza di badanti: in Veneto, Piemonte, Trento e Lombardia, infatti, i due servizi forniscono una copertura che supera il 70%. Anche nel settore dell'assistenza agli anziani è un'Italia a due velocità. E l'innovazione? Nei 5 anni indagati è limitata al 10%. Servono, dunque, nel settore, meno tagli e più investimenti di Stato centrale, Regioni ed enti locali.

Fulvio Fulvi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GLI SCIENZIATI

«Salviamo la ricerca in Italia»: firmano in 13mila

Un manifesto per salvare la ricerca biomedica in Italia firmato da premi Nobel, ricercatori e da ieri anche da chiunque riconosca il valore di tale ricerca per il progredire della scienza e delle conoscenze mediche. La petizione lanciata da *Research4Life* è stata presentata nei giorni scorsi a Milano da diversi esponenti del mondo della ricerca tra cui Silvio Garattini, presidente dell'Istituto Mario Negri, e in breve ha già raccolto 13.500 adesioni. «La ricerca in Italia è fortemente penalizzata a tutti i livelli. Non soltanto perché stanno ormai scomparendo le risorse, ma anche perché vengono messe delle barriere burocratiche che impediscono di fare quello che si fa in altri Paesi». Con questo appello, i firmatari richiedono che sia modificata la legge italiana in tema di sperimentazione animale, adeguandola alla normativa europea, sia per un maggior equilibrio tra le esigenze della ricerca scientifica e quelle della protezione degli animali, sia per evitare la procedura d'infrazione a cui l'Italia rischia di andare incontro. «Nel nostro Paese si usano 500mila animali all'anno in tutta la ricerca biomedica, che non significa soltanto farmaci, ma anche dispositivi biomedici, come ad esempio i peacemaker, così come tutta la sicurezza alimentare», spiega il direttore di *Research4Life* Giuliano Grignaschi. «In altre nazioni, come la Germania, se ne usano 2 milioni e in Inghilterra 4». E spingono inoltre perché siano aumentati i finanziamenti: in Italia solo l'1,38% del Pil è investito in quest'ambito, quando la Ue ha stabilito che entro il 2020 la spesa da destinare alla ricerca sia pari al 3% del Pil. Alle associazioni ambientaliste che li accusano di scarsa trasparenza rispondono che sarà presto presentato al Ministero, il protocollo «Transparency agreement», dove avranno visibilità numeri, tipologie di animali e luoghi in cui si effettua la sperimentazione. (Anna Sartea)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Numeri Utili

di **Marco Cattaneo**

Citazioni Gli scienziati italiani usano il trucco

È passato quasi un secolo da quando l'espressione "publish or perish" - pubblica o muori - è apparsa in un contesto accademico. Era il 1928, e da allora è diventata il simbolo della pressione a cui sono sottoposti i ricercatori per pubblicare articoli e progredire nella carriera. Da qualche decennio, però, la pressione si è fatta insostenibile. E dalle nostre parti - con la riforma Gelmini e l'introduzione dell'Anvur, l'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca - è diventata strumento cruciale, e molto discusso, per l'assegnazione della quota premiale del Fondo di finanziamento ordinario. La riforma, approvata nel 2010, ha ridisegnato il sistema universitario, portando a una sanguinosa riduzione dei fondi di ricerca. Ma come hanno osservato Alberto Baccini, Giuseppe De Nicolao ed Eugenio Petrovich su Roars (Return on Academic ReSearch, associazione che si occupa di politiche della ricerca), l'impatto della ricerca italiana è aumentato. Lo certifica un rapporto stilato nel 2016 da "SciVal Analytics" per il governo britannico, secondo il quale l'impatto delle citazioni delle

pubblicazioni italiane ha superato quello Usa, collocandosi al secondo posto dietro il Regno Unito. Ma c'è il trucco. E i tre ricercatori (un economista, un ingegnere e un filosofo, delle Università di Siena e di Pavia) lo hanno smascherato in un articolo su Plos One, introducendo l'indice di Inwardness: autoreferenzialità. Misura quante citazioni ricevute da un paese provengano dal paese stesso, sia che si tratti di autocitazioni o di «club citazionali», vale a dire gruppi che citano lavori reciproci. Dall'introduzione della riforma l'indice è passato, per l'Italia, dal 20% a poco più del 30, proiettandoci al primo posto nelle graduatorie internazionali. L'analisi, confermata da Ludo Waltman, dell'Università di Leida, è finita anche sulle pagine di Nature. Ed evidenzia un problema dei criteri di valutazione, tanto più critici in un periodo di ristrettezze finanziarie. Lorenzo Fioramonti, neoministro dell'Università e della ricerca, ha dichiarato di voler mettere la scienza al centro dello sviluppo del paese. Si potrebbe cominciare dalla legge Gelmini.

