Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificat

 Tiratura
 09/2015: 105.043

 Diffusione
 09/2015: 49.935

 Lettori
 Ed. II 2015: 273.000

Quotidiano - Ed. nazionale

Liber

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

17-NOV-2015 da pag. 21 foglio 1 www.datastampa.it



### Pillole di salute

## La donna vive più a lungo ma fin dall'adolescenza ha una salute più fragile

#### **:::** LUCA BERNARDO\*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede che entro il 2030 il numero delle donne over 50 nel mondo raggiungerà la cifra di 1 miliardo e 200 milioni circa. In Italia, su una popolazione di 60 milioni di persone, circa 31 milioni sono donne e, di queste, circa 12 milioni hanno più di 50 anni di età.

«Approccio multidisciplinare alla sindrome metabolica in menopausa» questo è il titolo del convegno tenutosi sabato 14 novembre presso l'aula universitaria del Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni di Milano che ha visto confrontarsi sul tema diversi esperti tra cui ginecologi, cardiologi, diabetologi, endocrinologi, dietologi, neurologi, coinvolti a vario titolo nella gestione della salute al femminile. «Stili di vita scorretti per la salute caratterizzati da alimentazione scorretta e sedentarietà sono motivo di diffusa preoccupazione poiché nelle donne in menopausa possono provocare l'insorgenza di diabete mellito tipo 2, malattie cardiovascolari, osteoporosi e malattie neurodegenerative», spiega la dottoressa Cerutti responsabile della S.S. Dietologia e Nutrizione Clinica organizzatrice dell'evento. Occuparsi della salute delle donne sia in termini di prevenzione che di trattamento significa prenderle in carico nelle diverse fasi della vita dall'epoca puberale, accompagnandole nei momenti più importanti come una gravidanza o la menopausa per arrivare all'invecchiamento.

Durante l'incontro è intervenuta Francesca Merzagora fondatrice e presidente dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna che ha tra i suoi obiettivi quello di promuovere una cultura della salute di genere a livello istituzionale, sanitario-assistenziale, scientifico-accademico e sociale per garantire alle donne il diritto alla salute secondo principi di equità e pari opportunità che ha spiegato: «Oggi una donna vive più a lungo ma spesso ha la percezione di avere una salute più fragile fin dall'adolescenza». La tutela e la promozione della salute delle donne sono un importante investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese», sottolinea la dottoressa Nadia Cerutti. Importante l'approccio multidisciplinare dei diversi esperti e professionisti per affrontare le diverse problematiche in un'ottica di prevenzione e monitoraggio al servizio della profilassi, cura e tutela della donna.

\*Direttore del Dipartimento Materno-Infantile Fatebenefratelli e Oftalmico





Informativa

Questo sito o gli strumenti terzi da questo utilizzati si avvalgono di cookie necessari al funzionamento ed utili alle finalità illustrate nella cookie policy. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie, consulta la <u>cookie policy</u>.

Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina, cliccando su un link o proseguendo la navigazione in altra maniera, acconsenti all'uso dei cookie.

## In Italia si diventa mamme tardi, si fanno pochi figli e ci sono troppi cesarei

La fotografia del Rapporto annuale sulle nascite del Ministero della Salute. Il picco dei parti «chirurgici» in Campania; le donne più prolifiche nelle province di Trento e Bolzano



#### **LEGGI ANCHE**



Vaccini, assistenza domiciliare e parti cesarei: la classifica delle Regioni più virtuose

PAOLO RUSSO

#### LA STAMPA CON TE DOVE E QUANDO VUOI



E-mail

Password

ABBONATI





+ Recupera password

13/11/2015

Sono sempre più anziane le mamme italiane, continuano a fare pochi figli e ancora troppo spesso, 4 volte su 10, partoriscono con taglio cesareo. Ma a preoccupare è che un parto su 10 avviene ancora oggi in luoghi a rischio e al termine di una gravidanza molto medicalizzata, dove in media ogni donna si sottopone a 5 ecografie, quando normalmente se ne consigliano solo tre.

La fotografia di come si nasce in Italia è il Rapporto annuale sull'evento nascita, realizzato dal Ministero della Salute, che illustra i dati rilevati nel 2013 dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Lo studio è basato sui dati di 526 punti nascita e mostra il continuo calo del numero medio di figli per donna, arrivato a 1,39 nel 2013, rispetto a 1,46 nel 2010.

