Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 228.905
Diffusione 05/2016: 164.819
Lettori Ed. I 2016: 1.462.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

04-AGO-2016
da pag. 88
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

E per i malati è una speranza

Ogni anno in Italia sono 8.000 gli under 40, maschi e femmine, colpiti da tumori. Nella lotta al cancro spesso a farne le spese sono i gameti, cellule uovo e spermatozoi danneggiati dalle terapie. Così che diventare genitori dopo il cancro diventa più difficile. A meno che non si decida di preservare la propria fertilità, conservando ovuli o tessuto ovarico o seme e tessuto testicolare. Una pratica però ancora poco diffusa: lo fanno meno del 10 per cento delle donne con tumore e una percentuale poco superiore di uomini. Colpa della mancanza di informazioni in materia nonché dell'assenza di comunicazione tra chi si occupa di oncologia e di fertilità, ricordano l'Aiom (Associazione italiana di Oncologia Medica), la Sie (Società italiana di Endocrinologia) e la Sigo (Società italiana di Ginecologia e Ostetricia) che insieme hanno firmato le Raccomandazioni sull'Oncofertilità, per promuovere la creazione di una rete nazionale di centri che consenta ai pazienti di rivolgersi a strutture pubbliche specializzate per fare fronte alle loro esigenze. Dice Antonino Guglielmino, responsabile del centro Hera di Catania, che il congelamento ha anche una valenza psicologica: «Stiamo dicendo al paziente che sopravviverà al cancro e avrà un futuro». Insomma, una scommessa sulla vita.

LA STAMPA.it

29-07-2016
Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

L’inattività fisica costa al mondo 67 miliardi di dollari l’anno

Ecco la prima stima dell’impatto economico della pandemia globale di sedentarietà apparsa su Lancet

La sedentarietà nuoce gravemente all’organismo. Numerosi studi lo confermano e da più parti giungono raccomandazioni per l’adozione di un sano stile di vita. Ma quanto ci costa quest’epidemia di sedentarietà? A calcolare per la prima volta il suo impatto economico globale è uno studio australiano che lo stima in 67 miliardi di dollari nel solo 2013, ripartiti in costi sanitari diretti, che ammontano a 53,8 miliardi, e in costi indiretti, come la perdita della produttività, che è calcolata di 13,7miliardi. Sempre nel 2013, nel nostro paese, l’inattività fisica è costata 1 miliardo e 400 mila dollari, di cui 906milioni di costi diretti e 498 milioni di costi indiretti.

È noto da tempo che l’inattività fisica causa malattie e un aumento della mortalità nel mondo. Tuttavia, meno si sa di quanto costa ai vari stati, scrivono i ricercatori dello studio apparso sulla rivista Lancet, che hanno analizzato in modo sistematico la letteratura sull’argomento, identificando gli studi contenenti stime nazionali dei costi della sedentarietà, stime tuttavia riguardanti soltanto i paesi ricchi. Dalla necessità di avere un quadro chiaro a livello globale, i ricercatori dell’Università di Sidney hanno così analizzato i dati di 142 paesi, che rappresentano il 93% della popolazione mondiale, prendendo in esame le cinque principali malattie non trasmissibili riconducibili all’inattività fisica (malattia coronarica, ictus, diabete di tipo 2, cancro

al seno e cancro al colon), calcolando per ciascuna i costi sanitari diretti e gli anni vissuti in disabilità e malattia, attraverso l'indice DALys (cioè disability-adjusted life years) che indica la somma degli anni di vita potenziale persi a causa di mortalità prematura e degli anni di vita produttiva persi a causa di disabilità.

In questo modo, i ricercatori sono giunti alla notevole cifra complessiva di 67 miliardi di dollari. La patologia a maggior impatto è il diabete di tipo2, per il quale vanno 37,6 miliardi, il 70% dei 53,8 totali dei costi diretti. «L'inattività fisica è riconosciuta come una pandemia globale che porta non solo a malattie e morti precoci, ma impone un grave onere per l'economia» ha commentato la responsabile dello studio, la dottoressa Melody Ding, Senior Research Fellow della School of Public Health dell'ateneo australiano, secondo la quale a livello nazionale i dati potrebbero risultare sottostimati a causa del metodo conservativo adottato. Queste cifre, spiegano gli autori, sono destinate ad aumentare, a meno che i governi non intervengano prontamente con misure volte all'educazione e all'aumento dei livelli di attività fisica svolta dai cittadini.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 143.856
Diffusione 05/2016: 111.759
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

29-LUG-2016
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Amianto, 17 milioni di euro in 3 anni Al via bonifiche su scuole e ospedali

MILANO

Arrivano i fondi per bonificare dall'amianto asili, scuole e ospedali. È quanto prevede il decreto firmato ieri dal ministro dell'Ambiente, Gian Luca Galletti, che ha stanziato complessivamente 17 milioni di euro: quest'anno saranno disponibili 5,536 milioni, nel biennio 2017-2018, invece, 6,018 milioni all'anno. Il ministero ha spiegato che le risorse sono destinate al fondo per la progettazione degli interventi di bonifica dei beni contaminati da amianto, istituito dal collegato ambientale e che il decreto fissa i criteri per l'assegnazione delle risorse.

