26-11-2015

www.agi.it

Donne con sintomi sindrome pre-mestruale a rischio ipertensione

(AGI) - Washington, 26 nov. - Le donne che soffrono dei classici sintomi della sindrome pre-mestruale hanno il triplo delle probabilita' di soffrire di pressione alta prima di aver compiuto i 40 anni d'eta'. Lo ha scoperto un gruppo di ricercatori della Massachusetts University in uno studio pubblicato sull'American Journal of Epidemiology. Avere una pressione sanguigna elevata, se non trattata, triplica il rischio di subire un infarto o un ictus, di sviluppare problemi ai reni e agli occhi, nonche' aumenta le probabilita' di soffrire di demenza. Le donne che soffrono molto prima dell'arrivo del ciclo mestruale sono propense ad avere la pressione alta intorno ai 20-30 anni d'eta'. Per arrivare a queste conclusioni i ricercatori hanno analizzato i dati di 3.500 donne con oltre 25 anni d'eta', seguite poi per 20 anni.

Circa un terzo del campione ha sofferto di sbalzi d'umore, insonnia, mal di schiena e altri sintomi della sindrome pre-mestruale. Il resto delle donne invece non ha sofferto questi sintomi. Ebbene, le donne che hanno a che fare con questi disturbi prima del ciclo mestruale sono risultate avere il 40 per cento di probabilita' in piu' di soffrire di pressione alta nei successivi 20 anni. Questo legame e' risultato ancora piu' forte quando i sintomi della sindrome pre-mestruale sono comparsi in eta' giovane. "Le donne con sindrome pre.mestruale dovrebbero essere sottoposte a screening per identificare precocemente i cambiamenti nella pressione sanguigna e prevenire il rischio ipertensione nel futuro", hanno concluso i ricercatori.

.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-NOV-2015
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

è vita
480
Giovedì, 26 novembre 2015
vita@avvenire.it

Una "nuova" legge 40 per avere mano libera

Il testo all'esame della Commissione Sanità al Senato prevede la possibilità di sperimentare sugli embrioni abbandonati dopo diagnosi preimpianto

di **Enrico Negrotti**

Sulla procreazione medicalmente assistita (Pma) sono stati depositati diversi disegni di legge in Parlamento, dopo che almeno due sentenze della Corte Costituzionale hanno modificato profondamente la normativa vigente. Di tre ddl in particolare è iniziato l'iter in XII Commissione (Igiene e sanità) del Senato (affidati alla relatrice Donella Mattesini (Pd): due riguardano aspetti particolari (la definizione di norme sulla fecondazione eterologa o la donazione di gameti ed embrioni a fini riproduttivi o alla ricerca), uno invece riscrive completamente la legge 40 del 2004, prevedendone l'abrogazione.

Nel primo dei 21 articoli quest'ultimo progetto di legge, prima firmataria la senatrice Pd Emilia Grazia De Blasi (presidente della XII Commissione), afferma che lo Stato garantisce l'accesso alla Pma assicurando «i diritti e le tutele di tutti i soggetti coinvolti», senza però aggiungere (com'era nella legge 40) «il concepito». Il comma 2 dell'articolo 2 vieta la «selezione eugenetica dei nascituri», ma al successivo articolo 15 consente «la diagnosi preimpianto degli embrioni e la loro eventuale selezione a fini di prevenzione e terapeutici nonché per la salvaguardia dell'inte-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-NOV-2015
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

grità psicofisica dei soggetti di cui all'articolo 1 e 4» (sono sempre gli adulti che si rivolgono alla Pma). L'accesso alle tecniche di Pma (articolo 4) è consentito «quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive alla procreazione» documentate da «atto medico»; ma possono ricorrere alla Pma anche coloro che «sono portatori di malattie geneticamente e sessualmente trasmissibili». Viene stabilito (articolo 5) che possano accedere solo coppie maggiorenni, con entrambi viventi, in età potenzialmente fertile con il limite di 50 anni per la donna. Nel consenso informato da richiedere a chi fa ricorso alla Pma non è previsto (come era nella legge 40) le informazioni sull'adozione.

All'articolo 13 viene consentita «la ricerca scientifica sugli embrioni umani» se si tratta di «embrioni crioconservati, che non siano destinati al trasferimento in utero, nonché in situazione di abbandono», anche se formalmente (al comma 3a) è vietata la «produzione di embrioni umani a fini di ricerca». Nelle norme relative alle tecniche di tipo eterologo si prevede la «tracciabilità del percorso delle cellule riproduttive dalla donazione all'eventuale nascita» (anche perché un medesimo donatore non può dare vita a più di dieci nascite), ma si prevede che «il nato non può conoscere l'identità del donatore», salvo casi straordinari legati a problemi medici della prole, e comunque i dati vanno riferiti solo al personale sanitario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-NOV-2015
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

è vita
480
Giovedì, 26 novembre 2015
vita@avvenire.it

Il dibattito

Uteri surrogati In Italia cresce il fronte del no

di Marcello Palmieri

Il dibattito sulla maternità surrogata è particolarmente vivo in questi mesi, grazie all'iniziativa costante di *Avvenire*. E malgrado ci sia chi seguita a vedervi il riflesso di una contrapposizione tra "cattolici" e "laici", oggi è sempre più chiaro che è un tema sul quale si confrontano da una parte chi crede nella dignità dell'uomo (e della donna), e dall'altra chi ammette la loro assoggettabilità alla logica del profitto. O, quantomeno, del denaro. È il caso dell'oncologo Umberto Veronesi: nel suo ultimo libro autobiografico, si spinge ad affermare che «per una donna povera prestare il proprio utero a pagamento può essere l'occasione per migliorare sensibilmente il proprio tenore di vita, per aiutare i figli a pagarsi gli studi». Il tutto, sulla domanda retorica "ma cosa c'è di deprecabile se lo scambio avviene su base consensuale?". Nelle stesse forme – ma con pensiero opposto – gli risponde Marina Terragni, scrittrice: «Possibile che a un uomo che ha dedicato alle donne la gran parte della sua importante vita professionale sia scappata una dichiarazione del genere? Come si può parlare di un consenso in presenza di una disparità tanto grande tra i contraenti? – una donna povera e una donna, un uomo o una coppia ricchi?». Del suo avviso molte altre donne. Paola Tavella, laica e femminista convinta, è intransigente nell'affermare che «un essere umano» non si può «né vendere, né comprare». D'altronde, sul blog "«La ventisettesima ora» sempre del *Corriere della Sera* Monica Ricci Sargenti è andata oltre: ancora una volta sul tema dell'utero in affitto, ha documentato che diverse «femministe italiane, soprattutto quelle della differenza, si sono sentite in dovere di pronunciarsi». Contro, s'intende. È il caso di Luisa Muraro («Non esiste un diritto di avere figli a tutti i costi»), intervistata proprio da *Avvenire*, e poi Letizia Paolozzi, Maria Luisa Boccia e tante altre, che domenica si sono incontrate a Roma per riflettere sul tema «Curare la differenza. Tra gender, generazione, relazioni sessuali e famiglie arcobaleno». Piuttosto critico nei confronti della surrogazione si è dimostrato addirittura Carlo Flamigni, ginecologo bolognese e presidente onorario dell'Unione degli atei e degli agnostici razionalisti (Uaar). L'ha ricordato *MicroMega*, attingendo a un suo commento pubblicato sul sito zeroviolenza.it: il medico prende le distanze da questo «brutale sfruttamento delle donne dei Paesi più poveri», definendolo «crimine che ha causato danni concreti». Nella sua testimonianza trovano spazio anche le donne che «ci hanno rimesso la vita, soprattutto quando veniva anche stimolata la loro ovulazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-NOV-2015
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

è vita
480
Giovedì, 26 novembre 2015
vita@avvenire.it

È eugenetica, e pure di Stato

La recente sentenza della Corte Costituzionale autorizza la selezione degli embrioni: non si cura la malattia ma si elimina il malato. È la «cultura dello scarto»

di Augusto Pessina

Nel dibattito acceso dalla recente sentenza 229/2015 della Corte Costituzionale sulla diagnosi preimpianto molte voci cercano con voli stratosferici di sostenere che questa pratica nulla ha a che fare con l'eugenetica proposta da Francis Galton a fine Ottocento. E in effetti hanno ragione perché la definizione di Galton suonava come «scienza per il miglioramento della specie umana che dà alle razze e ceppi di miglior sangue una maggiore probabilità di prevalere sopra i meno dotati». Una riproposizione di quanto suggerito da Platone nella «Repubblica»: «Bisogna, secondo quanto si è già convenuto, che gli ottimi maschi si congiungano il quanto più spesso e possibile con le ottime femmine, e viceversa i più dappoco con le più dappoco, e la prole degli uni allevare e degli altri no, se la mandria dovrà esser quanto mai eccellente».

