LA STAMPA.it

06-02-2017

Lettori
21.401

http://www.lastampa.it/

Concepire un figlio è più difficile per chi è obeso

Lo studio degli Istituti Nazionali di Sanità statunitensi mostra che ci vuole più tempo se lui e lei hanno tanti chili di troppo

NICLA PANCIERA

Era noto che l'obesità dei futuri genitori potesse essere la causa di problemi allo sviluppo del bambino. Ora una nuova ricerca mostra che i chili di troppo di lei e anche di lui possono ridurre il successo riproduttivo, rendendo difficoltoso il concepimento, per il quale diventa necessario dal 55 al 59% di tempo in più rispetto alle coppie normopeso.

Lo studio, pubblicato sulla rivista Human Reproduction, è stato condotto da un team del Centro di ricerca per l'infanzia e la famiglia Eunice Kennedy Shiver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) di Bethesda. Le 501 coppie partecipanti allo studio e provenienti da Texas e Michigan erano già reclutate in un progetto più ampio dedicato all'analisi del legame tra fertilità e esposizione a sostanze chimiche ambientali, il LIFE study.

Guardando al tempo necessario al concepimento, rispetto alle coppie normopeso quelle con un indice di massa corporea (BMI) superiore a 35 hanno impiegato il 55% di tempo in più; percentuale che sale al 59% considerando anche altri fattori in grado di influenzare la fertilità come il fumo, l'attività fisica o il colesterolo. Gli autori puntualizzano che questi risultati sono in linea con altri studi condotti su coppie sottoposte a tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) ma che un limite dello studio è costituito dal ricorso al parametro dell'indice di massa corporea, indicazione approssimata della composizione corporea.

«Numerosi studi sulla fertilità e sulla composizione corporea si sono concentrati sul partner femminile, ma i nostri risultati sottolineano l'importanza di includere entrambi i partner» ha detto Rajeshwari Sundaram, ricercatrice senior presso la Division of Intramural Population Health Research del NICHD. «I nostri risultati indicano anche che gli specialisti della fertilità dovrebbero includere anche una valutazione della composizione corporea dei propri pazienti».

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

l'Unità

Dir. Resp.: Sergio Staino

08-FEB-2017
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Dalla parte delle bambine

Luigi Manconi

Dall'incisione all'escissione parziale o totale della clitoride, alla cucitura della vulva. Questa pratica dalle dimensioni enormi e dagli effetti crudeli riguarda, nel mondo, circa 200 milioni di donne e bambine che vivono in 29 paesi africani e dell'Asia sud-occidentale. Ma, negli ultimi anni, si registrano casi anche in Europa, Stati Uniti e Canada, soprattutto tra gli immigrati provenienti dalle aree in cui questa usanza primitiva risulta ancora diffusa. Si tratta di un fenomeno che colpisce bambine tra i 4 e i 14 anni.

P. 11

Cosa c'è dietro le mutilazioni genetiche

Luigi Manconi
SENATORE PD

Dall'incisione all'escissione parziale o totale della clitoride, alla cucitura della vulva. Questa pratica dalle dimensioni enormi e dagli effetti crudeli riguarda, nel mondo, circa 200 milioni di donne e bambine che vivono in 29 Paesi africani e dell'Asia sud-occidentale. Ma, negli ultimi anni, si registrano casi anche in Europa, Stati Uniti e Canada, soprattutto tra gli immigrati provenienti dalle aree in cui questa usanza primitiva risulta ancora diffusa. Si tratta di un fenomeno che colpisce bambine tra i 4 e i 14 anni. Lunedì scorso si è celebrata la giornata mondiale contro le mutilazioni genitali femminili, anticipata a Roma da un'importante conferenza internazionale promossa da *Non c'è pace senza giustizia*. Il senso di queste iniziative e la loro urgenza appaiono inequivocabili. Le mutilazioni genitali femminili costituiscono una tra le più efferate e dispotiche manifestazioni della volontà di potere patriarcale sul corpo delle donne. E quella stessa pretesa di controllo rappresenta una delle basi essenziali dei regimi autoritari e delle dittature. Ma una traccia non insignificante di quel dispositivo sopravvive nei sistemi democratici e compromette la qualità dei rapporti sociali e di quelli tra i generi. Ciò avviene sul corpo delle donne perché è qui che la questione essenziale della procreazione ha il suo cuore: ed è qui che si sviluppa la dinamica demografica, così cruciale per la stabilità delle comunità politiche. Dunque, se assumiamo questo come punto di partenza, immediatamente possiamo dedurre che il sottoporre o il sottrarre il corpo femminile al dominio patriarcale e a quello del potere dispotico si configura sempre come un passaggio decisivo della lotta per l'affermazione della democrazia. Per questo dico che la mobilitazione che ha portato ben diciotto Paesi del continente africano a dotarsi di una normativa che interdice e sanziona quella pratica ha un significato altamente politico. Al suo interno si incontrano e si intrecciano due processi fondamentali dello sviluppo della storia umana che, ancora una volta, hanno le donne come protagoniste. La lotta per l'emancipazione sociale - come superamento dei vincoli del servaggio economico e della gerarchia dei ruoli e come critica del pregiudizio e del senso comune - e, allo stesso tempo, la lotta per la liberazione, intesa nel suo significato pieno di affermazione della soggettività. E questo ha come sua conseguenza primaria la capacità di auto determinazione, e per citare ancora una volta Jhon Stuart Mill «la sovranità su sé stessi e sul proprio corpo».

Non è un caso che tutte le grandi culture indicano come la sede fondamentale della dignità della persona e dei diritti che la presidiano, il corpo in quanto organismo fisico o - come direbbe Primo Levi - materia umana, nella sua intangibilità e inviolabilità a opera di altri e del potere. Eppure sembra che un tale combinarsi di processi sociali e mutamenti culturali sfugga alla percezione delle opinioni pubbliche occidentali, che ignorano come questa battaglia - proprio una lotta all'ultimo sangue - abbia un significato tanto dirompente per lo sviluppo delle democrazie, e in particolare per la crescita culturale e morale delle nuove generazioni in quei paesi. Quanti italiani, infatti, conoscono la mobilitazione promossa negli ultimi vent'anni dai radicali e da Emma Bonino contro le mutilazioni genitali femminili? Indubbiamente pochissimi. Eppure quella la lotta ha portato alla risoluzione dell'Onu per la messa al bando universale di questa pratica (2012) e a molti pronunciamenti istituzionali e dichiarazioni autorevoli nelle nazioni interessate. E se pure questa mobilitazione fosse conosciuta più di quanto oggi è, probabilmente essa verrebbe considerata qualcosa di simile a una nobile azione filantropica o al più a una classica iniziativa umanitaria. Mentre si tratta, palesemente, di una grande azione politica, dagli effetti politici, e che si colloca in una prospettiva politica internazionale. Cos'altro è, infatti, la politica se non la capacità di muovere dalle sofferenze delle persone in carne e ossa? E di quale altro indicatore di efficacia politica disponiamo se non quello della concreta misurazione della riduzione del dolore di centinaia di migliaia di bambine?

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 82.266
Lettori Ed. I 2015: 455.000
Quotidiano - Ed. Torino

LA STAMPA
TORINO

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

08-FEB-2017
da pag. 40
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'inchiesta sugli ospedali di città e provincia

Parti senza dolore Corsa a ostacoli tra costi e ritardi

Solo il Sant'Anna fa l'anestesia a chi la chiede

È richiesta da un crescente numero di donne, sempre più informate e consapevoli. Peccato che a Torino e provincia il parto con anestesia peridurale sia possibile soltanto al Sant'Anna di Torino - dove viene garantita gratuitamente a tutte le pazienti che ne facciano richiesta - e a certe condizioni presso gli ospedali di Moncalieri e di Chieri.

Mondo ALLE PAGINE 40 E 41

Alcuni presidi usano il «gas esilarante», altri nulla

A Torino e provincia partorire con dolore è (quasi) un obbligo

Solo il Sant'Anna offre l'epidurale a chi ne fa richiesta

7.000
al Sant'Anna
I parti che ogni anno avvengono al Sant'Anna (2 mila con la tecnica dell'epidurale)

1.471
al Maria Vittoria
Le nascite registrate nel 2015 nell'ospedale di corso Tassoni (25,7% di cesarei)

ALESSANDRO MONDO

È richiesta da un crescente numero di donne, sempre più informate e consapevoli della possibilità di partorire «senza dolore». Peccato che a Torino e provincia il parto con anestesia peridurale sia possibile soltanto al Sant'Anna di Torino - dove viene garantita gratuitamente a tutte le pazienti che ne facciano richiesta - e a certe condizioni, sempre a costo zero, presso

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 82.266
Lettori Ed. I 2015: 455.000
Quotidiano - Ed. Torino

LA STAMPA TORINO

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

08-FEB-2017
da pag. 40
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

gli ospedali di Moncalieri e di Chieri: in questi casi «solo per necessità clinica motivata dal ginecologo». Altrove, parliamo del Mauriziano, del Maria Vittoria e del Martini, si è adottata o si sta adottando l'anestesia con il protossido di azoto, o "gas esilarante": comunque un'altra storia. Ma ci sono anche ospedali dove non è prevista nessuna tecnica analgesica, nemmeno a pagamento, e fatto salvo il cesareo il parto con dolore diventa una scelta obbligata: vale per i presidi di Rivoli, Pinerolo, Chivasso, Ciriè, Ivrea.

Servizio introvabile

Capita allora che la segnalazione del signor Riccardo Guanà pubblicata ieri sulla rubrica Specchio dei Tempi - «Ho appreso che presso il Maria Vittoria da qualche mese non è più possibile, per scelte della direzione, partorire per via naturale con il supporto dell'anestesia peridurale (anche a pagamento) - illumini una situazione che va ben oltre il perimetro dell'ospedale torinese. Una situazione di cui la Regione sarà chiamata ad occuparsi a breve, considerato che la peridurale è compresa nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) oggetto del decreto recentemente firmato dal ministro Lorenzin: l'avvio, si spera, di una diffusione omogenea. Perchè se è vero che conta il volume dei parti, e quindi può avere una logica l'assenza del servizio negli ospedali più piccoli, non si può dire altrimenti di strutture di grandi e medie dimensioni: dal Mauriziano (1.278 parti l'anno) al Maria Vittoria (1.471), per limitarsi a due esempi.