Chi saranno i destinatari del provvedimento? Tutti gli edifici pubblici nei quali devono essere svolti interventi di rimozione e smaltimento dell'amianto e del cemento-amianto presente in coperture e manufatti. La priorità verrà data in particolare a progetti nelle vicinanze di asili, scuole, parchi giochi, strutture accoglienza, ospedali, impianti sportivi. Nelle scorse settimane il ministero dell'Ambiente e la presidenza del Consiglio avevano già firmato un protocollo d'intesa per il telerilevamento dell'amianto nelle scuole: si partirà dalle province di Alessandria, Pisa, Salerno.

Galletti, che ieri era presente a Bari alla sigla dell'accordo di programma per la bonifica e il ripristino ambientale del sito inquinato di interesse nazionale ex Fibronit, ha ricordato tra l'altro che in Italia ci sono ancora da bonificare «44mila siti» dall'amianto e ben «39 siti di interesse nazionale». Il dato relativo ai centri in cui sono presenti strutture contaminate dalla fibra killer va considerato per difetto: il governo ha infatti sottolineato come non tutti i Comuni abbiano comunicato i dati sui siti inquinati e per questo, ha detto il ministro, «credo siano molti di più» dei 44mila registrati.

Quanto alle finalità del fondo «è una grande opportunità per liberare dall'amianto tante strutture pubbliche e insieme per attivare il sistema delle imprese che opera in questo settore. La battaglia contro l'amianto è lunga: la nostra risposta sono nuove risorse, più progettualità, la trasparenza su un pericolo spesso nascosto e dunque ancor più pericoloso per le persone» ha aggiunto Galletti. I contributi saranno concessi in proporzione tra il 50 e il 100% del costo, al netto dell'Iva: sarà poi il ministero dell'Ambiente a stilare una graduatoria su base annuale delle richieste ammesse al contributo e relativa percentuale di ammissione, secondo criteri di priorità. Una specifica dotazione verrà prevista per le scuole.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 56.531
Diffusione 05/2016: 41.288
Lettori Ed. I 2016: 716.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

29-LUG-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità, i manager verranno scelti da un albo nazionale

La pagella
Nel valutare il dirigente sarà decisiva la riduzione delle liste d'attesa per esami e ricoveri

Le poltrone

Sarà radiato chi non rispetta gli obiettivi economici e di qualità dopo 24 mesi

Pier David Malloni

ROMA. Manager degli ospedali pubblici non più nominati dalla politica ma scelti in base a criteri di merito da un albo nazionale. La rivoluzione nella governance della sanità, come l'ha definita il ministro Beatrice Lorenzin, è diventata realtà con l'approvazione in cdm del decreto legislativo che è parte della riforma Madia della pubblica amministrazione.

«Quando un ospedale non funziona spesso è perché non funziona la direzione sanitaria - ha spiegato il ministro -. La differenza sul funzionamento la fanno i manager, poche centinaia di persone che gestiscono 111 miliardi di euro. Noi abbiamo deciso per questo di puntare a nuovi modelli di selezione dei manager in sanità, con un metodo privilegia il merito, l'imparzialità e la trasparenza».

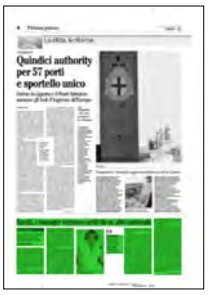
In sostanza i direttori generali di Asl e ospedali verranno valutati da una commissione nazionale che inserirà gli idonei in un elenco aggiornato ogni due anni. I requisiti per entrare nell'albo saranno un'età non superiore a 65 anni, l'aver seguito un corso sulla gestione sanitaria e avere una esperienza di almeno cinque anni nel ramo o sette in altri settori manageriali. «A questo punto le Regioni che avranno bisogno - ha spiegato il ministro - dovranno fare un bando pubblico, a cui potrà partecipare solo chi è nell'elenco».