L'autore



Marco Cattaneo, fisico e giornalista, è direttore di Le Scienze, National Geographic e Mind.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'editoriale

La nuova frontiera della «guerra» sui vaccini

di **Luigi Ripamonti**

Negli Stati Uniti quattro genitori su dieci sono propensi a cambiare pediatra se quello a cui si rivolgono abitualmente riceve nel suo studio anche bambini non vaccinati. Non solo, tre su dieci ritengono che i pediatri dovrebbero chiedere a madri e padri di cercare un altro medico per i loro figli se si rifiutano di farli vaccinare.

A rivelarlo è un sondaggio su poco più di 2 mila coppie con almeno un figlio minore. Un campione relativamente esiguo quindi, presumibilmente non rappresentativo della popolazione genitoriale americana, ma nondimeno rivelatore di una tendenza inedita.

Siamo di fronte a una nuova forma di segregazione? Invece degli autobus con i posti diversi per le persone di colore le strutture sanitarie per i bambini non vaccinati? E poi magari le classi differenziali, come si usava una volta anche in Italia quando il concetto di inclusione era ancora di là dall'essere partorito? Vengono i brividi.

Però si può provare anche a rovesciare la prospettiva. Il timore delle persone intervistate è che un virus, e ce ne sono, che può resistere per qualche ora in un ambiente, compreso un gabinetto medico dove è più facile che sia presente, possa contagiare il loro figlio ancora troppo piccolo per essere vaccinato, oppure impossibilitato a ricevere la vaccinazione per altri motivi, per esempio una malattia grave. Proviamo a metterci nei loro panni: vogliono difendere i loro figli tanto quanto i genitori dei bambini non vaccinati vogliono poter portare

i loro dal pediatra, pur rivendicando il diritto di proteggerli dagli eventuali rischi che ritengono possa arrecar loro una vaccinazione. Dove sta il diritto prevalente? Ai giuristi la sentenza.

A chi fa informazione, sui giornali, in televisione, sui social network, ai medici stessi, invece, la responsabilità di farla correttamente. Se i toni sul discorso vaccinale sono diventati aspri e talvolta violenti lo si deve non solo ai propalatori di fake news ma anche a un'ignoranza più diffusa di quel che si pensi, persino fra «addetti ai lavori».

Ho sentito dire a un medico che le mamme che non vaccinano i figli sono da capire perché «i vaccini possono avere effetti collaterali». Al di là dell'ovvia considerazione che qualsiasi intervento medico (e non solo) non può essere del tutto esente da possibili risvolti indesiderati, chi sostiene che il bilancio costo/beneficio dei vaccini è nettamente a favore dei benefici lo fa basandosi su una mole di dati enorme, non su qualche opinione. Chi lavora nella sanità, a maggior ragione se pubblica, dovrebbe preoccuparsi di dirlo ai genitori e, già che ci siamo, trasmettere loro il concetto che Eula Biss, giornalista (e mamma) americana ha ben sintetizzato in *Vaccini e altre immunità* (Ponte alle Grazie): «Ho capito che l'immunità è uno spazio condiviso, un giardino di cui ci prendiamo cura insieme». Vogliamo farci tutti carico di spiegarlo oppure preferiamo delegare questo compito solo a mamme come Tania Cagnotto, intervistata a pagina 13?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Consulta fissa le condizioni per il suicidio assistito. Esulta Cappato. Monsignor Forte: sconcertati

Fine vita, sentenza storica

«Lecito aiutare a morire in casi come quello di Dj Fabo, ma no ad abusi»

«Non punibile», a determinate condizioni (come nel caso del Dj Fabo), chi agevola il suicidio assistito. Così la Corte costituzionale che parla di scelta «autonomamente e liberamen-

te» presa dal paziente che sopravvive grazie a «trattamenti di sostegno vitale e affetto da patologia irreversibile». La Corte sollecita poi l'intervento del Parlamento. alle pagine 2, 3 e 5

La decisione della Consulta: «Sul fine vita ora serve una legge»
Cappato rischiava 12 anni per il caso Dj Fabo: «Siamo tutti più liberi»

Apertura al suicidio assistito

Le reazioni

Beppino Eglaro:
«Una grande svolta»
Salvini: «Io contrario,
la vita è sempre sacra»

ROMA «Da oggi siamo tutti più liberi, anche chi non è d'accordo», esulta Marco Cappato, esponente dei Radicali, che rischiava fino a ieri 12 anni di carcere, imputato per l'aiuto al suicidio di Fabiano Antoniani, Dj Fabo per gli amici e per tutti, oramai. Dopo due giorni di camera di consiglio la Corte costituzionale ha dichiarato «non punibile» chi «agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli». Tradotto: il suicidio assistito, «a determinate condizioni», è lecito. Durissima la reazione della Cei: i vescovi italiani esprimono «sconcerto» e «distanza» dalla sentenza. «La preoccupazione maggiore — spiega — è relativa alla spinta culturale implicita che può derivarne per i soggetti sofferenti a ritenere che chiedere di porre fine alla propria esistenza sia una scelta di dignità». La Chiesa italiana chiede ora per gli operatori sanitari «la libertà di scelta», ovvero la garanzia dell'obiezione di coscienza. Marco Cappato era accanto a Dj Fabo il 27 febbraio 2017,

