quotidianosanità.it

Giovedì 02 FEBBRAIO 2017

Nuova sede Ema. Il Parlamento si muove per la candidatura di Milano. Presentata mozione bipartisan al Senato

Dopo le prese di posizione da parte della ministra della Salute Lorenzin e del Direttore generale dell'Aifa Melazzini, ed a seguito del Patto per Milano suggellato da Comune e Governo, ora anche il Parlamento si schiera per la candidatura del capoluogo lombardo ad ospitare la nuova sede dell'Ema nel post brexit. Nella mozione a prima firma Andrea Mandelli (Fi) si sottolinea "la grande opportunità per valorizzare il patrimonio scientifico del nostro Paese". LA MOZIONE

Il Governo si impegni a sostenere concretamente la candidatura di Milano a nuova sede dell'Ema. Questa la richiesta di una mozione bipartisan a prima firma Andrea Mandelli (Fi) presentata questa mattina al Senato. Il Parlamento inizia così a muovere i primi passi concreti per lanciare una candidatura già proposta a caldo, subito dopo il voto inglese che ha visto la vittoria del fronte della Brexit, anche dalla stessa ministra della Salute, Beatrice Lorenzin.

Nella mozione si ricorda come lo scorso settembre sia stata avanzata ufficialmente la candidatura di Milano, a seguito di un vertice tenutosi alla presenza del Presidente della Regione Lombardia, Roberto Maroni, del sindaco di Milano, Giuseppe Sala e, per il governo, del ministro delle Politiche agricole Maurizio Martina, oltre che del rettore dell'Università degli studi di Milano Gianluca Vago e dell'imprenditrice Diana Bracco.

Anche il Direttore generale dell'Aifa, Mario Melazzini, ha riconosciuto che, con l'arrivo dell'Ema a Milano, la città potrebbe consolidare il proprio status di polo europeo delle biotecnologie al servizio della salute. Infine, la candidatura di Milano è stata suggellata dal Patto per Milano, documento contenente gli obiettivi strategici per la città condivisi da Comune e Governo, firmato il 13 settembre 2016 dall'allora Presidente del Consiglio, Matteo Renzi e dal sindaco Giuseppe Sala.

La scelta del capolugo lombardo dunque, si spiega nella mozione, rappresenta "una grande opportunità culturale e economica, nonché uno stimolo per valorizzare il patrimonio scientifico nel campo sanitario del nostro Paese".

Sulla base di queste prrmesse i senatori firmatari della mozione chiedono l'impegno del Governo "a sostenere concretamente la candidatura di Milano a sede dell'EMA e porre in essere tutte le iniziative necessarie in tal senso, rappresentando questa scelta una grande opportunità culturale e economica, nonché uno stimolo per valorizzare il patrimonio scientifico nel campo sanitario del nostro Paese".

ANSAit

02-02-2017

http://www.ansa.it

MALATTIE CRONICHE PER 25% EUROPEI,'SFIDA' PER 70 ISTITUZIONI

8 over 65 su 10 ne ha più di una; Aifa, necessario 'case manager'

ROMA, 2 FEB - Settanta istituzioni di 25 stati membri dell'Unione Europea unite per gestire al meglio le malattie croniche, problema con cui si confronta un europeo su quattro. Questi i numeri del progetto Chrodis - Joint Action on Chronic diseases, nato nel 2014 per mettere insieme le conoscenze per una gestione ottimale del paziente, i cui risultati parziali sono stati presentati stamattina a Roma. Ogni anno circa 700 miliardi di euro vengono spesi in EU per il trattamento delle malattie croniche, da diabete a malattie cardiovascolari, respiratorie, mentali, neurodegenerative. In un mondo che invecchia ma dove le risorse sono sempre minori, ottimizzare la prevenzione e la gestione dell'assistenza diventa necessario. Nato per questo, il progetto Chrodis è stato articolato in una serie di gruppi di lavoro. In particolare, la parte assegnata all'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) riguarda la gestione della comorbidità: ben 8 over 65 su 10, infatti, ha più di una malattia cronica. Ne è emersa la necessità di sostituire il 'disease manager' (incaricato di gestire la singola malattia) con il 'multimorbility case manager', incaricato di "gestire il paziente nel suo complesso, non solo rispetto alla malattia da cui è affetto, ma guardando anche al sistema sociale in cui vive, alle risorse disponibili e al contesto di cura", spiega Federica Mammarella, illustrando i risultati del gruppo di lavoro Aifa. "Questa figura professionale - prosegue - è inserita nel Servizio Sanitario Nazionale, può essere un medico, un infermiere o un operatore sociale, e ha il compito di seguire la gestione del paziente in tutte le fasi dell'assistenza, dall'accesso alle strutture ospedaliere o alle Rsa fino alla gestione dei farmaci".

Sanità24 24 ORE

02-02-2017
LETTORI
72.072

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

Via libera della Stato Regioni al riordino dell'Ecm

Ha avuto il via libera all'unanimità della Conferenza Stato Regioni il testo dell'Accordo che riordina «La formazione continua nel settore salute» trasmesso il 1° febbraio scorso, con l'unica modifica all'articolo 39 sull'attività formativa all'estero presentata dalla Provincia Autonoma di Bolzano che estende la disciplina agli Stati dell'area culturale tedesca.

Il provvedimento ristruttura la materia all'insegna di una sostanziale sburocratizzazione delle procedure e di una maggiore organicità. Con un duplice obiettivo: semplificare l'attività di professionisti e provider e rendere la stessa offerta formativa più mirata e adeguata a un'effettiva crescita professionale dell'operatore. Tra gli obiettivi anche quello di assicurare un uniforme miglioramento qualitativo dell'assistenza e della formazione continua su tutto il territorio nazionale.