Purtroppo la via degli esperimenti di eugenetica è stata percorsa davvero. Negli Usa, e anche in Europa, dove hanno primeggiato gli svedesi, con la pianificazione di sterilizzazioni di massa i cui programmi sono stati attivi fino agli anni Novanta del secolo scorso sostenuti anche dai coniugi Myrdal, vincitori del Nobel per l'Economia uno e per la Pace l'altro. Certo, resta vero che la pratica più violenta è stata quella del nazismo, che accanto alla sterilizzazione ha applicato l'eugenetica diretta attraverso l'eliminazione stessa dei soggetti disabili e giudicati "imperfetti" tra i quali molti bambini.

Se siamo realisti e razionali, non possiamo quindi fingere di non vedere che quel metodo sembra solo essersi evoluto e raffinato. Perché la moderna genetica ha preso in misura non trascurabile la strada che elimina il malato e non la malattia. La «cultura dello scarto», verso la quale ci mette in guardia papa Francesco, trova qui una delle sue manifestazioni più sconvolgenti. È utile ricordare anche le parole quanto mai attuali che Benedetto XVI rivolse nel febbraio 2009 ai partecipanti al congresso scientifico internazionale promosso dalla Pontificia Accademia per la Vita: «La disapprovazione per l'eugenetica utilizzata con la violenza da un regime di Stato, oppure frutto dell'odio verso una stirpe o una popolazione, è talmente radicata nelle coscienze che ha trovato espressione formale nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo. Nonostante questo – disse il Papa –, appaiono ancora ai giorni nostri manifestazioni preoccupanti di questa pratica odiosa, che si presenta con tratti diversi. Certo, non vengono riproposte ideologie eugenetiche e razziali che in passato hanno umiliato l'uomo e provocato sofferenze immani, ma si insinua una nuova mentalità che tende a giustificare una diversa considerazione della vita e della dignità personale fondata sul proprio desiderio e sul diritto individuale. Si tende, quindi, a privilegiare le capacità operative, l'efficienza, la perfezione e la bellezza fisica a detrimento di altre dimensioni dell'esistenza non ritenute degne. Viene così indebolito il rispetto che è dovuto a ogni essere umano, anche in presenza di un difetto nel suo sviluppo o di una malattia genetica che potrà manifestarsi nel corso della sua vita, e sono penalizzati fin dal concepimento quei figli la cui vita è giudicata come non degna di essere vissuta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 40.615
Diffusione 09/2015: 10.432
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

26-NOV-2015
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

STATI UNITI

287 norme sull'aborto, l'odissea delle donne

GIOVANNA PAJETTA | **PAGINA 16**

Aborto
PARADOSSI AMERICANI

287: sono le norme vigenti negli Usa per interrompere la gravidanza. Una montagna che le donne devono scalare sottoponendosi a prove di puro sadismo. Dopo 10 anni, la Corte Suprema riapre la discussione esaminando le leggi proibizioniste dello stato del Texas. L'esperienza tocca 1 donna su 3, ma non se ne parla. E Shouthyourabortion rompe il silenzio

Giovanna Pajetta

Dopo quasi dieci anni di silenzio, la Corte Suprema degli Stati uniti tornerà a discutere dell'aborto. O meglio della miriade di leggi e leggine che in questi anni hanno non solo ostacolato, ma letteralmente tormentato chiunque dovesse, o volesse interrompere la propria gravidanza. Dal 2010 infatti, quando le elezioni di *mid term* portarono in dono ai repubblicani la maggioranza in quasi tutti i parlamenti locali, sono state introdotte ben 287 nuove norme.

Si va dall'obbligo a sottoporsi, e guardare, un'ecografia il giorno prima dell'aborto , a quello di sentire il battito di chi non nascerà, ai colloqui con gli "esperti" in sofferenza del feto, fino ai medici che ti spiegano come ciò che stai per fare sia dannoso per la tua salute mentale e aumenti le possibilità di cancro al seno. Ma anche quando non si arriva a questo livello di malvagità, come nel caso delle leggi texane, arrivate ora alla Corte Suprema, che si limitano a strangolare economicamente, e costringere alla chiusura i già pochi centri medici dove si può abortire, il risultato non cambia. Perché i 9 giudici nei prossimi mesi (la sentenza ci sarà a giugno) si troveranno a dover affrontare il paradosso di un paese in cui interrompere la propria gravidanza è legale. Ma proibito.

A differenza di tante altre sentenze della Corte Suprema infatti *Roe versus Wade*, in questi quarant'anni trascorsi dal 1973, non ha portato la pace, ma la guerra. Quella vera, negli anni '80, quando quasi ogni settimana le bombe esplodevano davanti, o dentro, le cliniche e le sparatorie uccidevano i medici o i giudici colpevoli di aiutare le donne a abortire. E, anche se in modo per fortuna meno cruento, nei decenni successivi le cose non sono andate poi molto meglio. I due fronti, come racconta la serie storica dei sondaggi Gallupp, sono rimasti compatti e contrapposti, anzi nel 2012 chi si dichiarava *pro life* è diventato maggioranza. Anche se solo di un punto in percentuale.

Poi per l'appunto la parola è passata nelle mani dei parlamenti locali, perché grande è il potere degli stati nella patria del federalismo, e di chi ne aveva conquistato la maggioranza, i repubblicani. Fino a trasformare il paradosso in un tabù. Le donne americane hanno continuato infatti a interrompere le proprie gravidanze, una su tre, dicono le statistiche, passa per questa strada impervia almeno una volta nella sua vita. Ma nel silenzio, lo stigma è diventato sempre più pesante. Tanto che, persino se ora la Corte bocciasse le leggi del Texas, e non è affatto scontato, portando quasi automaticamente alla cancellazione della gran parte delle altre leggi statali, sarebbe solo un primo piccolo passo. Come racconta la storia di *Shoutyourabortion*, letteralmente «grida il tuo aborto», l'hastag di twitter lanciato a fine settembre da Lin-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 40.615
Diffusione 09/2015: 10.432
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

26-NOV-2015
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

dy West.

Trentenne di Seattle, ben nota a tutte le lettrici di Jezabel, uno dei più diffusi siti delle giovani femministe americane, Lindy si era messa al computer una mattina, aveva scorso i blog delle amiche e era sobbalzata. Perché, anche lei come aveva appena scritto Amelia Bonow, aveva realizzato di aver nascosto, persino a se stessa, la sua esperienza. «Vivo in una città progressista, in un ambiente, e una famiglia schieratamente *pro choice*, di mestiere scrivo della mia vita eppure…Io non parlo mai, mai, del mio aborto». Avvenuto cinque anni prima, e per sua fortuna non traumatico, visto che aveva usato la pillola del giorno dopo e tutto era andato bene. Ma per l'appunto non l'aveva mai detto a nessuno, nemmeno alle amiche del cuore, né sapeva se qualcuna di loro ci fosse passata. Così è nato *shoutyourabortion*, perché, dice Lindy «l'aborto è un esperienza comune, succede e ed è qualcosa che devi poter dire ad alta voce».