Costi e personale

Oggi è così. A fare la differenza, nell'offerta dell'epidurale, è la disponibilità delle «risorse umane» - cioè di anestesisti esperti, preparati e reperibili - più che il costo della tecnica in sè. Il che, secondo Silvio Viale, ginecologo presso il Sant'Anna, è una realtà consolidata: «Negli ospedali generali gli anestesisti non si dedicano solo all'ostetricia ma anche alla cardioanestesia, alla chirurgia e alla rianimazione. Solo il Sant'Anna, forte di circa 7 mila parti l'anno, può contare su perdonale dedicato». Ed altri ospedali di riferimento in Piemonte, come il Santa Croce e Carle di Cuneo, dove i parti sono sensibilmente inferiori ma viene comunque garantita l'epidurale gratuita. «La cosa più grave - aggiunge Viale -è che da parte della Regione non ci sia un'adeguata informazione sulla disponibilità del servizio». Al Sant'Anna, come si premetteva, l'offerta è garantita gratuitamente, su richiesta volontaria, tranne che in un reparto specifico: la «Casa parto». Quanto al personale disponibile, lo stesso presidio - in rapporto alle dimensioni e al numero di parti - ha la coperta tirata: 23 anestesisti in servizio sui 27 necessari.

Altrove l'epidurale è una chimera. «Ci vorrebbe un turno dedicato di anestesisti», spiega Flavio Boraso, direttore generale dell'Asl Torino 3. Quanto al protossido, «per utilizzarlo serve un'ulteriore autorizzazione». «Attivare un servizio di analgesia da parto senza risorse adeguate è pericoloso - commenta Emilpaolo Manno, direttore Anestesia e Rianimazione del Maria Vittoria, dove si è deciso di abolire anche l'epidurale a pagamento partendo dalla considerazione che «non esiste una sanità di seria A e di serie B» -. Certo: l'analgesia da epidurale è più efficace di quella con il protossido di azoto ma è il solo modo per garantire il servizio alle nostre pazienti senza rischio». «Al momento mancano anestesisti - confermano dal Martini, dove sono in attesa dell'autorizzazione per somministrare il "gas esilarante" -: nei prossimi mesi ne arriveranno tre e allora potremo fornire anche l'epidurale». Chissà se sanno che almeno uno di quei tre sarà rivendicato dal Maria Vittoria. «A Chivasso, Ciriè e Ivrea non sono previste nè l'epidurale nè altre tecniche analgesiche - informano dall'Asl Torino 4 -. Alla luce dei nuovi Lea faremo le nostre valutazioni. Certo: quella delle risorse umane è indispensabile».

Ritorno al passato

In quest'ottica il vecchio trattamento con il protossido - che in sostanza la partoriente si somministra da sola tenendo ad intervalli la mascherina sul volto, con l'aiuto dell'ostetrica - sarà meno efficace ma è sicuro e meno impegnativo da gestire. Le controindicazioni riguardano casi abbastanza rari, vedi i cardiopatici, comunque accertati preventivamente. Mentre a detta degli esperti per le cardiopatiche l'epidurale è persino consigliata nella misura in cui riduce lo sforzo e quindi l'affaticamento. In qualche caso può scongiurare il ricorso al cesareo. Un'opportunità che oggi non è alla portata di tutte.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

08-FEB-2017
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

Dopo la lettera della Lorenzin

Tajani rinvia il controverso film anti-vaccini

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin scrive al presidente del Parlamento europeo Antonio Tajani chiedendo un suo intervento contro il film "Vaxxed". «Abbiamo appreso che per il prossimo 9 febbraio è stata programmata a Bruxelles l'iniziativa "Vaccine - Safety in question" presso il Parlamento Europeo - scrive il ministro - Risulta prevista la proiezione della pellicola "Vaxxed. From cover-up to catastrophe". La Lorenzin chiede a Tajani una «ferma e autorevole presa di posizione nei confronti dell'evento, allo scopo di ristabilire i corretti termini della situazione e di evidenziare i pericoli determinati dalla diffusione di messaggi di tale gravità». La proiezione del film era stata bloccata al Senato alcuni mesi fa, dopo le forti polemiche. Tajani ha risposto al ministro spiegando che «la proiezione del documentario sarà spostata di due giorni in una sede fuori del Parlamento europeo».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSAit

07-02-2017

http://www.ansa.it

Film anti-vaccini 'Vaxxed' al Parlamento Ue, Lorenzin scrive a Tajani

Dopo lettera ministro stop a proiezione

"Abbiamo recentemente appreso che per il prossimo 9 febbraio è stata programmata a Bruxelles l'iniziativa 'Vaccine - Safety in question' presso il Parlamento Europeo. Da quanto riportato risulta prevista la proiezione della pellicola "Vaxxed - from cover-up to catastrophe". Lo afferma il ministro della Salute Beatrice Lorenzin che, in una lettera al presidente del Parlamento europeo Antonio Tajani, chiede una sua "ferma e autorevole presa di posizione nei confronti dell'evento, allo scopo di ristabilire i corretti termini della situazione e di evidenziare i pericoli determinati dalla diffusione di messaggi di tale gravità". La proiezione del film era stata bloccata al Senato italiano alcuni mesi fa, dopo le forti polemiche. "Ritengo l'iniziativa particolarmente dannosa poichè punta a guadagnare un ribalta Ue per posizioni settarie", rileva.

Nella lettera al presidente del Parlamento europeo, Lorenzin afferma di ritenere l'iniziativa "particolarmente dannosa poiché punta a guadagnare un ribalta europea per posizioni settarie e destituite da ogni fondamento scientifico, che già sono state respinte energicamente a livello nazionale. I contenuti ideologici che saranno veicolati - rileva - rischiano altresì di essere altamente insidiosi per le politiche di sanità pubblica, con effetti potenzialmente molto negativi su componenti dell'opinione pubblica europea". All'iniziativa, precisa il ministro, "prenderanno parte noti attivisti del fronte anti-vaccinazioni, sulla cui reputazione la comunità scientifica ha

da tempo espresso una valutazione inequivocabile, accompagnata dall'adozione di provvedimenti formali da parte delle Autorità competenti". Il Governo italiano, prosegue, "è particolarmente impegnato sul tema dei vaccini, che io stessa tratterò nel corso di un imminente incontro già programmato con il Commissario Europeo alla Salute". "Le chiedo pertanto - conclude Lorenzin - una ferma e autorevole presa di posizione nei confronti dell'evento".

A seguito della lettera del ministro, la proiezione del film é stata quindi spostata fuori dal Parlamento europeo ed in una data differente rispetto a quella prevista e coincidente con l'iniziativa 'Vaccine - Safety in question' in programma il 9 febbraio. Il Gabinetto del presidente Tajani, informa il ministero della Salute, ha infatti confermato che l'onorevole Michele Rivasi - promotore della proiezione della pellicola - ha accettato di spostare la data della proiezione del film-documentario 'Vaxxed' di due giorni e in una sede fuori dal Parlamento europeo.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2016: 142.495
Diffusione 11/2016: 124.450
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-FEB-2017
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Fine vita. «La nutrizione si può sospendere». Nessuna intesa, la legge non cambia

Respinti in Commissione alla Camera tutti gli emendamenti per correggere il ddl in uno degli aspetti che rischiano di aprire la porta all'eutanasia

FRANCESCO OGNIBENE

Niente da fare: salvo colpi di scena, la nutrizione assistita per pazienti non più in grado di alimentarsi da sé potrà essere sospesa, equiparata per legge a una terapia. È l'esito del nuovo muro contro muro di ieri in Commissione affari sociali della Camera, alle prese con il comma 5 dell'articolo 1, scoglio della legge sul fine vita attesa in aula il 20 febbraio. Un appuntamento al quale i fautori del provvedimento sono determinati ad arrivare, a costo di procedere con sedute notturne. Il presidente della Commissione Mario Marazziti spiega che a decidere sarà, oggi, l'ufficio di presidenza «per un confronto sui tempi che ci occorrono. Bisogna ricordare che c'è anche l'aula per sciogliere alcuni nodi che per il momento restano sul tavolo». Ma i numeri alla Camera sono talmente ampi da rendere problematica una modifica in un punto chiave sul quale sinora la maggioranza Pd-M5S-Sinistra italiana si è mostrata compatta. E se i radicali dell'Associazione Coscioni scambiano la tenace battaglia di alcuni deputati per «ostruzionismo» da «azzeccagarbugli», il leghista Alessando Pagano ironizza che «con la disoccupazione galoppante, imprese e famiglie sul lastrico, terremotati al freddo, giovani che espatriano, la priorità del Pd è votare anche di notte pur di approvare quanto prima la legge che legalizza l'eutanasia». Certo, la bocciatura sistematica di tutti gli emendamenti correttivi del comma 5 non aiuta il cantiere di una legge che parla di vita e di morte. Eugenia Roccella si augura «che il Pd non si irrigidisca e apra almeno a correzioni che tendono a mantenere nel sistema sanitario il *favor vitae*». Senza interventi sul comma 5, mette in chiaro Gian Luigi Gigli, «si apre di fatto all'Italia il suicidio assistito», con medici e strutture pubbliche tenuti «ad accompagnare la scelta suicidaria», preoccupazione condivisa da Paola Binetti. A parere di Raffaele Calabrò la legge che autorizza a far morire di fame e di sete un paziente «porterà solo divisioni nella maggioranza di governo e nello stesso Pd», apparso invero su questo punto compatto come non accade altrove. «Grave preoccupazione» la esprime il presidente dei Medici cattolici Filippo Maria Boscia, che parla di «possibile stravolgimento del rapporto tra medico e paziente» se il primo è ridotto a svolgere una «mera funzione notarile». Conclude Marazziti: «Occorre uno sforzo di coraggio per trovare un accordo che tolga il dubbio di possibili scivolamenti in senso eutanasico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 07 FEBBRAIO 2017

Il Vaticano presenta la *Nuova Carta degli Operatori Sanitari:* "No all'aborto, no all'eutanasia, no all'accanimento terapeutico"

Il documento, che aggiorna la precedente edizione del 1995, è diviso in tre grandi sezioni: generare, vivere e morire. La Chiesa ribadisce la sua posizione di sempre sui grandi temi etici e sul biotestamento afferma che "la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente" vanno rispettati. Ma anche che "il medico non è comunque un mero esecutore" e ha "il diritto e il dovere di sottrarsi a volontà discordi dalla propria coscienza".