Con una chiara ripartizione delle competenze: la governance del sistema, con la determinazione degli standard minimi di qualità, è prerogativa della Commissione nazionale, che dovrà mettere fissare le regole nel «Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm», un documento a cui gli esperti stanno già lavorando e che sarebbe a buon punto. A vigilare sull'assolvimento degli obblighi formativi e ad attestare il numero di crediti effettivamente maturati e registrati sono gli ordini, i collegi, le federazioni

nazionali e le associazioni professionali. La Commissione nazionale si avvale dell'anagrafe nazionale Cogeaps per i professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti ad associazioni.

L'attuazione amministrativa è in capo alle Regioni, che potranno individuare requisiti di accreditamento ulteriori purché «oggettivamente idonei a elevare la qualità dell'offerta formativa».

Priorità a trasparenza e indipendenza da interessi commerciali sia nei contenuti formativi che negli obiettivi didattici. E su questo fronte è previsto un giro di vite sulla verifica qualitativa della formazione erogata dai provider. Sono infatti in arrivo monitoraggi più stringenti post accreditamento da parte dell'Osservatorio nazionale, che effettuerà visite direttamente nel luogo di svolgimento dell'evento formativo. Organo ausiliare della Commissione nazionale, l'Osservatorio nazionale, diventerà operativo vigilando sulla qualità dei contenuti e degli eventi formativi e sulla coerenza degli eventi realizzati con gli obiettivi formativi programmati.

Stop ai corsi scelti «a caso», solo per accumulare crediti. Va infatti a regime il dossier formativo del medico, espressione della programmazione dell'aggiornamento nel tempo e della coerenza della formazione rispetto «alla professione, alla disciplina, alla specializzazione, al profilo delle competenze nell'esercizio professionale quotidiano». In questo modo il dossier rappresenta lo strumento che consente al professionista sanitario di programmare e verificare il proprio percorso formativo alla luce del suo profilo professionale e della propria posizione «sia come singolo sia come soggetto che opera all'interno di gruppi professionali».

LA STAMPA.it

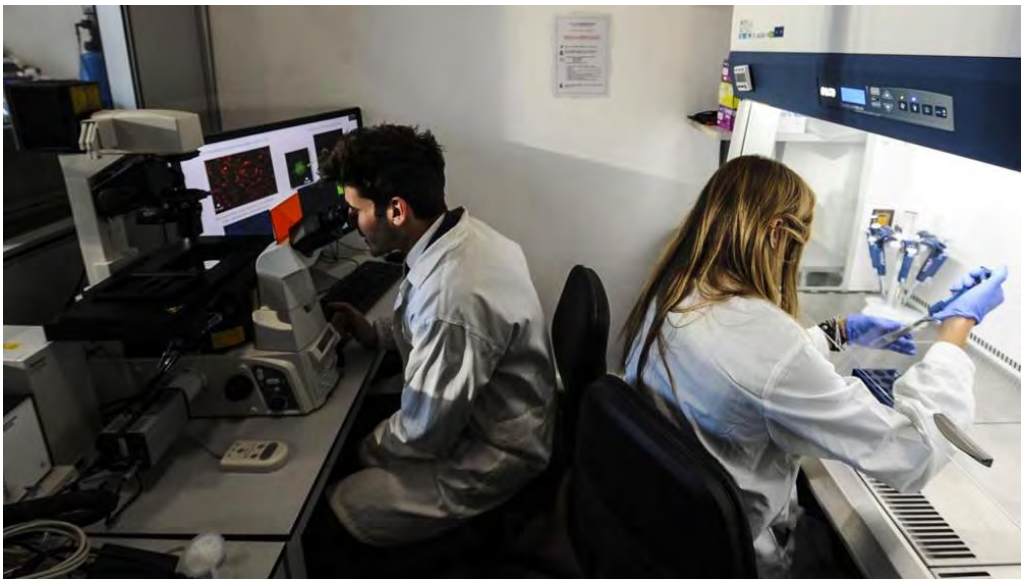
02-02-2017

Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

Una Giornata Mondiale dedicata alla Nanomedicina

Oggi si celebra il Nano World Cancer Day; il mercato delle nanotecnologie raggiungerà 528 miliardi entro il 2019



NICLA PANCIERA

Si celebra oggi la quarta ediz ione del «Nano World Cancer Da y», iniziativa lanciata nel 2013 dalla European Technology Platform on Nanomedicine ETPN ente che raggruppa istituzioni di ricerca, aziende farmaceutiche e scienziati im pegnati in questo setto re, con l'obiettivo di informare sulle potenzialità della nanomedicina come strumento di diagnosi e cura nella lotta contro il cancro.

LEGGI: NANO PARTICELLE D'ORO PER COMBATTERE IL DOLORE (BANFI)

Disciplina piuttosto recente, la nanomedicina è l'applicazione delle nanotecnologie alla medicina. Le nanoparticelle, co sì chiamate per le loro dim ensioni infi nitamente piccole (il nanometro è un m iliardesimo di m etro), ven gono opport unamente ingegnerizzate attraverso l'installazione sulle superfici di nanostrutture di precisione che servono a veicolare le sostanze oltre le barriere biologiche, farle interagire c on il DNA o altre molecole all'interno di or gani e cellule, riparare e costruire tessuti come si fa ne lla medicina rigenerativa, pattugliare il corpo a scopo dia gnostico, intercettando in fezioni o visualizzando i virus. Infatti, quella nanom etrica è anche la dim ensione di num erosi m eccanismi biol ogici ne l corpo um ano. Modifi cando

opportunamente la struttura delle nanoparticelle e caricandole con dei nanofarmaci (drug delivery), è possibile aumentarne la biocompatibilità e regolarne il rilascio e la permanenza in circolo.