Nel dettaglio le commissioni regionali presenteranno una rosa di candidati, da cui poi il presidente sceglierà il manager. La valutazione, ha sottolineato Lorenzin, sarà continua, anche una volta ottenuto l'incarico. «I direttori generali non verranno valutati solo in base agli obiettivi economici, ma anche quelli di salute, il raggiungimento dei Lea, l'accesso e il flusso dei dati, con la loro puntuale trasmissione, l'adesione al piano degli esiti, il mantenimento degli obblighi di trasparenza, con norme anticorruzione e raggiungimento obiettivi in termini di liste di attesa. Qualora le performance siano valutate negativamente il dg decade automaticamente, così come decade se si riscontra una mala gestione, ed esce dall'albo, in cui può rientrare solo se viene valutato di nuovo».

Lo stesso tipo di procedura che si adotterà per i direttori generali viene applicato per quelli amministrativi e sanitari degli ospedali. Per queste due figure l'elenco sarà regionale, ci sarà l'obbligo per il direttore generale di scegliere solo chi è inserito nell'albo e resta la decadenza negli stessi casi previsti per il dg. Critica l'accoglienza del decreto da parte della Fiaso, la federazione dei manager di Asl e Ospedali. «Bene il decreto che alza l'asticella della selezione dei nuovi vertici delle Asl, ma i criteri appaiono ancora incompleti e poco praticabili - afferma il presidente Francesco Ripa di Meana in un comunicato - a non convincere è soprattutto la scelta di prevedere anziché un elenco di idonei, quella che si profila di fatto essere una graduatoria stilata senza attenzione al profilo delle competenze e agli skill acquisiti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ministro Beatrice Lorenzin, titolare della delega alla Salute



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 31.832
Diffusione 05/2016: 16.726
Lettori Ed. I 2016: 157.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

29-LUG-2016
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ

Nasce l'albo dei dirigenti Addio nomine «facili»

■ Cambia il modo di selezionare, valutare e scegliere i direttori generali, quindi la governance e il management della sanità italiana. «La differenza sul funzionamento di un ospedale o di un'azienda sanitaria la fanno i manager che gestiscono le risorse e i processi organizzativi - spiega il ministro della Salute Beatrice Lorenzin - abbiamo deciso di puntare a un metodo che privilegia imparzialità e trasparenza e quindi diamo un riferimento chiaro di semplificazione e quindi togliendo il sistema che fino ad oggi c'è stato, ovvero una valutazione più legata alla discrezionalità e alla fiducia dell'organo politico che non affidandosi a una valutazione tecnica». Potranno accedere a questo albo persone che non hanno più di 65 anni e che siano in possesso di un attestato di formazione in materia di sanità pubblica, ma i candidati dovranno avere anche una grande esperienza dirigenziale nel settore della sanità, almeno 5 anni, e in altri settori, almeno 7 anni, e tutti i requisiti richiesti in base alle cariche specifiche».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 143.856
Diffusione 05/2016: 111.759
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

29-LUG-2016
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ

Al via l'albo nazionale dei dirigenti ospedalieri Il ministro Lorenzin: «Così privilegiamo il merito»

ROMA. Manager degli ospedali pubblici non più nominati dalla politica, ma scelti in base a criteri di merito da un albo nazionale. La rivoluzione nella *governance* della sanità, come l'ha definita il ministro Lorenzin, è diventata realtà ieri con l'approvazione in Consiglio dei ministri del decreto legislativo che è parte della riforma Madia della Pa. «Quando un ospedale non funziona spesso è perché non funziona la direzione sanitaria – ha spiegato il ministro –. La differenza sul funzionamento la fanno i manager, poche centinaia di persone che gestiscono 111 miliardi. Abbiamo deciso per questo di puntare a nuovi modelli di selezione dei manager in sanità, con un metodo privilegia il merito, l'imparzialità e la trasparenza». In sostanza i direttori generali di Asl e ospedali verranno valutati da una commissione nazionale, che inserirà gli idonei in un elenco aggiornato ogni due anni. I requisiti per entrare nell'albo saranno un'età non superiore a 65 anni, l'aver seguito un corso sulla gestione sanitaria e avere una esperienza di almeno cinque anni. «A questo punto le Regioni che avranno bisogno - ha spiegato il ministro - dovranno fare un bando pubblico, a cui potrà partecipare solo chi è nell'elenco». La valutazione, ha sottolineato Lorenzin, sarà continua anche una volta ottenuto l'incarico e riguarderà nn solo obiettivi economici, ma anche di salute, il raggiungimento dei Lea, la puntuale trasmissione dei dati, la trasparenza, le norme anticorruzione e gli obiettivi in termini di liste di attesa. In caso di valutazione negativa, ci sarà la decadenza dall'incarico.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 200.828
Diffusione 05/2016: 149.769
Lettori Ed. I 2016: 833.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