Generare, vivere e morire. Le tre grandi fasi dell'esistenza nelle quali è suddivisa la Nuova Carta degli Operatori Sanitari presentata ieri in Vaticano durante la Conferenza stampa per la 25ª Giornata Mondiale del Malato che si svolgerà il prossimo 11 febbraio a Lourdes.

Delle 452 pagine della Nuova Carta, che sostituisce quella del 1995, ha parlato estesamente il Professor Antonio Gioacchino Spagnolo, Direttore dell'Istituto di Bioetica e Medical Humanities, della Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli" dell'Università Cattolica del S. Cuore di Roma.

Ecco il suo intervento integrale:
"Le conquiste della ricerca biomedica e le nuove realtà socio sanitarie che si sono venute a determinare dopo il 1994, come pure i pronunciamenti del Magistero della Chiesa cattolica che sono stati emanati nell'ambito delle scienze della vita e della salute (quelli dei Pontefici Giovanni Paolo II, Benedetto XVI, Papa Francesco, i documenti della Congregazione per la Dottrina della fede e della Pontificia Accademia per la Vita) hanno reso necessaria una revisione e aggiornamento della Carta degli Operatori Sanitari. La carta ha mantenuto comunque la sua struttura originaria di strumento per una seria preparazione e formazione continua sul piano etico degli Operatori sanitari, per mantenere la dovuta competenza professionale e la loro vocazione a ministri della vita.

Innanzitutto, l'attenzione iniziale è stata rivolta considerando uno spettro più ampio delle persone coinvolte in ambito biomedico: accanto alle classiche figure professionali sanitarie (personale medico, infermieristico e ausiliario) sono state considerate anche altre figure che a vario titolo operano nel mondo della salute, come biologi, farmacisti, operatori sanitari del territorio, amministratori, legislatori in materia sanitaria, operatori nel settore pubblico e privato.

Alcuni nuovi articoli riguardano proprio loro, e a loro è richiesta una particolare responsabilità nello svolgimento del loro servizio. Tutti questi operatori svolgono la loro pratica quotidiana in una relazione interpersonale, contraddistinta dalla fiducia di una persona segnata dalla sofferenza e dalla malattia, la quale ricorre alla scienza e alla coscienza di un operatore sanitario che le va incontro per assisterla e curarla.

La Carta vuole sostenere la fedeltà etica dell'operatore sanitario, nelle scelte e nei comportamenti in cui prende corpo il servizio alla vita e questa fedeltà viene delineata seguendo le tappe dell'esistenza umana: generare, vivere, morire, quali momenti di riflessioni etico-pastorali.

Nella Sezione del generare sono stati meglio specificati i criteri per la cura dell'infertilità e il riferimento ai metodi naturali non solo per la regolazione della fertilità ma anche come metodi per ottenere una gravidanza. Inserimento anche un articolo sul congelamento di tessuto ovarico (art. 38), risposta eticamente sostenibile nel caso di terapie oncologiche che possono alterare la fertilità della donna.

Sono poi presi in considerazione i nuovi tentativi di generazione umana in laboratorio (art. 39): tra gameti

umani e animali, di gestazione di embrioni umani in uteri animali o artificiali, di riproduzione asessuale di esseri umani mediante fissione gemellare, clonazione, partenogenesi o altre tecniche consimili.

Tutti procedimenti questi che contrastano con la dignità umana dell'embrione e della procreazione, per cui sono da considerarsi moralmente inaccettabili.

Tra le diagnosi prenatali, accettabili ad alcune condizioni, viene stigmatizzata, invece la diagnosi pre-impianto (art. 36) come espressione di una mentalità eugenetica che legittima l'aborto selettivo per impedire la nascita di bambini affetti da varie malattie.

Nella Sezione del vivere è confermata la posizione di sempre riguardo all'aborto inserendo dei nuovi articoli riguardo alla riduzione embrionale, intercezione, contragestazione, feti anencefalici, gravidanze ectopiche, tutela del diritto alla vita (artt. 51-59).

Attenzione rivolta anche al tema della prevenzione e dei vaccini, oggetto di recente dibattito pubblico (artt.69-70). Attuale dal punto di vista scientifico il riferimento alla terapia genica e alla medicina rigenerativa (artt. 80-82).

Sul piano sociale la Carta si sofferma sul tema dell'accesso ai farmaci e alle tecnologie disponibili da parte della popolazione (art. 91), accesso che ancora oggi, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo – soprattutto in quelli caratterizzati da una instabilità politica o da scarse risorse economiche non è garantito a larghe fasce di popolazione e ciò soprattutto nel caso delle cosiddette "malattie rare" e "neglette", alle quali si accompagna il concetto di "farmaci orfani" (art. 92).

E agli operatori sanitari e le loro Associazioni professionali viene chiesto di farsi promotori di una sensibilizzazione delle istituzioni, degli enti assistenziali, dell'industria sanitaria, affinché il diritto alla tutela della salute sia esteso a tutta la popolazione affinché si arrivi ad una giustizia sanitaria, salvaguardando la sostenibilità sia della ricerca sia dei sistemi sanitari.

Nuovi anche i riferimenti al coinvolgimento nella sperimentazione di minori o adulti incapaci a decidere, su soggetti vulnerabili, su donne in età fertile in situazioni di emergenza.

Infine, in questa sezione si evidenzia il ruolo della consulenza di etica clinica (art. 140) che può aiutare ad individuare conflittualità e dubbi etici, che singoli operatori sanitari, pazienti e familiari possono sperimentare nella pratica clinica, facilitandone così la risoluzione con scelte diagnostico-terapeutiche condivise al letto del malato, nella cornice valoriale propria della medicina e dell'etica.

Nella sezione del morire viene considerato l'atteggiamento davanti al malato nella fase terminale della malattia, luogo di verifica della professionalità e delle responsabilità etiche degli operatori sanitari (art 145).

In questo ambito, un aspetto molto attuale considerato nella carta – oggetto in questi giorni di molte discussioni nel Parlamento italiano - è il riferimento all'espressione in anticipo da parte del paziente delle sue volontà (art. 150) circa i trattamenti ai quali desidererebbe o no essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso della sua malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso. La carta afferma che deve essere sempre rispettata la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente, ma il medico non è comunque un mero esecutore, conservando egli il diritto e il dovere di sottrarsi a volontà discordi dalla propria coscienza.
Tema ugualmente rilevante è quello della nutrizione e idratazione, anche artificialmente somministrate (art. 152). Considerate tra le cure di base dovute al morente, quando non risultino troppo gravose o di alcun beneficio.

La loro sospensione non giustificata può avere il significato di un vero e proprio atto eutanasico, ma è obbligatoria, nella misura in cui e fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente. Confermata la eticità della sedazione palliativa profonda nelle fasi prossime al momento della morte, attuata secondo corretti protocolli etici e sottoposta ad un continuo monitoraggio.

Sullo sfondo di questa sezione la tutela della dignità del morire (art. 149) nel senso di rispettare il malato nella fase finale della vita, escludendo sia di anticipare la morte (eutanasia), sia di dilazionarla con il cosiddetto "accanimento terapeutico".

Certamente la Carta non può certamente risultare esaustiva rispetto a tutti i problemi e alle questioni che si impongono nell'ambito della salute e della malattia ma è stata realizzata al fine di offrire linee-guida il più possibile chiare per i problemi etici che si devono affrontare nel mondo della salute in genere in armonia con gli insegnamenti di Cristo, e con il Magistero della Chiesa".

07-02-2017

Lettori
17.555

www.agi.it

Soft drink, aziende Ue ridurranno ancora zuccheri: -10% entro 2020

Già ridotto del 12% nel periodo 2000-2015

Milano, 7 feb. (askanews) - L'industria europea dei soft drink ha annunciato che ridurrà gli zuccheri aggiunti nei suoi prodotti di un ulteriore 10% entro il 2020. L'impegno sarà implementato in tutta Europa. Questa iniziativa risponde alle mutevoli preferenze dei consumatori per quanto riguarda l'assunzione di zucchero e le richieste provenienti da Stati membri e Commissione europea per un approccio coordinato sulla riformulazione e riduzione di zucchero. Il settore - che comprende marchi come Coca-Cola, Pepsi e Orangina - continuerà a innovare, riformulare, utilizzare confezioni più piccole per incoraggiare la scelta da parte dei consumatori di bevande a ridotto o nullo contenuto calorico così da raggiungere l'ambizioso obiettivo entro il 2020.

Il settore dei soft drink è un anticipatore nella riduzione di zuccheri aggiunti, con un percorso che inizia nel 1970 quando sono stati introdotti i primi soft drink senza zucchero e senza calorie. E' utile ricordare che nelle bevande analcoliche, la riduzione di zuccheri aggiunti determina una riduzione diretta delle calorie. Nel periodo 2000-2015 questa industria ha ridotto del 12% lo zucchero nelle bevande analcoliche, gassate e non; il nuovo impegno triplica questo ritmo con l'aggiunta di un'ulteriore riduzione del 10% nei prossimi cinque anni .

Attraverso l'unione delle forze a livello europeo, l'impegno ha il merito di mettere in atto un approccio che incide su più di 500 milioni di consumatori europei. L'obiettivo del 10% è riferito

ad un aggregato e tiene conto degli impegni esistenti e nuovi dell'industria sulla riduzione di zucchero assunti a livello locale, alla luce delle specificità nazionali sui diversi modelli e diete alimentari, oltre che delle preferenze dei consumatori nell'UE. L'iniziativa è rivolta alle preferenze dei consumatori in tema di zucchero e calorie.

E' anche una risposta agli inviti della UE a ridurre lo zucchero e riformulare i prodotti in tutto il settore alimentare. L'impegno supporta la Roadmap UE per il miglioramento dei prodotti alimentari e l'Allegato sulla Riduzione Volontaria dello Zucchero Aggiunto con il suo obiettivo di riduzione di zucchero del 10% concordato tra gli Stati membri e la Commissione europea.