LEGGI: ECCO I NANOFARMACI CHE RICONOSCONO LE CELLULE MALATE

La nanomedicina ha quindi il potenziale per consentire la diagnosi precoce e la prevenzione e per migliorare drasticamente la diagnosi, il trattamento e il follow-up di molte malattie tra cui il cancro. Lo sviluppo di nano carriers per il "drug release" è ancora agli inizi e sono ancora relativamente pochi i farmaci in fase clinica (248 i trials in corso di cui 174 su tumori); per passare dalla teoria alla pratica, risolvendo anche i molti quesiti relativi a potenzialità e rischi, un esercito di ricercatori di discipline diverse è all'opera da tempo. Tutto ciò è confermato dalle cifre: nel 2013 il mercato legato alla nanomedicina è stato stimato in 214 miliardi di dollari, 248 miliardi nel 2014 ed è destinato a raggiungere i 528 miliardi entro il 2019.

LEGGI: INVISIBILI DRONI PER COLPIRE AL CUORE IL TUMORE (BANFI)

In occasione della giornata, coordinata attraverso il progetto europeo ENATRANS (Enabling NAnomedicine TRANSlation), si terranno simultaneamente eventi per il pubblico in quindici paesi (Austria, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svizzera e Turchia). Per l'Italia, l'evento di oggi (qui il programma) sarà organizzato dall'Università di Pavia congiuntamente da Fondazione CEN (Centro Europeo di Nanomedicina) e dal Centro interdipartimentale di Tecnologie per la Salute (CHT) dell'Università degli Studi di Pavia.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

LaVerità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

03-FEB-2017
da pag. 15
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

VINTA LA CAUSA SULLE MEDICINE SALVAVITA

Pensionato ci farà pagare i farmaci 30 volte meno

di MAURIZIO TORTORELLA

■ Un caparbio pensionato milanese, Roberto Orazio Maria Del Bo, ha aperto la strada legale per il riconoscimento d'un diritto: curarsi acquistando una medicina salvavita all'estero, ma pagando un prezzo inferiore di 30 volte rispetto a quello imposto nel nostro Paese.

a pagina 15

➤ SCANDALO EPATITE

Grazie a un milanese i pazienti pagheranno 30 volte di meno le cure indispensabili

In Italia l'antivirale Sofosbuvir costa 74.000 euro, in India 2.500
Il tribunale riconosce a un pensionato la facoltà di importarlo

Il servizio sanitario nazionale fornisce i tre flaconi prescritti solo in casi limite: ai pazienti con la malattia già degenerata in cirrosi o contratta dopo un trapianto di fegato

Roberto Del Bo ha anche fatto causa al ministero della Sanità e all'Agenzia del farmaco per aver anteposto interessi economici al diritto alla salute

di MAURIZIO TORTORELLA

■ I due milioni malati italiani di epatite C dovrebbero innalzare un vero monumento a Roberto Orazio Maria Del Bo, un milanese di 70 anni, e altrettanto dovrebbero fare nei confronti del suo avvocato, Daria Pesce. Dovrebbero, perché i due hanno aperto la strada legale per il riconoscimento di un diritto fondamentale: quello di curarsi acquistando una medicina salvavita all'estero, ma pagando un prezzo inferiore di 30 volte rispetto a quello imposto nel nostro Paese.

Inizia esattamente tre anni fa la storia di Del Bo, e cioè nel gennaio 2014, quando l'uomo scopre casualmente di essere malato di epatite C. All'inizio il suo medico e L'Ospedale maggiore di Mi-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

03-FEB-2017
da pag. 15
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

lano lo rassicurano: la malattia è in uno stato lieve, non ci sono particolari complicazioni. Poi, nel febbraio 2016, la situazione precipita. Del Bo sta malissimo: prova nausea violenta, spossatezza, sonnolenza; la stessa voglia di vivere gli sfugge dalle dita.

In maggio l'ospedale gli prescrive una cura basata sul Sofosbuvir, un antivirale prodotto dall'americana Gilead e commercializzato con il nome «Sovaldi». Del Bo dovrebbe assumere il Sovaldi e altri farmaci per 12 settimane. Il problema è che una confezione del Sofosbuvir, contenente 28 compresse da 400 mg, viene venduta al pubblico a 24.756 euro: e Del Bo dovrebbe acquistarne a sue spese tre flaconi, pagando un totale di 74.268 euro.

Il servizio sanitario nazionale, infatti, fornisce gratis il farmaco ai soli pazienti che abbiano raggiunto uno stadio molto avanzato della patologia: nel novembre 2014 l'Agenzia italiana del farmaco ha stabilito debbano avere una cirrosi conclamata, oppure che sia stata loro diagnosticata un'epatite dopo un trapianto di fegato, o ancora devono essere da almeno due mesi in lista per un trapianto di quell'organo a causa di una cirrosi molto avanzata. Per farla breve, devono essere quasi in fin di vita: e Del Bo non è (ancora) in quello stadio.

Che ti fa, allora, il nostro paziente? Trova online le medicine che gli servono, su un serio sito indiano, e le compra pagando appena 2.500 euro: un trentesimo esatto di quanto avrebbe sborsato in Italia.

Tutto bene, quindi? Macché. Perché il 6 giugno 2016 la Procura di Roma, alla dogana di Ciampino, gli sequestra le tre confezioni del Sofobusvir in arrivo dall'India. E un magistrato lo accusa addirittura di «immissione nel territorio dello Stato italiano di medicinali privi della relativa autorizzazione»: è una legge del 2006, che prevede per il reato l'arresto da sei mesi a un anno, più un'ammenda da 10 mila a 100 mila euro. Secondo la Procura l'importazione è stata effettuata senza autorizzazione, ed «esisterebbero altri farmaci autorizzati all'immissione, in commercio sul territorio nazionale».

Del Bo, stupefatto, fa ricorso al Tribunale del riesame. E attraverso l'avvocato Pesce ingaggia una battaglia legale senza precedenti: il malato contesta alla Procura che la norma del 2006 «contrasta il fenomeno dell'importazione di farmaci destinati a essere commercializzati», non l'acquisto di medicine destinate a un uso personale. Inoltre, Del Bo fa rilevare anche di avere presentato all'Ufficio sanità dell'aeroporto di Ciampino una regolare richiesta d'importazione, sottoscritta dal suo medico curante: là dentro si specifica che «il farmaco non è sostituibile per il successo terapeutico con altri farmaci registrati in Italia» ed è stato ritenuto dal medico «indispensabile e insostituibile per la cura del paziente». Il fatto che si tratti di sole tre scatole, inoltre, rende evidente che l'importazione non possa essere finalizzata alla vendita a terzi.