La risposta è stata immediata. 150mila *post* in pochi giorni e quasi altrettante storie personali. C'è chi ha ricordato il suo terrore, quando si era scoperta incinta a quindici anni, chi era stata spinta a farlo perché il futuro padre, un uomo violento, avrebbe messo in pericolo lei e ciò che portava in grembo. Ma forse la storia più semplice e vera è quella di una donna già madre, con un figlio di quattro anni, che sapeva bene come la sua famiglia, economicamente e emotivamente, non sarebbe stata in grado in quel momento di accogliere un altro bambino.

Ma accanto a tante reazioni di sollievo, di chi sentiva di poter finalmente aprire quella porta, sono arrivate ovviamente anche una valanga di proteste, o più semplicemente di insulti. E nonostante Amelia, intervistata dal *New York Times*, avesse spiegato come quello *shout*, «non vuole essere una celebrazione o un giudizio, è solo l'opposto del silenzio o dei sussurri», c'è chi ha scritto «E' come se Hitler celebrasse il suo genocidio», o più semplicemente «Siete delle assassine di bambini». «La realtà è che per troppo tempo c'è stato questo stigma – come dice Kate Cockrill, direttrice di *Sea change*, associazione creata proprio per combattere il tabù – Ed è anche colpa nostra, perché ci siamo concentrate sempre e praticamente solo sulla battaglia contro le singole leggi. Mentre ciò che serve è una strategia per un vero cambiamento culturale».

Ma qui la strada è ancora davvero lunga, sia per le femministe americane, troppo spesso in passato accanite abortiste, che per chi condanna le donne senza guardare alle loro vite.

CENTRI MEDICI • In un anno ne sono stati chiusi 87, sono 739 in tutto il paese

In quattro stati ne è rimasto aperto uno solo, a volte, come in Mississippi, per servire 3 milioni di abitanti, in Texas, in un anno sono passati da 41 a 18. I centri medici dove ci si può' recare se si ha bisogno di un aborto, stanno quasi scomparendo in molte zone degli Stati Uniti. Tra il 2012 e il 2013, quando sono entrate in vigore le nuove leggi capestro volute dai repubblicani, c'e' stata una vera ecatombe. In un solo anno infatti ne sono stati chiusi addirittura 87, e ora in tutto il paese ne rimangono solo 739. Ma solo se a quelli dove intervengono i chirurghi (ridotti ormai a 551) si aggiungono le *medication only facilities*, ovvero I luoghi in cui si può' comprare, con la garanzia di essere poi seguite da un medico, la pillola del giorno dopo.

Ma per capire come sia ormai drammatica la vita delle donne che vogliono, o devono, interrompere la propria gravidanza, bisogna guardare al Texas, dove e' ormai tornato l'aborto clandestino. Non con le mammane, per fortuna, ma con il fai da te.

Secondo uno studio del Texas *Policy Evaluation Project* infatti, negli ultimi 5 anni tra le 100mila e le 240mila donne texane hanno cercato di abortire a casa propria con il "misoprostol", pillola del giorno dopo. Spesso senza riuscirci, sempre con dolore, e a volte con danni seri alla propria salute. Il numero e' cosi' alto perché' molte donne passano il confine e comprano il farmaco in Messico, magari al mercato nero. Ma in realtà' la pratica si sta diffondendo anche negli altri stati dove I centri medici si contano sulle dita di una mano. E se la Corte Suprema, a giugno 2016, non boccerà' le nuove leggi capestro del Texas, questa potrebbe diventare l'unica via per centinaia di migliaia di donne americane.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-NOV-2015
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Da cellule adulte a gameti, clonazione in vista

Il fatto

La soluzione messa a punto a Teramo nasce per salvare specie animali a rischio estinzione, ma si potrebbe applicare all'uomo

di Graziella Melina

La ricerca sulla clonazione pare abbia fatto un altro passo avanti. Stando a uno studio condotto da un'équipe di scienziati dell'Università di Teramo guidato da Pasqualino Loi, sarebbe possibile ottenere uno spermatozoo da una cellula somatica differenziata. «Questa ricerca ha come risultato principale la produzione di spermatozoi a partire da cellule dell'adulto», spiega Maurizio Genuardi, direttore dell'Istituto di Genetica medica dell'Università Cattolica di Roma. Un risultato simile era stato raggiunto circa due mesi fa da un gruppo di ricerca francese. Ma come in quel caso, i punti interrogativi aperti lasciano perplessi. «I dettagli della ricerca italiana non sono ancora disponibili, ma da quanto appare – rimarca Genuardi – sembra che a partire da una cellula adulta siano riusciti a giungere a spermatozoi semplicemente arricchendo le cellule di un composto chimico, la protamina. Il risultato principale riguarda la possibilità di salvare specie animali che sono in via di estinzione». Ma in teoria la tecnica sarebbe applicabile anche all'uomo: «Se davvero bastasse aggiungere questa sostanza, o far sì che gli spermatozoi con questo meccanismo di ingegneria genetica ne producano una grande quantità, allora qualunque tipo di cellula, sia di un maschio che di una femmina, potrebbe essere modificata per diventare spermatozoo». Numerosi però i particolari che sfuggono. «La prima cosa da chiarire – avverte il genetista – è se effettivamente le cellule nelle quali è stata ottenuta una trasformazione in spermatozoi, grazie alla produzione di una grande quantità di protamina, sono a tutti gli effetti funzionanti e se il patrimonio genetico si comporta come quello che normalmente deriva da una fecondazione naturale. È una corsa verso l'ignoto, sappiamo ancora molto poco, servono altri dati anzitutto per verificare l'efficacia e la sicurezza, o la possibilità di creare danni. I processi chimici e morfologici che sono alla base della produzione di spermatozoi sono molto più complessi di quelli che riguardano la produzione di una singola sostanza specifica». Senza contare che la clonazione di esseri umani, poi, porrebbe un problema etico insormontabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-NOV-2015
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

è vita
480
Giovedì, 26 novembre 2015
vita@avvenire.it

Progettare l'uomo? La scienza decide

A Washington il summit tra le accademie nazionali di Cina, Gran Bretagna e Stati Uniti per scegliere il futuro dell'«editing genetico», la tecnica controversa che consente di alterare il «codice della vita»

di Lorenzo Schoepflin

Il National institute of health (Nih), l'agenzia pubblica statunitense che si occupa di ricerca medica, ha informato la scorsa settimana che il direttore Francis Collins ha firmato un intervento su *Stat news* a proposito della tecnica dell'«editing genetico» (*gene editing*), che prevede modifiche del patrimonio genetico a livello embrionale o addirittura sui gameti prima della fecondazione. Tale pratica, sperimentata per curare o debellare alcune malattie genetiche, presenta preoccupanti lati oscuri. Collins, genetista di fama mondiale, ha parlato di «argomentazioni etiche significative» contro l'ingegneria genetica sugli umani. Innanzitutto, Collins ha espresso preoccupazione circa le possibili conseguenze sulle generazioni future: è impossibile infatti prevedere gli effetti sui discendenti di coloro che subiscono alterazioni. Inoltre, il direttore del Nih ha messo in guardia dalla deriva eugenetica che aprirebbe il campo a ogni tipo di interpretazione su cosa significhi veramente "miglioramento del genoma". Collins, ricordando l'estrema scarsità di applicazioni potenzialmente interessanti, conclude affermando che il bilancio costi-benefici deve portare a schierarsi contro il *gene editing*. Non va dimenticato che Collins, nel medesimo intervento su *Stat news*, approva invece la diagnosi preimpianto come tecnica che presenterebbe interrogativi etici meno complessi: posizione non condivisibile, ma che dimostra come l'ingegneria genetica non spaventi esclusivamente chi s'impegna a favore della vita.