29-LUG-2016
da pag. 34
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Consiglio dei ministri. Approvato definitivamente il decreto di riordino previsto dalla riforma Madia

Sanità, i nuovi dirigenti manager

Selezione nell'ambito di un elenco costituito al ministero della Salute

IL METODO
La nomina spetterà alle Regioni: scelta nel «registro» nazionale dopo la pubblicazione di un avviso

Roberto Turno
ROMA

Il sogno è di mettere all'angolo partiti e clientele da quel boccone ghiotto chiamato **Sanità pubblica**. Di evitare duplicazione di **incarichi** sempre nello stesso ospedale o nella stessa asl. La promessa, sulla carta, è di fare piazza pulita immediata (o quasi) di sprechi, disavanzi inspiegabili, mancate cure e Lea negati a chi ne ha diritto, code e liste d'attesa, pena la rimozione anche seduta stante. Di scegliere i migliori. Che salvino obiettivi di salute e conti. Di svecchiare la plancia di comando, fino alla rottamazione dopo i 65 anni. Nuovo spartito, nuova musica, nuove regole d'ingaggio sono in arrivo per i **manager** della Sanità pubblica seduti su poltrone che scottano a governare un tesoro da 111 miliardi l'anno. Quello che non basta mai e che tuttavia non manca di regalare sprechi e tant'altro che non va. Ma non sempre e dappertutto.

«Merito, persone giuste alla guida della sanità. Meno chiacchiere più fatti concreti. Mai più la gestione della sanità in mano alla politica peggiore», promette il premier Matteo Renzi. «Abbiamo deciso di puntare a nuovi modelli di selezione dei manager della sanità. Gli obiettivi da perseguire saranno di salute e non solo economici», giura la ministra Beatrice Lorenzin. In nove articoli (per il testo *www.sanita24*) ieri il **Consiglio dei ministri** ha licenziato definitivamente il **decreto legislativo** figlio della "riforma Madia" sulla dirigenza negli enti sanitari. I direttori generali-manager, ma anche direttori sanitari e amministrativi, e, ove ci siano, dei direttori dei servizi socio-sanitari. Un pezzo di riforma che nello spirito vuole essere un tassello e camminare di pari passo alla messe di scommesse in campo per il Ssn. Anche se i dg-manager, in questo quadro, sono quasi dei generali senza poteri, pedine di un gioco che spesso - a cominciare dalle risorse - passa sopra le loro teste. E tuttavia, non significa che non serva un cambio di passo. E massima vigilanza.

«Bene il decreto che alza l'asticella della selezione, ma i criteri sono incompleti e poco praticabili», sostiene Francesco Ripa di Meana, presidente di Fiaso. «Grande assente - aggiunge - è la definizione di un alto profilo di competenze e attitudini».

L'elenco nazionale. L'elenco nazionale dei manager «idonei» è istituito presso il ministero della Salute e pubblicato sul suo sito Internet : sarà aggiornato ogni 2 anni e l'iscrizione vale per 4. Una speciale commissione di 5 membri (presidente un magistrato) nominata ogni due anni ma con incarichi non rinnovabili, provvederà alla formazione dell'elenco nazionale. Alla selezione sono ammessi candidati che non abbiano compiuto 65 anni, laureati e con esperienza almeno di 5 anni non solo in sanità, sia nel pubblico che nel privato, e capacità e autonomia di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie.

La commissione valuterà i titoli e assegnerà un punteggio a ciascun candidato secondo parametri e criteri che indicati con decreto della Salute, dove prevarranno esperienza dirigenziale, tipo e dimensione delle strutture dirette, titoli formativi ed eventuali docenze. Il punteggio per l'iscrizione nell'elenco non dovrà superare 100 e non essere inferiore a 75. Per partecipare alla selezione si pagherà una tassa («contributo») di 30 euro. Non potranno accedere candidati decaduti da un precedente incarico per violazione degli obblighi di trasparenza.

Chi vince e chi "salta". Saranno le Regioni a nominare i dg pescando nell'elenco nazionale dopo un avviso pubblico (anche sul proprio sito) del posto "in gara". La valutazione dei candidati la farà una commissione locale, che indicherà una rosa di nomi (non meno di 3, non più di 5) tra cui scegliere il candidato con i «requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche» dell'incarico. La discrezionalità non mancherà, certo. I punteggi non saranno resi noti. Ma i curricula dei pretendenti, quelli sì.