La battaglia legale si accende, e subito diventa guerra perché su quelle compresse entra in gioco un diritto fondamentale: «È inconcepibile», scrive l'avvocato Pesce nel ricorso, «che un cittadino italiano sia costretto a ricorrere all'acquisto di un farmaco all'estero perché in Italia lo stesso medicinale ha costi proibitivi e la sua somministrazione non è garantita dal Sistema sanitario se non in casi limite».

Nell'agosto 2016, privato delle sue medicine, Del Bo decide di partire per l'India, ovviamente a sue spese, e di curarsi là. Paradossalmente, il prezzo del Sofosbuvir sul suolo indiano è ancora più basso: la terapia occorrente al paziente, in tutto, costa appena 800 euro. Subito dopo la sua partenza, il 2 settembre, il Tribunale del riesame di Roma gli dà ragione. «Il reato», scrive il giudice, «è solo quello di chi importa medicinali in assenza di autorizzazione per metterli in commercio». Quindi è lecito importare farmaci «a chi ne fa un uso personale». Il sequestro, insomma, viene annullato. E così si apre una prima strada alla libertà di cura dell'epatite C a costi ragionevoli.

Ma Del Bo e l'avvocato Pesce insistono, vanno oltre. Quando l'uomo in novembre torna dall'India, al termine della terapia, decide di fare causa al ministero della Salute e all'Agenzia italiana del farmaco. Chiede un risarcimento, ma il motivo alla base della causa travalica la questione dei costi della terapia, ed è in realtà una delicata questione giuridica: perché Del Bo accusa le due istituzioni sanitarie di avergli reso inaccessibile il farmaco salvavita «per interessi di natura economica», e di avere così leso il suo diritto costituzionale alla salute.

L'articolo 32 prevede che la Repubblica tuteli «la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti». Questo diritto, sostiene l'avvocato Pesce, «è stato inammissibilmente sacrificato nei confronti di Del Bo e di molti altri cittadini, che si trovano in condizioni analoghe: non possono curarsi, in quanto non hanno la possibilità di acquistare un farmaco che in Italia viene posto in vendita a un prezzo esorbitante e inaccettabile rispetto ad altri Paesi, come l'India».

Nel ricorso, Del Bo e il suo legale criticano senza mezzi termini «la salvaguardia degli interessi delle case farmaceutiche», adottata a loro dire dal governo italiano, e si domandano quale sia il prezzo che l'Aifa è riuscita a ottenere dalla casa produttrice del medicinale. L'obiezione pare fondata, se è vero che l'Aifa ha più volte sostenuto pubblicamente di avere «spuntato» un prezzo medio più basso di tutta l'Europa, ma il costo che il servizio sanitario deve sostenere per i soggetti ammessi al regime di rimborsabilità è comunque molto elevato: circa 45 mila euro per un trattamento.

Va detto, inoltre, che i fondi stanziati dallo Stato a favore delle Regioni sono insufficienti a coprire le spese della terapia. «È una situazione davvero inconcepibile», dichiara l'avvocato Pesce: «L'Aifa e il ministero della Salute hanno assunto un atteggiamento omissivo e del tutto inadeguato rispetto all'esigenza di garantire un sostegno efficiente alle persone malate». Anche il crite-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

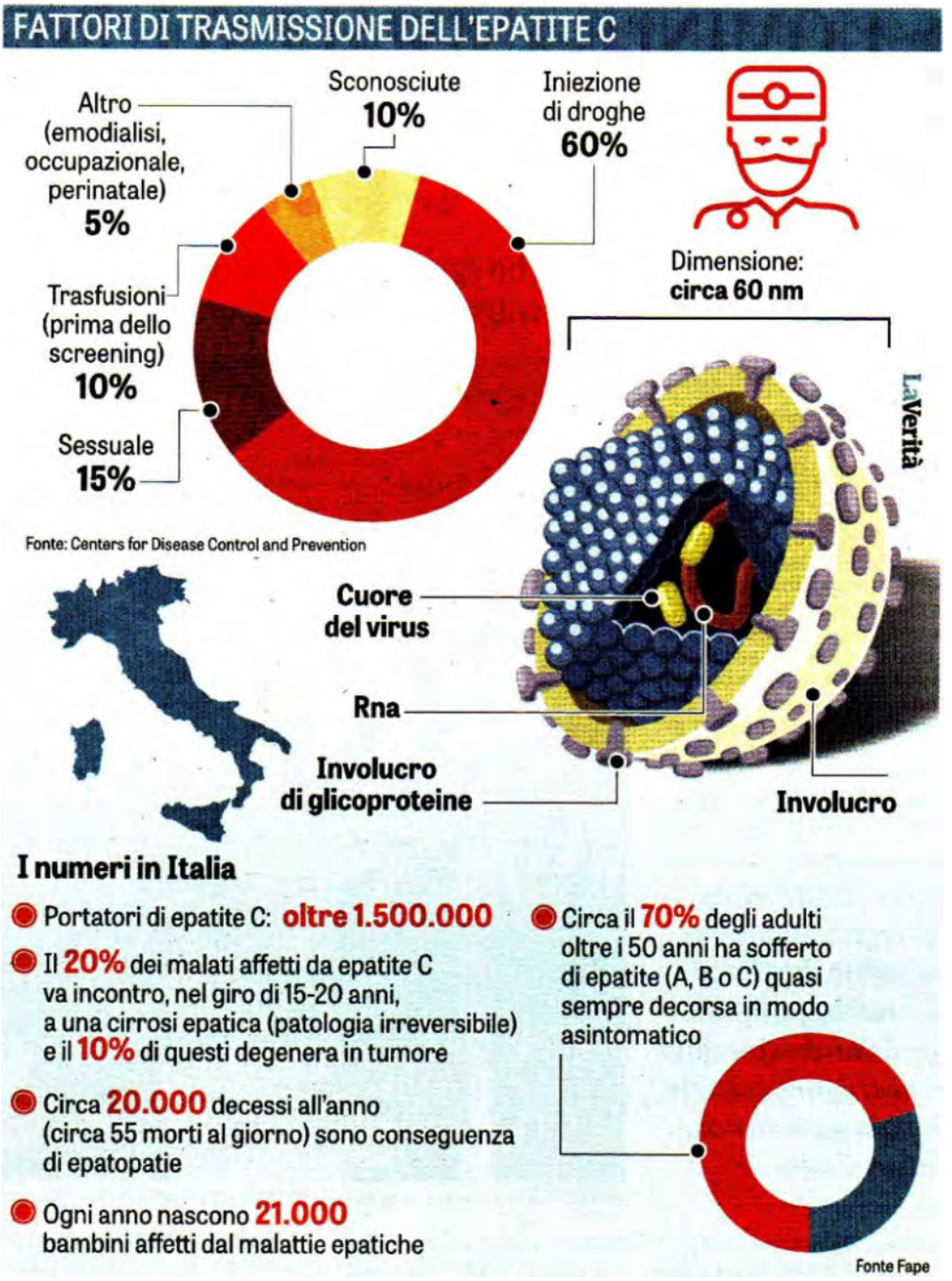
Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