#### SI FANNO PIÚ FIGLI NELLE PROVINCE DI TRENTO E BOLZANO

Le Province Autonome di **Trento e Bolzano** mostrano livelli più elevati di fecondità, mentre le regioni **meno prolifiche sono Sardegna, Basilicata e Molise**. L'**età media delle mamme** italiane si avvicina sempre più ai **33 anni** (32,7), e il numero delle nascite continua a calare, attestandosi a 512.327, così come

#### I PARTI IN «PUNTI NASCITA» NON SICURI

questa percentuale arriva al 30%.

L' 8,6% delle donne mette al mondo figli in punti nascita «a rischio», perché effettuano meno di 500 parti annui, soglia minima, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, perché la struttura possa essere considerata «sicura». Altro aspetto che preoccupa gli esperti è la **percentuale di cesarei**, pari al 35,5% dei parti, ma con picchi del 53,8% nelle case di cura private contro il 33,1% degli ospedali pubblici. Interessante notare come le madri italiane vi ricorrano nel 37,3% dei parti, mentre quelle straniere solo nel 28,5%.

#### IN CAMPANIA LE NASCITE AVVENGONO PER IL 59% CON CESAREO

Dal punto di vista geografico, alla Campania resta la peggiore, con cesarei a quota 59%. A destare allarme, in un periodo in cui le prestazioni inutili sono nel mirino, sono le troppe ecografie, spesso non necessarie. In media ogni gestante ne fa oltre 5 in 9 mesi di gravidanza quando è di tre numero raccomandato dal Ministero della Salute: si va da 3,8 ecografie per parto nella Regione Piemonte a 7 ecografie nella Regione Basilicata. «I dati rilevati - si legge nel rapporto - evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovrautilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza», tanto più che «il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza».

Se alcune donne si controllano troppo, altre lo fanno troppo poco, in genere le più giovani. In particolare il 3,8% delle madri al di sotto dei 20 anni non fanno controlli e il 13,7 li fa tardi (con prima visita oltre l'undicesima settimana di gestazione). L'88,3% dei parti, ma con ampia variabilità regionale, avviene negli ospedali pubblici o convenzionati, l' 11,7% nelle case di cura private e solo lo 0,1% a casa. L' 1,66% delle gravidanze è frutto della procreazione medicalmente assistita. Infine, 9 volte su 10, al momento del parto, la donna ha accanto a sé il padre del bambino o della bambina.



TI È PIACIUTO QUESTO ARTICOLO?

ISCRIVITI ALLE **NEWSLETTER LASTAMPA** 



#### TI POTREBBERO INTERESSARE ANCHE



13/06/2013 Complicanze del parto: diverse tra le donne più giovani e quelle più anziane



16/11/2015 Rivuoi i Tuoi Capelli? Terapie innovative e Trapianto a 2.250€ fino a 5.500 Bulbi!



Data pubblicazione: 16/11/2015

16/11/2015 Carta Verde Amex. Per te quota carta gratuita. Entro il 23 Giugno.



20/08/2015 Abbandonata dai genitori Ma Bianca vince la malattia



"Stop a chi non fa almeno 500 parti" Ma 133 reparti sfuggono alla chiusura



Clinicamente morta da 2 mesi dà alla luce il suo bambino







Quotidiano - Ed. nazionale

Diffusione:

Lettori: n.d.

Tiratura: n.d. n.d.

### La Croce

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

Dir. Resp.: Mario Adinolfi

## In difesa dei nati e dei concepiti. Di tutti

🜉 In visita a Roma (e dal Papa) l'organizzazione prolife americana che ha in atto una campagna per il diritto alla vita dei bimbi affetti da sindrome di Down. Jennifer Minor, una delle paladine che contrastano la "cultura dello scarto" ha detto di aver capito dal colloquio col Papa «che cosa intende il Pontefice quando parla della "cultura dell'incontro"». 

