Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 249.918
Diffusione 01/2016: 174.381
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

22-MAR-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

Sentenza su quelli «malati»

Fecondazione assistita Oggi la Consulta sugli embrioni

ANTONIO PITONI
ROMA

La spallata finale potrebbe arrivare oggi dalla Corte Costituzionale. Chiamata a pronunciarsi su uno degli ultimi divieti imposti dalla discussa Legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita. Quello che impedisce di destinare alla ricerca, col consenso della coppia, gli embrioni che non possono essere impiantati perché affetti da gravi patologie. E che oggi vengono crioconservati rimanendo di fatto inutilizzati. Un caso nato dal ricorso proposto da una coppia sottoposta a diversi cicli di procreazione assistita con esito negativo dinanzi al Tribunale di Firenze. Che, ritenendo il divieto in possibile contrasto con la Costituzione e la Convenzione di Oviedo sulle biotecnologie, ha rinviato gli atti alla Corte Costituzionale.

L'udienza è fissata per oggi. Ma prima della decisione di merito i giudici dovranno esaminare la richiesta avanzata dagli avvocati della coppia - Filomena Gallo (che è anche segretario dell'Associazione Luca Coscioni) e Gianni Baldini -, e quelli dell'Associazione Vox, Massimo Clara e Cinzia Ammirati, di raccogliere i pareri di alcuni scienziati qualificati. Tra i quali quelli della senatrice a vita Elena Cattaneo, direttore del Centro di ricerca sulle cellule staminali della Statale di Milano, e Michele De Luca, direttore del Centro di medicina rigenerativa dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Qualora fosse accolta, peraltro, non è escluso che anche dall'Avvocatura dello Stato, che nel giudizio rappresenta la presidenza del Consiglio e che si è già dichiarata contraria alle audizioni, possa essere presentata analoga istanza. Con il rinvio ad un'adunanza ad hoc per raccogliere i pareri degli esperti indicati.

Quanto al merito, l'eventuale rimozione del divieto riguarderebbe solo lo specifico caso in cui sia la coppia a chiedere di destinare gli embrioni malati alle ricerche connesse con la patologia manifestata. Secondo il tribunale di Firenze, quindi, non si produrrebbe un vuoto normativo. Sulla questione, l'Associazione Luca Coscioni sta portando avanti una vera e propria battaglia. Anche attraverso il lancio di una petizione che ha già raccolto l'adesione di oltre 600 scienziati di 22 diversi Paesi. «Oggi è possibile fare ricerca in Italia solo sulle staminali importate dall'estero – accusa Filomena Gallo –. Mi pare una grande ipocrisia, ci vorrebbe un po' di coerenza».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-MAR-2016
da pag. 34
foglio 1
www.datastampa.it

RSALUTE

Gli ovuli della giovinezza

Fecondazione assistita. Una tecnica per manipolare gli ovociti. E riattivare l'energia necessaria a concepire. Brevettata negli Usa, usata in Spagna. Ma le autorità inglesi sospettano una bufala. E chiedono nuovi studi

La comunità scientifica dubita che ci siano cellule di lunga vita nelle ovaie

ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA

OGNI DONNA AVREBBE una specie di "ricarica" interna in grado di ringiovanire il proprio apparato riproduttivo: basterebbe trasferire questa sorta di batteria negli ovociti nel corso di un'inseminazione artificiale e sarebbe molto più facile ottenere una gravidanza anche in età avanzata. La rivoluzionaria scoperta, avvenuta negli Stati Uniti, è già stata messa alla prova in Spagna, Canada ed Emirati Arabi ed entro la fine dell'anno nel Regno Unito, se le autorità britanniche autorizzeranno la procedura. Senonché, accanto a reazioni entusiastiche, l'iniziativa suscita anche profondo scetticismo nella comunità scientifica, parte della quale crede che in effetti non ci sia nessuna "scoperta": ovvero che le presunte "cellule della giovinezza" in realtà non esistano.

Ma facciamo un passo indietro: gli ovociti sani dipendono in gran parte dal numero di mitocondri attivi al loro interno, che danno l'energia necessaria per la fecondazione e il primo sviluppo dell'embrione. Con l'avanzare dell'età il numero e la funzionalità dei mitocondri diminuisce, portando a problemi di fertilità. Il nuovo procedimento (Augment della Ovoscience) si basa sulla scoperta che esistono cellule precursori nel rivestimento che protegge le ovaie. Prelevando i mitocondri da queste cellule e aggiungendoli agli ovociti maturi si ha una sorta di ringiovanimento dell'ovocita, e migliori chance di successo.

La riuscita delle tecniche di procreazione assistita - infatti – diminuisce radicalmente con l'aumento dell'età della donna: le possibilità di raggiungere la gravidanza sono circa del 32 per cento sotto i 35 anni, del 21 fra i 38 e i 39 anni, del 5 per cento tra 43 e 44 anni, e soltanto del 2 per una donna over 44.

La tecnologia in questione, Augment appunto, è stata messa a punto da Ovascience, una società americana di Boston, ma la Food and Drug Administration, l'autorità Usa che sovraintende ai farmaci, non l'ha permessa, affermando che deve essere ancora fatta una sperimentazione su larga scala prima che il procedimento possa essere applicato a esseri umani. Ma una azienda inglese dello stesso settore, la Care Fertility di Nottingham, ha offerto sostegno al progetto, presentando richiesta alla Human Fertilization and Embriology Authority, l'autorità britannica in questo campo, per una serie di test clinici su donne che dovrebbero iniziare entro fine 2016. Esistono timori da parte degli esperti sulla salute dei bambini nati con una tecnica simile. Alcuni, come Robin Lovell-Badge, un esperto in riproduzione del Crick Institute di Londra, dubitano che ci siano cellule nelle ovaie utilizzabili per "ringiovanire" l'ovocita fecondato: «La mia opinione è che è difficile da credere».

In realtà la tecnica viene già utilizzata in Spagna, e proposta anche alle coppie italiane che poi eseguono trattamenti presso i centri IVI, l'Istituto valenciano di infertilità, che ha numeri altissimi in Europa. Con tanto di studio scientifico pubblicato sulla rivista *Journal of Fertilization*, che rivela i risultati su 93 pazienti sottoposte a questo trattamento presso il centro Fakih Ivf di Dubai e presso il TCART Fertility Partners di Toronto, in Canada.

