Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

12-GEN-2016
da pag. 22
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

I DATI SUI TUMORI

Terra dei Fuochi: emergenza bimbi

di **Margherita De Bac**

Aumento di bambini ricoverati per tutti i tumori nel primo anno di vita, eccesso di «incidenza e di ricoverati per tumori del sistema centrale nervoso tra uno e 14 anni»: sono i dati choc dell'Iss.

alle pagine **22** e **23** **Ripamonti**

Emergenza bambini nella Terra dei Fuochi: «I tumori già a 1 anno»

Non trarre conclusioni affrettate Molti aspetti sono ancora da indagare
I ricercatori

ROMA I bambini più vulnerabili sono quelli che vivono in zone povere e socialmente degradate, dichiarano l'Organizzazione mondiale della sanità e diversi organismi scientifici con indagini sempre più dettagliate. Una conferma viene dal rapporto dall'Istituto superiore di sanità (Iss) sullo stato di salute della Terra dei Fuochi, disseminata di discariche illegali, rifiuti che potrebbero costituire un'ulteriore causa di malattia per l'uomo.

Nell'aggiornamento dei dati raccolti fino allo scorso anno la novità riguarda la popolazione infantile. Aumento di bambini ricoverati per tutti i tumori nel primo anno di vita, eccesso di «incidenza e di ricoverati per tumori del sistema centrale nervoso tra uno e 14 anni». Queste le criticità riportate nella sintesi dello studio epidemiologico coordinato da Loredana Musmeci, il progetto «Sentieri». La responsabile del dipartimento che si occupa delle interferenze ambiente-salute però aggiunge: «Non arriviamo a conclusioni affrettate. Molti aspetti della questione vanno indagati. Ad esempio allargare lo studio a tutti i Comuni dell'area incriminata, oltre ai 55 elencati dalla legge del 2014».

La senatrice dei 5 Stelle Paola Nugnes è invece perentoria nelle sue affermazioni: «Nessun dubbio tra inquinamento ambientale e cancro e eccessi di mortalità, il governo intervenga con urgenza. Non serve aspettare».

In realtà non esiste l'evidenza scientifica che sostanze cancerogene contenute nei rifiuti vengano trasmesse attraverso l'ingestione di alimenti contaminati e producano danni all'organismo. Nelle conclusioni gli epidemiologi chiariscono infatti che i fattori ambientali «potrebbero essere causa o concausa» di mortalità e patologie.

I ricercatori ritengono necessario un «approfondimento perché mentre l'associazione tra smog e disturbi respiratori nell'infanzia è ampiamente documentata, è al momento difficile individuare le cause ambientali dei tumori infantili». Gli esperti non escludono che l'esposizione a «emissioni e rilasci dei siti di smaltimento e combustione illegale possano aver svolto un ruolo».

Musmeci precisa: «Bisogna considerare il degrado generale del territorio, la condizione economica e la precarietà dello stato sanitario. Mancanza di prevenzione, cattiva alimentazione, stili di vita errati della donna nella delicata fase della gravidanza hanno effetti negativi. Parliamo inoltre di una realtà dove la vita media è più corta di due anni rispetto al resto d'Italia».

Il lavoro dell'Istituto superiore di sanità conferma l'aumento di mortalità, patologie e ricoveri nella popolazione adulta. Come nella prima stesura, quella del 2014, viene ribadita con forza la necessità di bonificare il terreno dai rifiuti tossici.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

12-GEN-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

Domande e risposte

Servono o no esami a tappeto Da dove viene il pericolo

L'oncologo: test specifici utili soltanto se aumentano i casi rari

Nelle case

L'acqua che arriva nelle abitazioni è senza rischi, ma ci si può informare sui controlli eseguiti negli acquedotti

Come dovrebbe comportarsi chi abita nella «Terra dei Fuochi» o in zone vicine, dopo l'aggiornamento dei dati dell'Istituto superiore di sanità sull'incidenza di tumori nell'area?

Lo abbiamo chiesto al professor Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana Oncologia Medica, e anche direttore dell'Oncologia Medica Irccs di Reggio Emilia.

1 Un padre di famiglia con figli piccoli che cosa dovrebbe fare? Sottoporre i bambini, se stesso e sua moglie a esami clinici a ritmi serrati?

In generale direi che non ha senso. Prendiamo l'esempio di chi vive in un territorio per il quale è nota la contaminazione da asbesto: a queste persone non si consiglia di fare una Tac ogni tre mesi, piuttosto gli si spiegano i sintomi a cui deve stare attente e solo in casi sospetti si avviano le indagini diagnostiche. Diverso potrebbe essere l'atteggiamento nel caso si siano verificati *cluster*, cioè accumuli, dello stesso tipo di tumore in territori molto ristretti.

2 Non potrebbe essere utile monitorare qualche situazione particolare?

Ci si potrebbe pensare nel caso si riscontrasse, in un territorio, un incremento significativo di tumori rari riconducibili a contaminanti, oppure di tumori non rari in assoluto ma infrequenti in determinate fasce di età. Per esempio, se in una zona si verificasse un'incidenza anomala di sarcomi — che fra le loro cause riconoscono la diossina — varrebbe la pena condurre un approfondimento mirato e probabilmente anche un programma di sorveglianza sulla popolazione. Altro caso può essere, sempre per fare un esempio, una ricorrenza di tumori del polmone in ventenni non fumatori, quindi di un cancro frequente, ma di sicuro non a quell'età.

3 I tumori infantili sono fra quelli che sono aumentati di più: neppure in questi casi vale la pena tentare una diagnosi precoce?

In generale va detto che si tratta di aumenti significativi ma per tumori comunque rari. In secondo luogo valgono le riflessioni già fatte: ha senso piuttosto valutare con più attenzione sintomi non spiegabili altrimenti come, per esempio, l'insorgenza di disturbi dell'equilibrio, mal di testa, infezioni ricorrenti.

4 Perché sono aumentati in particolare i tumori cerebrali nei bambini?

Perché gran parte delle sostanze smaltite abusivamente sono liposolubili e quindi si diffondono con facilità nell'encefalo, che è un organo molto «grasso».

5 Da dove arrivano le sostanze cancerogene? Dall'aria, dall'acqua, da ciò che si mangia? Può servire stare con le finestre chiuse o bere soltanto acqua in bottiglia?

Chiudere le finestre dubito che serva, perché l'inquinamento dell'aria arrivava proprio dai «fuochi» con cui si bruciavano i rifiuti tossici e mi risulta che non sia più quello il problema. L'interrogativo riguarda invece le falde acquifere e l'inquinamento dei terreni. Per quanto riguarda l'acqua il problema non dovrebbe sussistere, perché gli acquedotti che portano l'acqua nelle case provengono da zone non inquinate. Comunque, per sicurezza, non conoscendo i singoli casi, posso suggerire di prendere informazioni sui controlli degli acquedotti che servono le proprie abitazioni. Per quanto riguarda l'alimentazione, invece, il discorso è più complesso perché bisognerebbe conoscere la provenienza di ciascun cibo, ma non credo che possa provenire da terreni già individuati come inquinati. È importante infine proseguire con i carotaggi per definire esattamente il grado di contaminazione delle falde.

Luigi Ripamonti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 374.064
Diffusione 10/2015: 262.723
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

12-GEN-2016
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

IL RAPPORTO / L'ISS: INCIDENZA OLTRE LA MEDIA GIÀ A UN ANNO DI VITA, DECESSI IN AUMENTO IN TUTTA LA POPOLAZIONE

Terra dei fuochi, più tumori anche nei neonati

STELLA CERVASIO
GIUSEPPE DEL BELLO

NAPOLI. Più morti, più tumori, più bambini, perfino neonati di un anno che si ammalano. L'allarme di ieri, solo l'ultimo in ordine di tempo, arriva dall'autorevole Istituto superiore di Sanità. Che, a margine del report, raccomanda: «Risanate l'ambiente e cessino immediatamente le pratiche illegali di smaltimento e combustione dei rifiuti».

È la tragedia ambientale della Terra dei Fuochi, un'area che fino a due anni fa comprendeva 55 comuni della Campania. Qui smaltimenti illegali, discariche abusive, rifiuti tossici, veleni industriali sepolti e ritrovati sarebbero almeno in parte responsabili dei danni alla salute e della mortalità. Ma ora l'area di monitoraggio si è si è allargata fino a comprendere 88 comuni.

L'allarmante dato è contenuto nell'aggiornamento al monitoraggio epidemiologico del rapporto dell'Iss, quello che prende origine dallo "Studio Sentieri". Impressiona il dato sull'infanzia. Per i bambini l'aggiornamento registra «un eccesso di incidenza dei tumori fino a 14 anni e anche da 0 a 19». Sempre nella fascia adolescenziale, l'incidenza dei ricoveri rivela un numero maggiore a causa dei tumori del sistema nervoso centrale. E questo accadrebbe sia nella provincia di Napoli che in quella di Caserta, mentre di leucemia risulterebbero vittime più che altro i minori della Terra di Lavoro.