L'industria raggiungerà l'obiettivo attraverso l'aumento degli sforzi sulla riformulazione e innovazione di nuovi prodotti - in particolare mediante i dolcificanti a basso contenuto calorico e - e aumentando la disponibilità di confezioni più piccole per consentire il controllo delle porzioni e la moderazione. Inoltre, i produttori di soft drink investiranno nella promozione di bevande con ridotto o nulla presenza di zucchero per incoraggiare attivamente la scelta dei consumatori verso prodotti a basso o nullo contenuto calorico. I progressi, che saranno condivisi con le parti interessate, saranno monitorati da un ente di ricerca indipendente

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
IHQI of Evaluation 02/07/2017
ABBONATI ACCEDI

7 feb 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Intesa Stato-Regioni

Piano sanitario nazionale - PSN

Ricerca

LAVORO E PROFESSIONE

Stati vegetativi e risvegli, presa in cura centrata sulla persona

di *Caterina Pistarini (direttore Uo Risvegli Irccs Maugeri Pavia, Presidente Sirn)*

La condizione di stato vegetativo rappresenta un argomento di grande rilevanza sanitaria, sociale ed etico-morale che necessita di una presa in cura centrata sulla persona e sui suoi bisogni, nonché di strutture di riferimento dedicate che, nella fase riabilitativa, devono essere funzionalmente connesse a quelle della fase acuta e al territorio.

Un argomento che deve stare, anche oltre della Giornata nazionale, nell'agenda innanzitutto di noi medici che ci occupiamo di Neuroriabilitazione, dei colleghi delle specialità connesse, ma anche di tutti i livelli istituzionali che sono coinvolti nella vicenda di centinaia e centinaia di pazienti in tutta Italia, che vivono in una condizione delicatissima, assieme ai loro familiari.

In questi ultimi anni, molto è stato fatto. L'impegno delle Istituzioni si è più volte indirizzato verso l'assistenza alle persone in condizione di stato vegetativo attraverso molte iniziative; in particolare, il ministero della Salute ha istituito tavoli tecnici (Commissioni tecniche) cui hanno partecipato anche esperti della materia e familiari con l'obiettivo di fornire indicazioni per garantire la coerente e integrata successione temporale dei trattamenti, in funzione sia dell'evoluzione clinica sia delle situazioni personali e ambientali.
Un impegno che si è reso manifesto attraverso gli Accordi Stato-Regioni (dal 2009 al 2013), che hanno individuato tra le linee progettuali per la realizzazione del Piano sanitario nazionale la linea «Promozione di modelli organizzativi assistenziali ai pazienti in Stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità».

Queste iniziative indicano alle Regioni proposte utili ai fini di realizzare percorsi assistenziali idonei alle condizioni delle persone colpite da disabilità e delle loro famiglie. Attualmente, però, le attività realizzate dalle diverse Regioni sono spesso differenti tra di loro e sottolineano alcune criticità che devono essere risolte: oltre alla difficoltà di realizzare un modello uniforme, ripetibile, adeguato di presa in carico, su tutto il territorio nazionale, c'è la necessità di far fronte alle esigenze della popolazione locale per evitare la migrazione di pazienti anche all'estero, la possibilità di attivare modelli di formazione degli operatori e dei familiari che sappia dare validità ai processi organizzativi. Analogamente appare indispensabile una revisione dei sistemi di classificazione diagnostica e la creazione di un registro nazionale/regionale per avere una fedele fotografia e un adeguato monitoraggio della condizione di Stato vegetativo.

Sebbene non sia oggi possibile parlare in assoluto di irreversibilità di questa condizione, sappiamo bene quanta cautela occorra nell'interpretare segni di miglioramento clinico e come la stabilità clinica sia già un importante progresso. Sappiamo infine che, quando la persona in stato vegetativo entra in una fase di cronicità, viene considerata persona con "gravissima disabilità". Al pari degli altri individui con gravissime patologie croniche, anche il paziente in stato vegetativo può essere accolto a domicilio o, se questo fosse impossibile, può essere trasferito in strutture idonee a garantire un adeguato livello assistenziale. Un passaggio, questo, che rappresenta una fase molto delicata del percorso di dimissione dalle strutture riabilitative, in cui il supporto alla persona e alla famiglia deve essere garantito per il superamento del "distacco", per gli aspetti pratici dell'assistenza, per non interrompere la possibilità di ritrovare interlocutori competenti, in un momento successivo di necessità.

HiQPdf Evaluation 02/07/2017

Un altro aspetto che non possiamo dimenticare è che il percorso di cura è lungo, complesso ed è impensabile una pianificazione dell'assistenza senza il coinvolgimento attivo e coordinato dei familiari, perché sono una risorsa, perché sono capaci di produrre una stimolazione affettiva che permette di intercettare meglio i segni di responsività, di rassicurare emozionalmente il paziente, di effettuare un monitoraggio attento di piccoli ma significativi segni di recupero, consentendo in tal modo una migliore qualità della presa in carico della persona.

Le Associazioni dei familiari sono molto attive nel sostenere un dialogo con le Istituzioni e con i professionisti perché ogni persona che si trovi in questa condizione di gravissima disabilità possa avere diritto ad atteggiamenti sanitari, sociali, legali conformi alla tutela della sua salute.

In ultimo ma non per ultimo, bisogna riflettere sull'importanza di fare buona formazione, perché tutti i professionisti che lavorano sui comi, sugli stati vegetativi e di minima coscienza ricevano insegnamenti sempre aggiornati che arrivano da un lavoro continuo di ricerca.

Per questo, in Maugeri abbiamo realizzato con il Dipartimento di Scienze del Sistema nervoso e del Comportamento dell'Università di Pavia il Master di II livello in Neuroriabilitazione che, per primo, adotta il curriculum europea individuato dalla Federazione europea di Neuroribilitazione – EFNR, cui aderisce tra i membri anche la Società italiana di Neuroriabilitazione-SIRN, che presiedo. La delicatezza estrema di questa condizione, la grande fragilità dei nostri pazienti, l'attesa di tante famiglie, lo impone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

LAVORO E PROFESSIONE
01 Giugno 2015

Ssn: il bancomat di Governo e Regioni

DAL GOVERNO
22 Ottobre 2015

Che fine ha fatto il Piano sanitario nazionale?

DAL GOVERNO
11 Febbraio 2016

Tutti gli effetti negativi del decreto appropriatezza

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

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

08-FEB-2017
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

Epidemiologia

Chi è povero è a rischio salute "Perde anche due anni di vita"

FABIO DI TODARO

Vivere in condizioni sociali ed economiche precarie può privare una persona anche di 2,1 anni di vita: lo svela uno studio su «The Lancet», allo scopo di individuare i meccanismi biologici alla base delle differenze sociali nella salute. Uno status socioeconomico basso, quindi, può essere letale quanto fumare o avere una malattia cronica.

Quello condotto dagli autori di «Lifepath» - progetto finanziato dalla Commissione Europea per fornire dati aggiornati sulla relazione tra disuguaglianze sociali e diseguaglianze di salute - è il primo studio che confronta l'aspettativa di vita tra persone appartenenti a diverse categorie socioeconomiche e correla queste differenze con quelle dovute a sei fattori di rischio: fumo, consumo di bevande alcoliche, diabete, ipertensione, obesità e inattività fisica.

Il risultato ha sorpreso gli stessi autori della ricerca, ha ammesso Silvia Stringhini, ricercatrice allo University Hospital di Losanna: «Ora chiediamo che la povertà sia inclusa tra i fattori di rischio su cui si concentrano le strategie globali di salute pubblica». Al centro delle analisi i dati da 48 «coorti» di Gran Bretagna, Italia, Portogallo, Usa, Australia, Svizzera e Francia. Oltre 1,7 milioni i partecipanti, seguiti per una media di 13 anni. Conclusione: intervenire a monte su fattori come il lavoro o l'educazione può avere una maggiore efficacia - in termini di salute - rispetto alle azioni focalizzate a valle della catena su singoli fattori di rischio, come l'assistenza per chi vuole smettere di fumare o i consigli alimentari.

«Lo status socioeconomico è importante, perché include l'esposizione a diverse circostanze e comportamenti potenzialmente dannosi - commenta Paolo Vineis, epidemiologo dell'Imperial College London e coordinatore di "Lifepath" -. L'obiettivo è capire attraverso quali processi biologici le disuguaglianze sociali si traducano in disuguaglianze per la salute. Così potremo fornire accurate prove scientifiche a istituzioni sanitarie e decisori politici». Inutile nasconderlo ancora: chi ha meno reddito è destinato a morire prima.

(cc) BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-FEB-2017
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

UNIVERSITÀ

RICERCA, IL TESORETTO SEGRETO NON C'È

di **Elena Cattaneo**

Caro direttore, sostenere che le università e gli enti di ricerca pubblici italiani, che ogni giorno piangerebbero miseria, hanno accesso ad un «tesoro segreto» di 4,5 miliardi di euro, costituito dalla liquidità disponibile nei loro conti bancari, è fuorviante. Il dato della liquidità di ciascun ente è privo di senso se non si specifica se, e in che misura, essa sia già impegnata per progetti di ricerca e se — ad esempio — non vadano sottratti gli accantonamenti obbligatori per legge. Tacendo dell'entità della quota vincolata si lascia intendere che tutti gli enti, chi più chi meno, ricevano troppi soldi dallo Stato e siano portati a generare «tesoretti». Invece, non è così, di tesoretto a ben vedere ce n'è per un solo ente. Vediamo i dati.

Prendiamo il caso del Cnr, primo in classifica — secondo l'articolo del *Corriere* — fra gli enti di ricerca per disponibilità liquide: i 456.885.203 di euro in cassa sono formati per 416.976.764 dai Tfr dei dipendenti, inclusi nel bilancio del loro ente che agisce da sostituto d'imposta come prevede la legge. Non è come il caso dell'Istituto italiano di tecnologia (Iit) che, come ormai noto, ha accantonato 452.202.000 (a cui si aggiungono le risorse ex-Iri, equivalenti a 128 milioni di euro finite nelle casse di Iit invece che per il potenziamento della rete nazionale della ricerca) per il sovradimensionamento delle risorse pubbliche di cui è da oltre un decennio beneficiario. Cifra, che a differenza di quanto scritto, non deriva solo dalla fase iniziale di start-up, ma da un metodico accantonamento del surplus dei trasferimenti, come risulta nell'aumento della liquidità disponibile nei suoi conti bancari per una cifra media di 20 milioni euro/anno, almeno a partire dal 2006. Come metro di paragone ricordo che i progetti Prin per la ricerca libera su tutte le discipline hanno avuto, dopo anni di blocco, dallo Stato 100 milioni su tre anni.