nella clinica svizzera Dignitas, quando Fabiano morì dopo avere morso un pulsante che immise nel suo corpo un liquido letale. Il giorno dopo si autodenunciò ai carabinieri. Così per l'articolo 580 del Codice penale (aiuto o istigazione al suicidio) Cappato, difeso dagli avvocati Filomena Gallo e Vittorio Manes, è finito imputato davanti alla Corte d'assise di Milano, che ha però poi sollevato la questione della punibilità alla Consulta. La Corte costituzionale già l'anno scorso aveva dichiarato incostituzionale l'articolo 580 e aveva dato tempo al Parlamento fino al 24 settembre 2019 per fare una legge sul fine vita. Ma il termine, due giorni fa, è scaduto e così ieri i giudici sono tornati a solleccitare «un indispensabile intervento del legislatore».

«Grazie a Cappato, è stato un pioniere», il commento di Beppino Eglaro, il padre di Eluana. «È il momento di agire — promette la senatrice pd Monica Cirinnà — il ddl a mia prima firma appena depositato va nella direzione indicata dalla Corte». Ma il leader della Lega Matteo Salvini non ci sta: «Sono contrario al suicidio di Stato, la vita è sacra».

Fabrizio Caccia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=77181

Suicidio assistito. Per la Corte Costituzionale non è reato se riguarda chi affetto da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche intollerabili

In attesa di un indispensabile intervento del legislatore la Corte ha subordinato la non punibilità al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua (articoli 1 e 2 della legge 219/2017) e alla verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente.



25 SET - “La Corte Costituzionale ha ritenuto non punibile ai sensi dell’articolo 580 del codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli”.

Lo si legge nella nota diffusa questa sera dall’Ufficio stampa della Corte Costituzionale al termine della camera di consiglio riunita per esaminare le questioni sollevate dalla Corte d’assise di Milano sull’articolo 580 del Codice penale riguardanti la punibilità dell’aiuto al suicidio di chi sia già determinato a togliersi la vita.

“In attesa di un indispensabile intervento del legislatore – si legge ancora nella nota - la Corte ha subordinato la non punibilità al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua (articoli 1 e 2 della legge 219/2017) e alla verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente”.

La Corte sottolinea che “l’individuazione di queste specifiche condizioni e modalità procedurali, desunte da norme già presenti nell’ordinamento, si è resa necessaria per evitare rischi di abuso nei confronti di persone specialmente vulnerabili, come già sottolineato nell’ordinanza 207 del 2018”.

“Rispetto alle condotte già realizzate, il giudice valuterà la sussistenza di condizioni sostanzialmente equivalenti a quelle indicate”, conclude la nota.

FERTILITÀ

La menopausa può attendere (ma va deciso entro i 30 anni)

*Niente pillole né ormoni
Basta farsi congelare
un ovaio da giovani:
il tessuto verrà
reimpiantato a 50 anni
salvando ossa e pelle*

*La tecnica per ora
viene utilizzata
per dare la possibilità
di concepire alle
pazienti in terapia
oncologica*

Gioia Locati

La menopausa può attendere. Dieci o vent'anni, forse anche di più. E senza assumere ormoni o altre pillole magiche. Basta farsi congelare un ovaio da giovani. Poi, anticipando l'insorgere dei primi disturbi, poco prima dei 50 anni, ci si fa reimpiantare il proprio tessuto ovarico che avrà la stessa giovinezza, ossia lo stesso numero di follicoli, dell'età in cui lo si era crioconservato. A quel punto il sistema ormonale «inverte la rotta» e la donna si ritrova con le caratteristiche femminili che credeva perdute: il ciclo mestruale riprende la sua regolarità, la pelle torna compatta, le ossa non rischiano più pericolose fratture. Un

lungo stop anche a quei «cambiamenti» che molte di noi mal sopportano, dalle scalmate all'insonnia, all'irrequietezza.

In teoria, ma anche nella pratica, è tutto fattibile. La tecnica nasce per preservare la fertilità delle bambine e delle ragazze giovani che si sottopongono a chemio e radioterapia e, con questa finalità, la si adotta da diversi anni (alcune di loro, terminate le cure, sono diventate mamme). Ma, appunto, si tratta di giovani donne cui il normale ciclo riproduttivo è stato definitivamente compromesso poiché alcuni chemioterapici distruggono la funzionalità ovarica.

ELISIR IN LAPAROSCOPIA

Ora, invece, la stessa solu-

zione è proposta in via sperimentale anche a chi desidera fermare l'orologio biologico. La prima a mettere sul mercato l'elisir chirurgico è la clinica Profarm di Birmingham, in Inghilterra, che ha già crioconservato il tessuto ovarico di nove donne fra i 22 e i 36 anni. Tra i fondatori della clinica vi è Simon Fishel, presidente dell'Uk Care Fertility Group. Fu lui a seguire in vitro la fecondazione che ha portato al-



la nascita di Natalie Brown, sorella della prima bimba nata in provetta, Louise.