Una sezione dello studio si riferisce a 322 casi osservati nel periodo 1996-2010. Di questi, i tumori del sistema nervoso centrale sono stati 51, il 29 per cento in più rispetto alla media dell'Italia meridionale. Nel gruppo dei linfomi, 150 i casi sotto la lente di ingrandimento e 81 le leucemie, sempre nella zona interessata dagli sversamenti illegali. Nel primo anno di vita, nella Terra dei Fuochi di area napoletana il rapporto registra 97 bambini ricoverati per patologie oncologiche, con una incidenza in eccesso del 15 per cento. Anche le leucemie dimostrerebbero una percentuale maggiore di quella del Sud Italia.

Loredana Musumeci dirige il Dipartimento Ambiente e prevenzione primaria dell'Iss: «Il nostro è stato solo un aggiornamento previsto dalla legge 6 del 2014 — spiega — Si confermano dati già divulgati. Infatti abbiamo solo ribadito: l'inquinamento ambientale è una possibile causa o concausa di questo aumento dell'incidenza. Per poter avvalorare questa ipotesi il successivo step sarà l'analisi di uno o due comuni al massimo: solo allora potremo dire se è l'inquinamento che fa morire di più».

Mario Fusco, direttore del Registro tumori della Asl Napoli 3 Sud, l'autorità territorialmente più informata sul tema, commenta critico: «Ancora una volta manca un'analisi epidemiologica accurata e mirata su microaree geografiche. Tengo a ribadire che finora la prima causa di eccesso di mortalità oncologica è il mancato accesso alle cure e la qualità carente dei protocolli».

Alla conclusione che collega cause presunte a effetti, non siamo ancora giunti, dice l'esperto: «Morire o sopravvivere in alcune zone, dipende anche da dove ci si cura. Una cosa è l'istituto tumori, un'altra è una struttura privata dove manca l'esperienza oncologica».

Fusco non esclude il rischio ambientale: «Non lo nego, ma il tumore è la patologia con il maggior numero di fattori di rischio. Di certo non c'è solo quello che deriva dall'inquinamento. Il reale indicatore — spiega — è l'incidenza oncologica.

Abbiamo già cominciato sulle microaree e con la geolocalizzazione dei siti di smaltimento illegale segnalati dall'Arpac: a febbraio i primi dati».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

55
I COMUNI
Nella prima fase lo studio ha analizzato 55 comuni campani

0-14
LE ETÀ
Anche neonati e adolescenti nel mirino del report Iss

322
I CASI
Tumori tra 2006 e 2010 osservati in una parte dello studio

150
I LINFOMI
Sono i linfomi che hanno colpito gli abitanti della zona

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 160.969
Diffusione 10/2015: 120.031
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

12-GEN-2016
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Più vittime e tumori» Il nuovo allarme sulla Terra dei Fuochi

▶Il rapporto dell'Istituto superiore della Sanità dopo i dati su 55 Comuni dell'area campana. Emergenza bambini

MORTALITÀ SUPERIORE ALLA MEDIA. LA FASCIA PIÙ COLPITA QUELLA DAI NEONATI AI 14ENNII «STOP IMMEDIATO ALLE PRATICHE ILLEGALI»

LA RILEVAZIONE

NAPOLI Nei Comuni della provincia di Napoli e Caserta, tristemente noti come Terra dei fuochi per lo smaltimento illegale dei rifiuti, si muore di più, si registrano più ricoveri e ci si ammala molto di più di tumore. E l'allarme riguarda in primo luogo i bambini: già nel primo anno di vita vengono colpiti da vari tipi di cancro molto più frequentemente rispetto alla media. La conferma arriva dall'aggiornamento del progetto Sentieri (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento) per i 55 Comuni della Terra dei Fuochi. Il Rapporto riguarda 32 Comuni della provincia di Napoli e 23 della provincia di Caserta.

«ECCO LE PATOLOGIE»

Secondo Loredana Musmeci, prima firmataria del rapporto dell' Istituto Superiore di Sanità e direttore del dipartimento Ambiente e prevenzione dello stesso organismo, si tratta di dati che devono essere approfonditi: «È vero che il rapporto, per la prima volta, ha fatto un focus sulla salute dei bambini - ha spiegato - ma si tratta di dati che devono essere approfonditi e sviluppati. È come se avessimo guardato il territorio da un elicottero». Le patologie oggetto dello studio sono state indagate utilizzando tre indicatori: la mortalità, i ricoveri ospedalieri (disponibili per tutti i 55 Comuni in esame) e l'incidenza dei tumori (disponibile per 17Comuni della Provincia di Napoli, quelli serviti dal registro tumori). La mortalità generale «è in eccesso - si legge nel rapporto - rispetto alla media regionale, in entrambi i gruppi di Comuni, sia tra gli uomini che tra le donne». Varie le neoplasie per le quali si registra un maggiore rischio in queste aree: tumore maligno dello stomaco, del fegato, del polmone, della vescica, del pancreas, del rene e della mammella.

«MALFORMAZIONI CONGENITE»

Ma l'allarme riguarda innanzitutto i più piccoli. Un «quadro critico», per l'Istituto. Che afferma: «Eccesso di bambini ricoverati nel primo anno di vita per tutti i tumori ed eccessi di tumori del sistema nervoso centrale nel primo anno di vita e nella fascia di età 0-14 anni sono stati osservati in entrambe le province» di Napoli e Caserta». L'Isituto sottolinea pure «un'elevata prevalenza alla nascita di malformazioni congenite in aree caratterizzate anche dalla presenza di siti di smaltimento illegale di rifiuti pericolosi». Un altro aspetto preoccupante in relazione alla salute infantile, rileva l'Istituto, è però anche la deprivazione socioeconomica, con i bambini che vivono in zone povere che risultano i più vulnerabili. Una situazione critica, già evidenziata nei precedenti rapporti, che impone di correre ai ripari. I risultati del piano di sorveglianza epidemiologica hanno infatti evidenziato un «carico di patologie, nell'area in esame, per il quale le esposizioni a emissioni e rilasci dei siti di smaltimento e combustione illegale dei rifiuti possono avere svolto un ruolo causale o concausale». Da qui la necessità, rileva l'Istituto superiore di sanità di una «implementazione del risanamento ambientale e l'immediata cessazione delle pratiche illegali di smaltimento e combustione dei rifiuti con il ripristino della legalità del ciclo dei rifiuti»

LE REAZIONI

«Usciremo da questa emergenza anche per difendere la sana economia agroalimentare della Regione, evitando attacchi commerciali strumentali e privi di fondamento». Ha commentato il presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca. Aggiungendo: «I dati ddell'Istituto Superiore di Sanità confermano la forte preoccupazione che ha motivato l'intervento straordinario di bonifica già avviato. Bisognerà intervenire subito per le bonifiche delle discariche e affrontare e sconfiggere il problema dei roghi tossici con l'intervento straordinario delle forze dell'ordine colpendo l'economia nera e criminale che fa uso di materiale tossici». Duro il richiamo del Movimento 5 Stelle: «Le conclusioni riportate - commenta la senatrice Paola Nugnes - non lasciano margini di dubbio sul legame esistente fra inquinamento ambientale, malattie tumorali ed eccessi della mortalità». Per questo, avverte, «è necessario che il governo intervenga con soluzioni operative immediate, per bonificare e decontaminare i luoghi, e dare garanzie sanitarie ai cittadini senza ulteriori colpevoli ritardi».

Luigi Fantoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura: 119.362 Diffusione: 62.755

Libero

Quotidiano

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

Data 12-01-2016
Pagina 16
Foglio 1 / 2

Con le nuove norme spenderanno fino a 15mila euro all'anno

Per i medici polizze carissime: l'ospedale non li copre più

La legge Pd in via di approvazione scarica il danno da risarcire ai malati sui singoli dottori. Che dovranno dotarsi di «super» assicurazioni. E la sanità rischia il caos

MATTEO MION

Persino l'Ania, l'associazione delle imprese assicuratrici, intitolava un recente dossier sulla malasanità: «Il grande caos».

Il Pd ha così intenzione di mettere mano al comparto normativo della responsabilità medica e le nuove disposizioni non sono entrate per un soffio nel decreto legge sulla Stabilità, ma la loro approvazione è ormai imminente.

Il settore assicurativo sanitario richiederebbe un intervento organico del Legislatore e non un decretino carico di buone intenzioni che rischiano però di rimanere lettera morta. Il testo di legge, che ha superato il vaglio della Commissione Affari sociali della Camera, presenta novità molto interessanti che, da un lato, potranno agevolare il paziente danneggiato, ma, dall'altro gettano, eccessivamente la croce addosso ai medici. Infatti, dopo i primi articoli che prevedono l'istituzione dell'ennesimo inutile Osservatorio a carico del contribuente ed enfatizzano la tragicomica figura del Difensore civico, il cuore della legge istituzionalizza la cosiddetta azione di rivalsa: ossia la possibilità dell'ospedale di rivalersi sui singoli medici, ivi inclusi i propri dipendenti con trattenuta direttamente dallo stipendio per il danno risarcito ai malati. In altre parole, l'incapacità oramai cronica degli ospedali pubblici di far fronte alle richieste danni viene scaricata interamente sulla tasche dei medici che devono pertanto dotarsi di polizza idonea per non trovarsi alla fame: dal «grande caos» passeremo così al «tutti contro tutti»!