Non è dunque un caso che l'intero mondo scientifico voglia interrogarsi sui rischi che si corrono quando in gioco c'è il genoma umano. Per i primi tre giorni di dicembre è in programma a Washington un congresso organizzato dalla Accademia cinese delle scienze, dalla Royal Society e dalle Accademie nazionali statunitensi di scienze e medicina, il cui titolo parla chiaro: «International Summit on Human Gene Editing: A Global Discussion». Esperti da tutto il mondo discuteranno degli aspetti medici, scientifici, storici, sociali, legali e applicativi della tecnica che si propone di modificare la struttura portante della vita umana. Pochi giorni dopo, il 9 dicembre a Londra, si discuterà sul tema «Dalla fecondazione in vitro con tre genitori all'editing del genoma: scienza ed etica dell'ingegneria dell'embrione». Durante il congresso si parlerà ovviamente di tutti gli aspetti legati alle modifiche genetiche degli esseri umani allo stadio embrionale.

I due eventi chiudono il 2015, che senza dubbio è stato un anno particolarmente denso di avvenimenti sulla strada della progettazione genetica di un essere vivente, ora giunta a un bivio. Quando a inizio 2015 dalle parole ci si apprestava a passare ai fatti alcuni studiosi proposero dalle pagine della rivista Nature (12 marzo) una moratoria, poi altri colleghi invitarono alla prudenza firmando un articolo su *Science* (3 aprile). Ma il 18 aprile dall'Università Sun Yat-sen di Guangzhou in Cina giunse la notizia che alcuni ricercatori avevano applicato la tecnica – conosciuta in ambito scientifico come Crispr/Cas9 su zigoti umani. Sulla scia della pubblicazione, proprio Francis Collins dichiarò che il National institute of health non avrebbe finanziato alcuna ricerca basata su modifiche del patrimonio genetico degli esseri umani, definendo tale prospettiva «quasi universalmente riconosciuta come una linea che non deve essere oltrepassata». A settembre il tema diventa caldo nel Regno Unito, dove un team di ricercatori del Francis Crick Institute chiede il permesso di poter usare la tecnologia Crispr. Il 2 ottobre anche l'Unesco si esprime con un report dove si analizzano le tecniche più moderne in ambito

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-NOV-2015
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

genetico e si raccomanda che «quando si sollevano problemi inerenti la sicurezza, nonché gravi preoccupazioni etiche, [tali tecniche] devono essere scoraggiate – ad esempio non consentendo l'accesso alle risorse pubbliche – e in alcuni casi addirittura proibite». Secondo l'Unesco gli Stati dovrebbero cercare un accordo per una moratoria sull'ingegneria genetica, almeno fino a quando non se ne saranno dimostrate sicurezza ed efficacia. Recentemente il *Washington Post* ha pubblicato contributi discordanti a proposito del *gene editing*. Vivek Wadhwa, dell'Università di Stanford, ha scritto che «nessuno è preparato per un'era in cui modificare il Dna è facile come modificare un documento di Word». A Wadhwa ha risposto l'editorialista Dominic Basulto, che giudica irreversibile il viaggio verso l'ingegneria genetica applicata all'uomo. Non mancano i donatori privati che credono nelle potenzialità dell'editing. Editas Medicine, società fondata proprio per spingersi fino ai confini delle genetica, ha ricevuto 120 milioni di dollari dalla Bng0, associazione di investitori guidata da Boris Nikolic, già consulente scientifico di Bill Gates.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA TECNICA

Tra batteri e intervento sul Dna umano L'alterazione genetica con il «Crispr»

Il «gene editing» consiste nell'inserimento, nella sostituzione o nella rimozione di porzioni del Dna dal patrimonio genetico di un essere vivente. Il Dna viene "tagliato" attraverso "scissori molecolari" laddove si individua la necessità di una modifica genetica che possa portare un presunto beneficio. Esistono diverse tecniche, indicate dalle sigle che ne spiegano il funzionamento. Quella più recente e sulla quale più si discute negli ultimi anni è conosciuta con l'acronimo Crispr, che per gli addetti ai lavori riveste grande interesse per relativa semplicità e bassi costi. Dapprima individuata su alcuni batteri, adesso è la tecnica utilizzata sul genoma umano. Esistono altre due sigle riconducibili al Gene editing: Zfns e Talens. Entrambe più datate del Crispr, restano comunque strade battute e il cui meccanismo di funzionamento è il medesimo: rompere il doppio filamento in precise posizioni del genoma, al fine di eliminare geni specifici, rimpiazzarne interi tratti o riparare una mutazione indesiderata. (L.Sch.)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 199.944
Diffusione 09/2015: 145.182
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-NOV-2015
da pag. 52
foglio 1
www.datastampa.it

Adempimenti. Se si opera in convenzione con il Ssn

Fattura elettronica, non c'è obbligo per i medici di base

IL PUNTO

Per i compensi erogati dall'azienda sanitaria è sufficiente il cedolino o il foglio di liquidazione ricevuto mensilmente

Luca De Stefani

L'obbligo di emettere le **fatture** verso la **Pubblica amministrazione** in **formato solo elettronico**, in generale dal 31 marzo 2015, non incide su eventuali altre norme che esonerano dall'emissione della fattura.

Quindi, nel caso dei **medici di medicina generale**, operanti in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (attività intermedia fra quella professionale e quella parasubordinata, per vincoli di orario, retribuzione e presenza, imposti dalla stessa convenzione con il Ssn), la fattura continua a non essere obbligatoria per i compensi a questi erogati, in quanto è sufficiente il cedolino o il foglio di liquidazione che ricevono mensilmente dall'azienda sanitaria, nel quale sono riepilogate tutte le voci che entrano a far parte della remunerazione mensile.

Il chiarimento è contenuto nella risoluzione dell'agenzia delle Entrate 25 novembre 2015, n. 98/E, nella quale è stato ricordato che l'articolo 2 del decreto ministeriale 31 ottobre 1974 prevede che nei rapporti tra gli esercenti la professione sanitaria e gli enti mutualistici per prestazioni medico-sanitarie generiche e specialistiche, il foglio di liquidazione dei corrispettivi compilato dai detti enti sostituisce la fattura che i medici dovrebbero fare. Naturalmente, questo cedolino deve contenere gli elementi e i dati obbligatori per la fattura (articolo 21, comma 2, Dpr n. 633/1972) e deve essere emesso in triplice esemplare, una per il professionista, una per l'ente stesso e una per le Entrate.

Queste regole, che esonerano dall'emissione della fattura in generale, non sono state modificate dall'introduzione della fattura elettronica, la cui disciplina non ha creato una categoria sostanziale nuova o diversa dalla fattura ordinaria. È solo stata prevista l'impossibilità di inviare le fatture cartacee alla Pa. In particolare, la fatturazione elettronica, in luogo di quella cartacea, è obbligatoria dal 6 giugno 2014 nei confronti di alcuni soggetti appartenenti alla Pubblica amministrazione (tra cui Ministeri e agenzie fiscali) e dal 31 marzo 2015 verso tutto l'apparato pubblico delle amministrazioni inserite nel conto economico consolidato dello Stato e non solo (nota del ministero dell'Economia 27 ottobre 2014, n. 1858, circolare 9 marzo 2015, n. 1/DF, decreto ministeriale n. 55/2013). Se prima era obbligatoria la fattura ordinaria, dalle suddette date la forma elettronica costituisce l'unica modalità di emissione delle fatture.