L'intervento non è invasivo, si esegue in laparoscopia per una cifra compresa fra i 7mila e i 12mila euro. Va detto che non si sa cosa succederà quando queste prime sperimentatrici, prossime alla menopausa naturale, si ritroveranno a fare i conti con un sistema ormonale che «ha fatto marcia indietro». Si sentiranno a loro agio in un corpo «maturo» sollecitato dagli input ormonali di quando avevano trent'anni?

Abbiamo chiesto delucidazioni a Raffaella Fabbri, ricercatrice all'Università Alma Mater di Bologna, considerata una delle pioniere della crioconservazione ovarica. «Siamo stati i primi a mettere a punto la tecnica per dare alle giovani pazienti oncologiche un'opportunità in più rispetto al congelamento degli ovuli». Oggi la criobanca dell'Unità di Ginecologia e Fisiopatologia del Sant'Orsola di Bologna è la più ampia d'Italia, custodisce i tessuti di 900 pazienti. A Torino se ne contano 250, mentre i centri di Milano (San Raffaele) e Palermo custodiscono un numero minore di tessuti.

«La tecnica si è affinata - spiega Fabbri - Agli inizi si pre-

levava solo una parte della corticale dell'ovaio, quella che contiene i follicoli. Oggi si è visto che asportando l'ovaio si ha a disposizione più tessuto. E, a differenza del congelamento degli ovuli, si torna fertili a lungo, non solo il tempo necessario a dar luogo a un concepimento».

L'intervento avviene prelevando l'ovaio in laparoscopia con un'anestesia generale. «Una volta in laboratorio, il tessuto è suddiviso in striscio-line che vengono congelate singolarmente in azoto liquido a -196 gradi. In questo modo il reimpianto si può ripetere, anche a distanza di anni: ogni porzione di tessuto possiede un numero di follicoli limitato a seconda dell'età del prelievo. Se l'intento è quello di iniziare una gravidanza, si posiziona il tessuto sul residuo dell'ovaio asportato, sempre in laparoscopia. Se invece la paziente non cerca immediatamente un figlio ma desidera la ripresa del ciclo mestruale è sufficiente posizionare il tessuto nel sottocute dell'addome».

Per quanto tempo si ritorna fertili? «Fino all'esaurimento dei follicoli, può essere due-tre come cinque anni. Ciò che fa la differenza è l'età in cui si preleva l'ovaio. L'età

migliore è entro i 30 anni; dopo i 35-36 anni è opportuno contare i follicoli con un'ecografia, per non alimentare false speranze. Con ogni paziente bisogna tener conto di tutte le caratteristiche individuali, le variabili sono tante».

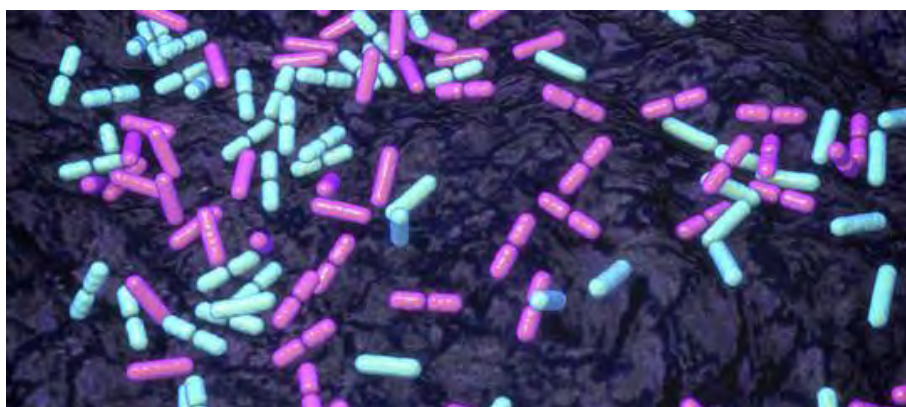
IN FUTURO

In ospedale al momento vengono trattati solo giovani in terapia oncologica e i reimpianti avvengono dopo pochi anni. Ma idealmente non c'è limite: i tessuti congelati sono eterni. In teoria, anche se finora non è mai stato fatto, possono anche aiutare a rallentare la vecchiaia. In strutture private potrebbero accedere alla tecnica anche giovani donne in carriera che desiderano posticipare la maternità. Al momento, grazie alla fertilità congelata sono nati circa 200 bambini nel mondo. «A Bologna due, uno l'anno scorso e uno quest'anno, figli, rispettivamente di una trentacinquenne e di una trentenne. Le giovani si erano entrambe ammalate di linfoma all'età di 29 e di 21 anni, erano state informate della possibilità di crioconservare l'ovaio dai medici dei loro ospedali, il Civili di Brescia e il Gemelli di Roma. Ora sono mamme e non in menopausa».