I costi delle polizze sanitarie rischiano di schizzare alle stelle: un ginecologo potrebbe arrivare a spendere dai 10 ai 15mila euro l'anno per un'adeguata copertura contro i 3-4mila attuali. Un ortopedico anche 5mila contro i 2.000 di oggi e un radiologo 7-8mila contro i 3.000 odierni. A compensazione della bastonata economica ai camici bianchi è concessa la depenalizzazione dei reati di omicidio colposo e lesioni (risponderanno solo per colpa grave e dolo) con l'introduzione di uno specifico art. 590 ter c.p.. Aumentano almeno sulla carta le tutele per i danneggiati, fotocopiando il modello civilistico della circolazione stradale: vige, infatti non solo l'obbligo di assicurazione per gli esercenti la professione sanitaria, ma anche e soprattutto la c.d. azione diretta, cioè la possibilità per il danneggiato di instaurare il procedimento per danni direttamente contro l'assicurazione. È istituito per legge un c.d. Fondo di garanzia cui i danneggiati potranno accedere in caso di messa in liquidazione dell'assicurazione o di superamento dei massimali di polizza. È prevista inoltre la pubblicazione sul sito dell'ospedale di tutti i risarcimenti pagati negli ultimi 5 anni e il tentativo di conciliazione giudiziale obbligatorio. «Attualmente la situazione assicurativa delle aziende ospedaliere italiane è catastrofica e il tentativo di affrontare l'aumento dei costi con franchigie di polizza importanti è fallito. Anzi i nostri studi dimostrano che laddove abbiamo le maggiori franchigie, cioè la previsione contrattuale che l'ospedale paghi di tasca propria fino a una certa somma, maggiori sono gli esborsi per i risarcimenti. Il sistema va riequilibrato, togliendo all'Assicuratore, gestore d'interessi privati, i lacci che paralizzano la sfera pubblica come la Corte dei Conti. Molti ospedali non hanno un apparato liquidativo, altri sono addirittura commissariati e quindi completamente paralizzati» spiega un esponente di Am Trust, compagnia che copre l'80% del rischio sanitario nazionale. In qualità di avvocato che tutela i danneggiati da malasanità noto un cambiamento in positivo: la signora Giuseppina, morta per infarto dopo essere stata dimessa dal Pronto soccorso di un ospedale romano con qualche antidolorifico, con la nuova legge sarebbe immediatamente risarcita dall'assicurazione che oggi non liquida il danno, nonostante l'accordo, perché l'Asl laziale è commissariata. I familiari di Salvatore, deceduto all'ospedale di Enna per *malpractice* medica, con la vigenza del nuovo testo potrebbero esperire la causa a Milano invece che in Sicilia, essendo la sede della compagnia nel capoluogo lombardo. Oggi, infatti, i consulenti chiamati a decidere dal tribunale sono del medesimo distretto giudiziario dell'ospedale incriminato con la conseguenza che per taluni, pur in presenza di conclamata malasanità, la morte rimane una complicanza della vita!

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, www.matteomion.com

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-GEN-2016
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ma chi centralizza davvero risparmia?
BONI A PAG. 4-5

STABILITA 2016/ Ennesimo step regolatorio per l'acquisto di beni e servizi in sanità

Centralizzo quindi risparmio?

Trasparenza sui piani di spesa ma incombono i rischi da mercato chiuso

La legge di stabilità 2016 interviene con l'ennesimo step regolatorio sulla spesa per beni e servizi della Pa, sanità compresa. Obiettivo dichiarato in relazione tecnica: «Conseguire una maggiore economicità ed efficienza negli approvvigionamenti da parte delle pubbliche amministrazioni, garantendo risparmi di spesa tramite la riduzione dei prezzi unitari di acquisto». In proposito, decisiva risulterà l'attività dei "soggetti aggregatori" di cui al Dl 66/2014. I driver su cui si scommette par la razionalizzazione della spesa sono ancora una volta un'acritica unificazione della domanda e il governo dei prezzi, trascurando gli altri elementi pre e post gara di appalto che incidono a volte in maniera determinante sul costo effettivo dei fattori e sulla qualità della spesa (fasi della formazione della domanda e dell'esecuzione dei contratti). Niente di nuovo, quindi, sul fronte della spending review, o di quel che ne resta. In ogni caso, i risparmi eventuali del comparto sanità discendenti dalla manovra non vengono scontati ai fini dei saldi di finanza pubblica. Anche se - parola del ministro Lorenzin - serviranno per finanziare le assunzioni dei medici imposte dall'Europa.

In tema di acquisto di beni e servizi, misure generali per tutta la p.a. e disposizioni specifiche interessano la sanità. Per il primo ambito, al fine di favorire la trasparenza, l'efficienza e la funzionalità dell'azione amministrativa, debutta l'obbligo di redigere e pubblicizzare la programmazione biennale - con aggiornamento annuale - degli acquisti di beni e servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro. La programmazione degli acquisti era già prevista, come facoltà, e senza soglie di importo, dall'articolo 71 del Regolamento attuativo del Codice dei contratti (Dpr 207/2010). Ora, la programmazione diviene obbligatoria sopra la soglia di 1 milione di euro e rimane opzionale al di sotto di tale importo. Il programma biennale e gli aggiornamenti annuali sono sottoposti al controllo di gestione, pubblicati sul profilo del committente e sul sito informatico presso l'Osservatorio dei contratti pubblici. Sanzionabili le responsabilità in caso di omissione. Sono inibiti gli acquisti al di fuori della programmazione, salvo necessità imprevedibili. La programmazione va inviata anche al Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori, per le loro attività. Da rilevare che rispetto all'originario testo del Ddl, nella versione finale è stato precisato che l'importo dei beni e servizi oggetto di pubblicizzazione è inteso come unitario, cioè riferito a un solo bene o servizio. Inoltre, tra gli elementi da pubblicizzare vi è il rinvio a un non meglio individuato numero di riferimento della nomenclatura. In proposito va osservato che alcune categorie di beni prevedono classificazioni più o meno analitiche e distintive di singoli prodotti (ad esempio farmaci e dispositivi medici), mentre per altre non vi sono classificazioni ufficiali. Inoltre, vi sono beni parcellizzati che generalmente possono raggiungere il previsto valore-soglia di fabbisogno solo se considerati come famiglia (es. i farmaci).

La genericità del dettato normativo rende quindi possibili comportamenti disomogenei delle Pa ed elusioni della norma. Per altro verso, la virtuosa trasparenza delle intenzioni di acquisto può costare cara in termini commerciali. Infatti, con l'analitica pianificazione generale di medio periodo degli acquisti della Pa si serve al mercato su un piatto di argento l'opportunità di porre in essere pratiche collusive. Che sono state più volte accertate in mercati "chiusi", con pochi competitori e a domanda rigida, quali taluni mercati caratteristici della sanità. Quindi un effetto boomerang, per quanto riguarda la riduzione dei prezzi. Analogo obbligo di pubblicizzazione riguarda il testo integrale dei contratti stipulati in esecuzione del programma biennale. Tra le misure di valenza generale in materia di beni e servizi, la legge di stabilità interviene sull'attività della Consip e regolamentando la tipizzazione dei beni e servizi oggetto di convenzione e il relativo regime dei prezzi, anche nelle fasi di carenza di contratti attivi. Viene regolato il caso - sollevato ripetutamente dalle Pa - di non coincidenza dei beni e servizi contrattualizzati da Consip con quelli individuati a fabbisogno: l'obbligo previsto di notificare gli acquisti in deroga alla Corte dei Conti è destinato a svolgere una decisa azione dissuasiva. Sul tema, nel richiamare gli obblighi di acquisto tramite Consip o gli altri soggetti aggregatori, è introdotta una deroga al blocco delle assunzioni da parte delle Regioni che devono dare piena funzionalità ai Soggetti aggregatori medesimi.

Viene poi regolata, con anche l'introduzione di un'alea contrattuale del 10%, la revisione prezzi relativamente ai contratti di somministrazione stipulati dai soggetti aggregatori, di cui sono fruitrici le p.a. Risulta così integrato il disposto dell'articolo 115 del Codice dei contratti. In parte anche relativamente alla perdurante carenza del termine di riferimento per la revisione, cioè il "costo standard". L'accordo revisionale tra Soggetto aggregatore e appaltatore non impegna le p.a. aderenti ai contratti stipulati dai Soggetti aggregatori, essendo prevista la facoltà di recesso. In caso di mancato accordo, il contratto può essere risolto consensualmente, fatta salve modalità che evitino disservizi per i fruitori.