Con la nomina le Regioni assegneranno (aggiornandoli) obiettivi di salute e e di funzionamento dei servizi, obiettivi di trasparenza. L'incarico non potrà durare meno di tre o più di 5 anni, Salvo decadenza o mancata conferma. Dopo 2 anni la Regione valuterà - un decreto definirà regole e procedure uniformi di valutazione - i risultati e se sono stati centrati o meno gli obiettivi . Decadenza immediata - dopo un contraddittorio - se l'esito è negativo. E rimozione senza scampo, immediata, per gravi disavanzi, violazione «manifesta» di legge e del «buon andamento e di imparzialità» o ancora di mancata trasparenza. Chi sbaglia paga, è la parola d'ordine. Magari si applicasse sempre e a tutti i livelli, anche politici perchè no.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 81.573
Diffusione 05/2016: 35.068
Lettori Ed. I 2016: 422.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

29-LUG-2016
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

LIGURIA

Il danno e la beffa Consegnare i medicinali a casa faceva risparmiare centinaia di milioni

Antitumorali ed epatite, come spendere di più e far felici i farmacisti

» FERRUCCIO SANSA

Faceva risparmiare un milione l'anno alla casse regionali portando le medicine a casa dei malati. Lo dice la Corte dei Conti, lo ribadisce l'università di Ferrara. Quindi? Il servizio va soppresso, per la gioia dei farmacisti. Succede in Liguria, mentre ogni regione decide di testa sua, così la stessa medicina ha un costo diverso. Mica spiccioli, parliamo a volte di decine di euro per milioni di confezioni l'anno. Fanno centinaia di milioni di euro in Italia.

Alla Asl 1 di Imperia c'è chi non l'ha ingoiata: da anni conducevano un progetto pilota per Liguria e Italia. Risparmiavano un milione l'anno. E invece si è deciso di cancellare l'esperimento.

Di che cosa stiamo parlando? Dei farmaci del Pht, il prontuario ospedale (H) territorio (T). Sembra un discorso complesso, ma si traduce in denaro sonante. Parliamo di quei medicinali utilizzati generalmente dopo il ricovero, necessari per le cure di patologie severe (indicate in un apposito elenco). Sono, per esempio, anti-tumorali, terapie per epatite e trapiantati. Nel 2000 il ministero della Salute e l'Aifa (l'Agenzia Italiana del Farmaco) decidono che queste medicine possono essere distribuite direttamente agli assistiti.

SI TRATTA di pazienti che devono effettuare cicli terapeutici decisi da centri specializzati oppure che stanno usufruendo di un'assistenza domiciliare o semiresidenziale. Non sono briciole: la Asl di Imperia ogni anno distribuisce 211mila confezioni. In Liguria (un milione e mezzo di abitanti) siamo intorno a 1,5 milioni. Una media di una confezione per abitante (in Italia sarebbero 60 milioni). Medicinali inizialmente disponibili nelle farmacie degli ospedali. Ma Imperia va oltre: organizza un servizio di consegna a domicilio. Un impegno notevole per l'assistenza pubblica che, però, risparmia.

In tante regioni, però, si è seguita una strada diversa: la distribuzione "per conto", cioè nelle farmacie alle quali va una quota. Ed ecco le sorprese: le somme destinate ai farmacisti variano - anche molto - da regione e regione. Talvolta da asl ad asl. Basta scorrere l'elenco degli anni passati: in Emilia Romagna si variava dai 3,88 ai 5,12 euro per confezione, in Friuli Venezia Giulia (Pordenone) dagli 8 ai 10, in Lombardia dai 7,8 ai 17,5 (la quota qui è calcolata sul costo della confezione), nel Lazio dai 6 ai 30, nelle Marche dai 3,5 ai 4, in Sicilia, infine, dai 2,30 ai 3,40. Somme cui va aggiunta l'iva del 22%. A chi vanno questi soldi? A farmacisti e grossisti. I cittadini non devono sborsare un centesimo di più, ma è ovvio che i milioni spesi ogni anno pesano sulle casse pubbliche e si risolvono nel taglio di altri servizi.