<https://www.agi.it/salute/>

La resistenza agli antibiotici è diventata un'emergenza globale

La diffusione di 'super-batteri' resistenti a gran parte degli antibiotici conosciuti, deve essere affrontata con le giuste risorse. L'appello dell'Istituto Superiore di Sanità



Il fenomeno dell'**antibioticoresistenza**, ossia la diffusione di 'super-batteri' resistenti a gran parte degli antibiotici conosciuti che prosperano grazie alla "selezione naturale" favorita dall'abuso di antibiotici, è un'emergenza globale, che va affrontata con un lavoro comune di tutti i soggetti coinvolti, ma anche con risorse adeguate. È la sintesi dell'intervento di **Silvio Brusaferrò**, presidente dell'**Istituto Superiore di Sanità**, in audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera.

"Ormai da molti anni a livello internazionale - ha ricordato l'esperto - è stato individuato questo tema come elemento di pericolo globale. L'Ue si è impegnata in maniera forte con un piano specifico dal 2011 in poi e con monitoraggi periodici. Un'emergenza ribadita anche lo scorso 14 giugno da un voto all'unanimità del consiglio europeo dei ministri della Salute, che hanno sottolineato l'importanza di un'azione sinergica, di un approccio **one health**, cioè affrontare il problema da tutti i punti di vista".

Anche perché l'antibioticoresistenza, ha aggiunto Brusaferrò, "non è solo un problema umano, non si risolve solo riducendo gli antibiotici all'uomo, ma riguarda anche il mondo veterinario,

gli allevamenti, l'agricoltura, l'impatto ambientale". Per affrontarlo servono risorse: "L'Ocse in un suo recente policy brief - ha detto il presidente dell'Iss - sottolinea che interventi anche molto contenuti di 2 o 3 dollari per persona per anno possono portare a salvare migliaia di vite umane, 9-10mila solo in Italia, e anche un ritorno economico".

Un 'etilometro' nasale fiuterà i batteri e ci eviterà gli antibiotici quando non servono

Proprio la scorsa settimana nella sede romana dell'Istituto "si sono riuniti rappresentanti di tutti i 28 paesi, con 40 partner, per fare il punto sugli obiettivi al 2020 e a che punto siamo". L'Italia ha varato un piano nazionale considerato dagli esperti "tra i più completi e ambiziosi, proprio perché affronta il problema con un approccio one health, in tutte le sue articolazioni, e coinvolge tutti gli attori, dall'ambiente agli aspetti economici e industriali. L'Italia ha degli **elementi di positività**: ci sono delle buone pratiche diffuse nel Paese, ci sono esperienze di successo nell'uso prudente dell'antibiotico, ci sono professionisti preparati. Dobbiamo fare in modo che le buone pratiche siano adottate anche in situazioni più critiche, e che diventi una cultura diffusa".

Il tema, infatti, è anche culturale: "L'antibiotico ha una valenza di sanità pubblica. Usarlo risolve i problemi dell'individuo ma impatta sull'ecosistema, presente e futuro. Si diffonde nell'ambiente. Deve essere usato con attenzione. Non può essere usato come si usa un integratore. Il punto culturale è che viene considerato come una panacea, come un'aspirina, e modificare questa percezione è molto complesso. Informare e formare è estremamente importante, ma è altrettanto importante che il cittadino riceva messaggi coerenti da tutti gli attori, dal medico al farmacista fino al vicino di casa".

In ogni caso, ha concluso, "pur con un consumo di antibiotici significativamente diversi tra regioni si registra un trend generale al calo, si vede che la corretta informazione comincia a fare effetto". L'ambizione dell'Italia, che in Europa è tra i paesi con la situazione più preoccupante. "È uscire dal colore rosso acceso nelle mappe europee sull'antibioticoresistenza e migrare verso arancione e auspicabilmente giallo e verde, con i paesi più virtuosi. Raggiungere paesi come l'Olanda entro il 2021 lo ritengo improbabile, ma è realistico cercare di ottenere miglioramenti significativi".

L'influenza arriva in anticipo Già isolato il primo virus

Il caso a Parma. «Attesi 6 milioni di malati»

I tempi

I programmi vaccinali iniziano il 15 ottobre
I medici consigliano di non ritardare

di **Adriana Bazzi**

Non è finito settembre, fa ancora abbastanza caldo, eppure è stato isolato il primo virus influenzale in Italia: lo hanno trovato i ricercatori di Parma in una bambina di sei anni. Si tratta di un virus B, uno dei quattro che circoleranno nella prossima stagione, non uno dei peggiori, comunque. Questa notizia ci potrebbe far ipotizzare un anticipo anche dell'epidemia, ma tutto dipenderà dalle condizioni meteorologiche, perché l'innescò del contagio, nella classica epidemia stagionale, è favorito dal freddo, persistente. Quello che di solito si presenta da Natale in poi. Ma questo «anomalo» isolamento manda un messaggio chiaro: è bene vaccinarsi il prima possibile contro l'influenza.

I programmi vaccinali partono dalla metà di ottobre e molti procrastinano la vaccinazione («tanto c'è tempo!») ma quest'anno sarebbe bene non ritardare.