Prendiamo il bilancio del terzo in classifica per liquidità, l'Infn, pari a 351.985.857 di euro. Come scrive la Corte dei conti nella sua relazione di monitoraggio, tale somma è sostanzialmente tutta impegnata per attività pluriennale (deriva infatti da bandi competitivi per progetti finanziati ai bravi ricercatori dell'Istituto). Come evidenziato dalla Corte, ad esempio per il 2015, avanzano solo cifre molto piccole — nel caso citato 8 milioni — che servono ad un ente della dimensione di Infn a fronteggiare rischi, oneri e imprevisti.

La musica non cambia se guardiamo alla disponibilità degli atenei, per quanto riguarda l'Università di Milano, di cui ho diretta conoscenza. A proposito del suo avanzo di amministrazione 2015, scrive l'Università nella nota integrativa al bilancio: «Si ricorda che il cda nella seduta del 23 febbraio 2016 ha approvato una prima destinazione dell'avanzo ad utilizzazione vincolata per 305.467.561,86 euro. Tenuto conto che l'avanzo d'esercizio è stato determinato in 353.217.959,88 euro, il Consiglio è chiamato a deliberare sull'assegnazione della restante quota di 41.750.398,02 euro, escluso il fondo di riserva pari a 5 milioni». Ovvero, avendo riscontrato un avanzo di cassa superiore a quanto previsto e già impegnato per ricerca, stipendi e altri tipi di spesa nel 2016, l'Università destina subito a scopo utile la differenza, impegnandola ad esempio per interventi di edilizia e di recupero e messa a norma del patrimonio edilizio in gran parte storico, e non a trasferirla in un conto bancario dove giacerà per anni inutilizzata. Scrivere infine che la crisi del governo Renzi, forse salvando i fondi del tesoretto Iit, «in realtà ha salvato tutto il mondo della ricerca perché, come un domino, il caso si sarebbe dovuto scaricare sugli altri» è dunque pura fantasia. A meno che non si pensi, seriamente, che si possa sottrarre il Tfr ai dipendenti, o cancellare impegni presi su progetti pluriennali di ricerca.

Docente alla Statale di Milano e Senatore a vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Purtroppo i bilanci confermano le «disponibilità liquide» di 4,5 miliardi. Ma ha ragione: oltre all'analisi macro necessaria per comprendere lo stato di salute della Ricerca questi bilanci andrebbero descritti singolarmente. Il dettaglio è istruttivo: il Cnr, per esempio. Deficit 2015: 124 milioni . Ricevuti dallo Stato solo nel 2015: 617 milioni. Dal bilancio non risultano immobilizzazioni finanziarie sul Tfr se non per una ventina di milioni. In compenso ci sono oltre 200 milioni di residui passivi di stanziamento su cui la Corte dei conti protesta.

(m.sid.)

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

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

08-FEB-2017
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

Il pesciolino che vive appena tre mesi racchiude molti segreti della longevità umana

SILVIA BANDELLONI

Abbiamo sempre sentito dire che mangiare pesce giovi alla memoria. E se il pesce fosse una fonte di informazioni per il bene del nostro cervello?
Oggi, alla Scuola Normale Superiore di Pisa, si terrà una conferenza nell'ambito del programma «Virtual Immersions in Science» in cui verrà presentato uno studio sull'invecchiamento, guidato da Alessandro Cellerino, professore di fisiologia. L'oggetto di questo studio è il Nothobranchius furzeri, un piccolo pesce colorato che proviene dal Mozambico.

Ma perché andare a «pescare» un pesce dalle pozze della savana africana? Questa specie, oltre ad avere un processo di invecchiamento simile a quello dell'uomo, non vive più di tre mesi (la durata della stagione delle piogge), consentendo così di studiare i meccanismi di invecchiamento in tempi brevi. «Quello che succede durante l'invecchiamento, nell'uomo così come nei pesciolini, è che il contenuto di ferro all'interno del cervello aumenta, provocando uno stress ossidativo», commenta Cellerino. In caso di malattie come l'Alzheimer e il Parkinson c'è molto più accumulo di ferro di quanto avverrebbe normalmente. «Abbiamo scoperto che il cervello cerca di proteggersi da questo aumento di ferro, producendo un piccolo Rna, chiamato miR29. Quindi, con l'avanzare dell'età, il miR29 aumenta, riducendo l'ingresso di ferro al cervello».
Dunque, in condizioni normali, il cervello riesce a preservarsi producendo tanto più miR29 quanto più subisce un aumento di ferro. Il problema si presenta quando il cervello non è in grado di limitare l'accumulo. «Abbiamo osservato che, inducendo sperimentalmente una perdita di miR29, il cervello accumula più ferro e quindi invecchia più velocemente. È ciò che accade nel caso di malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer». L'indagine, tuttavia, non mira solo a comprendere le cause delle malattie neurodegenerative, ma anche quelle di altre patologie legate all'invecchiamento. «Ci siamo concentrati sullo studio del sistema nervoso, ma abbiamo anche dimostrato che questi pesciolini sono soggetti a disfunzioni cardiovascolari e tumori in funzione dell'età: replicano quindi la triade di malattie onco-neuro-cardio tipica dell'invecchiamento - aggiunge Cellerino -. È la ragione per cui il Nothobranchius furzeri sta diventando un modello di ricerca».
Si tratta di un'avventura nata 15 anni fa, quando Cellerino fece visita a un acquariofilo, chiedendogli quale fosse la specie di pesci meno longeva che possedeva: «Mi dette le uova di questi animali perché li studiassi. Volevo capire se davvero avessero un invecchiamento accelerato e quali fossero le cause». Studiandole, saremo in grado, un giorno, di rallentare la progressione degli anni nell'uomo?

HiQPdf Evaluation 02/07/2017

PANORAMA A FACEBOOK NON PIACE PAGARE LE TASSE

Salute

Meningite: Lorenzin, 3 casi al giorno, uniche armi prevenzione e vaccini

7 febbraio 2017

ADNKRONOS

Roma, 7 feb. (AdnKronos Salute) - "Dobbiamo pensare che statisticamente nel nostro Paese abbiamo 3 casi di meningite al giorno, nelle loro diverse forme, quindi si parla di circa mille casi l'anno. Noi vogliamo che questa cifra si inabissi e l'unico modo per farlo è fare la prevenzione e le vaccinazioni seguendo il calendario" vaccinale, "oltre che ovviamente vaccinare i bambini che sono i più esposti e che sono poi quelli che garantiscono la copertura vaccinale dell'intero territorio". Così il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in occasione degli 'Stati generali sulla meningite', organizzati oggi a Roma dalla Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), Istituto superiore di sanità e ministero della Salute.

"Ciò che ci rende più tranquilli - ha proseguito Lorenzin- viene dal fatto che i bambini vengano vaccinati secondo il calendario vaccinale. Quanto ai bambini che non possono essere vaccinati, o perché troppo piccoli o perché non possono sopportare la vaccinazione, la loro principale fonte di sicurezza è che gli altri lo siano". Per il ministro, quindi, la situazione meningite "è sotto controllo: oggi sono riuniti qui tutti i grandi esperti di meningite in Italia per fare un confronto scientifico e tecnico sull'andamento della malattia nei suoi vari ceppi. Ricordiamo che la meningite è presente nel nostro territorio nelle sue varie forme e per questo si

Scienza, le news

Ricerca: parte il nuovo Iss, più investimenti e 2 mln di risparmio

Aviaria: Ciwf, far luce su responsabilità allevamenti intensivi

Bullismo: 11% adolescenti approva insulti sui social, scuole unite per dire basta

Bullismo: pensieri e disegni dei piccoli pazienti del Bambino Gesù per dire 'no'

L'identikit del ladro seriale, solo, mascherato e armato

La raccolta differenziata piace agli italiani, per il 91% è un'abitudine

Rifiuti, in 20 anni più differenziata e meno discariche

Ricerca: la regia dell'appetito, censiti 50 tipi di neuroni in area cervello

Salute: sport di resistenza 'allenano' Dna, fanno bene al cuore come dieta

Farmaci: Nyt, Trump potrebbe annullare decenni farmacovigilanza

HairClinic

La nuova rivoluzionaria cura della calvizie è nelle Cellule Staminali

Audi

Con Audi verso una nuova Next Destination.

Ebook gratis

Operare sicuri in rete: scarica gratis l'ebook

Panorama Academy

La scuola online che crea eccellenze

lavora soprattutto sulla prevenzione e sul piano nazionale vaccini, che a breve diventerà operativo, di cui la vaccinazione contro la meningite è uno degli elementi cardine".

HiQPdf Evaluation 02/07/2017

© Riproduzione Riservata

DVD in edicola

Warcraft - L'inizio di Duncan Jones

Commenti

PANORAMA

News Sport Economia Mytech Musica Cinema Televisione Cultura Scienza Società Magazine Blog Foto Video Archivio Icon

Segui

ABBONATI IN EDICOLA

Condizioni di partecipazione · Scrivici · Gruppo Mondadori · Pubblicita · Note Legali · Privacy Policy · Cookie Policy · Codice di autoregolamentazione

© 2008 Arnoldo Mondadori Editore Spa - riproduzione riservata - P.IVA 08386600152

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

08-FEB-2017
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

Gli ultimi dati dagli "Stati generali": in Italia tre casi al giorno, mille l'anno

Meningite: portatore sano 1 su 10

IN ARRIVO LE LINEE GUIDA SU PREVENZIONE E TERAPIA. REZZA (ISTITUTO DI SANITÀ): «SITUAZIONE DI PANICO NON GIUSTIFICATA»

I bambini sono tra i soggetti più a rischio: hanno quindi bisogno di essere vaccinati

L'INFEZIONE

Il 10 per cento della popolazione sana trasporta inconsapevolmente batteri della meningite, ovvero è infettata senza ammalarsi. Solo in rari casi l'agente diventa aggressivo. E, a determinarlo, possono essere vari fattori genetici.

A fare il punto su un tema che negli ultimi mesi ha preoccupato soprattutto i genitori di bambini e adolescenti sono gli "Stati generali sulla meningite", organizzati a Roma dalla Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), l'Istituto superiore di sanità e il ministero della Salute. Dalla diagnosi ai vaccini, alla cura per uniformare le indicazioni su profilassi e terapie sono in arrivo le linee guida sulla meningite.