Questa modalità obbligatoria di fatturazione non ha introdotto nuove ipotesi di operazioni soggette ad obbligo di fatturazione, né ha abrogato le disposizioni previgenti che già consentivano forme alternative di documentazione. Quindi, continuano ad applicarsi i chiarimenti già in precedenza emanati con riferimento generale alla fatturazione, nonché le deroghe di settore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 85.861
Diffusione 09/2015: 45.271
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

26-NOV-2015
da pag. 25
foglio 1
www.datastampa.it

SECONDO LE ENTRATE NON È INTERESSATO CHI OPERA IN CONVENZIONE

La fattura elettronica libera i medici Ssn

I medici operanti in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale sono esclusi dagli obblighi della fatturazione elettronica nei rapporti con le Aziende sanitarie locali. Lo ha detto ieri l'Agenzia delle entrate con la risoluzione n. 98/E. Coerentemente con i precedenti (risoluzione n. 88/E del 19 ottobre 2015), l'Agenzia del ribadisce come le novità via via recate alla disciplina in materia di fattura elettronica non hanno creato una categoria sostanziale, nuova o diversa dalla fattura «ordinaria», con la conseguenza che, pur nel limite della compatibilità con gli elementi che la caratterizzano, continuano a trovare applicazione tutti i chiarimenti già in precedenza emanati in riferimento generale alla fatturazione, nonché le deroghe previste da specifiche disposizioni normative di settore, tanto tra privati, quanto nei confronti della p.a. Infatti, si legge in una nota pubblicata su Fiscooggi, la rivista telematica dell'Agenzia, la legge 244/2007, al pari dei provvedimenti attuativi della stessa, non ha introdotto nuove ipotesi di operazioni soggette a obbligo di fatturazione (ex art. 21 del dpr 633/1972), né abrogato le disposizioni previgenti che già consentivano forme alternative di documentazione delle operazioni imponibili, quali, ad esempio:

- l'art. 22 del dpr 633/1972, per i commercianti al dettaglio e le attività assimilate (che possono documentare le operazioni effettuate tramite scontrino/ricevuta fiscale);
- l'art. 73 del medesimo dpr che, tra l'altro, delega il Mineconomia a stabilire modalità alternative per la fatturazione delle prestazioni nell'esercizio di arti e professioni per le quali risulti particolarmente onerosa e complessa l'osservanza degli obblighi generali.

Pertanto, specifica l'Agenzia, laddove l'obbligo di emettere una fattura non sussisteva prima delle nuove disposizioni in materia di fatturazione elettronica, lo stesso continua a non esistere né, a maggior ragione, l'obbligo può riguardare la sola forma elettronica (di una fattura che non è da emettere).

Alla luce del quadro normativo vigente e della specifica prescrizione contenuta nel dm 31/10/74, per le prestazioni medico-sanitarie svolte dai medici in favore dei vari enti mutualistici non vi sarà obbligo di fatturazione elettronica. Il cedolino pervenuto dalle Asl, contenente gli elementi e i dati indicati nel secondo comma dell'articolo 21 del dpr 633/1972, nonché emesso in triplice esemplare si sostituirà in toto alla fattura, prima cartacea e ora astrattamente elettronica.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 153.596
Diffusione 09/2015: 81.284
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

26-NOV-2015
da pag. 32
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE E BENESSERE

TRASPORTI E SALUTE

Cibi e farmaci in regola: dipende anche dal viaggio

TRAGITTO

Sbalzi di temperatura, cattiva conservazione e vibrazioni i pericoli

Valerio Boni

■ Gli attacchi al cibo Made in Italy arrivano da più parti. Grazie anche al web, che rappresenta un'arma efficace per smascherare le contraffazioni nelle vendite online, sono stati scoperti cibi dai nomi liberamente ispirati alle nostre eccellenze. Se questi sono i nemici, derivanti da una concorrenza sleale che arriva dall'esterno, altri pericoli per i consumatori sono legati al cibo. La vendita di lotti scaduti è solo l'esempio più tangibile, mentre sono meno evidenti, ma non per questo da sottovalutare, gli inconvenienti che derivano da un trasporto di scarsa qualità degli alimenti. Non bisogna infatti dimenticare che il mantenimento delle caratteristiche organolettiche, ma anche la sicurezza igienico-sanitaria, possono essere fortemente condizionati dal trasporto. Senza che il consumatore finale abbia la possibilità di sapere se il prodotto che arriva sulla sua tavola ha seguito un percorso ideale, o sia stato sottoposto a sbalzi di temperature o a sollecitazioni che potrebbero alterarne il gusto e l'aspetto nel migliore dei casi. Questo tema, fino a oggi sottovalutato, è stato al centro di Food'n'Motion, uno dei cardini della recente manifestazione truckEmotion. Bisogna considerare che i controlli in materia di alimenti, ma la problematica può essere estesa anche al settore farmaceutico, sono concentrati nella parte iniziale e finale della filiera.

Mentre aspetti critici si possono verificare nel trasferimento dal luogo di produzione ai nodi logistici all'interno del nostro territorio, senza dimenticare le escursioni termiche di oltre 40 gradi, e le vibrazioni, che possono subire gli alimenti provenienti da altri continenti, durante un viaggio aereo o via mare. Muovere un prodotto da un estremo all'altro della terra è costoso e difficile, ma la complessità cresce se il prodotto è deperibile. Ed è per questo che da semplice operazione di spostamento si sta trasformando in un'attività multidisciplinare che coinvolge ingegneri, matematici, agronomi, scienziati degli alimenti, studiosi del clima e microbiologici. L'obiettivo è quello di arrivare preparati all'appuntamento del 2018, quando si stima che nel mondo saranno movimentati 216 milioni di tonnellate di merci deperibili.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 199.944
Diffusione 09/2015: 145.182
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-NOV-2015
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

La ripartizione. Chiamparino: nessun ente perderà più dello 0,5% rispetto all'anno scorso

Accordo fra le Regioni sul fondo sanità

— Le Regioni hanno raggiunto l'intesa per il riparto del Fondo sanitario 2015 da circa 110 miliardi. L'annuncio è stato dato ieri dal presidente della Conferenza delle Regioni, Sergio Chiamparino, al termine di una sessione di lavoro straordinaria. «Abbiamo raggiunto l'intesa sul riparto del Fondo che prevede l'utilizzo di un fondo premiale affinché nessuna Regione perda più dello 0,5% rispetto allo scorso anno», ha detto. «C'è stata una trattativa per tenere conto di alcune istanze del Veneto – ha aggiunto – ma la trattativa si è chiusa positivamente. C'è un impegno politico preciso nato dalla richiesta delle Regioni Campania, Veneto e altre per rivedere i vecchi parametri». Si è trattato di «impegno politico preciso di rivedere i parametri tenendo conto del criterio della popolazione, della sua anzianità ma anche di indici di deprivazione sociale e culturale che possono avere effetti sulla sanità. Accanto a questo, l'obiettivo è intensificare la logica dei costi standard anche per premiare chi, oltre a garantire i Lea, i livelli essenziali di assistenza, garantisce una spesa efficiente», ha concluso Chiamparino. Il taglio quest'anno varrà per tutti ma con un impegno preciso di solidarietà tra le Regioni. Oltre alle "quote premiali" da 274 milioni, le "quote indistinte" da 106,9 miliardi sono così ripartite: Lombardia 17,57 miliardi, Lazio 10,29 miliardi, Campania 9,94 miliardi, Veneto 8,67 miliardi, Sicilia 8,80 miliardi, Piemonte 7,95 miliardi, Emilia Romagna 7,93 miliardi, Puglia 7,11 miliardi, Toscana 6,57 miliardi, Calabria 3,43 miliardi, Sardegna 2,93 miliardi, Liguria 2,92 miliardi, Marche 2,77 miliardi, Abruzzo 2,36 miliardi, Friuli Venezia Giulia 2,21 miliardi, Umbria 1,61 miliardi, Basilicata 1,01 miliardi, Provincia di Trento 0,94 miliardi, Provincia di Bolzano 0,89 miliardi, Molise 0,56 miliardi, Valle D'Aosta 0,13 miliardi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 85.861
Diffusione 09/2015: 45.271
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

26-NOV-2015
da pag. 37
foglio 1
www.datastampa.it

LA RISPOSTA AI QUESITI INOLTRATI DALLE AZIENDE

Spese sanitarie, chiarimenti dal Mef

Di sicuro interesse i nuovi chiarimenti sulla trasmissione telematica dei dati relativi alle spese sanitarie ricevuti dai funzionari del ministero dell'economia e delle finanze (Mef) in risposta agli specifici quesiti posti dagli analisti delle aziende associate sul Forum di AssoSoftware, la piattaforma di condivisione che consente ai referenti delle software house di dialogare in modo continuo e diretto con i referenti degli enti di riferimento. Di seguito le tre risposte più utili alla platea dei soggetti interessati all'adempimento.