## **Q** di Giuseppe Brienza

bbiamo denunciato su questo giornale il brutale progetto "Down Syndrome Free" che, in Danimarca, prevedrebbe entro il 2030 di ridurre a zero il numero di nuovi nati affetti da trisomia 21. Le autorità danesi, come del resto anche quelle francesi e di altri Stati decadenti del Vecchio Continente, intenderebbero centrare questo lugubre obiettivo «offrendo alla donne in gravidanza tutti gli strumenti di diagnosi prenatale in maniera totalmente gratuita al fine di individuare i bambini malati e eliminarli, sempre a spese dello Stato» (Mario Adinolfi, Il delirio eugenetico e la felicità, in "La Croce quotidiano", 13 novembre 2015, p. 1). Per contrastare queste terribili "pianificazioni", per fortuna, stanno operando diverse associazioni, compresa una statunitense che, negli scorsi giorni, ha rinnovato una visita ed un "gemellaggio" con il mondo pro-life italiano. Inoltre, "Heartbeat International" (così si chiama) ha persino ricevuto un riconoscimento da parte di Papa Francesco.

Dopo aver inviato una delegazione con a capo la presidente D.ssa Peggy Harsthon all'ultima edizione del "Life Happening" dei giovani del Movimento per la Vita, che si è tenuto in Basilicata dal 26 luglio al 2 agosto scorso, il 4 novembre una delle più attive rappresentanti dell'associazione pro-life statunitense, Jennifer Minor, ha visitato fra gli altri il Centro di aiuto alla vita (CAV) di Roma "Palatino", nella sua sede che è a pochi kilometri da Città del Vaticano. L'occasione dello scambio di informazioni e "best practices" con il CAV di Piazza S. Anastasia è stato particolarmente utile anche per conoscere la campagna in atto da parte di "Heartbeat International" in difesa dei bambini "a rischio scarto". Sì, infatti l'associazione è oggi una delle realtà più attive nella difesa dei bimbi down e, in segno di stima e riconoscimento anche per questa attività, il 6 novembre Papa Francesco ha scambiato un saluto con Jennifer Minor, che ha fra l'altro immortalato l'incontro in una splendida foto pubblicata sul suo blog personale (cfr. https:// jennstravelingtales.wordpress.com/). sua esperienza diretta con Bergoglio Jennifer ha scritto: «Ora ho compreso più a fondo cosa

intende Papa Francesco parlando della "cultura dell'incontro". Ho conosciuto da vicino il Pontefice, ho avuto l'opportunità di scambiare alcune parole con lui, l'ho ascoltato a stretto contatto due volte in una settimana, gli ho persino stretto la mano» (Jennifer Minor, Yes, I Met Pope Francis, in https://jennstravelingtales.wordpress.com/, November 11, 2015).

La Minor ha quindi preso parte al 35° Convegno Nazionale del Movimento per la vita italiano e dei "Centri" e "Servizi di Aiuto alla Vita" (SAV), tenutosi dal 6 all'8 novembre a Sacrofano, vicino Roma, rinnovando l'affinità che, in certi ambienti, è presente sulle due sponde dell'atlantico per la vicinanza e l'aiuto alle «fragilità del prossimo».

L'associazione "Heartbeat International" è stata fondata nel 1971 dal Dott. John Hillabrand, a Toledo, in Ohio, anche lui un ostetrico appassionato della vita, che si è ad un certo punto della sua vita messo totalmente al servizio dei bambini concepiti. La sua vicenda personale ricorda in qualche modo quella vissuta dal famoso (almeno nel mondo prolife americao) Dr. Bernard Nathanson (1926-2011), ginecologo di New York convertitosi da abortista ad intrepido difensore di tutti gli esseri umani allo stato embrionale. Dopo aver assistito nei primi anni '70 ad un intervento abortivo tramite la prima delle tecnologie a colori e in 3 D che gli hanno mostrato come il feto non sia un "grumo di sangue" Nathanson, che era stato uno dei fondatori nel 1968 della "National Association for the Repeal of the Abortion Laws" ("Associazione Nazionale per la legalizzazione dell'aborto" - NARAL), compì una svolta di 180 gradi. Il ginecologo newyorkese può essere considerato tra i padri della sentenza del 1973 che liberalizzò l'aborto negli Stati Uniti l'uccisione del bambino nel grembo materno ma, quell'applicazione delle tecniche ecografiche durante un intervento di aborto, lo sconvolse talmente sull'orrenda realtà dell'aborto che, da allora, Nathanson non ha mai più praticato aborti ed è divenuto un pro-life attivissimo. Nathanson, che era di origini ebraiche ed è rimasto ateo anche dopo aver intrapreso la sua attività pro-life, da anziano si è convertito al cattolicesimo e, nel 1996, ha ricevuto il battesimo. Nella sua au-





Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Quotidiano - Ed. nazionale

La Croce

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

Dir. Resp.: Mario Adinolfi

tobiografia, "La mano di Dio", ha raccontato il proprio percorso dalla Morte alla Vita, dichiarando fra l'altro: «Come scienziato so - non "credo", ma "so" - che la vita ha inizio con il concepimento». Nel 2010 il Movimento per la vita italiano ha promosso l'edizione italiana di un altro suo prezioso libro, "Aborting America" (a cura di Piero Pirovano, Edizioni "Amici per la vita", Milano 2010, pp. 425 - info@ amicivita.it), pubblicato con una Prefazione del Presidente Onorario Carlo Casini, il quale conobbe Nathanson fin dal maggio 1981, quando volò a Milano per dare una mano alla campagna referendaria allora in atto contro la legge sull'aborto (la 194/1978). Avrebbe sicuramente sottoscritto il seguente manifesto di "Heartbeat International": «Il 99% delle persone con Sindrome Down sono felici della loro vita. Il 97% delle persone apprezzano il fatto che loro vivano. Al 96% degli Americani piace l'aspetto fisico delle persone con Sindrome Down. Il 99% delle persone con Sindrome Down sono felici della loro vita. Il 96% dei fratelli e sorelle di persone con Sindrome Down nutrono un profondo affetto verso di loro. Il 99% dei genitori di figli con Sindrome Down li amano con tutto il cuore. Allora perché il 90% dei bambini con Sindrome Down sono uccisi nel grembo materno?» (cfr. www. heartbeatinternational.org/).



Tiratura 06/2015: 40.000 Diffusione: n.d. Lettori: n.d.

Settimanale - Ed. nazionale

18 Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-NOV-2015 da pag. 6 foglio 1 / 2 www.datastampa.it

#### **WORKSHOP INTERNAZIONALE SIT**

# Cartelle cliniche elettroniche: ripartire dall'uomo con la scienza

Cure on line I sistemi leva essenziale innovativi non dell'assistenza sono esperimenti transfrontaliera sociali in libertà

I cammino della scienza si fonda sulla capacità di dimostrare che un modello ritenuto valido e quindi universalmente adottato, possa essere demolito in breve tempo e sostituito da altri migliori, basati su paradigmi diversi e innovativi (Thomas Khun).

Questo processo è stato introdotto in sanità dall'emergere della eHealth e della Telemedicina, su cui tutti contano per una gran quantità di finalità: migliorare l'assistenza sanitaria, ridurre sprechi, automatizzare procedure, dematerializzare documenti, controllare le prescrizioni di farmaci.

C'è chi ritiene adeguato parlare di "rivoluzione della eHealth", che nasce da una istanza etica e logica, prima ancora che tecnologica. A sviluppare questi concetti, e a cercare di calarli nella realtà dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alle difficoltà del nostro Paese e alle problematiche della medicina transfrontaliera, ci hanno pensato numerosi esperti italiani ed europei, provenienti da 12 nazioni, intervenuti a Pesaro a un workshop internazionale dedicato a questi temi e organizzato nell'ambito del progetto Adriatic Mobile Health (www.adrihealthmob.eu), finanziato dalla Comunità europea, in collaborazione con la Società italiana di telemedicina e sanità elettronica

La regia dell'evento, organizzato dall'Ao "Ospedali riuniti Marche nord" è stata affidata al fisico italiano Giovanni Rinaldi, componente il Comitato di consulenza tecnica del-

la Sit, il quale ha coinvolto gli illustri esperti in una discussione approfondita, priva di esposizioni autoreferenziali su temi tecnici o amministrativi e capace di evidenziare senza timori le criticità, i fatti negativi come quel-

li positivi, per cercare poi di definire i principi generali su cui i nuovi paradigmi della eHealth si possano appoggiare con sicurezza; il ministero della Salute italiano, era rappresentato dal Direttore dell'Nsis, Lidia Di Minco.