Dopo l'allarme delle scorse settimane c'è stato un aumento delle richieste di vaccinazioni superiore al 100%. «La corsa alla profilassi - spiega Giovanni Rezza, direttore del dipartimento Malattie infettive, parassitarie e immunoimmediate dell'Istituto di sanità - ha creato dei problemi perché quando si dice di tenere le coperture vaccinali elevate intendiamo laddove la vaccinazione viene raccomandata, non indiscriminatamente a tutta la popolazione. Invece si è creata una situazione di panico e di allarme non giustificata. Da qui l'ingolfamento dei centri vaccinali».

LA GOLA

«La grande paura - sottolinea Massimo Galli, vicepresidente Simit e professore ordinario di Malattie infettive all'Università di Milano - è ingiustificata perché il 10-20% della popolazione si porta il meningococco in gola. La maggior parte delle persone lo ha avuto almeno una volta nella vita. Ce lo passiamo attraverso goccioline di saliva soprattutto da bimbi e da adolescenti», meno da anziani, perché nel frattempo ci creiamo un'immunizzazione.

I GENI

Nella maggior parte dei casi, aggiunge il medico, questi batteri «non sono cattivi, diventano tali solo in una persona su mille di quelle che lo portano. Probabilmente la causa sono fattori genetici» ma ad oggi «non abbiamo un identikit su chi può essere interessato da una forma acuta, quindi bisogna fare prevenzione attraverso i vaccini», offerti gratuitamente dal nuovo Piano nazionale per la Prevenzione vaccinale.

L'INCIDENZA

Quanto ai casi di meningite meningococcica invasiva segnalati in Italia, ricordano gli esperti, sono circa 200 e senza grandi variazioni negli ultimi anni, con un'incidenza annuale tra gli 0,2 e gli 0,3 casi per 100 mila abitanti (è maggiore nei bambini sotto l'anno di vita). Più del 50% dei casi sono causati dal sierogruppo B. Ma è del sierogruppo C, il secondo più frequente, che dal 2015 si è osservato in Toscana un incremento inusuale di casi.

«Dobbiamo pensare che, statisticamente, nel nostro paese - spiega il ministro della Salute Lorenzin - abbiamo tre casi di meningite al giorno. Nelle loro diverse forme. Quindi si parla di circa mille casi l'anno. Noi vogliamo che questa cifra si inabissi e l'unico modo per farlo è con le vaccinazioni».

R.M.

© 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
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

08-FEB-2017
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

Quattro pazienti paralizzati rispondono con il pensiero Merito del sistema che misura l'ossigeno nel cervello

VALENTINA ARCOVIO

Per la prima volta al mondo quattro pazienti completamente paralizzati sono stati in grado di rispondere «sì» o «no» a una domanda semplicemente pensando alla risposta. Questo grazie a una nuova interfaccia uomo-pc, capace di leggere nella loro mente.

Sviluppato da un gruppo del Wyss Center per la Bio e Neuroingegneria di Ginevra, il nuovo sistema si basa sia sulla «spettroscopia funzionale nel vicino infrarosso», che capta il pensiero del paziente, decodificandolo e tracciandolo al computer, sia sull'elettroencefalogramma che misura i livelli di ossigeno nel sangue presente nel cervello. L'interfaccia, descritta su «Plos Biology», è stata testata su 4 pazienti in fase terminale di Sclerosi laterale amiotrofica, una malattia che porta alla paralisi di tutti muscoli del corpo, compresi quelli degli occhi.

Ai pazienti sono state poste varie domande personali, a cui si poteva rispondere «sì» o «no». Mentre i pazienti pensavano la risposta, il sistema misurava i cambiamenti di ossigenazione del sangue e l'attività elettrica del cervello, addestrando il sistema a interpretare il segnale come un «sì» o un «no». I risultati sono stati straordinari: il sistema si è dimostrato affidabile 7 volte su 10.

Ancora più sorprendenti sono risultate le risposte alla domanda «sei felice?»: i pazienti hanno risposto affermativamente. Si è quindi dimostrato che queste persone sono ancora in grado di elaborare pensieri e interagire. E che, nonostante la tragica condizione, si dichiarano soddisfatte. «Se replicheremo lo studio in un numero maggiore di individui - ha concluso Niels Birbaumers -, potremo creare un modo innovativo di comunicazione tra malati e mondo esterno».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
IRQI of Evaluation 02/07/2017
ABBONATI ACCEDI

7 feb 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Ricerca
Medicina generale
Finanziamenti
Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)

DAL GOVERNO

Il rinnovo dell'Istituto superiore di Sanità: nuovo look e R&S da 35 milioni

di *Red. San.*

Il nuovo organigramma dell'Iss

L'Istituto superiore di Sanità, braccio scientifico del ministero della Salute, presenta il suo cambio-pelle e si rilancia in Italia e in Europa. Sei dipartimenti, sedici Centri nazionali, due Centri di riferimento e un Organismo Notificato compongono la nuova area tecnica-operativa dell'Istituto superiore di sanità, presentata a Roma nella sede storica dell'Iss di viale Regina Elena dal presidente Walter Ricciardi e dal Direttore generale Lino del Favero. Accanto alle attività tradizionali di studio e ricerca, controllo e sorveglianza in materie come neuroscienze, malattie infettive, sicurezza alimentare, oncologia, ambiente o malattie cardiovascolari sono stati creati un Centro di Valutazione delle tecnologie sanitarie, uno per quelle innovative in Sanità Pubblica, un Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure, uno per la Telemedicina, in modo da fornire indicazioni per supportare le scelte di ciò che è realmente efficace evitando sprechi e dispersioni di energie umane e finanziarie. Grande attenzione alla prevenzione, con un centro interamente dedicato alla promozione della salute e un altro alle dipendenze patologiche.
«Abbiamo disegnato un Istituto coerente con la sua missione principale di tutelare la salute pubblica – dichiara Walter Ricciardi, Presidente dell'Iss – valorizzando le alte competenze di cui dispone, capaci di produrre in un anno oltre 12 mila interventi tra controlli, valutazioni, pareri e ispezioni. Ma il nuovo Istituto sarà in grado anche di investire sempre più risorse nella ricerca. È in crescita la previsione del finanziamento di progetti di ricerca scientifici. A fonte del finanziamento di 30milioni di euro ottenuto lo scorso anno, le entrate previste per il 2017 ammontano a circa 35 milioni. Questa è una delle nostre priorità perchè è una ricerca pensata per tradursi in diagnosi e cura, a diventare tecnologia e a rappresentare uno strumento competitivo per la crescita economica del Paese».

La ristrutturazione, pur sommando nuove competenze, è riuscita a eliminare molti duplicati. C'è stata una forte contrazione dei reparti che da 123 sono diventati 50 distribuiti in tutte le nuove strutture, aggregati secondo un disegno complesso ma coerente di funzioni trasversali. «Per conciliare la missione dell'Iss alla sostenibilità economica – afferma Angelo Del Favero, Dg Iss – serviva una macchina più efficiente e più snella. Il nostro modello permetterà un recupero in termini di costi/benefici di circa due milioni l'anno, una cifra che reinvestiremo in salute, a vantaggio dei cittadini».

In questo nuovo contesto, l'Istituto, che nel 2016 ha gestito 119 progetti internazionali, riceverà per il 2017 circa 35.000.000 di euro finanziamento per progetti di ricerca nazionali e internazionali. Per sfruttare al meglio tutte le possibilità di finanziamento delle attività di ricerca - ricordano dall'ufficio stampa - l'Istituto si è dotato di un Grant Office che assisterà i ricercatori nel reperimento dei bandi di ricerca e supporterà i percorsi di brevettazione e di tutela della proprietà intellettuale. Fino ad oggi sono circa 78 i brevetti in possesso dell'Iss di cui 53 in condivisione con altri enti di ricerca e riguardano tecnologie per malattie infettive, tecnologie oncologiche, vaccinali o nuovi biomarker diagnostici.

Se le attività di ricerca, controllo e sorveglianza rappresentano il cuore dell'attività

HiQPdf Evaluation 02/07/2017

dell'Istituto, sarà più marcata anche l'attenzione alla comunicazione e ai canali di dialogo e di informazione con gli utenti per promuovere la conoscenza medico-scientifica su aspetti fondamentali della salute pubblica. Rafforzati e presenti sui social network, i telefoni verdi dell'ISS rispondono a tutti coloro che hanno bisogno di un orientamento, si pensi al fumo e alle malattie a trasmissione sessuale che nell'ultimo anno hanno evaso dalle 500 alle 1000 chiamate al mese per indirizzare i cittadini su queste tematiche e anche il telefono verde patologie rare evade ogni mese oltre cento richieste di orientamento soprattutto da pazienti e famiglie ma non mancano richieste d'aiuto anche da parte degli stessi operatori sanitari. Quale diario di viaggio del rinnovato Istituto Superiore di Sanità, è stata presentata la prima newsletter on line dell'ISS. Il numero zero di "ALLISS" contiene gli editoriali del Presidente e del Direttore generale sul riordino, le presentazioni di Dipartimenti e Centri, i curricula dei direttori ed è consultabile all'indirizzo www.iss.it/newsletter.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO
05 Agosto 2015

Chiamenti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto

IMPRESE E MERCATO
04 Settembre 2015

Patent box, sconti in tre mosse

IMPRESE E MERCATO
03 Settembre 2015

Ricerca e sviluppo, gli incentivi al via fra le incertezze

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

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

08-FEB-2017
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'INTERVISTA **CARLO VALERIO BELLIENI**

«La fecondazione artificiale aumenta i rischi della nascita»

La denuncia del neonatologo sui bimbi in provetta: «Maggiori pericoli di parti prematuri Le gravidanze ritardate accrescono l'infertilità. Nessuno cerca di fermare questa epidemia»

Se la politica aiutasse le famiglie giovani, si ridurrebbe l'enfasi sull'inseminazione in laboratorio

La biologia distingue tra embrione, feto e bambino solamente per le dimensioni e le abilità fisiche

di **FRANCESCO AGNOLI**

■ Non serve andare molto indietro nel tempo per rivedere scene drammatiche di donne e bambini morti di parto. Oggi questi eventi sono estremamente rari, almeno in Occidente. Quanto ai feti, conosciamo moltissimo della loro ricca vita intrauterina. Ciò permette, fra l'altro, di prevenire future malattie e di intervenire chirurgicamente, nell'utero materno, per guarire malformazioni congenite. Eppure l'ecografia non è unicamente un prodigioso strumento di indagine e la medicina non offre soltanto rimedi. Oggi le nostre conoscenze sono spesso utilizzate anche per selezionare i feti, per abortire bambini non voluti, per fare esperimenti sulla vita nascente, attraverso tecniche di fecondazione artificiale che hanno introdotto nuovi rischi, volutamente taciuti dai media, ma ben noti agli esperti. Perché la fecondazione artificiale promette tanto, ma mantiene poco. Promette maternità anche impossibili, mentre spesso genera implosione della coppia, ripercussioni sulla salute psicofisica delle gestanti, bambini (quando nascono) con maggiori tassi di mortalità e morbilità.