03-FEB-2017
da pag. 15
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

rio di economicità dell'impiego delle risorse, sostiene Del Bo nella citazione, non può in alcun modo ledere «i principi della dignità della persona umana, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza».

Sul caso Sofosbuvir, nel maggio 2015, la Procura di Torino aveva aperto un'inchiesta contro ignoti, ipotizzando il reato di lesioni e di omicidio colposi a danno di alcuni pazienti esclusi dalla terapia in Piemonte. E nell'atto di citazione l'avvocato Pesce sottolinea che la stessa Gilead fosse stata al centro di un'indagine promossa dal Senato statunitense: «Era emerso che la politica adottata dall'azienda si fosse focalizzata sull'obiettivo di massimizzare il profitto a discapito del principio di accessibilità», tanto che i governi di Argentina, Brasile, Cina, Ucraina e Russia hanno intentato cause contro la Gilead. Ora si vedrà che cosa deciderà il tribunale di Roma. La prima udienza è stata chiesta per il 12 aprile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

03-FEB-2017
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Farmaci e stranieri Trump tira dritto e snobba le proteste

I contestatori mettono Berkeley a ferro e fuoco, ma il presidente procede spedito. E a Big Pharma dice: diminuite subito i prezzi

Persino la Turchia afferma che il presidente viola i diritti umani

di **ADRIANO SCIANCA**

■ Quest'uomo ha un piano. Quelle che sembravano mosse dettate dall'istinto e da un'approssimazione qualunquista stanno pian piano componendosi per delineare ciò che dovrà essere l'America secondo Donald Trump. In questi giorni, il cattivissimo presidente ha incontrato i responsabili delle cause farmaceutiche per dire loro - pensate un po' che crudeltà - di abbassare i prezzi dei medicinali. È la fase due della sanità al tempo di The Donald. Il primo atto esecutivo del nuovo presidente, come noto, è stato il ridimensionamento dell'Obamacare. E allora giù critiche contro questo astioso Mr Scrooge che ha infierito sugli americani poveri tutelati dalla riforma sanitaria di quel santo del suo predecessore.

Poco importa che l'Obamacare abbia interessato meno del 10% della popolazione e che si sia dimostrato disastroso per moltissimi impiegati giovani e poco qualificati (i dipendenti delle catene di fast food, per esempio) che sono stati obbligati a rinunciare alle mini-coperture stipulate precedentemente con l'azienda per dotarsi di un piano sanitario migliore ma anche più costoso, del quale potrebbero non avere mai bisogno. È stato calcolato che, nel 2017, la copertura sanitaria di livello medio costerà il 22% in più rispetto al 2016, con aumenti del 145% in Arizona, per esempio. Cosa propone, invece, il «Trumpcare»? Ne abbiamo avuto un assaggio con il suo discorso, all'insegna del bastone e della carota, fatto ai vertici di Big Pharma. «Voi ragazzi avete svolto un lavoro fantastico», ha detto Trump rivolgendosi ai vertici di Eli Lilly, Merck, Amgen, Celgene, Novartis e Johnson & Johnson. Aggiungendo: «Ora dobbiamo abbassare i prezzi per molte ragioni. Non abbiamo scelta. Dobbiamo abbassare i prezzi per Medicare e Medicaid», i programmi federali che garantiscono una copertura assicurativa sanitaria rispettivamente a chi ha almeno 65 anni e a chi non ha un reddito sufficiente. In cambio, l'inquilino della Casa Bianca si è impegnato a rendere «i processi più snelli in modo tale che dal vostro punto di vista possiate avere un farmaco che venga approvato, se funziona, invece di aspettare per molti anni». Prezzi più bassi in cambio di maggiore elasticità. Funzionerà? Staremo a vedere. Ma quel tizio con quello strano riporto in testa ha indubbiamente un piano, giusto o sbagliato che sia.