Un'operazione culturale ambiziosa che tuttavia ha permesso di arrivare alla condivisione di alcuni punti rilevanti. Ad esempio quello, esposto da Mike Martin (Newcastle University), profondo conoscitore del Nhs inglese, che ha ben spiegato «Cosa è necessario fare prima di intraprendere qualsiasi lavoro tecnico» e che, viceversa, non è mai stato fatto. L'idea fondante che emerge dal meeting di Pesaro è di tornare a porre l'essere umano, quando malato, e il suo medico curante al centro del processo

di cura. In realtà si tratta di ritornare alla definizione di eHealth già data nel lontano 2003 dai ministri della Salute dell'Unione europea, e poi dimenticata: «La eHealth riguarda l'uso di moderne tecnologie

di informazione e comunicazione in modo da andare incontro alle necessità dei pazienti, del personale sanitario, dei cittadini e de governi». Si tratta di una definizione finalistica, nella quale ogni nuovo paradigma ha senso se origina dalla centralità dei bisogni percepiti e reali dell'uomo e del rapporto medico-paziente.

Questo principio, che viene di solito dato per scontato in quasi tutti i meeting dai tecno-entusiasti e poi nei fatti sistematicamente ignorato, dovrebbe invece tornare ad essere pilastro fondamentale nel progresso della scienza biomedica. Dunque, la vera rivoluzione è partire dall'Uomo e non dalla Tecnologia.

Durante il workshop di Pesaro a questa "affermazione di principio" sono conseguiti però anche fatti e proposte concrete, altamente innovative e in grado potenzialmente di far ripartire la sanità, per mezzo delle innovazioni della eHealth.

Come vanno cambiate le cartelle cliniche. Una di queste proposte è stata quella di cambiare il modo di realizzare le cartelle cliniche elettroniche e, in senso lato, altri strumenti per il cittadino e per il personale sanitario.

È apparso evidente nella discussione l'opinione critica di molti esperti sull'attivazione e l'utilizzo dei sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie costruiti senza un'architettura comune ben pensata. Un esempio sotto gli occhi di tutti consiste nel Fascicolo sanitario elettronico italiano, pensato una dozzina d'anni fa ma realizzato oggigiorno e subito messo in discussione dagli stessi che pur se ne fecero promotori a suo tempo. Opinioni simili sono state indirizzate da numerosi esperti anche ad altre iniziative giudicate poco utili come il Minimum Data Set europeo.

Fabrizio Ricci, ricercatore del Cnr di Roma, e Francesco Gabbrielli, vicepresidente Sit, hanno fornito una precisa traccia metodologica su come si possano ridisegnare strutture di eHealth e servizi sanitari digitalizzati su basi scientifiche.





Tiratura 06/2015: 40.000 Diffusione: n.d.

Lettori: n.d.

Settimanale - Ed. nazionale

17-NOV-2015 da pag. 6 foglio 2 / 2

www.datastampa.it

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

Partire dai principi condivisi, adottare il metodo scientifico, studiare la letteratura e i migliori esempi che ci vengono dal mondo, e "solo dopo" proporre modelli di cartelle cliniche elettroniche da applicare alla popolazione. Misurarne comunque gli effetti su piccoli campioni e non sulla popolazione generale. Attualmente invece sembra quasi che applicare sistemi innovativi sia diventato un modo per fare esperimenti sulla gente in libertà, come in certa medicina del passato.

Ma partire davvero dall'Uomo ha altre conseguenze. Ad esempio la raccolta delle informazioni cliniche deve anch'essa essere organizzata a partire dalle esigenze umane prima che dalla tecnologia. Su questo ancora Mike Martin ha proposto un nuovo concetto Socio-Tecnico di Informazione, che preveda una fase negoziale iniziale che precede tutte le altre attività progettuali tecniche.

Dalla Medical Division dell'European Organization for Nuclear Research di Ginevra è giunto forte e chiaro il messaggio di ricorrere ai migliori mezzi informatici oggi disponibili nel campo delle informazioni sulla salute dell'uomo. In particolare

Alberto Di Meglio, capo dell'Open Lab del Dipartimento Ict del Cern, ha richiamato l'attenzione su nuovi modelli matematici nella realizzazione dei grandi clinical trials e sulla messa a punto di sistemi di analisi delle immagini cliniche utilizzando la tecnologia machine-learning, nell'analisi dei dati molecolari e l'integrazione di essi con i dati clinici e numerosi altri.

Marco Manca (Maastricht University), ricercatore medico del Cern di Ginevra e corrispondente estero per l'Europa della Ŝit, ha ridisegnato il rapporto variabile e non sempre univoco, tra dati e informazione vera, alla luce del significato e del valore che essa deve avere per l'uomo.