«Grazie al trattamento con Augment – precisa Daniela Galliano, direttrice del Centro IVI di Roma – è stato possibile ottenere un aumento del tasso di gravidanza pari a 11 volte nei casi trattati negli Emirati Arabi e 18 volte per quelli canadesi. Con una percentuale di successo simile a quelle degli ovociti di donne più giovani. Augment potrebbe essere utilizzato da donne con ripetuti fallimenti di tecniche di procreazione assistita, scarsa qualità degli ovociti e di sviluppo dell'embrione, e per quelle che non vogliono ricorrere alla donazione degli ovociti, e quindi ad una fecondazione eterologa». Questa tecnica - sviluppata a Boston - avrebbe infatti il vantaggio di usare il Dna dei genitori biologici. Spetterà tuttavia alle autorità britanniche stabilire se consentirla o meno.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

L'infertilità
Una coppia su 7, fra quelle in età riproduttiva nel mondo, ha problemi di fertilità

L'età
30
In Italia l'età media delle primipare è di 30 anni, un anno in più della media delle donne europee

I numeri
Nel 2013 71.741 donne hanno fatto ricorso a trattamenti medici. I parti sono stati 10.350

I centri
Sono 369 in tutta Italia. Nel 2013 nati 12.187 bambini, il 2,4% del totale dei nati nel nostro paese

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

22-03-2016

http://www.adnkronos.com

Consiglio nazionale bioetica contro utero in affitto: "Lesivo della dignità della donna e del bimbo"

"La maternità surrogata è un contratto lesivo della dignità della donna e del figlio sottoposto come un oggetto a un atto di cessione" e il **Consiglio nazionale di bioetica** (Cnb) "ritiene che tale ipotesi di commercializzazione e di sfruttamento del corpo della donna nelle sue capacità riproduttive, sotto qualsiasi forma di pagamento, esplicita o surrettizia, sia in **netto contrasto con i principi bioetici fondamentali**". E' questa in sintesi la posizione espressa dal massimo organo italiano sul fronte della bioetica in una**Mozione sulla maternità surrogata a titolo oneroso**. Un documento che precede uno "specifico parere più ampio e articolato", nel quale "il Comitato si riserva di trattare l'argomento della surrogazione di maternità anche senza corrispettivo economico".

Gli esperti del Cnb bocciano la pratica dell'utero in affitto e nel testo della mozione ricordano che **il Comitato si è espresso "più volte contro la mercificazione del corpo umano**", nella Mozione sulla compravendita di organi a fini di trapianto datata 18 giugno 2004, nella Mozione sulla compravendita di ovociti del 13 luglio 2007, nel Parere sul traffico illegale di organi umani tra viventi del 23 maggio 2013. "In questi documenti - si legge nella mozione sull'utero in affitto - il Cnb ha ricordato e fatto proprio il disposto dell'articolo 21 della Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina (1997): 'Il corpo umano e le sue parti non debbono essere, in quanto tali, fonte di profitto'". Disposto che, sottolinea il Cnb, "ribadito dall'articolo 3 della Carta europea dei diritti fondamentali (2000), costituisce uno dei principi etici dell'Unione europea".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-MAR-2016
da pag. 31
foglio 1
www.datastampa.it

RSALUTE

> PERISCOPIO

DANIELA MINERVA

Il dilemma del talco

UN RISARCIMENTO di 72 milioni di dollari. Lo deve Johnson&Johnson alla famiglia di Jackie Fox, morta per un tumore dell'ovaio. Secondo la giuria del Missouri, J&J ha la colpa di non aver dichiarato che il talco, usato dalla donna per l'igiene intima, la esponeva al rischio cancro. Ma la faccenda è più che intricata. Diversi studi indicano un aumento del rischio attorno al 30%. Uno ha trovato tracce della sostanza nei linfonodi di una malata. Ma altri mettono in dubbio il rapporto tumori-talco. La sentenza dello Iarc (la Bibbia in materia) è che il talco è «potenzialmente cancerogeno». Il fatto è che questo tumore non si può diagnosticare precocemente, e che, una volta cresciuto, è una brutta bestia. Quindi, l'attenzione ai potenziali rischi può fare la differenza. Ancor più se la donna ha altri fattori predisponenti: dal sovrappeso ai geni. La sentenza del Missouri ha il pregio di ribadire il diritto all'informazione. J&J senza un'evidenza certa (come è per il fumo) non è obbligata a scrivere nulla. I potenziali cancerogeni sono migliaia e non sono specificati sulle confezioni. Peccato. Dovrebbero esserlo. Tanto per lasciarci il privilegio di decidere. *periscopio@repubblica.it*

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-MAR-2016
da pag. 34
foglio 1
www.datastampa.it

RSALUTE

LO STUDIO

Tetta salvavita

L'allattamento al seno fa bene. Tanto che se fosse esteso, a livello universale, ogni anno si potrebbero prevenire oltre 800 mila morti di bambini sotto i cinque anni. Ai quali andrebbero aggiunte altre 20 mila vite risparmiate per tumore al seno. Perché l'allattamento giova al bambino quanto alla mamma. A stimarne i benefici è una serie di speciali pubblicati da *Lancet* in collaborazione con gli esperti dell'Oms. Ad oggi solo 1 neonato su 5 nei paesi ad alto reddito è allattato fino all'anno di età, e solo 1 su 3 per i primi sei mesi nei paesi a basso e medio reddito. Con conseguenze pesanti: i bambini che non hanno ricevuto il latte materno – o ne hanno ricevuto poco – sono infatti più suscettibili a infezioni, più soggetti a diabete e obesità e hanno un quoziente intellettivo generalmente più basso di quelli allattati a lungo al seno. «Il successo o il fallimento dell'allattamento al seno non è solo responsabilità delle donne», tuona Nigel Rollins dell'Oms, tra i firmatari dello speciale su *Lancet*. Perché le donne possano allattare non basta lottare contro l'invadenza dei latti artificiali, serve creare un ambiente che renda agevole l'allattamento. Come? Per esempio ottimizzando i congedi di maternità, ritagliando spazi e luoghi all'interno dei posti di lavoro e puntando sulla informazione. A tutto vantaggio dell'economia: solo per il Regno Unito, per esempio, estendere l'allattamento al seno alla metà dei bambini sotto i sei mesi taglierebbe di circa 27 milioni di euro i costi per i trattamenti di diarree, asma e polmoniti.

anna lisa bonfranceschi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos salute

22 marzo 2016
NUMERO 52 | ANNO 10

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Era un tubo cristallografico a raggi infrarossi, montato su una fotocamera a treppiede