MA IL PUNTO è anche un altro, come racconta un operatore sanitario di Imperia: "Per gli assistiti è comodo prendere i prodotti in farmacia, ma noi garantivamo un servizio di consegna a domicilio dei casi in cui era necessario". Insomma, alla fine sarebbe stato meglio per i malati e per il servizio sanitario, come ha appurato anche la Corte dei Conti. "L'esempio imperiese era un modello virtuoso che ha garantito un notevole risparmio di soldi pubblici offrendo un servizio agli assistiti", spiega Andrea Melis (M5S), consigliere regionale di opposizione. Costava meno e portava le medicine a casa. È stata scelta l'altra strada.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 354.388
Diffusione 05/2016: 266.814
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-LUG-2016
da pag. 21
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il super antibiotico che arriva dal naso

Scoperto per caso in Germania sconfigge i batteri resistenti Il farmaco? «Tra alcuni anni»

La mortalità
Soltanto negli Stati Uniti lo stafilococco ha provocato 11 mila vittime nel 2015

di **Anna Meldolesi**

L'Organizzazione mondiale della sanità ci ha avvertito: rischiamo di entrare nell'era post antibiotica. Se non si metterà un argine alla diffusione di batteri resistenti agli antibiotici, anche le infezioni che oggi riteniamo banali diventeranno una seria minaccia. Finora abbiamo cercato nuove molecole battericide soprattutto rovistando fra i germi del suolo, ma la miniera del futuro potrebbe essere un'altra: il corpo umano, o meglio l'insieme dei microrganismi che lo colonizzano. È possibile insomma che la soluzione al problema sia sempre stata sotto al nostro naso, anzi dentro. Proprio con questa battuta *Nature* presenta la scoperta di un potente antibiotico prodotto dallo *Staphylococcus lugdunensis*, un batterio che vive all'interno delle narici del 9% delle persone.

Andreas Peschel e i suoi colleghi dell'università di Tubinga, in Germania, si sono imbattuti nella scoperta grazie a un fortunato mix di intelligenza e fortuna. Volevano studiare un altro tipo di stafilococco, quello aureo, che vive nel naso di una persona su tre senza causare problemi. In 2 casi su 100 questo batterio si presenta in una forma resistente a molti antibiotici, detta Mrsa. Quando raggiunge la circolazione sanguigna può uccidere, soprattutto se si diffonde negli ospedali infettando le persone più vulnerabili. Si calcola che negli Usa faccia 11.000 vittime l'anno e anche in Italia il problema è particolarmente sentito, perché l'abuso di farmaci qui è stato a lungo massiccio. «Nonostante i progressi degli ultimi anni restiamo il Paese più colpito in Europa dopo la Romania. Tra i pazienti ospedalizzati con gravi infezioni, lo *Staphylococcus aureus* è resistente nel 35% dei casi», ci ha detto Gianni Rezza, dell'Istituto superiore di sanità.

Per capire meglio il comportamento del germe, i ricercatori tedeschi hanno studiato altri 90 batteri che vivono anch'essi nel naso competendo tra loro per spazio e risorse. Analizzando i campioni prelevati a 187 pazienti ospedalieri, si sono accorti di un fatto interessante: chi ospitava il tipo *lugdunensis* aveva una probabilità sei volte minore degli altri di ospitare il tipo aureo. I due germi insomma sono rivali, anzi protagonisti di una vera e propria guerra batteriologica combattuta con armi molecolari. Il primo riesce ad avere la meglio sul secondo producendo un antibiotico (lugdunina), che ora i ricercatori vorrebbero imparare a sfruttare. Come molecola è più grossa dei comuni antibiotici e ha un diverso modus operandi che non è ancora stato chiarito del tutto. Ciò che conta però è che gli stafilococchi aurei non sono diventati resistenti al nuovo antibiotico pur restandovi esposti per 30 giorni in provetta.

Anche gli studi in vivo sul modello animale fanno ben sperare. Una volta spruzzati nel naso di cavie da laboratorio, i batteri «buoni» scalzano i germi cattivi. Quando sono somministrati a topi la cui pelle è infettata con il tipo aureo, riescono a contrastare l'infezione. Le virgolette sono d'obbligo perché nemmeno il tipo *lugdunensis* è del tutto inoffensivo per l'uomo. Se lo definiamo buono è perché anche in microbiologia vale il detto «il nemico del mio nemico è mio amico».