Tra gli obiettivi della legge di stabilità vi è quello della riduzione della spesa corrente per l'informatica. Nello specifico, si prevede, come modalità di approvvigionamento esclusiva, il ricorso alla Consip o ad altri Soggetti aggregatori, per i beni e i servizi disponibili presso gli stessi soggetti. Per le deroghe, valgono le disposizioni di carattere generale già previste per gli altri beni e servizi.

L'Agenzia per l'Italia digitale (Agid) predispone il Piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione, comprendente, per ciascuna amministrazione o categoria di amministrazioni, l'elenco dei beni e servizi informatici e di connettività e i relativi costi, da acquisirsi in maniera aggregata con le modalità già indicate. Il tutto dovrebbe portare, a regime, al dimezzamento della spesa annuale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

di settore. In particolare, per la Sanità, devono essere definiti criteri uniformi per gli acquisti di beni e servizi informatici e di connettività, al fine anche di consentire l'interoperabilità dei sistemi informativi.

Riguardo alle altre misure specifiche per la Sanità, rileva l'obbligo di approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate nell'ambito delle attività operative dei Soggetti aggregatori, avvalendosi in via esclusiva delle centrali regionali di committenza, ovvero della Consip. Si tratta dell'ennesima reiterazione normativa, in quanto l'obbligo era già previsto in termini generali dalla legge 296/2006. Le centrali medesime dovranno avvalersi di un altro Soggetto aggregatore, qualora non siano attive sulla merceologia o sui servizi di interesse. Le violazioni degli adempimenti sopra previsti costituiscono illecito disciplinare e configurano responsabilità per danno erariale. Per una volta risulterebbero compresi - da lettura testuale - anche gli inadempimenti dei soggetti aggregatori. Pure causa di responsabilità perseguibile sono le proroghe di contratti disposte oltre l'inizio di operatività dei contratti centralizzati. In proposito, recentemente l'Authority anticorruzione ha scoperto che l'8% delle attuali proroghe contrattuali dipendono da ritardi nell'attivazione di contratti centralizzati. Viene alleggerito l'obbligo di ricorso al Mercato elettronico gestito da Consip, essendo stata stabilita una soglia di valore di 1.000 euro. Un focus specifico riguarda la strategia di qualificazione della spesa per i dispositivi medici, già impostata dal Patto per la salute 2014-2016. Per un razionale e ottimale impiego delle risorse, le valutazioni di Hta vanno coordinate e impostate solo a livello centrale o su dimensione regionale, sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Cabina di regia. Rimane però da superare la criticità strutturale che ostacola la "regolazione" del settore (a differenza di quello dei farmaci): la numerosità (diverse centinaia di migliaia) e rapida obsolescenza (3 anni di vita media) dei prodotti. Occorrerebbe quindi un massiccio investimento in risorse professionali per le attività di Hta. Ad esempio, senza costi aggiuntivi per il sistema, anche riallocando razionalmente a livello centrale il lavoro di valutazione costo-beneficio che i professionisti delle aziende sanitarie sono comunque già chiamati a svolgere localmente come componenti delle commissioni tecniche di gara (impegnati, ora, a valutare in parallelo i medesimi prodotti commerciali).

Marco Boni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

12-01-2016

http://www.doctor33.it/ridurre-zuccheri-nelle-bevande-diminuirebbe-la-prevalenza-di-diabete-e-obesita/clinica/news--33332.html?xrtd=

Ridurre zuccheri nelle bevande diminuirebbe la prevalenza di diabete e obesità

Secondo uno studio pubblicato su The Lancet Diabetes & Endocrinology, nel Regno Unito la riduzione in 5 anni del 40% del contenuto glicidico di bevande zuccherate come i succhi di frutta potrebbe prevenire 500.000 casi di sovrappeso e 1 milione di casi di obesità, cosa che a sua volta taglierebbe in due decenni circa 300.000 casi di diabete di tipo 2. Sulla base della promettente esperienza che ha visto nel Regno Unito la riduzione del contenuto di sale in molti prodotti alimentari del 40% in cinque anni, **Graham MacGregor** e i colleghi della Queen Mary University di Londra hanno deciso di studiare gli effetti nella popolazione britannica di una riduzione analoga degli zuccheri aggiunti ai soft drink in termini di calo nella prevalenza di sovrappeso, obesità e diabete negli adulti. E i risultati ottenuti dimostrano che una diminuzione del 40% comporterebbe in 5 anni un abbassamento medio del consumo energetico stimato in 38,4 calorie giornaliere.

Cosa che a sua volta produrrebbe un calo ponderale medio di circa 1,20 kg negli adulti, con conseguente riduzione del numero di persone sovrappeso e obese rispettivamente di 0,5 e 1 milione. «E questo nei prossimi vent'anni impedirebbe lo sviluppo di circa trecentomila casi di diabete di tipo 2» scrivono gli autori, precisando che il beneficio maggiore della riduzione di glucidi nei soft drink sarebbe più evidente in chi ne consuma di più: gli adolescenti, i giovani adulti e i membri di famiglie a basso reddito. «Questi risultati forniscono un forte sostegno alla strategia proposta, che potrebbe portare a una profonda riduzione dell'apporto energetico da bevande zuccherate riducendo nel lungo termine la prevalenza di sovrappeso, obesità e diabete di tipo 2» concludono i ricercatori. E Tim Lobstein, della World Obesity Federation London, commenta in un editoriale: «Questo studio porta ai politici un messaggio positivo: la riduzione degli zuccheri nei soft drink dovrebbe essere attuata assieme ad altre misure tra cui la limitazione del consumo di cibo spazzatura con strategie disincentivanti e l'attuazione di una tassa sulle bevande analcoliche».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-GEN-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

IL BUCO DI OTTO MESI DEL 2015

Pillole in ospedale rosso profondo da 1,34 mld

La spesa per i farmaci in ospedale che esplode e fa segnare in otto mesi un rosso profondo di 1,34 mld. I ticket e le compartecipazioni pagati dai cittadini in farmacia che continuano a crescere in maniera inarrestabile toccando quota 1,014 mld (+2%), anche se le ricette sono state 8 milioni di meno (-2%). Il tutto, nel più classico dei puzzle che caratterizzano sempre di più l'Italia della salute: la Toscana e la Sardegna abbondano con i consumi di pillole pagate dallo Stato in ospedale, mentre soltanto Trento è morigerata nei consumi; la Campania fa segnare (con Sardegna e Molise) un aumento di ricette e il Veneto viceversa fa segnare un calo delle prescrizioni dei suoi medici quattro volte più basso della media nazionale;la spesa convenzionata netta in in farmacia in Lombardia aumenta del 4,3% e in Sicilia invece cala del 6,9; i ticket e le compartecipazioni a Trento fanno un balzo in su del 39,8% e viceversa in Sicilia cadono del 2,5 per cento.

Benvenuti nell'universo della spesa farmaceutica pubblica italiana. Il consueto (e ultimo in ordine di tempo) monitoraggio dell'andamento dei consumi di pillole e sciroppi di Stato elaborato dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco - l'Authority che il 28 dicembre scorso ha visto linsediamento alla presidenza del Cda del professor Mario Melazzini al posto del "dimissionato" Sergio Pecorelli - registra implacabilmente storture e discrasie di un sistema farmaceutico regionale a ventuno velocità e altrettanti stili di consumo e di opportunità per gli italiani, che non si possono semplicisticamente attribuire a questioni epidemiologiche locali. È l'Italia della sanità pubblica che marcia così, pericolosamente, in ordine sparso. Senza farsi mancare niente, peraltro. A cominciare da quello che finora non s'è fatto - accadrà nelle prossime settimane? - per aggiustare una situazione ormai chiaramente rivelatasi insostenibile: la tenuta della spesa farmaceutica ospedaliera, con possibili non marginali effetti anche su quella in farmacia. In questa direzione Governo e regioni hanno cercato di lavorare per mesi e mesi, con le imprese guardinghe ad aspettare gli sviluppi di quella che si è rivelata una vera e propria trattativa. Niente però è è andato in porto, e anche la prospettiva di introdurre novità nella legge di Stabilità 2016, è poi naufragata. Il nodo è quello della ridefinizione della governance della spesa di settore, con la revisione degli attuali tetti di spesa (15,85% totale dell'intera spesa sanitaria, di cui il 3,5% in ospedale) e del pay back a carico delle industrie. Questo perché il budget per l'ospedale è considerato da tutti sottostimato, e il suo ripiano spetta fifty-fifty a Regioni e industrie. Una situazione che, data l'insostenibilità del rosso annuale, è ormai diventata esplosiva. Complicata dall'ingresso di nuovi e sempre più costosi farmaci innovativi. Resa non solo politicamente più aspra dalla partita dei farmaci (e dei fondi) per l'epatite C, che per il 2015 ammontano a 500 mln extra Fondo sanitario, superati i quali entreranno nella spesa territoriale con ripiani, si presume, a carico delle industrie. La spesa farmaceutica ospedaliera, intanto, è stata nei primi otto mesi del 2015 pari a 4,01 mld contro un budget di 2,68 mld: oltre il 50% in più, per un disavanzo appunto di 1,34 mld. Particolare non irrilevante il fatto che il tetto del 3,5% è stato superato dappertutto in Italia, con l'eccezione di Trento che s'è fermata poco più giù al 3,4. In tutte le altre regioni l'asticella è stata superata, dove più, dove meno. Dalla Toscana che naviga quasi al doppio del budget col 6,7% - frutto evidente di una politica specifica - alla Sardegna seconda col 6,3%. In Lombardia si registra il rosso più elevato con 1.202 mln, nonostante un tetto di spesa (5,1%) meno pesante della Toscana, che ha accusato un disavanzo di 156,6 mln. *(r.tu.)*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-GEN-2016
da pag. 16
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