Mammografia compie 50 anni, primo modello in Francia nel 1966

Un tubo cristallografico a raggi infrarossi, montato su una fotocamera a treppiede. Era il 1965, e l'anno successivo quel marchingegno si sarebbe evoluto nel dispositivo Senographe, ovvero il primo mammografo della storia. Sono passati 50 anni esatti da quando la Compagnie Générale de Radiologie (Cgr) di Parigi ha realizzato l'apparecchiatura diagnostica divenuta una pietra miliare della medicina, poi ulteriormente sviluppata innovazione dopo innovazione: GE Healthcare, divisione medicale di General Electric, acquisirà Cgr nel 1987, e i sistemi per mammografia prodotti dopo Senographe "rappresentano ancora oggi lo standard per lo screening del tumore al seno", ricorda l'azienda. Proprio il futuro della salute del seno è stato uno dei temi del Congresso europeo di radiologia (Ecr) 2016. Ai primi di marzo a Vienna ha presentato le ultime novità per una tecnologia in prima linea nella lotta contro una patologia che oggi si stima possa colpire una donna su otto nel corso della vita, nonostante i tassi di sopravvivenza siano i più alti di sempre e in ulteriore crescita. La mammografia è infatti l'esame del tessuto del seno che utilizza i raggi X per aiutare a rilevare lesioni o calcificazioni che possono indicare la presenza di un cancro alla mammella, consentendo ai medici di identificare le aree problematiche il prima possibile e di definire un piano di terapia. Nel 1965 fu il radiologo francese Charles Gros a chiedere alla parigina Cgr di trovare un modo per sviluppare un dispositivo dedicato per l'imaging del seno a raggi X, che avrebbe potuto fornire immagini migliori di quelle ottenute con attrezzature convenzionali. "Il primo sistema per la mammografia venne prodotto verso la fine del 1965: era solo un tubo cristallografico a raggi infrarossi, montato su una fotocamera a treppiede. Nel 1966 è diventato l'originale Senographe, il primo mammografo dedicato al seno", ha spiegato Remy Klausz, ingegnere capo presso la divisione Detection and Guidance solutions di GE Healthcare. Nei 50 anni successivi, a guidare i miglioramenti tecnologici e di design nella mammografia sono state le nuove scoperte sull'esposizione ai raggi X, sulle tecniche di compressione e sui dettagli del tessuto del seno, come la densità, ma anche il desiderio di migliorare l'esperienza delle pazienti sottoposte all'esame. Aurelie Boudier, direttore creativo globale di Brand and Design Language al Global Design Center di GE Healthcare di Buc, vicino a Parigi, e suoi predecessori hanno ricoperto un ruolo da protagonisti in molti di questi sviluppi. Da Senographe alla tomosintesi, dal 1970 il Global Design Center ha lavorato a stretto contatto con i team di progettazione per sviluppare alcune delle soluzioni più innovative per le donne di tutto il mondo, dando un importante contributo alla storia della mammografia. La tecnologia alla base della mammografia si è evoluta in parallelo con le esigenze delle donne sottoposte agli screening.

(M.L.)

ANSA

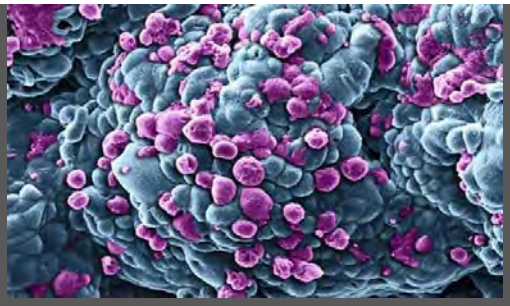
22-03-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Pillola 'illumina' il cancro al seno e la diagnosi precoce e' piu' facile

Si prende per bocca, contiene sostanza che colora solo tumori



cellule del tumore del seno, di Khuloud T. Al-Jamal e Izzat Suffian (fonte: Wellcome Trust)

Una pillola che si prende per bocca e 'illumina' il tumore - attaccandosi in modo altamente specifico solo alle cellule tumorali e ai vasi sanguigni tumorali - potrebbe rivoluzionare la diagnosi precoce di cancro al seno, oggi affidata agli screening mammografici periodici non scevri da limiti. E' l'invenzione messa a punto all'Università del Michigan e resa nota in occasione del 251esimo National Meeting & Exposition della American Chemical Society a San Diego. Si tratta di una pillola che si prende per bocca e che contiene un colorante, in grado di attaccarsi in modo specifico solamente a cellule malate e a vasi sanguigni tumorali, illuminandoli.

Testata per ora sui topi, la pillola potrebbe dunque essere usata per localizzare - attraverso ad esempio un'ecografia - una eventuale formazione maligna. Oggi la diagnosi precoce del cancro al seno si basa sull'esame mammografico da ripetere periodicamente dopo i 40 anni. In passato vi sono state evidenze sia a favore sia contro questo tipo di screening.

quotidianosanità.it

Lunedì 21 MARZO 2016

Il caso Actos. Le precisazioni Aifa dopo l'avvio dell'inchiesta a Torino sul rischio di cancro alla vescica

La notizia dell'inchiesta l'ha data per prima La Stampa lo scorso 17 marzo. Il fatto che il farmaco a base di pioglitazone usato per il diabete di tipo 2 possa essere responsabile dell'insorgenza del cancro alla vescica è noto dal 2011. Le autorità europee hanno però confermato che il profilo beneficio rischio del pioglitazone rimane favorevole se il farmaco è utilizzato come trattamento di seconda e terza linea per una parte di pazienti per i quali non esistono terapie alternative.

Di seguito la nota integrale dell'Aifa sul farmaco Actos.

La specialità medicinale Actos (principio attivo: pioglitazone) è stata autorizzata con procedura centralizzata in tutti gli Stati Membri dell'UE con decisione n. C (2000) 2827 del 13 ottobre 2000.
Il medicinale è regolarmente in commercio nelle seguenti forme farmaceutiche: compresse da 15, 30 e 45 milligrammi.
Il pioglitazone è autorizzato anche in associazione con metformina (Competact e Glubrava), con glimepiride (Tandemact), con alogliptin (Incresync).

Come riportato nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto, Actos è autorizzato nelle seguenti indicazioni terapeutiche:
Trattamento di seconda o terza linea per il diabete mellito di tipo 2, come esposto qui di seguito.

In monoterapia:
· In pazienti adulti (in particolare pazienti sovrappeso) non adeguatamente controllati dalla dieta e dall'esercizio fisico per i quali il trattamento con metaformina è inappropriato a causa di controindicazioni o intolleranza.

In duplice terapia orale in combinazione con:
· Metformina, in pazienti adulti (in particolare pazienti sovrappeso) con insufficiente controllo glicemico nonostante la massima dose tollerata di monoterapia con metformina;

· Una sulfonilurea, solo in pazienti adulti che mostrano intolleranza a metformina o per i quali metformina è controindicata, con insufficiente controllo glicemico nonostante la massima dose tollerata di monoterapia con una sulfonilurea.

In triplice terapia orale in combinazione con:
· Metformina e una sulfonilurea, in pazienti adulti (in particolare pazienti sovrappeso) con insufficiente controllo glicemico nonostante la duplice terapia orale;

· Pioglitazone è anche indicato in combinazione con insulina nei pazienti adulti con diabete mellito di tipo 2 che non raggiungono un sufficiente controllo glicemico con insulina, per i quali l'uso di metmorfina è inappropriato a causa di controindicazioni o intolleranza.

Il rischio di carcinoma della vescica legato all'utilizzo di pioglitazone è stato oggetto di ampio dibattito a livello europeo, nel corso del quale sono stati presi in considerazione tutti i dati a disposizione (sia quelli epidemiologici che quelli derivanti da meta-analisi di studi clinici randomizzati).

Al termine della revisione, il Comitato per i Medicinali per uso umano (CHMP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), nell'ottobre 2011, ha confermato che il profilo beneficio rischio del pioglitazone rimane favorevole se il farmaco è utilizzato come trattamento di seconda e terza linea.
Si è infatti osservato che sussiste un lieve aumento di rischio di cancro della vescica e che tale rischio può essere ridotto con un'appropriata selezione ed esclusione dei pazienti procedendo alla revisione periodica dell'efficacia e sicurezza del trattamento nel singolo paziente.

Il CHMP ha anche ritenuto che vi sia una sottopopolazione di pazienti che non può essere adeguatamente trattata con altre terapie, ed ha pertanto concluso che pioglitazone debba rimanere disponibile come alternativa terapeutica per detti soggetti.