«I virus in circolazione nella prossima stagione saranno quattro — commenta Matteo Bassetti, neo-eletto presidente Sita, la Società italiana di terapia antinfettiva e ordinario di Malattie infettive all'università di Udine, in trasferimento all'università di Genova —. Due di tipo A (si chiamano A-H1N1 e A-H3N2). E due di tipo B: il B Colorado e il B Phuket».

I vaccini disponibili, costruiti, secondo le indicazioni

dell'Oms, in base a quello che succede nell'inverno dell'emisfero australe che anticipa il nostro, dovrebbero proteggere dalla loro aggressione.

Gli esperti prevedono che le persone colpite dall'influenza, quella «vera» saranno almeno sei milioni nella prossima stagione. Più o meno come negli ultimi anni. Ma temono l'aggressività del virus A-H3N2 che colpisce soprattutto gli anziani. Questo virus lavora in sinergia con un batterio, lo pneumococco, che provoca complicazioni polmonari nei pazienti.

La parola d'ordine, dunque, è «vaccinarsi». Il prima possibile. A tutte le età. E infatti Bassetti è un fautore della «vaccinazione universale». Per tutti, a prescindere.

A questo punto servono due precisazioni. La prima. Non è sempre detto che quello che sembra influenza lo sia davvero. Ci sono almeno 262 altri tipi di virus che provocano le cosiddette sindromi simil-influenzali (compresa la cosiddetta «influenza di pancia» con sintomi gastrointestinali), favorite soprattutto dagli sbalzi di temperatura. E queste sindromi si possono manifestare sin da ora.

La seconda è un ammonimento sull'uso degli antibiotici. «Spesso si prescrivono antibiotici anche in caso di una malattia virale come l'influenza — commenta Bassetti —. Non solo sono inutili, ma contribuiscono a creare batteri resistenti. Che è poi difficile combattere». Oggi l'emergenza batteri resistenti è la vera «epidemia» mondiale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'allarme dell'Istituto Superiore di Sanità

«La resistenza agli antibiotici è un'emergenza globale»

Tema anche culturale

«Medicine da usare con attenzione

Non da prendere con leggerezza»

■ Il fenomeno dell'antibioticoresistenza, ossia la diffusione di «super-batteri» resistenti a gran parte degli antibiotici conosciuti che prosperano grazie alla «selezione naturale» favorita dall'abuso di antibiotici, è un'emergenza globale, che va affrontata con un lavoro comune di tutti i soggetti coinvolti, ma anche con risorse adeguate. È la sintesi dell'intervento di Silvio Brusaferrò, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, in audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera. «Ormai da molti anni a livello internazionale - ha ricordato l'esperto - è stato individuato questo tema come elemento di pericolo globale. L'Ue si è impegnata in maniera forte con un piano specifico dal 2011 in poi e con monitoraggi periodici. Un'emergenza ribadita anche lo scorso 14 giugno da un voto all'unanimità del consiglio europeo dei ministri della Salute, che hanno sottolineato l'importanza di un'azione sinergica, di un approccio "one health", cioè affrontare il problema da tutti i punti di vista».

Anche perché l'antibioticoresistenza, ha aggiunto Brusaferrò, «non è solo un problema umano, non si risolve solo riducendo gli antibiotici all'uomo, ma riguarda anche il mondo veterinario, gli allevamenti, l'agricoltura, l'impatto ambientale». Per affrontarlo servono risorse: «L'Ocse in un suo recente policy brief - ha detto il presidente dell'Iss - sottolinea che interventi anche molto contenuti di 2 o 3 dollari per persona per anno possono portare a salvare migliaia di vite umane, 9-10mila solo in Italia, e anche un ritorno economico».

Proprio la scorsa settimana nella sede romana dell'Istituto «si sono riuniti rappresentanti di tutti i 28

paesi, con 40 partner, per fare il punto sugli obiettivi al 2020 e a che punto siamo». Proprio l'Italia ha varato un piano nazionale considerato dagli esperti «tra i più completi e ambiziosi, proprio perché affronta il problema con un approccio "one health", in tutte le sue articolazioni, e coinvolge tutti gli attori, dall'ambiente agli aspetti economici e industriali. L'Italia ha degli elementi di positività: ci sono delle buone pratiche diffuse nel Paese, ci sono esperienze di successo nell'uso prudente dell'antibiotico, ci sono professionisti preparati. Dobbiamo fare in modo che le buone pratiche siano adottate anche in situazioni più critiche, e che diventi una cultura diffusa».

Il tema, infatti, è anche culturale: «L'antibiotico ha una valenza di sanità pubblica. Usarlo risolve i problemi dell'individuo ma impatta sull'ecosistema, presente e futuro. Si diffonde nell'ambiente. Deve essere usato con attenzione. Non può essere usato come si usa un integratore. Il punto culturale è che viene considerato come una panacea, come un'aspirina, e modificare questa percezione è molto complesso. Informare e formare è estremamente importante, ma è altrettanto importante che il cittadino riceva messaggi coerenti da tutti gli attori, dal medico al farmacista fino al vicino di casa». In ogni caso, ha concluso, «pur con un consumo di antibiotici significativamente diversi tra regioni», si registra un «trend generale al calo, si vede che la corretta informazione comincia a fare effetto».