CREA/ Trento, Piemonte, Liguria, Bolzano, Toscana, Emilia e Veneto guidano la classifica

Ssn, l'eccellenza abita a Nord

Le Regioni ora spostano gli investimenti verso l'efficienza e la qualità

La terza edizione del ranking dei Ssr, elaborata nell'ambito del progetto "una misura di performance dei Servizi sanitari regionali", condotta dal Crea Sanità - Università di Roma Tor Vergata (Consorzio per la Ricerca economica applicata in Sanità), vede i Servizi sanitari di Trento, Piemonte, Liguria, Provincia autonoma di Bolzano, Toscana, Emilia Romagna, Veneto nell'area dell'"eccellenza"; Lazio, Sardegna, Abruzzo, Sicilia, Molise, Calabria, Puglia, Campania sono invece nell'area "critica"; mentre Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Umbria, Basilicata, Valle d'Aosta si posizionano in un'area di performance "intermedia".

Le "classi di merito" complessivamente si confermano rispetto agli anni precedenti: alcuni Ssr risultano occupare stabilmente sempre posizioni di "eccellenza" o "critiche".

Il progetto, come anticipato, giunto quest'anno alla sua terza annualità, ha come obiettivo quello di contribuire alla valutazione della performance dei servizi sanitari e, parallelamente, anche allo sviluppo di metodologie di valutazione innovative; si tratta, infatti, di un metodo di valutazione multi-dimensionale, che "media" le prospettive di cui i diversi stakeholder del sistema sono portatori.

Per giungere a questi risultati, il metodo di valutazione già precedentemente descritto (pagg. 14-15 de «Il Sole 24-Ore Sanità» del 21-27 gennaio 2014), si avvale del competente contributo di un panel qualificato di rappresentanti delle diverse categorie di stakeholder: "Utenti", "Management aziendale". "Professioni sani-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-GEN-2016
da pag. 16
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

tarie", "Istituzioni" e "Industria medicale"; e anche grazie alla partnership, e al contributo incondizionato, offerto da un gruppo di aziende del settore medicale.

In questa annualità il panel di esperti è stato ulteriormente ampliato contando 75 componenti, così come il set di indicatori da cui son stati selezionati quelli ritenuti dal panel maggiormente rappresentativi della performance dei Ssr.

Anche quest'anno il panel di esperti ha selezionato 12 indicatori (vedi tabella 1) partendo da un set iniziale di 153, scremato poi a 20, e su questi ha espresso le proprie preferenze assolute e relative (vedi descrizione del metodo).

Rispetto alla precedente edizione è aumentato il "peso" attribuito agli Esiti che ha raggiunto il 26,3% rispetto al 9,4% della precedente edizione, e all'Appropriatezza con il 24,9% rispetto al 13,6% della precedente edizione; si è invece ridotto quello Sociale, dal 44,0% della precedente edizione al 27,6%, e quello Economico-finanziario, dal 33,0% della precedente edizione al 20,5% (vedi figura 1): risultato evidentemente attribuibile alla constatazione che il disavanzo economico-finanziario del Ssn si sta riducendo, e alla consapevolezza che rimangono differenze significative di efficienza allocativa (Appropriatezza) e "qualitative" (Esiti); l'incremento di peso attribuito alla dimensione Economico-finanziaria dagli Utenti è invece probabilmente rappresentativo dalla crescente consapevolezza di un progressivo aumento del "carico" sul cittadino causato dai disequilibri finanziari dei Ssr.

In particolare il contributo della dimensione Sociale è molto importante per utenti (32,3%) e istituzioni (30,3%); quello degli Esiti per il management aziendale (31,8%), le professioni sanitarie (30,7%) e l'industria medicale (27,1%); il contributo della dimensione Economico finanziaria si è ridotto in tutte le categorie a eccezione degli utenti per i quali è secondo solo al Sociale; la dimensione Appropriatezza è seconda in termini di peso per il management aziendale (24,4%) e le istituzioni (27,4%).

Posta pari a 1 la performance "ottimale", convenzionalmente definita come quella di una ipotetica Regione capace di registrare i migliori livelli di performance individuati dal panel in tutti gli indicatori prescelti, la valutazione del panel oscilla da un massimo di 0,61 (Provincia autonoma di Trento) a un minimo di 0,38 (Campania) (vedi figura 2).

Si fa presente che l'abbassamento del valore complessivo dell'indice unico di performance rispetto alla precedente edizione non è attribuibile a un suo peggioramento, bensì a un adeguamento della metodologia che, da quest'anno, ha permesso ai componenti del panel di attribuire un valore massimo di utilità in corrispondenza di valori degli indici superiori al migliore registrato a livello nazionale.

A sette Ssr (che potremmo chiamare l'area dell'"eccellenza") è associato una misura di performance superiore a 0,53 (quindi comunque più del 50% della performance massima teoricamente ottenibile), con modeste variazioni intra gruppo (Pa di Trento, Piemonte, Liguria, Pa di Bolzano, Toscana, Emilia Romagna, Veneto); per altre sei, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Umbria, Basilicata, Valle d'Aosta, il valore rimane comunque superiore a 0,50; e per otto Regioni (l'area "critica"), ovvero Lazio, Sardegna, Abruzzo, Sicilia, Molise, Calabria, Puglia, Campania rimane sotto tale valore scendendo progressivamente nel caso delle performance più critiche.

Date le differenti prospettive di cui sono portatori i differenti stakeholder, le valutazioni delle performance dei Ssr sono "medie" di valutazioni che si modificano a seconda della categoria.

Si noti che per alcuni Ssr la "posizione" rimane stabile indipendentemente dalla prospettiva della categoria; per altri la posizione varia a seconda della categoria presa in analisi, rimanendo però più o meno sempre nella stessa "area di merito": quindi valutazioni quantitativamente diverse ma con un giudizio complessivo qualitativamente omogeneo.

In particolare per gli utenti il Ssr marchigiano recupera sei posizioni occupando il quarto posto ed entrando così per questa categoria nell'area di "eccellenza"; il Veneto ne recupera due confermando quindi la posizione nell'area di "eccellenza" e il Ssr laziale ne recupera tre, uscendo così dall'area "critica" (e il risultato è facilmente spiegabile trattandosi di Regione con il più evidente trade off fra risultati finanziari critici e sostanzialmente buone performance equitative).

Per le professioni sanitarie ci sono delle modifiche nel ranking ma sostanzialmente "inter-area". La Provincia autonoma di Trento conserva in questa prospettiva il primo posto; il Piemonte perde cinque posizioni, diventando così il settimo; così come il Lazio perde due posti e diventa dodicesimo; la Toscana recupera tre posizioni (da quinto a secondo), e l'Abruzzo ne recupera una (da sedicesimo a quindicesimo).

Anche per il management aziendale e le istituzioni, si evidenziano modifiche di posizioni, ma comunque per nessun Ssr è cambiata l'area di performance di afferenza.

Per il management aziendale la Pa di Trento conserva la prima posizione, seguita dal Piemonte e dalla Pa di Bolzano. Il Ssr emiliano perde tre posizioni rispetto alla valutazione complessiva, quello ligure ne perde cinque diventando ottavo (si consideri anche nella valutazione di questi risultati che dato il ritardo con cui sono rese disponibili le informazioni, le valutazioni scontano anch'esse una inerzia, per cui non riflettono pienamente le ultime evoluzioni in atto).

Per le istituzioni la Basilicata e la Valle d'Aosta transitano dall'area "intermedia" all'area di "eccellenza"; Trento e Piemonte conservano le prime due posizioni così come Calabria, Puglia e Campaniale le ultime tre.

Infine per l'industria medicale il Ssp trentino detiene ancora la prima posizione, l'Emilia Romagna recupera due posizioni diventando quarta, il Ssr calabrese cede il suo posto a quello molisano che occupa così, insieme a quelli campano e pugliese, gli ultimi tre posti. In questa prospettiva il Ssr friulano conquista una posizione nell'area di "eccellenza" e quello toscano abbandona quest'ultima passando in quella "intermedia".