In considerazione di quanto qui sopra esposto e sulla base delle indicazioni provenienti dall'EMA, sono state dunque messe in atto le opportune misure finalizzate a minimizzare il rischio, anche attraverso la divulgazione di materiale formativo indirizzato ai medici e di apposita Nota Informativa, sempre indirizzata ai medici, con cui gli operatori sanitari sono stati informati circa il rischio di carcinoma della vescica correlato all'uso di pioglitazone nonché sulla corretta gestione dei pazienti più a rischio. Tutti gli stampati relativi al farmaco, sono stati aggiornati sulla base delle più avanzate conoscenze sul rischio di carcinoma della vescica.

Va ad ogni modo sottolineato che, trattandosi di farmaco approvato con procedura centralizzata e sottoposto a valutazione periodica dei profili di rischio-beneficio, ogni azione regolatoria che lo riguarda è intrapresa e gestita a livello europeo.

Lo studio TOSCA.IT (Thiazolidinediones Or Sulphonylureas and Cardiovascular Accidents Intervention Trio/), ha ad oggetto gli effetti sull'incidenza di eventi cardiovascolari dell'aggiunta di pioglitazone o di una sulfonilurea alla metformina in pazienti con diabete mellito di tipo 2 in monoterapia non adeguatamente compensati. Si tratta di uno studio finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco, promosso e coordinato dalla Società Italiana di Diabetologia (SID) in collaborazione con l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), che è iniziato nel 2008 ed è tuttora in corso. Al momento il reclutamento è concluso ed è in corso il *follow up*, la conclusione dello studio è prevista per il 2018.

Fonte: Aifa

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-MAR-2016
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

SPENDING REVIEW

Siringhe&Co, i prezzi di Cantone

Parametro unico nazionale anche per i cerotti e l'ovatta di cotone

C'è l'ormai mitica siringa, ci sono i cerotti e anche l'ovatta di cotone. In tutto sono 39 i dispositivi medici che vanno a fare spending review. L'Authority anticorruzione guidata da Raffaele Cantone ha infatti deciso di alzare il tiro e ha prodotto la delibera che per queste tipologie di prodotti fa scattare i prezzi di riferimento. Insomma, andranno a realizzare risparmi sulla spesa sanitaria pubblica. Risparmi anche consistenti quelli attesi, come del resto avevano anticipato sia la ministra Beatrice Lorenzin che l'ad di Consip, Luigi Marroni, che ha anche annunciato una gara proprio per le siringhe. Stime di risparmi che ora anche l'Anac conferma in pieno nei documenti allegati alla delibera: «Laddove tutti i contratti con prezzi superiori a quelli di riferimento si allineassero a questi ultimi - si legge - è possibile attendersi un risparmio valutabile nell'ordine del 15-20% della spesa annuale per i dispositivi oggetto dell'intervento».

La delibera dell'Anac, attuata dopo una consultazione pubblica, ha preso le mosse dalle indicazioni di alcuni anni fa dell'Agenas, che peraltro aveva posto all'attenzione 59 prodotti. Con questo primo passo, intanto, la "voce siringhe" è la più numerosa con 25 tipologie sotto la lente dei prezzi di riferimento, con valori (al netto dell'Iva) che vanno da 23 centesimi a 2,12 euro (siringhe a perdita di resistenza). Per i cerotti (11 casi) si va da 2,4 euro a 0,9 centesimi. L'ovatta di cotone (e tipologie) da 3,2 euro a 9,9 centesimi. Questione di quantità e di tipo di prodotto, insomma. Una piccola rivincita per la mitica siringa oggetto di monitoraggi e polemiche con prezzi variabili da Nord a Sud d'Italia.

Una riforma era improrogabile. La stessa ministra Beatrice Lorenzin aveva spiegato: «Con le centrali uniche d'acquisto, è evidente che la siringa costerà in modo uguale in tutta Italia - ha spiegato - e che avrà una riduzione del prezzo molto forte». Ma non ci sono solo le siringhe, ci sono gli stent, le protesi. «Ovviamente - ha aggiunto Lorenzin - sui device c'è tutto un lavoro che viene fatto perché a differenza di altri beni e servizi questi sono ad alto contenuto tecnologico e con un rapporto medico-paziente». Come detto, in linea di massima il Governo si attendiamo con questo riforma tra il 15 e il 20% di risparmi. «Ma non è solo questione di risparmio sottolinea Lorenzin - il sistema ci aiuterà anche a migliorare l'analisi del processo d'acquisto».

Intanto Consip ha già annunciato una gara nazionale. Finora la società ha offerte alle Asl un mercato telematico dove comprare dai fornitori accreditati, o aprire proprie gare. Da ora un poi sarà direttamente la Consip a indire la gara e stipulare con il vincitore una convenzione per la fornitura all'amministrazione dei beni ai prezzi offerti in gara.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-MAR-2016
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

LA PROPOSTA DI CITTADINANZATTIVA-TDM CONTRO LE INEFFICIENZE

Una road map per abbattere gli sprechi Ssn

Macchinari per la risonanza magnetica utilizzati col contagocce. Mega-complessi operatori attivi solo 5 ore al giorno. Sale per emodinamica ferme per mancanza di specialisti. Percorsi arzigogolati tra visite pre intervento, ricovero e operazione vera e propria. Acquisti sbagliati e perciò inutili oltre che dannosi di beni e servizi. Medici e infermieri-travet, costretti a spostarsi da un'Asl all'altra e da un ospedale all'altro per reparti non aperti o per inspiegabili blocchi del turnover. E via dicendo. Le segnalazioni dei cittadini sui paradossi quotidiani della sanità pubblica si sprecano.

Dall'altra parte, ci sono tante eccellenze - ugualmente segnalate - valorizzate e prese a modello in quanto best practice. E premiate. Poi, è il caso di indicare le possibili soluzioni, visto che le ricette impiegate fino a oggi si sono rivelate poco utili. Nasce da questo "pacchetto" complesso l'iniziativa di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, che mercoledì scorso a Roma ha presentato il report "I due volti della sanità. Tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini", con il sostegno non condizionato di Farmindustria. Una road map per la sostenibilità del Ssn, questa volta tracciata dai cittadini, e - insieme - il riconoscimento ai progetti più meritevoli hanno partecipato alla XII edizione del Premio Andrea Alesini.

Sullo sfondo, un'Italia in sofferenza dopo anni e anni di tagli che hanno caratterizzato la strategia di aggressione agli sprechi. Un metodo che «a conti fatti - afferma **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale Tdm-Cittadinanzattiva - ha prodotto 54 miliardi di tagli cumulati dal Ssn tra il 2011 e il 2015 e la contrazione, o soppressione, di prestazioni e servizi, come certifica la Corte dei conti. E per il 2016 - continua Aceti - altri 14,5 mld di tagli. Invece resta da spiegare ai cittadini se e quanti sono stati gli effettivi risparmi prodotti dalle manovre e come sarebbero stati reinvestiti, a fronte dei sacrifici richiesti a tutti». Poi, parte l'attacco ai provvedimenti più recenti, come il "decreto appropriatezza", «che dopo pochi giorni dalla sua entrata in vigore ha bisogno di revisioni e nel frattempo sta ostacolando l'accesso a prestazioni necessarie».