Sanità

Secondo Terje Peetso, responsabile dello sviluppo della eHealth Action Plan 2010-2020 della Eu, l'Europa dovrá orientarsi maggiormente verso la qualità e la ricerca. Gli esperti norvegesi hanno illustrato sistemi innovativi di coinvolgimento e di

responsabilizzazione nella gestione delle cure di pazienti con malattie oncologiche o croniche, altri esperti di più nazioni intervenute, dall'Albania all'Inghilterra hanno portato esperienze rilevanti di interventi di telemedicina potenzialmente utili per i malati e per i cittadini.

Dall'Inghilterra sono giunte osservazioni e critiche sulle resistenze dei medici rispetto alla eHealth e sull'ipotesi di utilizzare applicazioni avanzate anche in settori ancora poco esplorati dalla stessa scienza, in particolare nel settore della genomica.

In altri Paesi, Stati Uniti, Germania e Italia in particolare, come ben si legge nella letteratura, i medici sono disponibili a usare tecnologie innovative, ove convalidate e realmente utili, ma pronti anche a difendere il rapporto medico-paziente e a tutelare l'uomo.

Senza prestarsi ad appoggiare innovazioni meramente tecnologiche che sottraggano "tempo clinico" alla cure dei loro pazienti, come ha concluso Giancarmine Russo, segretario generale e fondatore della

In conclusione, la scienza è pronta. Ora è essenziale coinvolgere al massimo i veri esperti, i medici e i cittadini, evitando accuratamente gli errori e i rischi della telemedicina improvvisata o burocratizzata.

#### Antonio Vittorino Gaddi

direttore Centro studi Sit -Società italiana Telemedicina e sanità elettronica

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

17-NOV-2015 da pag. 42 foglio 1/3

www.datastampa.it

#### RSALUTE

## Bioingegneria. Una tecnica semplice

ed economica che opera sul Dna. Ecambia i caratteri

degli animali. A Londra vogliono usarla sui nostri embrioni

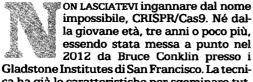
# Le forbici sul genoma

Si chiama Crispr/Cas9 e permette di

eliminare sequenze geniche responsabili

di malattie. Ma anche di tratti somatici

#### PIETRO GRECO



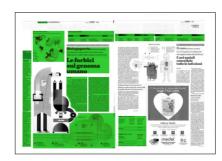
ca ha già le caratteristiche per sgominare tutte le altre. Per il semplice motivo che, come scrive Nature, è economica, veloce e facile da usare. Eppure è già al centro di polemiche al calor bianco. Perché permetterebbe di riscrivere l'uomo modificando a piacere il suo Dna. E non è uno spauracchio peregrino perché un'équipe di bioingegneri cinesi ha già manipolato embrioni umani proprio con la Crispr, suscitando un mare di proteste. I cinesi non badano alla

bioetica, si è subito detto. Ma, qualche settimana fa, è stato un gruppo di scienziati del Francis Crick Institute di Londra a chiedere alla Human Fertilization and Embriology Authority di poter sperimentare la Crispr su un embrione umano «a scopo di ricerca», hanno precisato.

In attesa che l'Authority si pronunci, vale la pena di capire cos'è il "taglia e cuci genetico" che sta eccitando la comunità scientifica. Cominciando col dire che Bruce Conklin non ha creato la tecnica dal nul-

la. Ma ha utilizzato un metodo inventato dai batteri fin dalla notte dei tempi per difendersi da virus e da materiale genetico "alieno" pericoloso. Si tratta di sequenze geniche che si ripetono, le Clustered Regularly Interspaced Palindromic Repeats (CRISPR) cui sono associati dei geni, i cas (CRISPR associated) che codificano per enzimi capaci di tagliare il DNA nei punti giusti, eliminare le sequenze indesiderate e eventualmente sostituirle con quelle volute. Quello che ha fatto Bruce Conklin è stato di trasformare il sistema, con opportuni accorgimenti, in una "forbice universale" in grado di lavorare bene in ogni ambiente cellulare, compreso quello degli eucarioti e di quegli eucarioti che noi consideriamo i più speciali fra tutti:

Questo "taglia e cuci" può essere utilizzato proprio come fanno i batteri: espellere con grande precisione ed efficacia i tratti di Dna deteriorati, malati o comunque indesiderati, e sostituirli con tratti integri, sani o comunque desiderati. La tecnica funziona bene su piante, topi e cellule umane adulte. Come su maiali e scimmie, così simili a noi. E non c'è voluto molto al genetista cinese Junjiu Huang, in forze all'università Sun Yat-sen di Guangzhou, di saltare a mettere le mani sull'uomo. Con quindici suoi collaboratori nel marzo scorso ha annunciato di aver utilizzato la tecnica CRISPR/Cas9 su embrioni umani per verificare se è efficace nella terapia genica della beta-talassemia. In pratica Huang e i suoi hanno utilizzato 86 zigoti nel tentativo di eliminare le mutazioni del gene HBB che causano la malattia. Nella prospettiva di curare fin dall'inizio, nella linea germinale, la diffusa patologia. Ma il lavoro viene subito rifiutato da riviste prestigiose, come Nature e Science, per il semplice motivo che la comunità scientifica internazionale considera sbagliato e in ogni caso prematuro correggere i di-





## la Repubblica

17-NOV-2015 da pag. 42 foglio 2/3

Dir. Resp.: Ezio Mauro www.datastampa.it

fetti genetici nelle linee germinali, perché ogni eventuale errore si trasmette di genitore in figlio. Per nulla scoraggiato Huang tenta con una rivista cinese, Protein & Cell, che glielo pubblica in due giorni. E noi apprendiamo

che su 86 embrioni manipolati, 15 non sono sopravvissuti; che solo su 28 le mutazioni indesiderate del gene della betatalassemia erano state eliminate e che solo in 4 zigoti era stato sostituito l'intero gene. Inoltre CRI-SPR/Cas9 aveva tagliato e cucito

in una quantità di luoghi diversi dal gene responsabile della malattia, in maniera del tutto indesiderata e potenzialmente molto dannosa. Quindi né il genetista di Guangzhou né alcun altro nella comunità scientifica hanno la più pallida idea di cos'altro abbia combinato il taglia e cuci su quegli embrioni.

Insomma, l'esperienza di Huang è stata così negativa in ogni suo aspetto da suscitare reazioni veementi. Compresa una richiesta di moratoria sull'uso in medicina della CRISPR/Cas9 firmata, tra gli altri, da David Baltimore, premio Nobel e già presidente dell'Associazione Americana per l'Avanzamento delle Scienze (AAAS), la più grande società scientifica al mondo, editrice della rivista Science.

Ancora una volta ci troviamo di fronte a un bivio sulla strada dell'innovazione. Ed è tra i più importanti. Proprio perché la CRI-SPR/Cas9 è così economica, veloce e facile da usare da consentire di riscrivere a piacimento il Dna di piante, animali e uomini. È debellare, tra l'altro, odiose malattie. Certo, molto c'è ancora da imparare. Se la richiesta del Francis Crick Institute sarà accettata si potrà cominciare a capire come lavora la tecnica sul materiale umano. Un primo passo, ma è bene che dei limiti sul suo uso ci siano. Per esempio è bene consolidare il bando sul suo utilizzo su cellule della linea germinale umana.

GRIPRODUZIONE RISERVATA

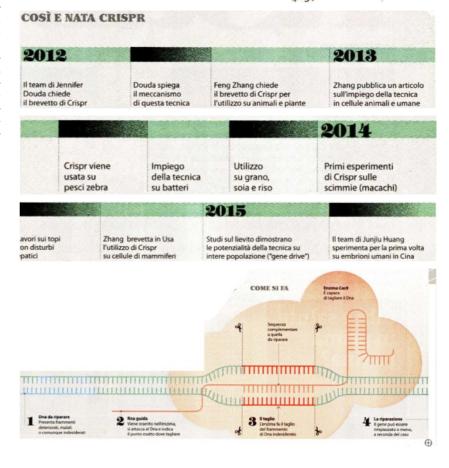


#### "Nessuna censura"

«Non demonizziamo questa tecnologia. Non ripetiamo errori già commessi in passato. È già molto utilizzata in laboratori di tutto il mondo per studi importanti, sul cancro o sulla terapia genica o nelle biotecnologie agrarie». Chi parla è Carlo Alberto Redi,

professore dell'università di Pavia e membro dell'Accademia dei Lincei. Che, a chi ha chiesto una moratoria sulla Crispr parlando di rischio eugenetica, risponde: «La storia dice che non è concepibile una moratoria perché non è attuabile. Gli scienziati sono responsabilmente impegnati ad assicurarsi che le ricerche impieghino cellule che non saranno mai sviluppate oltre i primi stadi e mai impiantate in madri surrogate». A molti resta però il dubbio che possano esserci usi sbagliati, e che per questo si debba fare qualcosa. Certo che sì, risponde Redi, ma «la storia insegna che ben più efficace della censura sono le