L'invio diretto delle fatture. La prima risposta riguarda uno dei quesiti più ricorrenti, ovvero la possibilità da parte dei soggetti obbligati di poter scegliere se effettuare l'invio delle fatture direttamente oppure avvalendosi dei servizi di un intermediario. Sul punto è stato confermato che i medici chirurghi e gli odontoiatri potranno alternativamente inviare le proprie fatture direttamente oppure delegare un intermediario. Dovranno comunque dotarsi, qualora non ne dispongano, delle credenziali di accesso al Sistema Ts sia nel caso optino per l'invio diretto, sia qualora vogliano delegare un intermediario. Per conferire la delega il medico dovrà accedere alla sua area riservata di Sistema Ts attraverso le credenziali in suo possesso e, con un'apposita funzione di Gestione deleghe, indicare la scelta del soggetto terzo (intermediario). Il Sistema Ts verificherà: che il soggetto terzo indicato disponga di un'abilitazione valida come intermediario Entratel; che esista una corretta corrispondenza tra indirizzo Pec del soggetto terzo così come fornito dal medico e il relativo codice fiscale indicato. In caso di esito positivo di entrambi i controlli, il Sistema Ts invierà all'indirizzo Pec del soggetto terzo un link per il perfezionamento del processo di delega. In tale fase, l'intermediario dovrà inviare via Pec, con firma digitale, la richiesta di autorizzazione alla delega e attendere l'autorizzazione via Pec. Anche in caso di delega il medico rimane responsabile dei dati trasmessi. Rimane dubbia, invece, la possibilità di poter delegare un intermediario da parte delle strutture sanitarie obbligate, che potranno comunque espletare l'adempimento direttamente per il tramite del proprio titolare/direttore. Circa le strutture sanitarie va ricordato che la normativa ad oggi vigente disciplina l'obbligo di trasmissione dei dati solo in capo ai soggetti accreditati. Nella legge di stabilità presentata alle camere in corso di approvazione, tuttavia, tale obbligo viene esteso anche a tutte le strutture autorizzate, ancorché non accreditate.

Fatture emesse nel corso del 2014 e pagate nel 2015. La seconda risposta riguarda le modalità di inclusione delle fatture. Innanzitutto va segnalato che, a differenza dello Spesometro, per questo adempimento non ha alcuna rilevanza la data di registrazione ai fini Iva, ma vanno prese in considerazione esclusivamente la data di emissione e la data di pagamento. Va poi precisato che entro il 31/1/2016 saranno acquisiti dal Sistema Ts tutti i documenti fiscali recanti data di pagamento 2015. Al momento, stante le specifiche attuali, di questi dovranno comunque essere presi in considerazione solamente quelli emessi nel corso del 2015. Non vanno dunque trasmesse le fatture emesse nel 2014 e pagate nel 2015.

Rimborsi, per prestazioni non effettuate, effettuati nel 2015 relativi a fatture 2014. La terza risposta è relativa ai rimborsi, per i quali è stato confermato che riguardano esclusivamente prestazioni non erogate o parzialmente erogate a fronte di acconti ricevuti. Si configurano tali, quindi, esclusivamente quei certificati con note di variazione o di storno relative a fatture emesse e incassate nel 2015. Sul punto è stato precisato, in analogia alla risposta precedente, che non dovranno essere trasmessi rimborsi che, ancorché certificati con documenti emessi nel 2015, siano relativi a fatture emesse nel 2014.

Fabio Giordano

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 85.861
Diffusione 09/2015: 45.271
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

26-NOV-2015
da pag. 34
foglio 1
www.datastampa.it

Un emendamento alla legge di Stabilità 2016 prevederà l'assunzione di 5 mila medici e infermieri

Sanità, il governo corre ai ripari

Il governo corre ai ripari per evitare la crisi del comparto sanitario. E lo strumento è la legge di Stabilità al vaglio della Camera. Nel momento in cui il testo arriverà in aula sarà presentato un emendamento ad hoc del governo. La norma tampone, frutto di un accordo arrivato nei giorni scorsi tra il ministero della salute e quello della pubblica amministrazione, è in attesa del via libera da parte del ministero dell'economia. Stanzia risorse per circa 5 mila assunzioni tra medici e infermieri.

Migliorini a pag. 34

In mano al Mef l'assunzione di circa 5 mila unità tra medici e infermieri

Sanità, governo ai ripari

Su orari di lavoro soluzione tampone in Stabilità

DI BEATRICE MIGLIORINI

Il governo corre ai ripari per evitare la crisi del comparto sanitario. E lo strumento è la legge di Stabilità al vaglio della camera: nel momento in cui il testo arriverà in aula sarà presentato un emendamento ad hoc. La norma tampone, frutto di un accordo arrivato nei giorni scorsi tra il ministero della salute e quello della pubblica amministrazione, è in attesa del via libera da parte del ministero dell'economia e delle finanze e dovrebbe prevedere lo stanziamento di risorse per circa 5 mila assunzioni tra medici e infermieri. E proprio sulle modalità e i tempi di assunzione si giocherà l'ennesima partita. Il piano del governo, ammesso e non concesso che il dicastero di via Venti settembre garantisca le coperture finanziarie, essendo inserito nella legge di Stabilità non andrà a regime prima del 1° gennaio 2016. Ovvero, più di un mese dopo l'entrata in vigore, a partire da ieri, della regola delle 48 ore di lavoro a settimana e delle 11 ore di riposo consecutive per tutto il comparto sanitario (si veda *ItaliaOggi* di ieri e del 7 e 11 novembre 2015). E, in questo caso, la questione da valutare sarà la differente gestione del problema da parte delle regioni in regola e da parte degli enti sottoposti, invece, a piano di rientro. Se, infatti, le prime per la scelta del personale medico e infermieristico da assumere potranno attingere dalle graduatorie degli ultimi concorsi fatti, quelle sottoposte a piano di rientro, dovranno necessariamente prevedere dei nuovi concorsi. Il tutto con costi e tempi differenti. Ed è, soprattutto il fattore tempo ad essere critico. Bene che vada, infatti, difficilmente le risorse umane e materiali vedranno la luce prima della prossima primavera. Un timore espresso a più riprese anche da Consulcesi, società impegnata nella difesa dei camici bianchi, che resta in attesa di vedere la proposta del governo messa nero su bianco. «Le tardive trattative tra governo, regioni e sindacati non hanno portato a nulla», ha precisato la società, «difficile, quindi, credere anche ad una soluzione in extremis che porti allo sblocco del turnover per consentire al personale sanitario di non superare le 48 ore settimanali e godere di almeno 11 ore di riposo tra un turno e l'altro, come prescrive la legge». Resta, quindi, da vedere come verrà gestita la fase transitoria. Oltre al fattore tempo, sarà necessario valutare, poi, la questione precari in merito alla quale i profili critici non mancano. Una eventuale loro stabilizzazione, infatti, per quanto accolta di buon grado dai sindacati di categoria, non farebbe comunque venire meno il problema della carenza di personale. È necessario, quindi, evitare che tramite la stabilizzazione di una parte delle risorse, le regioni non provino ad aggirare il problema. Su questo punto, però, sarà necessario attendere la stesura definitiva della proposta dell'esecutivo. «Se, effettivamente, il governo riuscirà a trovare le risorse per prevedere l'assunzione del personale necessario almeno ad arginare l'emergenza sarebbe già una cosa positiva», ha spiegato a *ItaliaOggi* il presidente Cimo, **Riccardo Cassi**, «resta da vedere, però, come sarà gestita la fase transitoria. Non è da escludere, a questo punto, che le regioni avanzino una nuova richiesta di deroghe che, eventualmente andranno attentamente valutate. Resta il fatto, però, che anche nella migliore delle ipotesi», ha concluso Cassi, «difficilmente la situazione potrà essere arginata prima della primavera». In attesa di conoscere i dettagli del piano del governo, è convocata per oggi la conferenza delle regioni, nel corso della quale, in base a quanto risulta a *ItaliaOggi* la Basilicata, nonostante la chiara posizione dei sindacati di categoria, continuerà a chiedere deroghe all'applicazione del nuovo orario. Più incline, invece, all'idea del governo, dovrebbe essere la regione Molise che vorrebbe avanzare richiesta di autorizzazione a procedere con nuovi concorsi.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 139.454
Diffusione 09/2015: 104.184
Lettori Ed. II 2015: 1.124.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Resto del Carlino