A tornare su sprechi e inefficienze è il Dg Agenas **Francesco Bevere**: «Sono la prima causa delle disuguaglianze. Ad Agenas è affidato un ruolo ancor più decisivo nel supportare i Ssr nei processi di autoanalisi e di miglioramento, perfezionando gli strumenti di valutazione e di correzione delle cause di disordine organizzativo e gestionale che spesso impediscono di fornire adeguate risposte ai bisogni di salute dei cittadini. Servono trasparenza e corretta informazione».

Un cambio di passo. Secondo il Tdm «la ricetta utilizzata fino a oggi va cambiata e serve: partire da una profonda conoscenza dei fenomeni; guardare alle buone pratiche esistenti; attuare interventi selettivi per agire sulle cause; riconoscere il valore che ogni attore può dare per contrastare le inefficienze, a partire da cittadini e professionisti; misurare gli effetti prodotti dagli interventi.

La lista degli sprechi. Il Report prende in esame 104 condizioni di spreco individuate da cittadini, associazioni e operatori sanitari fra aprile 2014 e aprile 2015 e che a giugno 2015 risultavano ancora irrisolte. Per macroaree, gli sprechi sono riferibili per il 46% al mancato o scarso utilizzo di dotazioni strumentali e strutture sanitarie, per il 37% a inefficiente erogazione di servizi e prestazioni, per il 17% a cattiva gestione delle risorse umane. Immediato l'impatto sui diritti: quelli più violati sono: "diritto al rispetto degli standard di qualità" (14,7%), il diritto al rispetto del tempo (14%), diritto alla sicurezza delle cure (11,6%) e all'accesso ai servizi sanitari (10,9%).

La road map. È una ricetta in 34 punti, sintetizzata dalla stessa Cittadinanzattiva-Tdm in 5 priorità:

1. ammodernare e organizzare il Ssn a partire dalla centralità del malato, dei suoi bisogni e non di altri interessi;

2. attuare, e per tempo, le decisioni assunte con l'approvazione di atti nazionali-regionali-aziendali, rendendole effettive;

3. adottare una strategia nuova per la misurazione e definizione di standard per il personale, per l'assistenza sanitaria territoriale, oltre che per il dimensionamento (per bacini di utenza) delle strumentazioni/apparecchiature/tecnologie sanitarie, funzionale agli investimenti e alla gestione;

4. realizzare una banca dati delle dotazioni strumentali e dei beni eccedenti e pienamente funzionanti (quindi sicuri e di qualità) non utilizzati dalle strutture in cui sono ubicati, così da metterli a disposizione delle altre strutture sanitarie;

5. promuovere la trasparenza come strategia di fondo per operare le scelte, per la valutazione, per la promozione del merito, per il contrasto a fenomeni di illegalità e corruttivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-MAR-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

CODICE ROSSO a cura di Cineas

L'obbligo di conciliazione nell'ambito del Ddl sul rischio professionale

Perentori i termini (6 mesi) per la Ctu conciliativa

Gli articoli 8 e 14 del disegno di legge n. 2224, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, recano norme sia sul tentativo obbligatorio di conciliazione per chi intenda esercitare un'azione relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria e sia sulla nomina dei consulenti tecnici di ufficio.

L'articolo 8 obbliga chi intenda esercitare l'azione di cui sopra a intraprendere il ricorso previsto dall'articolo 696-bis del Cpc e per ottenere una Consulenza tecnica di Ufficio conciliativa ed elimina al contempo l'obbligo della mediazione.

La Ctu conciliativa prevista dall'articolo 696-bis del codice di procedura civile nella prassi non ha avuto successo fino a oggi in quanto le parti che vi partecipano non sono obbligate a rispettarla (a parte quei rarissimi casi in cui le parti sottoscrivono l'accordo redatto dal Ctu).

La Ctu che scaturisce a seguito di ricorso ex articolo 696-bis in vigore oggi non ha termini perentori e, infatti, nella prassi il perito nominato dal Giudice chiede, quasi sempre, dei termini di proroga e questo, di fatto, comporta una dilatazione notevole delle tempistiche: non è raro che una Ctu 696-bis arrivi a durare quasi un anno dal momento della richiesta al deposito della perizia.

L'articolo 8 del Ddl in esame assegna invece un termine perentorio di sei mesi per il compimento della Ctu 696-bis. Questo termine ora perentorio potrebbe avere un suo connotato positivo al fine del contenimento dei tempi processuali, ma bisogna considerare che il perito nominato si troverà sotto pressione e ciò potrebbe andare a scapito della qualità della perizia.

La novità più interessante è rappresentata dalla circostanza prevista nel comma 3 dell'articolo 8 del disegno di legge: «Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso la domanda diviene procedibile se entro 90 giorni dal deposito della relazione o della scadenza del termine perentorio (dei sei mesi) è depositato, presso il Giudice che ha trattato il procedimento il ricorso di cui all'articolo 702-bis del codice di procedura civile (il cd. rito civile sommario)».

In buona sostanza il nuovo meccanismo previsto dal comma 3 fa in modo che la perizia del Ctu non andata a buon fine per qualsiasi motivo, "ritorna" davanti al Giudice che ha trattato il ricorso ex art. 696bis attraverso il rito sommario. Tutto questo cosa vuol dire? In prima analisi a differenza di quanto accade oggi (il Giudice nel 696-bis nomina il Ctu, e assegna i termini per il compimento delle operazioni peritali, terminando così la propria funzione) lo stesso Giudice torna ad avere "pieni poteri" sulla questione in caso di mancato funzionamento del ricorso del 696-bis.

Infatti il Giudice potrà, in base anche alla semplice Ctu ottenuta in sede di 696-bis, se dovesse reputare già matura la causa per essere decisa, prendere i necessari provvedimenti del caso (ai sensi degli articoli che regolano il procedimento sommario ex articolo 702-bis del codice di procedura civile) ed emettere nel giro di pochi mesi l'ordinanza di condanna.

Il dato che emerge è che con questo disegno di legge la perizia del Ctu ottenuta tramite il 696-bis diventerà uno strumento decisivo in quanto potrebbe essere alla base della futura decisione del Giudice.

Altro aspetto non da poco dell'articolo 8, al comma 4: sempre il Giudice al vaglio degli atti dovrà verificare la partecipazione di tutti i soggetti interessati al 696-bis, condannando al pagamento delle spese tutti i soggetti che non hanno partecipato al 696-bis indipendentemente dall'esito del giudizio (non solo alle spese di giudizio ma anche a quelle di consulenza oltre a una somma equitativa in favore della parte che è comparsa al 696-bis: si inizia, quindi, a parlare di importi consistenti che indurranno i diretti interessati ad attente considerazioni).

Anche questo aspetto potrebbe rappresentare un ulteriore elemento a favore del successo del ricorso ex articolo 696-bis del Cpc. Infatti nella prassi capita spesso che la controparte non si costituisca nel detto ricorso, non essendoci attualmente alcuna forma di obbligatorietà né alcuna sanzione.

Con queste premesse la portata del "nuovo" 696-bis per la cause di responsabilità sanitaria potrebbe diventare molto efficace.