Non possiamo non sottolineare come anche il diverso contributo delle varie dimensioni di performance si dimostri variabile nel tempo: dinamica che ci sembra poter collegare all'evoluzione del contesto che determina le politiche sanitarie.

Non si modificano invece le funzioni di utilità attribuite ai singoli indicatori, che rimangono stabili in quasi tutti gli indicatori confermati nelle diverse edizioni.

In altri termini rimane stabile il "valore" attribuito ai singoli indicatori, ma è "dinamico" il peso relativo a essi attribuito nella costruzione della performance complessiva.

Come anticipato, non stupisce quindi che si veda un progressivo spostamento di "interesse" verso le dimensioni dell'efficienza allocativa e della qualità. Vuoi per la crescente consapevolezza a livello politico del complessivo risanamento finanziario operato negli ultimi anni, in particolar modo nelle Regioni in piano di rientro; vuoi per la crescente mole di informazioni disponibili sugli esiti e in generale sulla qualità dei servizi, che sensibilizza tutti gli stakeholder verso temi legati alla qualità delle risposte del sistema sanitario pubblico.

Infine vorremmo notare come la correlazione significativa, ma non assoluta, esistente tra i risultati della Griglia Lea e quelli ottenuti con la nostra metodologia (vedi figura 3) dimostra che pur in un quadro di complessiva omogeneità di valutazione, la performance complessiva espressa dal nostro ranking permetta di incorporare vari elementi aggiuntivi, di cui i più importanti ci sembrano essere, ancora una volta, la mediazione delle diverse prospettive di cui sono portatori gli stakeholder e il contributo delle singole dimensioni alla performance complessiva.

Daniela d'Angela
Crea Sanità - Università di Roma Tor Vergata

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

12-01-2016

http://www.adnkronos.com/

Rifiutano di vaccinare i figli, genitori condannati in Francia

Condannata in Francia una coppia che aveva rifiutato di vaccinare i figli. Il tribunale di Auxerre, in Borgogna, ha comminato ai genitori una pena di **2 mesi di prigione con sospensione condizionale**. Samia e Marc Larère **non avevano accettato per i loro 2 bambini il vaccino contro difterite, tetano e poliomielite** (Dtp) ed erano stati inizialmente denunciati nel 2014 per "sottrazione agli oblighi legali parentali, compromettendo la salute del bambino", reato che Oltralpe comporta una possibile pena fino a 2 anni di prigione e 30 mila euro di multa. Successivamente l'accusa è stata riformulata come "rifiuto a sottomettersi a obbligo vaccinale", infrazione che comporta un massimo di 6 mesi di prigione e 3.750 euro di multa.

La coppia non ha ancora deciso se ricorrere in appello, anche se pone la questione della mancata presenza sul mercato dal 2008 di un vaccino trivalente limitato alle 3 infezioni citate dalla sentenza (sono presenti solo vaccinazioni contro più malattie), e quindi di una condanna per qualcosa impossibile da realizzare. Il processo è stato seguito con attenzione in Francia dove, come in molti Paesi occidentali, **avanza un movimento anti-vaccini**. Un problema che sarà affrontato dal ministro della Sanità, Marisol Touraine, con un **piano di azione ad hoc sulla politica vaccinale**.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-GEN-2016
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

Salute e Costituzione

Che Regione ci darà l'anno che è arrivato? Che Costituzione ci riserverà? Che federalismo ci consegnerà, quella riforma? Che salute tutelerà? Che premio o disfatta dovremmo aspettarci insomma dalla riforma istituzionale in movimento su cui ***Matteo Renzi*** *ha detto di giocarsi tutto?*

È questo l'interrogativo degli interrogativi di un 2016 che potrebbe essere davvero cruciale - istituzionalmente parlando - per il futuro del Paese. Quel referendum popolare che si staglia all'orizzonte dell'autunno prossimo (se il Senato in quinta lettura non farà lo sgambetto alla legge che irritualmente porta il nome della ministra ***Boschi****) è per l'Italia un passaggio fondamentale. Che la legge sia promossa o bocciata. Sempreché gli italiani tutti capiscano davvero il significato profondo del cambiamento che si propone loro. O se, quanti voteranno, lo faranno in nome di slogan o del più classico dei "dopo Matteo c'è il nulla". Anziché distinguere senso e ricadute del possibile cambiamento e di rischi o chance promesse. Se solo di slogan e promesse possiamo ancora pensare di vivere.* ***(r.tu.)***

Sanità
Accettasi scommesse per 111 mld

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 11 GENNNAIO 2016

Dna. Scienziati Usa scoprono nuovi geni indispensabili per silenziare uno dei due cromosomi X presenti nelle donne

Capire quali sono i fattori alla base dell'inattivazione potrebbe aiutare ad influenzare l'attività dei geni sui cromosomi X. In particolare, quelli responsabili di alcune malattie, quali autismo, distrofia muscolare e emofilia, ma anche di altre patologie correlate che interessano sfera cognitiva e memoria. Almeno nelle donne. La ricerca dell'Università del Michigan è pubblicata su Proceedings of the National Academy of Sciences

Ogni donna al mondo alberga nelle sue cellule due cromosomi X. Di questi tuttavia solo uno viene utilizzato interamente, mentre l'altro si comporta come un libro fresco di stampa, con le pagine ancora incollate tra loro. Contiene cioè una gran quantità di informazioni che nessuno è destinato però a 'leggere' né tanto meno ad utilizzare, perché il suo DNA è stato 'silenziato'.

Da tempo sono note le modalità con le quali si realizza questo silenziamento. O meglio, si riteneva fossero note, perché adesso una ricerca pubblicata *online first* su *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS) da un gruppo della *University of Michigan Medical School* dimostra che le cose non sono proprio quelle che sembravano. E si tratta di una scoperta importante perché potrebbe offrire una nuova chiave di lettura per le patologie legate al cromosoma X e forse delle soluzioni, almeno nelle donne.

Al centro dei meccanismi di silenziamento si trova una molecola detta Xist RNA e per molto tempo il gene responsabile della produzione di Xist è stato visto come il fattore chiave alla base del silenziamento di uno dei due cromosomi X nelle cellule dei soggetti di sesso femminile. I ricercatori della University of Michigan di recente avevano scoperto che è un frammento di RNA antisenso il responsabile della produzione dell'Xist RNA. Ma adesso con questa nuova ricerca, sono arrivati alla conclusione che il meccanismo del silenziamento è ben più complesso e che non dipende dal solo Xist RNA.

Xist è l'acronimo di *X-inactive specific transcript* e si trova su ciascun cromosoma X. La sua funzione non è quella di far produrre una proteina, come normalmente fanno i geni, ma di produrre Xist RNA che va letteralmente a rivestire tutto il cromosoma X, come un bozzolo, sigillandolo così dai contatti con il mondo della cellula.

"Si ritiene comunemente che Xist sia necessario e sufficiente per ottenere il silenziamento di un cromosoma X - afferma **Sundeep Kalantry**, che ha guidato la ricerca pubblicata su PNAS – mentre noi per la prima volta con questo studio dimostriamo che Xist da solo non basta, ma che entrano in gioco anche altri fattori, sullo stesso cromosoma X, che vanno ad attivare Xist e quindi 'aiutano' Xist RNA a silenziare il cromosoma X".

In altre parole, Xist per funzionare ha bisogno di 'complici', dei quali per ora si sa solo che si trovano sul cromosoma X destinato ad essere 'messo a tacere'. Così, nonostante la maggior parte dei geni presenti sul cromosoma X inattivo siano del tutto silenziati, alcuni (i 'complici' di Xist) sono invece pienamente attivi. Ed è su questi geni che sfuggono all'inattivazione, che si sta focalizzando l'attenzione

dei ricercatori americani. Espressi sia nel cromosoma X attivo che in quello inattivo, questi geni producono più proteine nelle cellule femminili (che ne hanno appunto due copie), che in quelle maschili. Gli autori dello studio di PNAS ritengono dunque che il silenziamento di un cromosoma X dipenderebbe dalla 'dose' più elevata del prodotto di questi geni, presente appunto nelle donne.

Secondo gli stessi ricercatori, in futuro sarà possibile modificare il livello di questi altri fattori nelle cellule per attivare magari la copia sana e silenziata di un gene che si trova sul cromosoma X inattivo. Riuscire a capire quali sono i fattori che causano l'inattivazione di un cromosoma X potrebbe insomma aiutare ad influenzare l'attività dei geni sui cromosomi X, in particolare, quelli responsabili di alcune malattie, quali autismo, distrofia muscolare e emofilia, ma anche di altre patologie correlate ai cromosomi X, che interessano sfera cognitiva e memoria.

"Nelle donne – prosegue Kalantry - si potrebbe pensare di 'risvegliare' i geni sani sul cromosoma X inattivato, modulando le concentrazioni dei geni che hanno eluso il silenziamento, per bilanciare e attenuare gli effetti negativi della copia malata. Purtroppo questo tipo di approccio non aiuterà i maschi con patologie legate al cromosoma X".