Dir. Resp.: Andrea Cangini

26-NOV-2015
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it

L'OPINIONISTA LETTORE

antoniofalzone1930@gmail.com
Bologna

PREVENZIONE SOLTANTO COSÌ SI RISPARMIA

ESISTONO delle patologie che l'uomo si porta dietro fino dalla nascita ed altre che invece si acquisiscono nel corso della vita. Le patologie più incisive ed invalidanti sono quelle fino dalla nascita (bastano le malattie rare per le quali non esiste una terapia e che portano ad una morte in maniera atroce). E la stessa cosa vale anche per i tumori (è sbagliato dire tumore che vuol dire gonfiore; il termine giusto è neo (nuova) plasia (formazione). Tutte forme che si evidenziano specialmente in età anziana quando si vengono a sommare alle altre patologie dovute all'età. Perché allora non disporre un esame genetico neonatale e studiare il Dna ricavato in maniera da poter cancellare le patologie evidenti? I milioni che vengono spesi per lo studio verrebbero recuperati nel medio e lungo tempo dalla scomparsa di terapie, di esami, di ricoveri, di visite specialistiche, di visite fisioterapiche oltre alla spesa per il materiale sanitario: costi di miliardi, che si spendono al giorno d'oggi. E' un po' il metodo che viene seguito con le vaccinazioni che eliminano il vaiolo, il morbillo, la peste e altre malattie gravissime che, grazie a Dio, non si vedono più.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 199.944
Diffusione 09/2015: 145.182
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-NOV-2015
da pag. 51
foglio 1
www.datastampa.it

Legge di Stabilità/1. I limiti comunitari all'introduzione di un'aliquota ad hoc per prestazioni sociosanitarie

Sull'Iva al 5% l'ipoteca della Ue

Scelte vincolate anche se si attende una direttiva che faciliterà gli interventi

Benedetto Santacroce

L'introduzione dell'aliquota del 5% per le **prestazioni socio sanitarie** pone ulteriormente all'attenzione di tutti il problema dei limiti che incontra lo Stato italiano (come d'altronde tutti gli Stati membri dell'Ue) nel prevedere nuove **aliquote ridotte** ovvero di disporre in modo selettivo delle stesse per applicarle a beni e servizi non predeterminati in ambito unionale.

In effetti, in materia di aliquote la norma comunitaria è molto chiara: gli Stati membri applicano: una aliquota normale (o ordinaria) identica per cessioni e prestazioni di servizi (articolo 96, Direttiva 2006/112 e cioé la direttiva Iva); una o al massimo due aliquote ridotte (articolo 98). Per la prima è previsto un limite inferiore del 15%, mentre non è contemplato un tetto massimo, per cui ciascuno Stato può liberamente disporre in merito (attualmente l'aliquota massima applicata è quella dell'Ungheria 27%).

Diverso è il discorso per le aliquote ridotte che sottostanno sia ad un vincolo in termini numerici, infatti non se ne possono prevedere più di due; sia ad un vincolo di valore minimo, in quanto non possono essere inferiori al 5%, che ad un vincolo d'ordine merceologico, siccome possono applicarsi solo alle categorie di beni e servizi specificamente elencati nell'allegato III della direttiva Iva.

Pertanto, da quello che si è detto deriva che le aliquote Iva possono essere al massimo tre di cui una ordinaria, minimo del 15% ma senza limite superiore e (eventualmente) una o due ridotte applicabili, a loro volta, entro i suddetti limiti in valore e merceologici. Quindi, il passaggio di un bene/servizio da un'aliquota ridotta all'aliquota normale è sempre consentito mentre il viceversa è possibile ma solo se un certo bene/servizio è contenuto nella tassativa elencazione di cui al citato allegato III della direttiva.

A dire il vero sul piano del valore esistono deroghe applicate dai singoli Stati membri di aliquote superidotte (vale a dire inferiori al 5%). Queste deroghe derivano dalla «clausola di standstill» di cui all'articolo 113 della direttiva Iva che ha concesso agli Stati membri che il 1° gennaio 1991 applicavano aliquote ridotte inferiori al minimo, di continuare ad adottarle ma solo con riferimento ai beni e servizi che a quella data già ne beneficiavano, con preclusione dunque di estendere detta agevolazione a ulteriori categorie di cessioni o prestazioni. Questa è la situazione in cui si trova l'Italia per quanto riguarda l'aliquota del 4% in cui sono ricomprese una serie di operazioni già con aliquota superidotta prima del 1 gennaio 1991.

Sotto questo profilo si evidenzia che la Corte di Giustizia (sentenza C-119/11) ha chiarito che se un bene/servizio viene portato a un livello di aliquota superiore a quella superidotta perde la possibilità di essere nuovamente ricompreso nella specifica categoria. Infine, esistono degli Stati che in virtù di specifiche deroghe (previste direttamente dagli articoli da 109 a 130) possono applicare ulteriori aliquote ridotte o aliquote cosiddette «di parcheggio».

Con riferimento alla situazione italiana è chiaro che le ultime decisioni che si sono prese nella legge di Stabilità del 2015 e che si stanno prendendo nell'ambito della legge di stabilità del 2016 non appaiono del tutto in linea con i canoni europei e possono esporre l'Italia a specifiche procedure di infrazioni. Sulle aliquote ridotte, però, si attende a breve l'approvazione di una direttiva che probabilmente dovrebbe lasciare agli Stati membri maggiori libertà di azione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 286.004
Diffusione 09/2015: 204.752
Lettori Ed. II 2015: 1.327.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

02-DIC-2015
da pag. 40
foglio 1
www.datastampa.it

Una Pet può salvarti la vita

Nei tumori questo esame è spesso più indicato ed espone a meno raggi X di una Tac. Ma lo si usa ancora poco.

La ricerca sulla diagnosi del cancro ha due obiettivi paralleli: aumentare la sensibilità delle tecniche d'indagine in modo da vedere un tumore prima possibile (addirittura quando si sta formando); e ridurre gli effetti collaterali per il paziente, per esempio diminuendo la quantità di radiazioni alle quali è sottoposto. Il progresso per raggiungere il primo traguardo è stato notevole: siamo in grado di scoprire molti tumori prima che sia troppo tardi. Molto resta da fare, invece, per il secondo obiettivo: non sempre la scelta delle tecniche da usare nei controlli è la migliore possibile. Prendiamo il caso di un paziente che ha subìto un'operazione di tumore e deve fare esami diagnostici negli anni successivi; due delle tecniche più usate sono la Tac (tomografia assiale computerizzata) e la Pet (tomografia a emissione di positroni). La prima sfrutta i raggi X per produrre immagini tridimensionali del corpo del paziente; mentre la Pet registra le emissioni indirette di un farmaco radioattivo (radiofarmaco) introdotto nell'organismo.