Ora si attendono conferme di efficacia sulla specie umana e potrebbero volerci anni per trasformare la scoperta in un farmaco adeguatamente testato. Magari uno spray nasale preventivo. Se tutto andrà bene avremo un'arma in più, efficace contro i temibili Mrsa e altri germi come l'enterococco, ma non contro altri patogeni resistenti detti gram-negativi. La cosa più importante comunque è che, a oltre 80 anni dalla scoperta della penicillina, si sia aperto un filone di ricerca nuovo e promettente. Nel 2014 era stato identificato il primo antibiotico prodotto da un batterio della vagina. Ma il nostro corpo ospita oltre un migliaio di specie batteriche e c'è da scommettere che ci regaleranno altri farmaci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 76.507
Diffusione 05/2016: 40.070
Lettori Ed. I 2016: 115.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

29-LUG-2016
da pag. 42
foglio 1
www.datastampa.it

Il Cdm approva uno schema di dlgs con cui viene rinazionalizzata la politica sul transgenico

Ogm vietati per i motivi più vari

Dalla politica agricola all'urbanistica, all'ordine pubblico

DI LUIGI CHIARELLO

Gli ogm, come Godot; nei campi non arrivano mai. Di più. Potranno essere vietati per svariati motivi: per obiettivi di politica ambientale o pianificazione urbana e territoriale; per uso del suolo; per impatti socio-economici e per evitare la presenza di ogm in altri prodotti; per obiettivi di politica agricola e, persino, per motivi ordine pubblico. Chi violerà il divieto di coltivazione sarà punito con una sanzione pecuniaria tra 25.000 e 75.000 euro. Più la distruzione delle coltivazioni ogm a suo carico. Chi, invece, andrà oltre il placet alla sperimentazione assegnatogli, incorrerà anche in uno stop di sei mesi alle coltivazioni ogm. Ieri, il Consiglio dei ministri ha approvato in via preliminare un dlgs con cui recepisce la rinazionalizzazione della politica ogm decisa a Bruxelles, dettando gli step per mettere al bando il transgenico nei campi agricoli italiani. Il provvedimento, però, non riguarda «la libera circolazione degli ogm, come tali o contenuti in prodotti». Tradotto: divieti e limitazioni «non incidono sulla libera circolazione degli ogm, come tali o contenuti in prodotti, né riguardano la coltivazione a fini sperimentali». E questo perché, in caso contrario, si prefigurerebbe una violazione della libera circolazione dei prodotti, non consentita dai trattati Ce o, nel caso della ricerca, una ingiustificata autolimitazione al progresso tecnologico del paese.

La storia. Nel 2003 il governo varò il dlgs 224, attuativo della direttiva 2001/18/Ce, con cui si regolamentava l'immissione di ogm in Italia, rinviando la possibilità di coltivarli all'avvenuta stesura dei cosiddetti piani regionali di coesistenza, tra colture transgeniche, convenzionali e biologiche. Piani che non furono mai approvati; così la coltivazione di ogm non fu mai avviata per legge. Successivamente gli orientamenti in Europa cambiarono; la commissione Ue propose una direttiva per la rinazionalizzazione della politica sulle coltivazioni ogm e le altre istituzioni europee (Consiglio e Parlamento) diedero il loro placet. Venne, così, approvata la direttiva 2015/412, a modifica della direttiva 2001/18/Ce. Da quel giorno, ogni stato membro dell'Unione può vietare o limitare la coltivazione ogm sul proprio territorio.

Lo schema di dlgs esaminato ieri in Cdm individua nel ministero delle politiche agricole l'autorità preposta a decidere sugli ogm. In seconda battuta detta lo strumento con cui limitarne la proliferazione: il Mipaaf, si legge nella bozza di decreto, potrà «chiedere l'adeguamento dell'ambito geografico per cui è autorizzata l'eventuale immissione in commercio di un ogm in modo che tutto il territorio nazionale o parte di esso sia escluso dalla coltivazione» dello stesso, informandone le regioni. Richiesta che va presentata a Bruxelles «nel corso della procedura di autorizzazione all'immissione in commercio» dell'ogm o in fase di rinnovo della stessa. Le regioni, da parte loro, dovranno comunicare a Mipaaf e Minsalute le loro decisioni in merito alla richiesta di adeguamento dell'ambito geografico per gli ogm, mossa dal ministero. In caso di assenza di risposta delle regioni scatterà una sorta di silenzio assenso «in modo che il territorio interessato sia interamente escluso dalla coltivazione dell'ogm». Il dicastero delle politiche agricole potrà anche adottare misure che limitino o vietino su tutto il territorio nazionale o su parte di esso la coltivazione di un ogm o un gruppo di ogm. Ma non potrà vietare coltivazioni di sementi e materiale di moltiplicazione di ogm, autorizzati prima di che le motivazioni a tali divieti siano state enunciate e inviate a Bruxelles.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