E gli americani cominciano a capirlo. Secondo un sondaggio Reuters/Ipsos condotto il 30 e 31 gennaio, il 49% degli americani sostiene «decisamente o complessivamente» le politiche migratorie del neopresidente. E se il 51% dei repubblicani «approva decisamente» la chiusura delle frontiere degli ultimi giorni, solo il 53% dei democratici è nettamente contro queste misure. Allora è proprio vero che la sinistra sogna di fare ciò che fa la destra, ma senza averne il coraggio. Cosa, peraltro, confermata anche da un'altra domanda del sondaggio: «Gli Stati Uniti dovrebbero limitare l'afflusso di rifugiati nel paese?». Ebbene, si è detto d'accordo il 66% degli americani, e di questi addirittura il 55% dei democratici. Solo il 10% degli americani non approva affatto la chiusura all'accoglienza dei profughi. Forte di questo consenso, Trump va dritto per la sua strada, anche nei rapporti internazionali. Ieri, per esempio, ha fatto scottare il telefono. Prima ha strapazzato il presidente messicano Enrique Pena Nieto: «Avete un sacco di *bad hombres* laggiù. Non state facendo abbastanza per fermarli. Penso che i vostri soldati abbiano paura. I nostri no, potrei inviarli laggiù», gli ha urlato al telefono (ma dal Messico, comprensibilmente, smentiscono).

Poi se l'è presa con il premier australiano Malcolm Turnbull, accusandolo di voler esportare negli Stati Uniti terroristi, come gli attentatori della maratona di Boston. L'Australia ha chiesto alla Casa Bianca di rispettare l'accordo secondo cui gli Usa dovrebbero accogliere 1.250 rifugiati al momento nelle carceri australiane. «È la peggiore intesa di sempre», avrebbe tagliato corto Trump, troncando la telefonata bruscamente dopo 25 minuti sui 60 previsti. Toni sopra le righe? Sta esagerando? La pensano così anche i sostenitori di Recep Tayyip Erdogan. Non è uno scherzo: Yasin Aktay, vice leader dell'Akp, il partito del presidente turco, si è detto «preoccupato per il futuro degli Usa» e ha definito il provvedimento che ha abolito il visto dagli stati infestati dal terrorismo come «razzista» e «una grossa violazione dei diritti umani». Mica come in Turchia, dove notoriamente mangiano pane e Beccaria.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

03-FEB-2017
da pag. 8
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Intanto l'Università di Berkeley è stata messa a ferro e fuoco: era previsto l'intervento di Milos Yiannopulos, collaboratore di *Breitbart*, il website del consigliere strategico di Donald Trump, Steve Bannon. I manifestanti hanno gettato transenne e pietre contro le finestre dell'edificio e dato fuoco a un generatore all'entrata. L'evento è stato annullato, ma nonostante ciò sono proseguiti tafferugli tra polizia e manifestanti. Sì, Trump ha un piano, ma non c'è stato bisogno di istruire in tal senso i bravi democratici sfasciavetrine: il ruolo degli utili idioti lo sanno svolgere benissimo da soli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

03-FEB-2017
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

SCIENZA

Ecco quanto consuma il cervello

PIERGIORGIO STRATA

Osservare, ascoltare, interpretare i messaggi che ogni giorno arrivano al nostro cervello, pianificare adeguate strategie di comportamento. Tutto questo ci costa il 20% dell'energia totale spesa dal corpo che è largamente a carico del lavoro che svolgono le sinapsi.

Il punto di contatto attraverso il quale le cellule nervose comunicano fra loro. Ne abbiamo un milione di miliardi.

I messaggi ricevuti possono essere fissati in un fugace ricordo oppure, tramite processi di consolidamento, essere trattenuti nel magazzino della memoria a lungo termine. In che cosa consistono queste tracce? Dove andiamo a cercarle in questo immenso labirinto?

Una prima risposta venne negli Anni 60 del secolo scorso dalla scienziata canadese Brenda Milner che identificò nella corteccia dell'ippocampo la sede dove giungono le informazioni per essere elaborate e poi trasferite nel serbatoio delle memorie a lungo termine. Poco dopo un gruppo di fisiologi dell'Università di Oslo dimostrarono che in questa corteccia era possibile con adeguati stimoli indurre risposte sinaptiche che aumentavano di ampiezza e l'aumento persisteva per almeno dieci ore dopo la fine della stimolazione. Al cambiamento fu dato il nome di potenziamento sinaptico a lungo termine o Ltp.

Oggi è ben assodato che le sinapsi che si formano in varie parti della corteccia cerebrale tra la parte terminale di un assone e le protuberanze dei dendriti dei neuroni, dette spine, sono molto plastiche e aumentano di volume in base alle nostre esperienze quotidiane. Tuttavia, era chiaro fin dall'inizio che i cambiamenti espansivi della sinapsi non potevano durare all'infinito e che dopo questa prima fase qualche altro meccanismo doveva portare a un ridimensionamento senza compromettere la memoria a lungo termine dell'evento attraverso il consolidamento.

Chiara Cirelli e Giulio Tononi, due cervelli in fuga che lavorano Centro del Sonno e della Coscienza a Madison nel Winsconsin, hanno fornito una terza pietra miliare in questa storia: il ridimensionamento e il consolidamento avvengono durante il sonno e su questa base hanno proposto l'ipotesi della omeostasi sinaptica.

Nel lavoro pubblicato oggi sulla prestigiosa rivista Science, i due autori, con un gruppo di collaboratori, hanno fornito la prova analizzando i cambiamenti che avvengono nella corteccia cerebrale del topo durante la veglia e il sonno con un sofisticato microscopio elettronico per ricostruire in tre dimensioni le spine dendritiche con le loro sinapsi. In questi esperimenti hanno dimostrato che nel sonno il volume delle spine e la superficie del contatto sinaptico si riducono di quasi il 20%. In conclusione, la spina dendritica alberga l'informazione per poche ore e la funzione del sonno è di ripristinare la struttura sinaptica per permetterle di affrontare una nuova avventura al risveglio. Gli autori sostengono che il sonno è il costo che il cervello deve pagare per essere in grado ogni mattino, al risveglio, di imparare nuove cose e affrontare un ambiente che cambia continuamente. Impariamo ogni giorno durante la veglia principalmente tramite Ltp con un rafforzamento e un ingrandimento delle sinapsi, ma poi è obbligatorio dormire, e se la veglia si protrae troppo a lungo tutto il nostro cervello va in tilt.