Maria Rita Montebelli

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 374.064
Diffusione 10/2015: 262.723
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

12-GEN-2016
da pag. 46
foglio 1 / 5
www.datastampa.it

RSALUTE

Niente condom siamo italiani

Si vendono meno preservativi. Ci costano troppo e i giovani non li sanno usare
Così aumentano le infezioni. E i medici avvertono: senza sesso protetto rischiamo grosso

Prevenzione. Calano le vendite dei preservativi

Aumentano le malattie. Dall'Herpes all'Hpv colpevole del cancro

E a rischiare sono i giovani. Ecco perché diciamo no al sesso protetto

Agli italiani non piace il profilattico

LORENZO DI PIETRO E FRANCESCA SIRONI

È D'ACCORDO perfino Papa Francesco. «Il preservativo? È uno dei metodi» per combattere l'Aids, ha detto Bergoglio tornando in aereo dal Centrafrica. Uno dei metodi. Il più semplice e importante, per prevenire gravidanze indesiderate, ma soprattutto per evitare infezioni diffuse e malattie gravi quanto l'Aids, appunto. Ma niente: a letto gli italiani restano fatalisti. O forse: irresponsabili. Il condom non è mai diventato quella protezione scontata e universale che è in paesi vicini. Anzi, come mostrano in esclusiva i numeri raccolti in queste pagine, la diffusione è ferma o continua a calare. Mentre non calano affatto le malattie sessualmente trasmesse: quelle gravissime come l'Aids, ma più spesso quelle confessate di rado quanto largamente diffuse come la clamidia, l'herpes, o la stessa sifilide. Patologie non certo mortali, oggi, ma molto serie lo stesso.

I numeri sono evidenti. Nelle farmacie o para-farmacie le confezioni di profilattici vendute sono scese dagli 11,1 milioni del 2007 ai 9,3 del 2014. E la batosta (-16 per cento) non è stata recuperata dai supermercati: i singoli pre-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 374.064
Diffusione 10/2015: 262.723
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

12-GEN-2016
da pag. 46
foglio 2 / 5
www.datastampa.it

servativi comprati in cassa sono passati dai 42 milioni nel 2013 ai 41,5 del 2014, per risalire poi leggermente l'anno scorso. Uno stallo. Colpevole anche la crisi economica, perché il condom, pur essendo una delle più efficaci misure di sanità pubblica, è costoso. Di certo dai dati Ims Health e Nielsen emerge la tendenza al low cost: gli unici a registrare un vero "boom" sono infatti i contraccettivi acquistati nei discount. Balzati del 13 per cento due anni fa, di pari passo al successo discreto di internet. E il prezzo aumenta: nonostante i clienti siano sempre meno, i fatturati in farmacia di produttori come Durex o Control (che pur interpellati non hanno ritenuto di commentare) salgono.

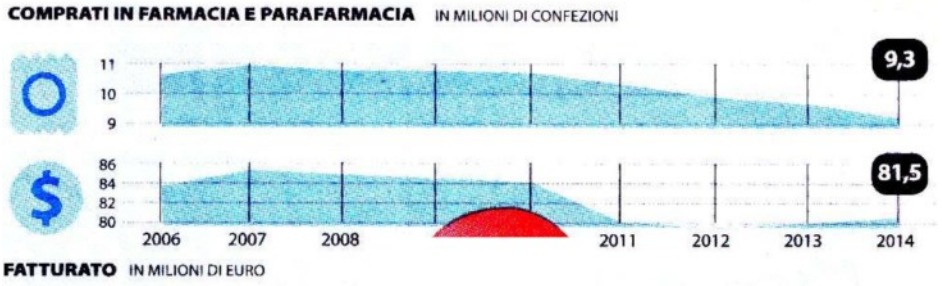
Ma non c'è dubbio che il disamore degli italiani per il condom non sia solo colpa dei portafogli vuoti. Così come non c'è dubbio che questa noncuranza abbia un impatto potente sulla vita, soprattutto dei giovani. Perché il condom previene le gravidanze indesiderate. E protegge dalle malattie: in Italia nel 2014 sono state registrate 3.695 nuove diagnosi di Aids. L'84 per cento di queste è attribuibile a rapporti sessuali non protetti. Fino al 2004 nei centri monitorati dall'Istituto superiore della sanità i casi di infezioni da clamidia, sifilide o gonorrea sono stati mediamente 4mila all'anno. Dal 2005 al 2013 sono aumentati del 31 per cento, e sono oggi più di 5mila, molto diffuse fra gli adolescenti. E la causa è nota. Nel 46 per cento dei casi gli uomini, e nel 48 le donne, hanno ammesso di non aver usato contraccettivi nei mesi precedenti l'infezione. Solo l'8,8 aveva indossato il profilattico sempre. Gli altri "saltuariamente". Certo, la clamidia si combatte con un antibiotico. Ma può essere un fattore, a lungo termine, della sterilità. E per via sessuale si trasmette poi anche Hpv, che è tra le cause certe del tumore della cervice. Così temuto che la vaccinazione è oggi gratuita per tutte le ragazze dagli 11 anni in su, con l'intenzione di evitare l'infezione sin dai primi contatti sessuali poiché il vaccino contro Hpv è uno dei pochissimi gesti anticancro certamente efficaci. Tanto che nel nuovo piano vaccinale, in attesa di finanziamento, è previsto anche per i maschi.

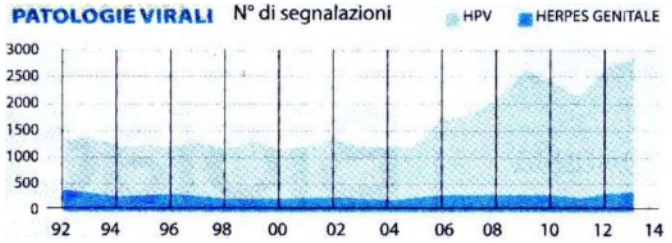
Ma se l'immunizzazione contro il papilloma è materia di intervento sanitario, il condom resta del tutto ignorato dai prontuari farmaceutici. «Il preservativo dovrebbe essere un'abitudine - commenta Paolo Scollo, presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia -, una normale misura di protezione che riguarda tutto il corpo sociale. Eppure resistono ancora tabù, in famiglia come a scuola».

Diffidenza che sembra davvero appartenere al passato in altri paesi europei: l'Italia è ultima, in fondo alla lista. Nel Regno Unito i profilattici venduti nei supermercati sono costati l'anno scorso agli amanti 69 milioni di euro. Due volte e mezzo l'Italia. Rapportato alla popolazione, fanno 1,07 euro spesi pro capite, contro i nostri 43 centesimi. Investono più di noi per il sesso responsabile anche Germania e Francia.

E a Londra ci sono ben 847 centri che distribuiscono gratis i condom. Perché è considerato fondamentale che anche i ragazzi squattrinati possano amarsi. Responsabilmente. In Francia l'ex ministro all'Istruzione Vincent Peillon aveva proposto di mettere distributori nelle hall dei licei perché non bastava fossero già regalati nelle infermerie scolastiche. Da noi? «Abbiamo chiesto diversi appuntamenti con il ministero - racconta Scollo - ma non ci ha mai ricevuti. L'educazione sessuale è un tema che scandalizza e divide. Ancora».

©RIPRODUZIONE RISERVATA





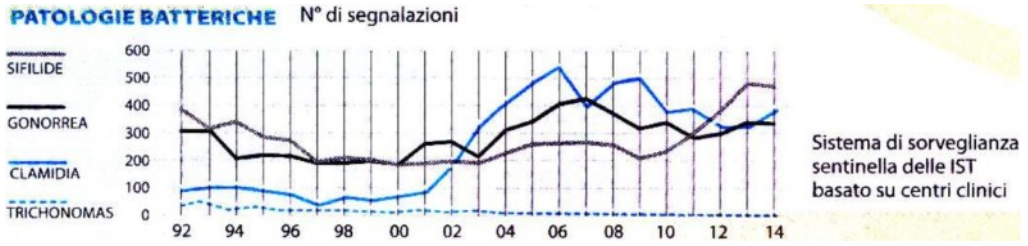
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