Oggi, infatti, sono tante le situazioni nel 696-bis che meriterebbero l'intervento del Giudice. Il riferimento è, per esempio, a quei casi in cui gli stessi Ctu nominati dal Giudice differiscono nella redazione delle loro perizie (capita anche questo...), oppure quando il Ctu conclude con un misterioso «si rimette pertanto alla valutazione del Giudice» (dimostrando di non conoscere la procedura 696-bis).

L'articolo 14 impone all'Autorità giudiziaria l'affidamento della perizia del Ctu sia al medico legale che allo specialista. Nella realtà applicativa l'esigenza del doppio incarico è sempre più sentita, specialmente per i casi attinenti questioni di danni di particolare entità (per molti Tribunali questo è già prassi).

Nel disegno di legge si prevede, inoltre, la revisione quinquennale degli Albi che si ritiene un aspetto positivo. Sarebbe stato opportuno prevedere anche un "database" con gli incarichi passati dei periti per valutare forme di conflitto di interessi, anche solo potenziali. È risaputo, infatti, che ciò potrebbe influenzare la serenità di chi redige la perizia come consulente di fiducia del Giudice.

Tobia Giordano
avvocato del Foro di Milano
e componente del Tavolo Cineas:
Assicurazione e Sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

22-03-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

'Abbuffata alcolica' per 3,3 mln italiani, anche a 11 anni

Binge drinking tra adolescenti, allarme Ministero Salute

Abbuffata alcolica per 3,3 mln italiani, anche a 11 anni

'Abbuffate alcoliche' a stomaco vuoto, per 'sballarsi' prima e più facilmente. Sono 3,3 milioni gli italiani che dichiarano di averlo fatto nel corso degli ultimi 12 mesi. Si tratta soprattutto di adolescenti maschi ma non mancano i giovanissimi che lo fanno già tra gli 11 anni e i 17 anni, fascia di età in cui la somministrazione di alcol è vietata per legge. E' quanto emerge dalla Relazione del ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 in materia di alcol e problemi correlati. Nel 2014, anno a cui si riferiscono i dati Istat riportati dalla relazione, il 10% degli uomini e il 2,5% delle donne con più di 11 anni hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi (pari quindi a 3,3 milioni di persone). Tra 11 e 15 anni a farlo sono poco più dell'11% senza troppe differenze di sesso. Mentre tra i 15 e i 17 salgono a 7,4% tra i ragazzi e 4,6% tra le ragazze. La percentuale maggiore si registra tra i 18-24enni, fascia di età in cui dichiara di farlo il 21% dei maschi e il 7% delle femmine.

Superata questa età critica le percentuali diminuiscono, per raggiungere i valori minimi nell'età anziana. Le bevute esagerate episodiche sono un fenomeno che il Ministero della Salute definisce "un serio problema di sanità pubblica" che sottopone a "gravi rischi per la salute e la sicurezza non solo del singolo bevitore ma anche l'intera società".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-MAR-2016
da pag. 32
foglio 1
www.datastampa.it

R SALUTE

Fratture. Due ricerche indagano i supplementi del minerale E concludono: è meglio col cibo

Poco calcio siamo mediterranei

CRISTIANA PULCINELLI

SEI in menopausa? Assumi più calcio. Ma l'abitudine di prescrivere supplementazioni di minerale, forse va ripensata alla luce di due nuovi studi pubblicati sul *British Medical Journal*. Nel primo articolo, i ricercatori dell'università di Auckland, in Nuova Zelanda, hanno analizzato 26 studi controllati e sono giunti alla conclusione che dare supplementi di calcio non riduce in modo significativo il rischio di "rompersi". E se diminuisce il rischio di fratture vertebrali del 14 per cento, non ha però un effetto significativo per quelle di anca o braccio.

Nello stesso tempo, secondo gli autori, l'assunzione di calcio può dare effetti collaterali: eventi cardiovascolari, calcoli renali e sintomi gastrointestinali, sia leggeri, sia tanto gravi da richiedere l'ospedalizzazione. L'editoriale che accompagna gli articoli sottolinea come "il peso delle evidenze contro questo trattamento di massa degli anziani ora è abbastanza grande da farci riconsiderare le raccomandazioni".

«Al di là dell'autorevolezza indiscussa della rivista, non c'è nulla di nuovo –commenta Giancarlo Isaia, direttore della Geriatria all'ospedale Molinette di Torino, fino a poco tempo fa presidente Siomms (Società italiana osteoporosi, metabolismo minerale e malattie dello scheletro) – poiché è noto che la somministrazione di calcio di per sé non induce una riduzione significativa delle fratture, perché ci sono fattori confondenti. Ad esempio, molte persone sono carenti di vitamina D, il che vuol dire che, anche se assumono dosi adeguate di calcio, lo assorbono in modo limitato. In secondo luogo, il calcio non è una terapia, ma un integratore alimentare, quindi dovrei avere un'assunzione omogenea di calcio tramite alimenti nella popolazione studiata per poter valutare il suo effetto».

Sull'assunzione di calcio tramite alimenti, il secondo studio pubblicato su *BMJ* dai ricercatori neozelandesi, e condotto analizzando 59 sperimentazioni cliniche, ha mostrato che effettivamente mangiare alimenti ricchi di calcio porta a un aumento della densità minerale ossea dello 0,6-1%, così come il calcio negli integratori aumenta la densità dello 0,7-1,8%, ma non è sufficiente a prevenire le fratture. Però, aggiungono gli autori, bisognerebbe avere ulteriori dati per capire se ci sono sottogruppi, ad esempio le donne, per i quali i benefici possano essere maggiori.

In Italia, dove si ritiene che ci siano 3 milioni e mezzo di donne e circa un milione di uomini con osteoporosi, e si contano 90.000 fratture del femore all'anno, le linee guida per trattare e prevenire questa patologia sono state pubblicate da poco e prevedono 1000-1200 mg giornalieri di calcio, attraverso gli alimenti. «C'è da dire – prosegue Isaia – che l'assunzione di calcio negli italiani è scarsa: nell'80 per cento della popolazione è la metà di quanto raccomandato. E questo vale, più o meno, per tutte le regioni italiane: la dieta mediterranea, senza considerare il latte e i suoi derivati, fornisce infatti all'organismo circa 200 mg di calcio al giorno».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-MAR-2016
da pag. 35
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

R SALUTE

Farmaco vecchio fa big business

Second life. Si cercano i geni coinvolti in una malattia e si va a vedere nei database se esiste una medicina in commercio. Sono circa 200 l'anno

NICOLA NOSENGO

QUANDO IL FUTURO fa paura, ci si aggrappa al passato. Vale per tutti, anche per le case farmaceutiche. I brevetti sui farmaci milionari che hanno fatto la loro fortuna scadono uno dopo l'altro, e di nuovi in cantiere ce ne sono pochi. La soluzione è aprire nuovi mercati per i farmaci che ci sono già, o recuperare quelli arenati nei trial clinici su cui si è già investito tanto.