Secondo la loro ipotesi le sinapsi si saturano e i neuroni cominciano a rispondere troppo e anche a stimoli non appropriati, causando una riduzione del rapporto segnale/rumore. Il sonno è il momento migliore per rinormalizzare le sinapsi perché quando dormiamo prestiamo meno attenzione al mondo esterno e non siamo miopicamente focalizzati sui dettagli della situazione attuale. Questa normalizzazione offre numerosi vantaggi: le informazioni appena apprese vengono integrate con quello che già sappiamo, ciò che è irrilevante viene dimenticato, e si creano nuovi spazi per ciò che impareremo domani. Un interessante dettaglio dello studio è che il processo di normalizzazione interessa l'80% delle sinapsi. Le altre sono molto grandi e forse sono associate ad albergare le nostre memorie più durature.

***Professore emerito di Neuroscienze Università di Torino**

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-FEB-2017
da pag. 4
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

FINE VITA, IN CAMPO I PRESIDI DI MEDICINA DELLA CAPITALE

I medici: non saremo solo esecutori di un testamento

PICARIELLO A PAGINA 4. LETTERA E RISPOSTA DEL DIRETTORE A PAGINA 2

«Fine vita, con questa legge tradiremmo i nostri pazienti»

La denuncia delle facoltà mediche romane contro le Dat «vincolanti»

Diritto & salute

Mentre il confronto sul delicatissimo testo atteso dall'aula di Montecitorio il 20 febbraio affronta i punti più controversi, si alzano le prime proteste da parte dei camici bianchi. Che temono di trovarsi a dover eseguire volontà suicidarie dei loro assistiti senza poter fare nulla

Se non interverranno modifiche sostanziali, la norma oggi in discussione alla Camera e destinata a introdurre le «Dichiarazioni anticipate di trattamento» finirà per «minare in profondità l'aspetto più cruciale della professione medica, la relazione medico-paziente»

ANGELO PICARIELLO
ROMA

«Quando un malato oncologico viene da me, e mi guarda con quegli occhi pieni di paura, io gli rispondo di star tranquillo, perché da quel momento sarò io a farmi carico delle sue angosce. "Da oggi parte un percorso che faremo insieme", dico loro. Attenzione: questa legge mina in profondità l'aspetto più cruciale della professione medica, la relazione medico-paziente». È accorata la testimonianza di Sebastiano Filetti. Preside di Medicina nel laicissimo ateneo romano della Sapienza è alla Camera, con altri colleghi, per lanciare il grido di allarme di fronte a una legge in avanzata fase di discussione che, oltre ad aprire la strada all'eutanasia, cancella anni di evoluzione della scienza medica. «Questa legge – spiega – rischia di minare anche il mio compito di formatore dei medici dei decenni a venire. A loro insegniamo una modalità nuova di relazionarsi con i pazienti imparata in questi ultimi decenni». Sotto accusa l'assolutismo delle disposizioni anticipate di trattamento (Dat) che la legge intende mettere in campo, anche in presenza, magari, di un consenso non adeguatamente informato e che in ogni caso non può tener conto in anticipo delle evoluzioni della scienza medica che possono rendere curabile oggi quel che ieri non lo era.

La conferenza stampa è indetta da alcuni parlamentari di varia estrazione. «Ma non siamo qui per un partito, siamo qui per rispondere alla nostra coscienza di uomini contrari al fatto che in Italia venga introdotta l'eutanasia», dice Raffaele Calabrò, medico, parlamentare di Ncd e firmatario di un progetto di legge nella scorsa legislatura con un'impostazione molto diversa. Aderiscono le quattro facoltà romane di Medicina. In rappresentanza del del Policlinico Gemelli, il professor Pierluigi Granone, trattenuto all'ultimo momento da un'emergenza sanitaria. Esplicito Antonio Pisani, neurologo a Tor Vergata: «Non si possono trasformare gli ospedali in supermarket. Dove un paziente viene e indica la cura cui vuole essere sottoposto, "o questa o niente". Se stanno così le cose mi tolgo il camice e dico "fate voi". La vera domanda – conclude – è "chi forma l'opinione del paziente?"». Tema caro pure a Filetti: «Ci stimo dedicando ora anche a informare i comunicatori. Perché un tempo erano i giornalisti a informare i pazienti, oggi invece c'è la Rete, nella quale si trova il bianco, il nero e ogni sfumatura di grigio. Compito della stampa, quindi, oggi diventa saper discernere e orientare». Ma è tutto il fine vita che merita di essere meglio raccontato, investigato. «Posso assicurare che c'è una vastissima letteratura – spiega il neurologo Pisani – che descrive un'attività cerebrale ridotta ma pur sempre rilevante nei malati in stato vegetativo. Le Dat non mi possono imporre di interrompere una vita che ancora c'è». Viene in aiuto l'avvocato Francesco Napolitano, di Casa Iride, che assiste i malati in stato vegetativo (e dove non sono mancati i casi di "risveglio"): «La nostra è un'esperienza che vive del connubio fra medici e famiglie, che sono le grandi assenti di questo proget-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-FEB-2017
da pag. 4
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

to di legge. Provate a chiedere a loro se si può pensare di interrompere ai propri cari l'idratazione e l'alimentazione. Piuttosto, i tanti che vengono da noi a fare inchieste giornalistiche in questo periodo finiscono per chiedersi "ma perché non se ne creano altre, di strutture così?". Ed è una bella domanda seria da fare alla politica».

Giorgio Minotti, oncologo e preside di Farmacologia Clinica al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma, si dice a sua volta «molto preoccupato. Viene scardinato così tutto quello che insegniamo agli studenti circa la relazione medico-paziente. I nostri medici non sono preparati a fronteggiare un cambiamento del genere. E c'è tutto un mondo intorno della famiglia che non viene tenuto in alcun conto». Quanto all'equiparazione dell'idratazione e dell'alimentazione assistite alle terapie, che come tali potrebbero essere rifiutate, Minotti la ritiene «sconsiderata».