Il grande Erwin Chargaff (1905-2002), padre della biologia molecolare, proprio ragionando sulle tecniche di fecondazione artificiale, sosteneva che «viviamo in un'epoca debole disponendo di strumenti forti», con un'inevitabile conseguenza: «Un fanatismo diabolico nei confronti della tecnocrazia ha annullato ogni scrupolo morale», con esiti nel lungo periodo che non possiamo neppure prevedere.

Mentre negli Usa il presidente Donald Trump taglia i fondi pubblici alle multinazionali dell'aborto e nomina alla Corte suprema un giudice pro vita, incontriamo Carlo Valerio Bellieni, pediatra e neonatologo di fama mondiale. Lavora nell'unità di cura intensiva neonatale dell'ospedale universitario di Siena; è membro dell'European society for pediatrich research, della Società italiana di neonatologia, della Pontificia accademia pro vita; ha scritto molti libri tra cui *Sento dunque sono. Sensi e sensazioni del feto* (Cantagalli) e *Abc della bioetica* (Paoline).

Professore, qual è la differenza tra embrione e feto?

«Rispondo con un esempio semplice: un fiore di pesco appena spuntato sul ramo è agli occhi di tutti una pesca che si sta sviluppando: non è un progetto di pesca, ma una pesca, soltanto più piccola e fragile. Per la biologia la differenza tra embrione, feto e bambino è come per la pesca: non esiste differenza, se non nelle dimensioni e, ovviamente, nelle abilità fisiche».

Lei si occupa da anni della sensibilità del feto: ciò significa che il feto «sente»?

«Sì, sente a partire da quando ha sviluppati gli organi atti a sentire, cioè dalla metà della gravidanza. Questo sentire serve a fargli arrivare impulsi per lo sviluppo armonico delle popolazioni di neuroni del cervello, e per prepararlo alla vita postnatale: già prima di nascere si abitua al sapore delle cose che la mamma mangia, alla voce della mamma. Saperlo è utile per la mamma, che capisce di avere in sé una compagnia con cui dialogare».

In alcuni Paesi gli aborti procurati vengono effettuati dopo anestesia. Dunque il feto soffre?

«Soffre se gli arrivano stimoli dolorosi, se ha patologie o per motivi esterni. Questo ha importanti risvolti in una nuova branca della medicina: la chirurgia fetale. Oggi si possono operare chirurgicamente i feti prima che nascano, ma questo significa anche generare dolore. Perciò è importante la somministrazione di anestetici direttamente al feto, proprio come a qualunque altro paziente».

Il feto, si sente dire qualche volta, è «vita umana ma non persona». Esiste davvero una simile distinzione?

«La vita dell'essere umano cambia nel tempo, si apprendono alcune capacità e se ne perdono altre. Se dicendo "persona" si intende parlare dell'essere umano che ha autocoscienza, cioè che sa parlare, capire, bisogna stare attenti: è un termine puramente descrittivo, ma non implica nulla di sostanziale, perché chi non sa parlare o capire, non per questo vale meno e ha meno diritti. In conclusione mi pare una distinzione fittizia».

È importante l'allattamento materno?

«È un diritto umano; può accadere che una mamma non ab-

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

08-FEB-2017
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

bia il latte o che per motivi personali non voglia allattare e allora si ricorre a tipi di latte vaccino adattati, ma è un'eccezione. Il latte materno ha sostanze importantissime e insostituibili. Privare un bambino del latte materno significa esporlo a possibili malattie nello sviluppo. E il problema si pone forte nel caso di "gestazione per altri", cioè di utero in affitto: quando sparisce la mamma, il bambino resta per forza senza il suo latte, cioè senza un sostegno vitale, e senza un suo diritto».

Il padre ha un ruolo nella gravidanza?

«La gravidanza è un regalo che la natura fa alle mamme, ma il padre è molto importante, perché fornire al bambino o alla bambina un riferimento di adulti maschi e femmine, cioè con una "diversità" neuropsicologica e attitudinale tra loro, mostrare loro due diversi mondi psicologici e fare vedere come - seppur diversi - i due mondi si accettino e coabitino, è il miglior regalo che si possa fare loro. È l'introduzione alla tolleranza, alla curiosità verso chi non è come noi, al cosmopolitismo».

Che cos'è per lei l'aborto?

«Spegnere il fiore di pesco che dicevo. Si potrebbe fare tanto per evitarlo, ma pare che non interessi alla politica».

La fecondazione artificiale funziona?

«Piuttosto mi chiederei: i rapporti sessuali funzionano ancora? Perché l'infertilità avanza, e nessuno fa niente per arrestare quest'epidemia che in gran parte dipende dal procrastinare troppo la gravidanza. In inglese si dice che *The thirties are the new twenties*, cioè che è bene fare nella quarta decina di anni quello che prima si faceva nella terza. Questo porta a perdita di slancio vitale nelle società che invece di cinque volte ogni cento anni ora si rinnovano solo tre volte, perché l'età alza barriere alla riproduzione. Se la politica rendesse più facile ai giovani fare famiglia, anche il problema della fecondazione artificiale assumerebbe un altro colore e altre dimensioni. Comunque preoccupa i pediatri il fatto che con la fecondazione in vitro si aumentano il rischio di prematurità e altri problemi legati alla nascita».

Che contributo possono dare medicina e biologia al dibattito etico?

«Può esistere un dibattito serio di bioetica senza basi di medicina e biologia? Purtroppo esiste, anche se si capisce quanto poco serio sia. È ben percepibile l'approssimazione e la superficialità con cui si discute di temi così importanti. Ma dove sono i medici e i biologi in questi dibattiti? Il mondo medico è in crisi di identità. I giovani medici sono esclusivamente educati a essere componenti di aziende, e questo porta a tre danni: demotivazione, mediocrità e deresponsabilizzazione. Riprendano le istituzioni a credere nei giovani medici, diano luce ai pochi veri maestri (indipendentemente dal credo politico che hanno) e creeremo un mondo medico in grado di dare con gentilezza e concretezza le basi a ogni discussione bioetica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

08-FEB-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Il caso

Il giallo degli endoscopi esami bloccati in ospedale dopo i furti a ripetizione

Gli ultimi colpi a Firenze, Genova, Torino. E denunce in tutta Italia L'ombra di una banda che poi rivende gli strumenti all'estero

I NUMERI

30
I MACCHINARI
Rubati in un solo furto lo scorso dicembre a Torino

40mila
IL PREZZO
Quanto può costare a un ospedale un buon endoscopio

MICHELE BOCCI

DOMENICA in ospedale, poca gente in giro, servizi quasi tutti chiusi. Due uomini vestiti da portantini entrano con un lettino nella stanza dell'endoscopia, forzano l'armadio, sistemano sul materassino gli strumenti che trovano. Coprono tutto con un lenzuolo ed escono senza problemi, nessuno li nota. Del resto, chi si sorprende per una barella in quel contesto? La scena si sta ripetendo con frequenza preoccupante ormai da mesi in decine di ospedali italiani. Che si tratti di una banda o di gruppi sparsi, c'è qualcuno che sta facendo sparire dalle corsie italiane macchinari da 30-40 mila euro anche decine alla volta.

Torino, 19 dicembre. Ben trenta apparecchiature vengono rubate nell'ospedale San Giovanni Bosco, è il colpo più grosso tra tutti quelli compiuti fino ad ora. Genova, la notte tra il 28 e il 29 dicembre i ladri se ne vanno dal Galliera con 10 endoscopi. Firenze, lunedì scorso la porta della gastroenterologia di Ponte a Niccheri viene ritrovata forzata, non ci sono più macchinari per gli esami. Ma l'elenco delle strutture colpite, anche considerando solo gli ultimi sei mesi, è ben più lungo. Ci sono stati furti identici a Varese, Pavia, Terni, Città di Castello, Civitanova Marche, Prato, Livorno, Parma, Tortona, Roma, Albano Laziale. E sono soltanto alcuni esempi. Dopo ogni razzia succedono più o meno le stesse cose: l'ospedale rinvia gli esami delle gastroenterologie, partono le denunce, i carabinieri del Nas controllano telecamere e ascoltano testimoni. Qualcuno si è ricordato di aver notato quei due portantini, ma non sempre i ladri agiscono travestiti, soprattutto se colpiscono nella notte.

Dove finisce la refurtiva? Se lo chiedono tutti, e la tesi più comune è che venga rivenduta all'estero. Del resto gli endoscopi sono più difficili da tracciare, ad esempio, dei farmaci. I medicinali vengono da sempre sottratti alle farmacie ospedaliere ma il fenomeno sarebbe in calo anche grazie alla stretta dei controlli su chi li ricetta in tutta Europa. Così il business sembra essersi spostato sui dispositivi.

Gli endoscopi sono un insieme di tubi, telecamere, piccoli schermi e scatole di comando che servono per effettuare una serie di esami. Durante il giorno si utilizzano per accertamenti programmati e urgenze arrivate al pronto soccorso, poi vengono sterilizzati e riposti sotto chiave per la notte. Non sono certo le serrature a mettere in difficoltà i ladri, che approfittano della scarsa vigilanza all'interno delle strutture sanitarie e si muovono di notte o nel week end, quando i servizi sono chiusi. «La sensazione è che talvolta possano esserci dei basisti — spiega Alessandro Natali, della società di endoscopia digestiva e responsabile dei servizi della Toscana centrale — Soprattutto il sabato e la domenica, infatti, potrebbe capitare a chi commette i furti di incontrare personale rientrato per emergenze. E invece non accade».