Pin.Ser.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



<https://www.adnkronos.com>

Isolato a Parma primo virus influenzale della stagione



Influenza a settembre. Il primo virus della stagione, di specie B, è stato identificato a Parma da un tampone faringeo di una bambina di 6 anni ricoverata nel reparto di Pediatria generale e d'urgenza dell'azienda ospedaliero-universitaria. La piccola paziente - riferiscono dall'ateneo di Parma - era stata ricoverata con febbre e mal di gola riferita a una generica affezione dell'apparato respiratorio, per la quale non era stato formulato un sospetto clinico di influenza.

Il virus influenzale è stato invece isolato ieri da Flora De Conto e Maria Cristina Arcangeletti e dai loro collaboratori, nei Laboratori di Virologia molecolare e isolamento agenti virali dell'Unità operativa complessa di Virologia dell'Aou parmigiana, guidata da Adriana Calderaro, direttore della Scuola di specializzazione in Microbiologia e virologia e afferente al Dipartimento di Medicina e chirurgia dell'università. Soltanto lunedì, la stessa équipe ha effettuato la diagnosi tempestiva di un caso di Dengue in un altro paziente pediatrico italiano, di ritorno da un viaggio nel Sud-Est asiatico.

"L'impiego di tecnologie molecolari avanzate, in sinergia con metodi colturali convenzionali, in uso all'Uoc di Virologia dell'Aou di Parma - sottolinea l'ateneo - ha permesso una diagnosi rapida di infezione da virus influenza B. Il virus influenza B, così

come il virus influenza di specie A, causa infezione e malattia nell'uomo con circolazione ed episodi epidemici ricorrenti e generalmente collocati nella stagione invernale nei Paesi a clima temperato".

"VIRUS NON SOLO D'INVERNO, SERVONO CONTROLLI PRECOCI" -

L'isolamento già a settembre del primo virus influenzale della stagione 2019-2020 "è rilevante anche dal punto di vista epidemiologico: dimostra che la circolazione dei virus influenzali non è strettamente limitata alla sola stagione invernale, e ribadisce la necessità di attuare da parte degli specialisti controlli puntuali e di applicare metodi diagnostici sofisticati in grado di permetterne il rilevamento in maniera precoce e accurata". Lo spiegano gli esperti dell'università e dell'azienda ospedaliero-universitaria di Parma.

"L'elevata variabilità dei virus influenzali, con possibilità di riassortimento genico favorito dal loro genoma segmentato - sottolineano gli specialisti - rende necessario un elevato grado di attenzione da parte degli scienziati specializzati in ricerche su tali agenti e del personale sanitario che si occupa del loro monitoraggio e della diagnosi, per la possibile emergenza di ceppi virali con nuove caratteristiche antigeniche, in grado di sostenere episodi epidemici di più vaste dimensioni e anche vere e proprie pandemie".

"PRIMI CASI SPORADICI, CON IL FREDDO SCATTERA' L'EPIDEMI" -

L'isolamento a Parma del primo virus della stagione influenzale "è spia di come ormai la capacità diagnostica e di sorveglianza in Italia sia diventata tanto sensibile da individuare prontamente i primi casi sporadici. Quando la temperatura diventerà stabilmente più rigida, scatterà l'epidemia stagionale". A commentare così all'AdnKronos Salute l'identificazione del primo virus influenzale è Fabrizio Pregliasco, virologo dell'università degli Studi di Milano, che per quest'anno stima "6 milioni di italiani colpiti dall'influenza. Una stagione intermedia, dunque, che però non è in anticipo. C'è ancora tutto il tempo per aderire alla campagna vaccinale che ormai è alle porte".

"La biologia molecolare dovrà verificare le caratteristiche di questo virus B, che secondo quanto abbiamo visto nell'emisfero australe sarà coprotagonista della stagione insieme ai virus A, preponderanti. Proprio i virus A sono quelli che preoccupano di più noi medici, perché sono quelli che possono creare più problemi negli anziani", conclude Pregliasco.

<https://www.adnkronos.com>

Sanità: batterio New Delhi, finora 102 casi tra pazienti in ospedale

Saccardi in Consiglio: "Regione tempestiva nel mettere in atto tutte le misure necessarie"