È il cosiddetto drug repositioning, o riposizionamento dei farmaci, e cresce a vista d'occhio. Si prende il farmaco già testato per la malattia X, e lo si ripresenta come cura per la Y. Quasi un terzo dei farmaci autorizzati ogni anno dalla Food and Drug Administration sono in realtà riposizionamenti. Tudor Oprea, che studia il mercato farmaceutico all'Università del New Mexico, stima che le richieste arrivino ormai a 200 all'anno. Ed è solo la punta dell'iceberg. «Fra qualche anno – assicura Giuseppe Novelli, genetista e rettore dell'Università di Roma Tor Vergata – sarà il boom».

Un po' di riposizionamento si è sempre fatto, ma in modo casuale. Durante la sperimentazione clinica saltava fuori un effetto collaterale imprevisto che faceva accendere una lampadina, come nel classico caso del sildenafil. Nato per l'angina, ha trovato presto una seconda – più redditizia – vita come pillola blu per la disfunzione erettile. Ora invece si può fare in modo sistematico, perché l'abbinata di genomica e big data permette di scoprire insospettate parentele molecolari tra patologie diverse. È avvenuto al Memorial Sloan Kettering di New York in un caso pubblicato su *Science* nel 2012, un punto di svolta secondo Novelli: «C'era un paziente con un carcinoma della vescica, non operabile e non rispondeva ai farmaci. I colleghi hanno fatto una follia, hanno sequenziato l'intero genoma del tumore. E in mezzo a molte mutazioni previste, c'era anche quella di un gene bersaglio di un farmaco esistente, l'everolimus, che si usa per prevenire il rigetto nei trapianti di organo. Usato su quel paziente è riuscito dove gli antitumorali avevano fallito, fermando la crescita del cancro».

E il metodo si può ripetere. Si cercano tutti i geni mutati in un gruppo di pazienti, o al limite in uno solo. Poi si cercano, nelle banche dati farmaceutiche, molecole già registrate che potrebbero interagire con quei geni. Spesso sono centinaia, impensabile testarle tutte. Per restringere il campo si usano sofisticati algoritmi di calcolo che simulano l'incontro tra la struttura chimica di una molecola e le proteine di quell'organo o tessuto. Li sviluppano società di consulenza che aiutano le aziende a cercare i migliori abbinamenti tra molecole e patologie. Alla fine, si scelgono uno o due farmaci con cui fare una sperimentazione. Più breve, perché i test sugli animali e quelli di sicurezza sono stati già fatti per quella vecchia. Nella maggior parte dei casi il farmaco si sposta di poco: dal tumore dello stomaco a quello del pancreas. Ma a volte il salto è sorprendente: un antidepressivo che si reinventa trattamento per il dolore cronico; un chemioterapico che poi se la cava meglio in un trial per l'Alzheimer. E non solo.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-MAR-2016
da pag. 35
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

IL CASO

Ancora talidomide

Il repositioning può offrire una seconda chance anche a farmaci la cui prima vita era andata tanto male da essere ritirati dal mercato per i loro effetti collaterali.
È il caso della talidomide. La sua tragica storia è nota: nel dopoguerra veniva prescritta comunemente alle donne in gravidanza per contrastare la nausea mattutina. Finché non si scoprì che la sostanza è teratogenica, cioè causa gravi malformazioni nei neonati. Nel 1961 la talidomide fu messa fuori legge, e solo il nome basta ancora a evocare il ricordo di uno dei più dolorosi errori della storia medica recente.
Proprio le indagini condotte sulla causa di quelle malformazioni, però, avrebbero portato a capire meglio il meccanismo d'azione della molecola. Gli scienziati hanno così scoperto che la talidomide rallenta la produzione di TNFalfa, una molecola coinvolta nelle fasi acute di infiammazione. Questa caratteristica l'ha resa potenzialmente utilizzabile e ha portato, dalla fine degli anni Novanta, a darle una nuova destinazione come terapia per la lebbra nei paesi in via di sviluppo (ovviamente ci si assicura di non somministrarla a donne incinte).
Non solo. Sempre negli Novanta, è stato dimostrato che la talidomide frena la formazione di nuovi vasi sanguigni (l'angiogenesi) che è fondamentale per la crescita di molti tumori.
La talidomide per questo ha ottenuto così dalla FDA una corsia preferenziale (di dati sui suoi effetti sugli umani ce n'erano già fin troppi) verso l'approvazione per il trattamento dei mielomi, dove oggi è usata con buoni risultati.

I COSTI

Risparmi? Pochi

La possibilità di usare un vecchio farmaco per una nuova malattia dovrebbe permettere di avere medicine meno care. Il prezzo di un farmaco è dovuto agli anni di sperimentazione, e alle 99 molecole che si buttano per trovarne una che funzioni. Se si abbrevia la sperimentazione e si recuperano alcune di quelle molecole, il prezzo si dovrebbe abbassare. Ma chi monitora attentamente il campo invita a moderare l'entusiasmo. Il fatto è che non tutti i riposizionamenti che funzionano sulla carta si possono fare. Gli effetti collaterali accettabili per una malattia non lo sono per un'altra, motivo per cui è molto difficile riposizionare un antitumorale al di fuori dei tumori. In più, i costi si abbattono davvero solo se il dosaggio rimane simile. Altrimenti tocca ripartire da capo con i test di sicurezza, e il costo del farmaco usato finisce per essere simile a quello del nuovo.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-MAR-2016
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Tutti i numeri dell'emergenza

Il ministero della Salute ha pubblicato l'elenco con tutte le strutture dell'emergenza: 668 presìdi di un'Italia a tre velocità con reti da riorganizzare e linee guida vecchie di 20 anni.

VAZZA-BONDÌ A PAG. 6-7

MINISTERO DELLA SALUTE / La mappa della rete dei pronto soccorsi nelle Regioni

Il sistema emergenza fa 668

La fotografia di un Paese a tre velocità - Anaao: «Normativa datata»

Sono 668 i presìdi che fanno l'ossatura del sistema italiano dell'emergenza-urgenza. Ben 106 strutture nella sola Lombardia, seguita da Sicilia, con 65 presidi, e Campania che arriva a 63. Ma il dato dice tutto? No, affatto. Perché non è detto che più pronto soccorsi facciano più salute. Nella rilevazione aggiornata dal ministero della Salute sono presenti tutte le strutture della rete italiana dell'emergenza ospedaliera con l'elenco dettagliato dei Dea di primo e secondo livello, i pronto soccorso e i pronto soccorso pediatrico. Ma i dati da soli non bastano per fare i conti con il problema.

I numeri della rete. Nella mappa c'è un Paese con i famosi 21 mini sistemi sanitari, dove alle Regioni è demandata l'organizzazione concreta e, dunque, anche i requisiti minimi per strutture, tecnologie, organizzazione, personale. In Toscana ed Emilia Romagna il numero dei presidi per le emergenze sono rispettivamente 39 e 50. Sono pochi, sono tanti? In Toscana nessun pronto soccorso, ma solo Dea di primo e secondo livello, in Emilia 10 ps e tutti gli altri Dea 1 e 2. La Lombardia che ha un sistema fortemente integrato pubblico-privato su 106 strutture conta 50 pronto soccorsi, un numero che si spiega con la vastità del territorio. E allora che significa che in Sicilia su 65 strutture, 40 sono pronto soccorsi, e il resto Dea 1 e 2? Quasi la stessa proporzione in Campania dove i pronto soccorsi sono 29 su 63 (ma ha anche il più alto numero di ps pediatrici in rapporto al totale).