Tocca a Gian Luigi Gigli, deputato di Demos, presidente del Movimento per la Vita e medico a sua volta, chiamare in causa il «clamorosamente latitante» Ordine dei medici. «Siamo di fronte a un tentativo di stravolgere la professione sanitaria. Un medico non può farsi complice degli istinti suicidari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti caldi

IL TESTO

Il disegno di legge «Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari», attualmente in discussione alla Commissione Affari sociali della Camera, è il frutto della sintesi tra 15 progetti sulla stessa materia di orientamento assai diverso tra loro: da quelli che contemplano apertamente la legalizzazione dell'eutanasia ad altri che formulano invece regole di piena garanzia per la vita umana più fragile. Il risultato è un testo necessariamente di compromesso, con formule che però ancora lo fanno pendere verso l'accettazione di scelte eutanasiche o suicidarie.

LA NUTRIZIONE ASSISTITA

Il primo punto controverso è «il diritto di accettare o rifiutare qualsiasi trattamento sanitario indicato dal medico», con la possibilità di «revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento, ivi incluse la nutrizione e l'idratazione artificiali». È il comma 5 dell'articolo 1, passaggio-chiave della legge (poi replicato all'articolo 3 comma 1) sul quale non a caso mercoledì e ieri in Commissione s'è registrato il muro contro muro. I numeri non lasciano dubbi: c'è una larga maggioranza (Pd-M5S-Sinistra italiana) favorevole a considerare cibo e acqua come terapie, e dunque sospendibili in ogni momento. Ma la partita è ancora aperta: non è interesse di nessuno varare una legge divisiva su un tema nevralgico che riguarda tutti i cittadini.

IL PERCORSO

Il testo base sul quale è in corso un serrato confronto è stato varato il 7 dicembre, l'11 gennaio poi l'improvvisa accelerazione con la decisione della conferenza dei capigruppo di inserire la discussione della legge nel calendario d'aula della Camera il 30 gennaio. La presentazione di oltre 3mila emendamenti – poi ridotti a un decimo – ha però subito reso chiaro che l'esame di un testo tanto complesso e delicato avrebbe richiesto molto più tempo. Di qui la decisione, su iniziativa del presidente della Commissione Mario Marazziti, di spostare al 20 febbraio il dibattito in assemblea sul disegno di legge che ha per relatrice Donata Lenzi (Pd). Tre settimane in più. Ma il faticoso confronto sta mostrando che il tempo potrebbe comunque non bastare. E col calendario d'aula che non consente ritardi – c'è la legge elettorale a fine mese – si rischia di non avere il tempo per studiare soluzioni condivise sui punti più discussi.

LE «DAT» VINCOLANTI

Altro nodo da sciogliere, non ancora affrontato, è quello creato dalla definizione del documento contenente le volontà di fine vita (le «Dichiarazioni anticipate di trattamento») cui viene attribuito valore vincolante. Al comma 7 dell'articolo 1 si legge che «il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente e in conseguenza di ciò è esente da responsabilità civile o penale». Un dettato che crea evidenti problemi: trasforma il medico in notaio; lo autorizza a compiere pratiche non meglio precisate (ma immaginabili) oggi vietate e punite dalla legge; non prevede margini per l'obiezione di coscienza.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-FEB-2017
da pag. 4
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

LA «TUTELA DELLA VITA»

L'impegno dei parlamentari che in Commissione stanno tentando di correggere il testo a forza di emendamenti, il lavoro di cucitura del presidente Marazziti (al quale ieri è stato bocciato dopo una battaglia di tre ore un emendamento sull'interruzione dei trattamenti che mirava a circoscriverne l'impatto) e lo sforzo della relatrice Lenzi di riformulare alcune richieste di variazione in modo da convogliare sulla legge un consenso più ampio hanno fatto sì che in due punti (il primo comma sia dell'articolo 1 che del 2) si inserisse la «tutela della vita» come criterio ispiratore della legge e, poi, obiettivo nel consenso informato espresso da genitori o tutore dei minori o incapaci. Un duplice e importante riconoscimento. Ma la previsione generale del principio deve sostanziarsi di scelte normative coerenti: diversamente è destinata a restare lettera morta.

LE «DISPOSIZIONI»

Un'incoerenza del testo destinata con ogni probabilità a essere corretta in Commissione è quella che vede le «dichiarazioni» previste nel titolo della legge diventare all'articolo 3 «disposizioni anticipate di trattamento», a conferma dell'intento prescrittivo. I medici dovrebbero seguire con grande attenzione il percorso di questa legge: lo Stato li vuole notai col camice?

IL MAGISTERO

«Alimenti e acqua vanno somministrati ai pazienti per rispettare la loro dignità umana fondamentale»

Era il 1° agosto 2007 quando la Congregazione per la Dottrina della fede pubblicava due risposte a quesiti della Conferenza episcopale Usa su «alimentazione e idratazione artificiali», da allora un punto di riferimento. «È moralmente obbligatoria – chiedevano i vescovi – la somministrazione di cibo e acqua (per vie naturali o artificiali) al paziente in "stato vegetativo", a meno che questi alimenti non possano essere assimilati dal corpo del paziente oppure non gli possano essere somministrati senza causare un rilevante disagio fisico?». La risposta era un «sì» perché «la somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita». Dunque è «obbligatoria» finché «dimostra di raggiungere la sua finalità propria», cioè «procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente. In tal modo si evitano le sofferenze e la morte dovute all'inanizione e alla disidratazione». «Se il nutrimento e l'idratazione – era il secondo quesito – vengono forniti per vie artificiali a un paziente in "stato vegetativo permanente", possono essere interrotti quando medici competenti giudicano con certezza morale che il paziente non recupererà mai la coscienza?». La risposta era un «no» perché un paziente simile «è una persona, con la sua dignità umana fondamentale, alla quale sono perciò dovute le cure ordinarie e proporzionate, che comprendono, in linea di principio, la somministrazione di acqua e cibo, anche per vie artificiali».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media