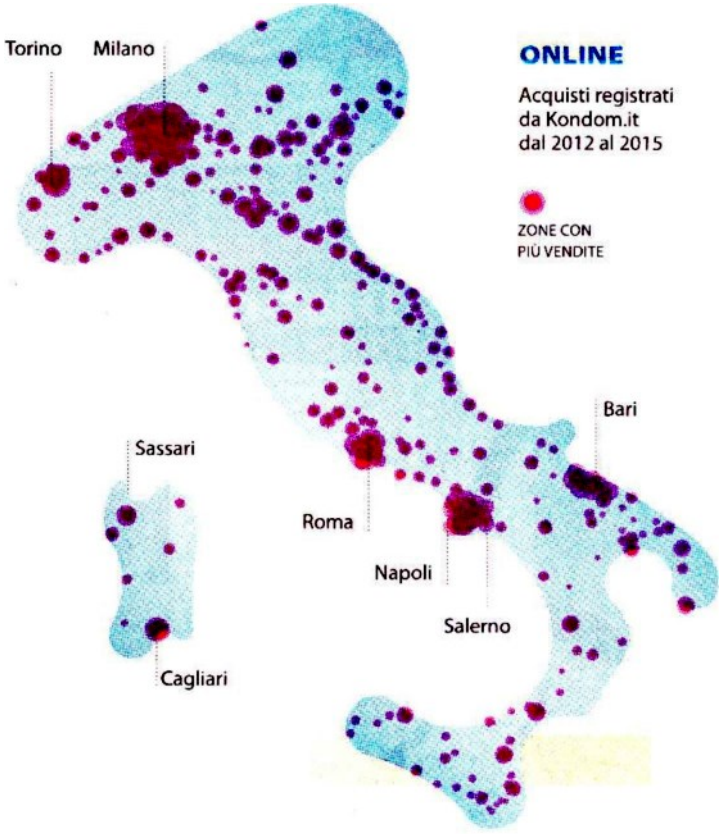
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 374.064
Diffusione 10/2015: 262.723
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

12-GEN-2016
da pag. 46
foglio 3 / 5
www.datastampa.it





SUL WEB

Dalla Puglia con amore

In Puglia si trovano gli uffici dei due maggiori negozi online italiani specializzati nella vendita di preservativi: Comodo.it e Kondom.it. Parla Aldo Saccotelli, responsabile marketing di Kondom.it, sede a Corato, Bari: «I preservativi online vanno bene. Temiamo solo la concorrenza di Amazon. Ma noi diamo un servizio in più, come la chat, attiva dalle 9 alle 18 per rispondere a domande come quella sulle taglie. Un'innovazione che ha permesso a molti di usare finalmente il preservativo senza inconvenienti». Ma anche a dubbi sugli altri prodotti, come i gel ritardanti. Chi compra?

«Tutti. Abbiamo fasce d'età e di ceto diverse. Molto spesso sono le ragazze ad acquistare. Chiedendoci magari un condom ritardante senza che lui lo sappia». E la privacy è d'obbligo: il pacco non ha brand e non c'è scritto il contenuto; si può ricevere a casa o ritirare in un ufficio postale, oppure ai nuovi distributori nelle stazioni di servizio. «Su richiesta mettiamo un mittente inventato: così se anche cercasse sul web, una mamma invadente non troverebbe niente», continua Saccottelli. Ma molti comprano in rete magari perché abitano in un piccolo paese dove l'unica farmacia non vende preservativi. Resta il problema del prezzo, con profilattici che vanno da oltre un euro a 20 centesimi l'uno. Ma un progetto potrebbe aiutare. «Abbiamo comprato una società tedesca che produce profilattici in Malesia, la LoveMatch», annuncia. Una mini srl pugliese che compra un'azienda tedesca. È già una novità.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura: 58.609 Diffusione: 36.573

IL TEMPO

Quotidiano

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

Data 12-01-2016
Pagina 11
Foglio 1

Ricerca

Verso organi umani da staminali nei maiali

LONDRA Far crescere organi umani nei maiali o nelle pecore per poi usarli nei trapianti: è il progetto di alcuni ricercatori Usa. L'idea è quella di iniettare cellule staminali umane in embrioni animali geneticamente modificati in modo che siano privi dell'organo umano che si intende ottenere che si formerà in un processo controllato grazie alle staminali umane inserite nell'embrione animale; a quel punto, l'embrione viene impiantato in una pecora o in un maiale adulto. Quando l'organo è «maturo», potrà essere usato per un trapianto nell'uomo. Lo riferisce il britannico Times citando una ricerca pubblicata sulla «Mit (Massachusetts Institute of Technoloy) Technology Review». Ma la ricerca ha pesanti implicazioni etiche e a settembre il National Institutes of Health, aveva annunciato che non avrebbe finanziato studi che sulle «chimere uomo animale».

Cronache

Girone a casa? No, si riprendono Latorre

Cecconi: «Con il contratto più tutele e lotta al lavoro nero»

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 374.064
Diffusione 10/2015: 262.723
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

12-GEN-2016
da pag. 50
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Diete. Il peso e i depositi sui fianchi o sulla pancia non la dicono tutta. A causare diabete, infarto, ictus e cancro è l'adipe che non vediamo che intasa le arterie e ci intossica impedendo all'intestino di lavorare bene. Ma un rimedio c'è. Ecco le nuove regole

Specchio bugiardo il nemico è dentro

La colpa è dei geni, ma anche della menopausa, del peso alla nascita, dello stress e della vita sedentaria

ELISA MANACORDA

GIÀ SEMINAVA zizzania nelle fiabe (vedi Biancaneve e la sua matrigna, avendo deciso d'ufficio chi delle due fosse più bella). E oggi fa di peggio, ingannando anche noi esseri in carne e ossa. Perché lo Specchio delle nostre brame si occupa dell'estetica, e non della salute. Così, guardandoci a figura intera in deshabillé, possiamo farci un'idea sbagliata della nostra forma fisica. E anche se ci sentiamo in linea, il pericolo potrebbe essere nascosto: potremmo essere – come scrive già nel ttitolo il medico e nutrizionista Nicola Sorrentino nel suo ultimo libro, in uscita in questi giorni per Mondadori: *Grassi dentro*. Già, perché la domanda da farsi non è più «quanto siamo ingrassati», bensì «dove siamo ingrassati». Se abbiamo il sangue intasato dal colesterolo, il fegato adiposo come quello di un'oca del Perigord, l'intestino devastato da miliardi di batteri alleati del sovrappeso. E poi, anche sul corpo visibile ai nostri occhi, c'è grasso e grasso. C'è chi accumula la ciccia sui fianchi, chi sulle cosce, chi sulle braccia. A qualcuna si ingrossa il seno, a qualcun'altra il sedere. Gli uomini mettono su pancia, oppure debordano sul girovita con le "maniglie dell'amore". Ma non sarà certo lo specchio, e purtroppo nemmeno la bilancia, a dirci se questo è un bene o un male per la nostra salute. «In Italia almeno sei milioni di persone sono grasse e non sanno di esserlo. Non lo sanno perché la bilancia non dà adito a sospetti, e la taglia dei vestiti non è over. Non lo sanno, perché il grasso lo accumulano dove non si vede, tra gli organi interni della cavità addominale, intorno all'intestino, nel fegato e nelle arterie», spiega Sorrentino. Sei milioni di concittadini "grassi dentro", che sebbene non abbiano alcun conflitto con la loro immagine corporea, potrebbero avere un rischio 4 o 5 volte maggiore di sviluppare il diabete rispetto alle altre persone normopeso, e una probabilità almeno doppia di essere colpite da ictus o infarto. Esattamente come gli individui obesi.

In prima battuta a raccontare molto bene quello che sta accadendo nel nostro organismo, scrive ancora il nutrizionista, è infatti un altro parametro, che poco ha a che fare con l'immagine riflessa. E non parliamo del mitico BMI (Body Mass Index, l'Indice di Massa Corporea), che non tenendo conto della percentuale e della distribuzione della massa grassa può avere un margine di errore del 18 per cento, come ricordano i Centers for Disease Control americani. Parliamo invece del rapporto vita/fianchi. Del girovita, insomma: la sua misura può aiutarci a stabilire la quantità di grasso viscerale, accumulato dentro l'addome, che gioca un ruolo potenzialmente pericoloso per la salute assai più di quanto faccia il grasso sottocutaneo, perché associato al rischio di malattie cardiovascolari, di infarto e ictus, di resistenza all'insulina, di diabete di tipo 2, e anche di alcuni tumori, come il cancro al seno e al colon-retto.

Ma come si diventa "grassi dentro"? In parte, spiega Sorrentino, è questione di geni (familiarità e appartenenza a una specifica popolazione), ma conta anche il genere e l'età (le donne in menopausa sono più a rischio), persino il peso alla nascita (chi nasce sottopeso) e poi la sedentarietà e lo stress. E allora ecco la buona notizia: combattere il grasso nascosto si può. Perché il grasso viscerale è il primo a essere bruciato quando si esegue attività fisica e diminuisce facilmente con la dieta, essendo meno duro da eliminare del grasso sottocutaneo: perdendo appena il 10 per cento del peso complessivo si brucia il 30 per cento del grasso viscerale. Forse la taglia non si riduce, ma si dimagrisce lo stesso.

Quanto e come muoversi, invece, lo dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità: gli adulti dovrebbero svolgere almeno 150 minuti di attività fisica moderata durante tutta la settimana (l'ideale sarebbe 30 minuti ogni giorno, 5 giorni su 7). L'obiettivo è quello di consumare circa 300 kcal al giorno attraverso l'attività fisica, in modo graduale e progressivo. E poi, magari, continuare a non piacersi allo specchio. Ma sapere di essere più in salute di prima.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media