©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

08-FEB-2017
da pag. 8
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

L'inchiesta

Addio agli ultimi manicomi criminali

Nel 1978 la legge Basaglia chiudeva gli istituti per i «malati di mente». Quasi 40 anni dopo tocca agli Ospedali psichiatrici giudiziari. Gli ultimi due sono quelli di Barcellona Pozzo di Gotto e di Montelupo Fiorentino. Il futuro degli internati resta un punto interrogativo: abbandonati o collocati in strutture inadeguate. **Amabile, Anello e Russo** ALLE PAGINE 8 E 9

Addio agli ultimi manicomi criminali

Barcellona Pozzo di Gotto

Si svuotano le celle che hanno ospitato finti pazzi e veri boss

Il complesso è diventato casa circondariale Anche il capoclan Buscetta riuscì a entrare

Nel 1978 la legge Basaglia chiudeva gli istituti per i "malati di mente". Quasi 40 anni dopo tocca agli Ospedali psichiatrici giudiziari

LAURA ANELLO
BARCELLONA POZZO DI GOTTO (ME)

Da queste celle con le porte blu sono passati pazzi e finti pazzi, nella Sicilia pirandelliana dove il confine è sottile. Finti pazzi come i superboss Tommaso Buscetta, Tano Badalamenti, Stefano Bontade, arrivati grazie a giudici compiacenti per ottenere sconti di pena. Ma pure il primo pentito di mafia, Leonardo Vitale, che non fu creduto e finì ricoverato. E pazzi veri. Assassini e ladri di galline, criminali e povere anime perse. Adesso, nell'ex Ospedale psichiatrico giudiziario più grande d'Italia con oltre 600 internati negli anni di pienone, ne sono rimasti 13 Gli ultimi tredici rimasti dalla grande dismissione iniziata qui due anni fa, con il trasferimento progressivo verso le Rems (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza sanitaria) o verso le Comunità terapeutiche, i due destini disegnati per gli ospiti che hanno finalmente lasciato queste celle. Le prime riservate a chi è considerato socialmente pericoloso, le seconde per persone con maggiore autonomia e libertà di movimento.

È stato l'ultimo, questo ospedale psichiatrico, a chiudere i battenti, dopo un lungo passaggio di consegne tra i ministeri della Giustizia e della Salute. Eppure è quello da cui tutto è partito, quando nel 2009 Ignazio Marino, allora presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, venne qui e trovò un uomo con le mani e i piedi legati con garze, sopra un letto di ferro arrugginito con un buco per le feci e l'urina. Da quella visita nacque il disegno

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

08-FEB-2017
da pag. 8
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

di legge che prevedeva la chiusura dei sei ospedali psichiatrici giudiziari d'Italia. Chiusura fu la parola d'ordine. E chiusura è stata anche qui.

Oggi questo complesso di quasi sessantamila metri quadrati nel cuore di Barcellona Pozzo di Gotto, quaranta chilometri da Messina, è diventata una casa circondariale - un carcere normale, cioè - dove sono reclusi duecentotrenta detenuti. E dove sopravvive però anche un reparto (per la burocrazia si chiama "articolazione della tutela della salute mentale") in cui sono ricoverati i malati psichiatrici, «gente che si è ammalata durante la detenzione», spiega il direttore Nunziante Rosania, un omone grande e grosso al timone dell'istituto dal lontano 1989: in questo momento ne sono ricoverati settantadue, sessanta uomini e dodici donne tra cui anche i tredici "residui manicomiali", seguiti da due psichiatri e da un pugno di infermieri, nell'attesa che la Regione metta a disposizione operatori socio-sanitari e tecnici della riabilitazione.

«I tredici vecchi internati - aggiunge Rosania - avrebbero dovuto essere trasferiti in una Rems a Caltagirone non ancora completata. Ma abbiamo trovato una soluzione, visto che tutti, tranne uno, alla luce di una verifica della loro condizione psichiatrica, sono risultati in condizione di transitare nelle comunità terapeutiche. Tra poco saranno dimessi». Gli altri duecentoquaranta che hanno lasciato queste sbarre, sono distribuiti tra Rems e comunità di tutta Italia, «e da lì mi scrivono, mi mandano gli auguri per il compleanno, chiedono e danno notizie». Qui, in questo enorme complesso costruito nel 1925 come manicomio criminale, dei sei reparti disposti a pettine in mezzo a uno spazio verde dove c'è pure un teatro spesso aperto alla città, ne sono attivi tre, uno per i detenuti in attesa di giudizio, gli altri due per i "definitivi". L'altra metà del carcere è in ristrutturazione, e a lavorarci sono in gran parte proprio i carcerati, «almeno ottanta che vengono regolarmente pagati, alcuni anche del settore psichiatrico», aggiunge Rosania. E per chi vuole c'è anche la band musicale del cappellano. «Non esageriamo, la strada da fare è ancora lunga».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2016: 142.495
Diffusione 11/2016: 124.450
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-FEB-2017
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il fatto. Nella giornata contro la tratta di esseri umani, un summit in Vaticano. Francesco: ascoltiamo il grido di tanti bambini schiavi

Traffico d'organi un velo da alzare

La Santa Sede: agisca l'Onu, complicità sanitarie

La piaga del prelievo di parti del corpo per la commercializzazione è in crescita, anche se difficilmente quantificabile. Esperti e rappresentanti di governo da tutto il mondo sono riuniti in Vaticano per arrivare a una dichiarazione finale comune in cui si stabiliscano gli impegni per tutti: politica, mondo medico, giornalisti, magistratura e leader religiosi. Primo tra tutti il riconoscere la pratica come «un crimine contro l'umanità».

PRIMOPIANO A PAGINA 5

Traffico d'organi, emergenza mondiale

Summit in Vaticano. Sanchez Sorondo: «L'Onu ha il dovere di intervenire»

La denuncia

In occasione della Giornata contro il traffico di essere umani associazioni ed organizzazioni lanciano l'allarme sul "popolo di invisibili": donne e bambini vittime di schiavitù, abusi sessuali e lavoro minorile

ALESSIA GUERRIERI
ROMA

L'impegno è per ognuno, perché il traffico d'organi e il "turismo dei trapianti" sia davvero sconfitto. Tutti sono infatti chiamati a un sussulto di responsabilità – governi, enti locali, medici, giudici, media e leader religiosi – affinché «tutte le nazioni e tutte le culture lo riconoscano come un abuso contro i diritti umani, venga condannato e perseguito legalmente a livello nazionale e internazionale». C'è un compito forte che arriva dai rappresentanti di molti Paesi del mondo, riuniti fino ad oggi nel summit *Organ trafficking and transplant tourism*, organizzato dalla Pontificia accademia delle scienze in Vaticano. Una due giorni per arrivare ad una dichiarazione finale comune – una decina di raccomandazioni in cui si chiede una maggiore cooperazione internazionale in campo politico, medico, investigativo e comunicativo – e la creazione di una *task-force* di esperti per impostare insieme una strategia di contrasto di lungo periodo. A ricordare come il traffico d'organi sia «una nuova forma di schiavitù», è stato papa Francesco a giugno scorso, proprio parlando alla Pontificia accademia delle scienze e chiedendo di fermare quello che definì «un crimine contro l'umanità». Un concetto ripreso ieri mattina in apertura dell'incontro dal vescovo Marcelo Sanchez Sorondo, cancelliere della Pontificia accademia delle scienze, ricordando che «oggi c'è molto silenzio intorno» a questo fenomeno in passato considerato come «appena l'1% di tutto il traffico. Adesso si sta cominciando a capire che è quantitativamente molto più importante». Una «piaga», strettamente legata ad altre altrettanto drammatiche come le migrazioni forzate e la povertà, a cui si vuol dare risposte concrete. La prima soluzione, premette il vescovo, è «dire chiaramente che questo è un crimine contro l'umanità». Il traffico di organi e il "turismo dei trapianti" sono aiutati dalla carenza di organi – solo il 10%, ovvero 120mila all'anno, rispetto alla stima delle necessità secondo l'Oms – e dalla mancanza di dati condivisi, la poca omogeneità delle legislazioni e dalla difficoltà di mettere in rete le diverse agenzie d'investigazione.

Dopo che le Nazioni Unite, per la prima volta nella storia, hanno riconosciuto che esiste la piaga del traffico umano anche nella forma del traffico d'organi, «i 193 Paesi Onu adesso hanno nuovo imperativo morale», riflette monsignor Sorondo, ricordando che l'espianto di parti del corpo «non si può fare senza la complicità dei medici» quindi va affrontato «il tema della coscienza dei dottori». Proprio per avere un quadro più chiaro è stato pensato l'incontro in Vaticano, convocando tutti anche la Cina; un Paese che ha uno dei tassi più bassi di donazioni volontarie, ma al tempo stesso un numero altissimo di impianti d'organo. Questo anche perché dal 1984 il governo consente la rimozione degli organi da condannati a morte e giustiziati, previo consenso. Un invito che ha però causato

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2016: 142.495
Diffusione 11/2016: 124.450
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-FEB-2017
da pag. 5
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

qualche perplessità. La loro presenza, replica monsignor Sorondo, «è per noi la dimostrazione del rafforzamento della posizione del governo attuale della Cina nel voler cambiare veramente cambiare rotta e seguire la dignità umana».

La parola d'ordine, nel dibattito alla Casina Pio IV, perciò pare essere fare rete tra Stati, anche per lasciare meno zone d'ombra che consentano alla criminalità organizzata di fare affari sulle debolezze delle persone. «Molti poveri – denuncia Gustavo Vera, deputato di Buenos Aires – danno volontariamente i propri organi, perché sono disperati». Per arginare questa pratica occorre «portare il tema nel dibattito pubblico» e far sì che «gli organi smettano di essere una mercanzia e diventino un dono, un diritto umano per tutti». Ecco perché i governi, secondo il responsabile del distretto di Tel Aviv Gilard Erlich, devono «intervenire con un protocollo condiviso, facendo rete tra intelligence». Il traffico d'organi va dunque sradicato lavorando insieme, gli fa eco Gabriel Gondolesi, responsabile trapianti dell'ospedale universitario di Buenos Aires, «non perché siamo cattolici, ma perché siamo innanzitutto persone, di differenti religioni e culture, ma sempre persone».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media