Per fare diagnosi la Pet non usa raggi X: registra le emissioni di un radiofarmaco introdotto nell'organismo.

Nella Pet, la parte radioattiva del farmaco è prodotta da una macchina chiamata ciclotrone: si tratta di dosi molto basse di radioattività. Anche quando viene usata in combinazione con la Tac (per alcuni accertamenti, le due tecniche sono accoppiate, esame Pet-Tac), il risultato finale è una riduzione delle radiazioni: la Tac che si aggiunge alla Pet, infatti, ne ha molto meno rispetto a una Tac normale, in quanto serve solo per avere una panoramica. «In linea di principio, con il giusto radiofarmaco è possibile usare la Pet-Tac per diagnosticare la maggior parte dei tumori» dice Arturo Chiti, responsabile dell'Unità operativa di medicina nucleare all'Istituto clinico Humanitas. «In molti casi si potrebbe usare la Pet molto di più di quanto si faccia adesso».

Un fattore determinante nella scelta delle tecniche è quello economico: una Tac in media costa sui 500 euro, una Pet il doppio. Le linee guida europee, valutando diversi casi in diversi contesti medici, consigliano le tecniche più appropriate. Ma ogni governo le recepisce in maniera differente. Se in futuro, come avviene oggi nel nostro Paese, le potenzialità della Pet non saranno sfruttate a pieno, a perderci saranno i malati. Oggi esistono nuovi radiofarmaci che permettono esami a minor impatto e migliori diagnosi, come precisa Chiti: «Ci sono radiofarmaci a base di amminoacidi per i tumori cerebrali, a base di peptidi per tumori neuroendocrini come quello del pancreas, e il fluorodesossiglucosio per alcuni linfomi».

Questo sottoutilizzo della Pet si accompagna a un paradosso: l'Italia è il Paese europeo che ha il maggior numero di ciclotroni. Erik Strömqvist, general manager della sezione Cyclotrons & TracerCenter della General Electric Healthcare (l'azienda che ha fornito la maggior parte dei ciclotroni nelle strutture italiane) ricorda che in Italia ci sono 61 ciclotroni: in rapporto alla popolazione, è un numero più di due volte superiore a quello di un paese produttore come la Svezia. «Occorrerebbe concentrare i ciclotroni in poche strutture ben collegate con gli altri ospedali, e rinnovarli» afferma Chiti. I ciclotroni costeranno sempre meno e saranno più piccoli. Con indubbi vantaggi per i pazienti.

(Luca Sciortino)

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Corriere della Sera Orologi

26-NOV-2015
da pag. 63
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Vincere sul tempo i tumori»

Quella contro il male resta una delle più ardue gare di velocità. «Ma si può», dice lo specialista Nava

Terapie mirate e ricoveri veloci evitano ulteriori lunghe cure. Inoltre arrivare prima vuol dire niente sprechi, esami inutili e una serie di farmaci costosi

Chi è

Maurizio Bruno Nava (1952) è specialista in Oncologia e in Chirurgia Plastica e ricostruttiva, dal 1997 al 2014 direttore della struttura complessa di Chirurgia Plastica della Fondazione IRCCS, Istituto nazionale Tumori di Milano

di **Minnie Luongo**

Ormai è tempo di chiamare il cancro con il suo nome. Perché la politica dello struzzo non paga e, soprattutto, perché è insensato e anacronistico ricorrere ad espressioni come brutto male, o peggio, male incurabile. Perché non è così, come ci conferma Maurizio Bruno Nava, specialista in Oncologia, Chirurgia generale e Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica, che sin dalla laurea lavora presso l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano. Battere il cancro sul tempo si può.

C'è oggi un sistema di controlli, un protocollo che aumenti le probabilità di individuare tipi di cancro in una fase iniziale?

«Sicuramente esiste un sistema di controlli che consentono una diagnosi precoce. Un esempio: lo screening per i tumori della mammella e del colon, adottato in Italia da quasi tutti i Comuni. Per i tumori della mammella, le donne oltre i 50/55 anni sono invitate ad eseguire una mammografia ogni due anni, così come per il tumore del colon tutti gli over 55/60 (donne e uomini) dovrebbero eseguire una ricerca del sangue occulto nelle feci e, se positivo, fare una colonscopia. Certo, ci sono persone a più alto rischio, causa familiarità positiva per i tumori, che devono sottoporsi a controlli specifici e in età più giovanile, con programmi personalizzati».

E poi?

«Altre indagini sono il Pap Test per i tumori della cervice uterina, prezioso dopo i primi rapporti sessuali, per il controllo del Papilloma Virus. Oggi è disponibile una vaccinazione per prevenire il contagio da HPV, consigliata alle ragazze tra i 15 e i 20 anni. Ancora, il PSA, o antigene prostatico, si utilizza come marcatore di eventuale tumore prostatico, con un semplice esame del sangue (anche se attualmente i pareri a riguardo sono contrastanti). I fumatori dovrebbero eseguire una lastra del torace annualmente; e sempre i fumatori, assieme ai consumatori abituali di alcol, è bene si sottopongano annualmente ad una visita per prevenire tumori del distretto oro-cervico-facciale. Mentre a chi si espone quotidianamente a luce solare, vento e altro, si consiglia una visita dermatologica annuale. In ogni caso, consultare il proprio medico per essere indirizzati allo specialista più indicato, è la cosa migliore».

Risparmiare tempo vuol dire, anche, risparmiare denaro per l'intera comunità, oltre che dolore per il malato e la famiglia?

«Meglio dire che utilizziamo il nostro tempo in modo corretto, per prevenire e quindi curare meglio, ed alla fine guarire da malattie un tempo definite incurabili. Certo, curare in modo efficace tumori allo stadio iniziale significa risparmiare tempo per i malati e soldi per la comunità. Tempo, perché terapie mirate e ricoveri veloci evitano ulteriori ricoveri e lunghe cure. Risparmio per la comunità, perché malattie trattate in ritardo implicano ricoveri successivi, farmaci costosi e trattamenti ripetuti. Certo gli screening non sono gratuiti ed è per questo che il lavoro più importante tra sanità e gestione politica delle comunità deve trovare il giusto equilibrio indirizzato per ridurre sprechi ed esami inutili».

C'è un «Registro unico del cancro» per consultare i dati delle diverse esperienze terapeutiche?

«Purtroppo no. Però c'è l'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM), con un sito dedicato; i dati sono riferiti solo alle regioni che possiedono un registro completo. Certo, dai registri aggiornati emergono dati epidemiologici, incidenza, mortalità e sopravvivenza».

Si può ripetere periodicamente la risonanza magnetica con liquido di contrasto?

«La risonanza magnetica è un esame particolare che rientra nei livelli superiori di indagini diagnostiche per immagini. Se ci rifacciamo come esempio sempre alla mammella, gli esami diagnostici di prima fascia sono ecografia e mammografia ed è poi lo specialista radiologo, in accordo con il chirurgo, a decidere se approfondire con esami di livello superiore. Per alcune alterazioni genetiche — si pensi a donne portatrici di alterazione dei geni BRCA1 e 2, per le quali il rischio di ammalarsi di tumore della mammella è molto alto, e che rifiutano, dopo un counseling genetico e psicologico, la chirurgia — l'unica soluzione consiste in controlli stretti nel

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

tempo, e la RM con contrasto può essere ripetuta ogni due anni circa».

I nuovi esami del sangue possono sostituire la risonanza magnetica? E anticipare le cure?

«Ad oggi non esistono esami del sangue in grado di fare diagnosi precoce di tumori solidi in senso preventivo. Ovviamente, differente è la situazione per i tumori ematici. Ci sono, invece, marcatori tumorali che consentono di monitorare alcune malattie tumorali e anticipare un'eventuale ripresa di malattia. La Risonanza magnetica non è un esame predittivo, ma un test diagnostico a cui si ricorre quando lo specialista ne ravvisa la necessità. Per ora siamo ancora in un campo di ricerca».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media