Pochi, tanti? «Il pronto soccorso è la cartina di tornasole del sistema di cure. La fotografia del ministero non ci stupisce: è un'Italia a tre velocità con un Sud che arranca, alcune regioni in progress e le teste di serie, con la rete organizzata secondo la normativa con i Dea a fare da coordinamento» è la lettura di **Sandro Petrolati**, responsabile emergenze dell'Anaao-Assomed. «La mappa è utile perché mette a fuoco le differenze ma dev'essere una base propedeutica per il cambiamento che chiediamo a gran voce». E dunque tutto da buttare? «Assolutamente no, ma il sistema va rivisto perché le linee guida del 1996 sono obsolete. In 20 anni è cambiato tutto, è cambiata la sanità e il Paese, è arrivata la specialità di medicina dell'urgenza e non solo. Serve una legge ad hoc che armonizzi la situazione a livello nazionale» spiega **Petrolati**.

Una rete piena di buchi. «La qualità del servizio di emergenza-urgenza si misura nella capacità di creare rete: dall'ultima ambulanza al più avanzato dei Dea 2. La legge c'è e lo prevede, ma ancora si viaggia a velocità diverse. Il ps è fondamentale perché è nel pronto soccorso che si deve stabilizzare il paziente per poi inviarlo eventualmente nei Dea se necessario, è lì che dovrebbero esserci i medici specialisti dell'emergenza in grado di intercettare l'urgenza. Spesso però qualcosa non va e il ps è un avamposto nel deserto, la misura dell'inefficienza», è la presidente della **Fimeuc** (Federazione italiana medicina di emergenza-urgenza e delle catastrofi), **Adelina Ricciardelli**, una lunga esperienza sul campo. E allora chi fa meglio degli altri? Anche qui Petrolati fa chiarezza: «Stanno meglio quelli che sono partiti prima e hanno messo a punto il sistema coinvolgendo anche la medicina generale: Toscana, Emilia, Veneto e anche la Lombardia (pur con mille distinguo tra una e l'altra). Il Piemonte che era messo male si sta riorganizzando, il Lazio ha rifinanziato la rete, ma senza stravolgere il sistema, il Sud resta indietro, ma anche qui c'è chi sta lavorando come la Puglia». Ma come la mettiamo con il paziente? Per Ricciardelli: «Il punto di partenza e di arrivo coincidono con l'equità nell'accesso alle cure. Il diritto del cittadino a ottenere la migliore assistenza possibile in ogni angolo del Paese» dice la presidente Fimeuc. «Abbiamo fatto molto negli ultimi anni sui percorsi per lo stroke (l'ictus) e per gli infarti, costruendo modelli che funzionano. Oggi e domani la sfida da raccogliere è quella delle patologie croniche e delle altre emergenze apparentemente banali rispetto a un infarto, ma che intasano i pronto soccorsi» dice la leader Fimeuc. «Spesso però è un problema che va oltre la politica gestionale "esterna". La responsabilità degli intoppi può anche essere interna: a problemi nuovi si offrono soluzioni e prassi vecchie. Anche i medici devono riflettere e uscire da schemi paludati, mettendo in crisi modelli superati», chiosa **Alessandro Vergallo**, leader degli anestesisti rianimatori dell'Aaroi-Emac.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-MAR-2016
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

TAVOLI/2

Farmaci, trattativa a rate

Ospedaliera: spunta lo sconto - E sui «tetti» c'è distanza

Il tavolo a palazzo Chigi sul nodo della governance farmaceutica s'è riaggiornato ai primi di aprile ma le parti - Governo e Regioni - non sono affatto vicine, anzi. Un mezzo punto d'incontro potrebbe esserci sul ripiano che le industrie devono pagare per lo sfondamento dell'ospedaliera. L'ipotesi è di arrivare a uno sconto del 10% (ma qualcuno azzarda fino al 20%). No delle Regioni al Drg esteso, sì al doppio tetto.

A PAG. 8

Tra Regioni e Governo possibile intesa solo sui ripiani scontati (10-20%) alle imprese

Farmaci, il tavolo è spaccato

Stop dei governatori ai Drg estesi a ospedali pubblici, sì al doppio tetto

Sconti alle imprese sui ripiani, rebus tetti, riforma del payback (o forse no), fondi extra per gli innovativi: il tavolo a palazzo Chigi sul nodo della governance farmaceutica è ancora in piena tempesta e s'è riaggiornato ai primi di aprile. «Siamo in una fase di brainstorming. Stiamo lavorando sulle simulazioni - spiega la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin - per cercare di capire che cosa succederebbe se introduciamo il prezzo del farmaco nel Drg, se facciamo un fondo per gli innovativi, come cambiare il payback e se vale la pena cambiarlo». Ma le parti - Governo e Regioni - non sono affatto vicine, anzi. Un mezzo punto d'incontro potrebbe esserci sul ripiano - circa 1,8 mld - che le industrie devono pagare per tre anni di sfondamento dell'ospedaliera. L'ipotesi, anticipata da Sanità24, è di arrivare a una transazione con uno sconto del 10% (ma qualcuno azzarda fino al 20%). D'altro canto il payback è bloccato dalle sentenze del Tar, le Regioni hanno strette esigenze di cassa e le industrie devono fare i bilanci. Tutto questo mentre l'Aifa non ha ancora prodotto i budget annuali. Ma non basta. Quell'ipotesi di inglobare la farmaceutica ospedaliera nei Drg, lanciata lì quasi per caso dal sottosegretario alla Presidenza del Consiglio **Claudio De Vincenti**, piace poco alle Regioni, convinte che la «boutade» finisca per addossare sui loro bilanci tutto lo sfondamento.

La proposta era stata illustrata dal sottosegretario nel corso del convegno di presentazione dello studio Astrid sull'industria del farmaco. L'idea sarebbe quella di estendere all'ospedalità pubblica il sistema di remunerazione a Drg, comprensivo del farmaco, applicato alle strutture private accreditate. L'obiettivo è di coinvolgere l'ospedale in un sistema che incentivi le modalità più efficienti. Una misura che in tandem con i piani di rientro introdotti con la legge di Stabilità 2016 potrebbe aiutare a superare il rosso profondo della spesa farmaceutica H. E che potrebbe fare il paio con un fondo ad hoc «extra-tetto» per i farmaci innovativi (non solo Epatite C) e forse anche con modifiche del meccanismo del payback.

Sul rebus tetti, De Vincenti ha palesato la sua contrarietà al tetto unico ma si è detto favorevole a conservare quello per la territoriale. «Il tetto unico sarebbe un errore - spiega De Vincenti - perché le due dinamiche, della spesa territoriale e ospedaliera, sono profondamente diverse. La territoriale passa dall'intermediazione del medico e il sistema dei budget tiene da 7 anni. Non me lo giocherei». Ma le Regioni pensano invece ancora a due tetti (territoriale convenzionata, e non convenzionata tutta insieme) con valori diversi da oggi, ma a somma totale invariata. E vogliono vederci chiaro sull'innovatività. Tutto da decidere. Rendez vous dopo l'uovo di Pasqua.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media