29-07-2016

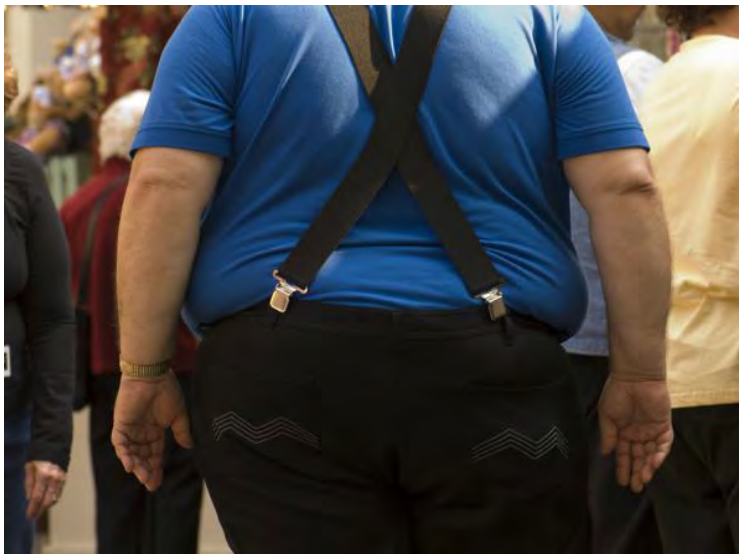
Lettori
319.200

http://www.corriere.it/

Diagnosi di tumore e diabete vanno spesso «insieme»

I dati raccolti su mille persone adulte: i pazienti a cui viene diagnosticato il diabete hanno il doppio delle possibilità di aver avuto il cancro nel decennio precedente

di Vera Martinella



Le probabilità di sviluppare un tumore aumentano negli anni precedenti o nei mesi immediatamente successivi all'aver ricevuto una diagnosi di diabete. A tornare sulla necessità di comprendere meglio il legame che c'è fra le due diffusissime malattie è uno studio canadese appena pubblicato su*Cancer*, la rivista scientifica dell'American Cancer Society.

Rischio doppio di cancro

Diverse ricerche hanno già indicato l'esistenza di una connessione fra diabete e diversi tipi di cancro, suggerendo in particolare che chi soffre di diabete di tipo 2 ha un rischio maggiore di sviluppare una neoplasia anche a causa di fattori di rischio in comune: fumo, alimentazione scorretta, scarsa attività fisica, consumo di alcolici e sovrappeso sono infatti responsabili di milioni di casi delle patologie più letali al mondo.In questa nuova indagine i ricercatori dell'Università di Toronto, in Canada, guidati da Iliana Lega hanno esaminato i dati relativi a oltre un milione di adulti per valutare il verificarsi di neoplasie in diversi periodi della vita. Ne è emerso che, rispetto ai sani, i pazienti con diabete avevano il doppio delle possibilità di aver

ricevuto una diagnosi di cancro nel decennio precedente l'aver scoperto di avere il diabete. «Questo dato – dice Lega – depone a sostegno della tesi che esiste un terreno comune fra le due patologie. Che hanno molte cause in comune, per cui è facile che una persona che si ammali di entrambe le malattie».Inoltre, le persone avevano più probabilità di vedersi diagnosticata una neoplasia nell'arco dei tre mesi successivi alla scoperta di avere il diabete. «In questo caso – aggiunge Lega – è facile che la spiegazione stia nella serie di visite ed esami ai quali le persone si sottopongono per appurare cosa non va. Gli esiti dei vari controlli possono portare a galla l'esistenza di più problemi coesistenti».

Allarme chili di troppo

E' noto che sovrappeso, obesità e sindrome metabolica (una condizione che comprende valori elevati di circonferenza dell'addome, ipertensione, trigliceridi e glicemia) portano a uno stato d'infiammazione cronica che scatena una serie di reazioni a catena con effetti nocivi gravi sul cuore e su tutto il nostro organismo, tanto da favorire lo sviluppo di diabete e varie forme di cancro. Secondo le più recenti stime, l'eccessivo sovrappeso è responsabile diretto in Italia di circa il tre per cento di tutti i tumori negli uomini e del sette per cento di quelli nelle donne: obesità e sovrappeso sono infatti fra i fattori di rischio noti per i tumori di endometrio, colon retto, esofago, rene, pancreas e seno, specie fra le donne in post menopausa. Se la popolazione continuerà a ingrassare, come rilevato dalle ultime statistiche, le stime indicano chiaramente che salirà ulteriormente il numero dei casi di tumore dovuti ai chili in eccesso, che sorpasseranno così il fumo entro il 2030 come prima causa di cancro.Infine gli esperti ricordano che circa un terzo dei casi di cancro diagnosticati ogni anno potrebbe essere prevenuto semplicemente intervenendo sulle nostre abitudini quotidiane e seguendo le12 regole del Codice europeo contro il cancro.