Firenze, 25 set. (AdnKronos Salute) - "La Regione Toscana ha individuato immediatamente il batterio New Delhi nei pazienti degli ospedali toscani e messo in atto con tempestività tutte le misure necessarie per fronteggiarlo. Non abbiamo sottovalutato neanche per un minuto ciò che stava accadendo, e la struttura regionale si è mossa con i tempi e le procedure previste dall'Oms e dal Ministero. Nessun ritardo, dunque, e il Ministero si è mosso proprio a seguito delle segnalazioni della Regione Toscana". E' quanto ha detto stamani l'assessore al diritto alla salute Stefania Saccardi, in una comunicazione al Consiglio Regionale sul batterio New Delhi diffuso negli ospedali toscani. I batteri Ndm sono stati isolati finora nel sangue di 102 pazienti; i casi sono risultati letali nel 37% dei pazienti con sepsi. Nella comunicazione, l'assessore Saccardi ha ricordato che il fenomeno dell'antibiotico resistenza e' un problema globale. Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) - ha ricordato - stima che nel 2015 nei Paesi dell'Unione Europea si siano verificati più di 670.000 casi di infezioni da germi antibiotico-resistenti. I dati di Eurosurveillance 2014-2017 dicono che in Italia, in tutte le regioni, siamo di fronte a una diffusione endemica di queste infezioni. E gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (Cre), come il New Delhi, sono tra i batteri multiresistenti più problematici perché presentano una resistenza estesa alla maggior parte degli antibiotici e hanno la capacità di diffondersi rapidamente a livello delle strutture assistenziali e di causare infezioni invasive gravate da elevati tassi di letalità (in media attorno al 40%). Detto questo, però, "la psicosi che si è creata non ha ragion d'essere", ha chiarito l'assessore: "I comuni cittadini non corrono nessun rischio nel nostro territorio. La Klebsiella (batterio intestinale che può attivare meccanismi di antibioticoresistenza; uno di questi meccanismi è il New Delhi, ndr) è un batterio che vive comunemente nell'intestino dell'uomo ed è un cosiddetto patogeno opportunisto, cioè un microrganismo che non infetta, a meno che non siano presenti condizioni particolari, come un abbassamento delle difese immunitarie. Non devono essere messe in atto strategie specifiche per la prevenzione dello sviluppo di batteri Ndm se non le comuni regole igieniche della vita quotidiana e l'uso corretto degli antibiotici". "Se vogliamo quindi usare il termine "superbatterio" - ha precisato Saccardi - dobbiamo dire che in Italia, basandoci su dati probabilmente sottostimati, troviamo un "superbatterio" ogni tre emocolture di Klebsiella. Parliamo di migliaia di casi in Italia ogni anno". Di fronte al New Delhi, la Regione si è mossa con tempestività, ha informato l'assessore: "Il sistema di monitoraggio delle resistenze antibiotiche in Regione Toscana (rete Smart: Sorveglianza microbiologica e dell'antibioticoresistenza Rete Toscana) è attivo da anni ed è considerato tra i più performanti, e la Toscana è identificata come una delle tre regioni (con Campania ed Emilia-Romagna) ad aver attivato da alcuni anni un proprio sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza che coinvolge tutti o una elevata percentuale dei laboratori ospedalieri e dunque capace di fornire dati di popolazione utili a promuovere il monitoraggio e azioni di contrasto a livello locale". Grazie a questo sistema, la Toscana è stata subito in grado di rilevare i casi, identificando i portatori al momento del ricovero in ospedale. Il problema è stato riportato immediatamente al Tavolo regionale Pncar (Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza) a partire dal marzo 2019, a seguito della segnalazione da parte di alcune Microbiologie, e, conseguentemente, sono state allertate le direzioni sanitarie. E' stato avvertito il Ministero ed è stata costituita un'Unità di crisi regionale, tuttora attiva, della quale fanno parte professionisti esperti in materia di infezioni correlate all'assistenza, che ha prodotto indicazioni che sono state anticipate alle aziende interessate e successivamente formalizzate nel decreto del luglio scorso. Indicazioni che riguardano lo screening, la gestione dei pazienti, i protocolli terapeutici, i criteri per la diagnostica microbiologica, la pulizia ambientale. E' stato inoltre creato un database regionale per i casi di Ndm (New Delhi Metallo-beta-lactamase). "La concentrazione di casi

nell'Area vasta Nord Ovest - ha informato ancora Stefania Saccardi - corrisponde all'andamento tipico di questo tipo di infezioni, che si diffondono a partire da un'area geografica. Casi di Ndm, in minor numero, sono presenti anche in altri ospedali della Toscana, così come in molti ospedali del resto d'Italia". Quanto ai decessi, ha ribadito che "non è possibile definirne con esattezza la correlazione con l'infezione, perché questa agisce come concausa, che interviene su condizioni cliniche generalmente già estremamente compromesse, quindi stabilire un nesso causale diretto nella maggior parte dei casi non è possibile, il database costituito a livello regionale rappresenta la base per la realizzazione dell'indagine epidemiologica già avviata avvalendosi di Ars". Il monitoraggio aggiornato sul sito dell'Ars - Come ogni mercoledì dall'11 settembre scorso, stamani l'Ars, Agenzia regionale di sanità, ha pubblicato sul suo sito il monitoraggio aggiornato dei casi di New Delhi negli ospedali toscani. Tra novembre 2018 e il 22 settembre 2019, i batteri Ndm sono stati isolati nel sangue di 102 pazienti. I casi sono risultati letali nel 37% dei pazienti con sepsi, percentuale paragonabile alla letalità per questa condizione causata da altri batteri resistenti agli antibiotici carbapenemici. Questi i dati del monitoraggio nelle due settimane precedenti. 11 settembre: 75 casi, 40% di decessi; 18 settembre: 90 casi, 40% di decessi.