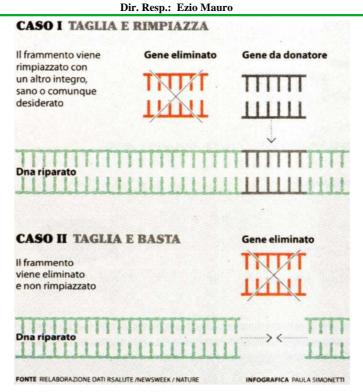
campagne per spiegare le possibilità offerte da una nuova tecnica. Molto meglio della moratoria totale è chiamare da subito filosofi, giuristi, psicologi, economisti a dare il proprio contributo a togliere le nebbie che offuscano la ragione e fanno vivere nella paura di mondi che non esistono, quelli dei cattivi scienziati. Una nuova tecnica potente come CRISPR/Cas9 riempie il bicchiere a metà. L'altra metà dobbiamo riempirla noi, chiedendo norme capaci di evitare derive non accettabili e lavorare ciascuno per una società democratica della conoscenza. Che chiede un esercizio di cittadinanza scientifica alla quale siamo chiamati tutti». (p.g.)



## la Repubblica

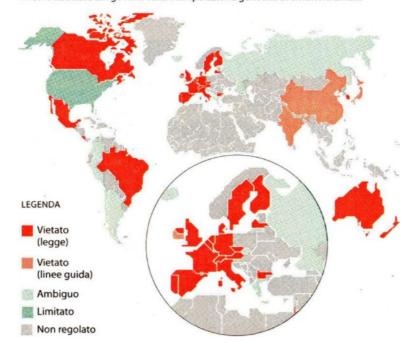
Mouro

17-NOV-2015 da pag. 42 foglio 3/3 www.datastampa.it



#### SI PUÒ O NON SI PUÒ

Misure adottate dai governi sulla manipolazione genetica di embrioni umani





## la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

17-NOV-2015 da pag. 46 foglio 1/3 www.datastampa.it

#### RSALUTE

## Infezioni. Sono 260 i virus colpevoli di mal di gola, occhi rossi, tosse

Per batterli bastano le difese immunitarie. Ma abbondano i prodotti

contro i sintomi, spray e aspirine, cortisone e antistaminici. Ecco quali servono

# cesso ai farn

Attenzione ai principi

attivi che lavorano

sul sistema nervoso

LETIZIA GABAGLIO

ASO CHIUSO, MAL di gola, occhi irritati, mal di testa tosse e dolori articolari. È il raffreddore, come ogni inverno. E anche que-

st'anno più di 10 milioni di italiani devono fare i conti con le infezioni causate dagli oltre 260 tipi di virus che, grazie alle basse temperature e al fatto che si passa molto più tempo in luoghi chiusi caldi e umidi, trovano terreno fertile per la loro azione. Intendiamoci, il raffreddore non è certo una condizione grave e, lasciati trascorrere al massimo 15 giorni, passa naturalmente. Ma, mentre il sistema immunitario fa fuori il virus di turno, noi ne subiamo i sintomi, talvolta invalidanti, con crescente impazienza. Perché per questo tipo di infezioni, la maggior parte delle quali causate da rhinovirus, non c'è cura. Si può solo cercare di rendere sopportabile il decorso naturale. Anche se gli esperti sottolineano che sarebbe bene non sopprimere i sintomi perché sono la reazione del sistema immunitario che combatte gli agenti vi-

Eppure, e spesso per poter fare la nostra vita normale nonostante un raffreddore pesante, ricorriamo ogni anno a rimedi e farmaci, spray, pasticche e caramelle medicate; anche se poi non è mai chiaro se a rimetterci in sesto sia stata l'azione del sistema immunitario di giorno in giorno oppure le sostanze che inghiottiamo, spesso pagandole di tasca nostra perché molte non sono coperte dal Servizio sanitario nazionale.

A far luce sui mille rimedi che in questa stagione appaiono sugli scaffali, delle farmacie ma ormai anche nella grande distribuzione, è stata la Cochrane Collaboration, un network di ricercatori indipendenti che promuove la medicina basata sulle evidenze scientifiche. Che a proposito dei farmaci più diffusi, gli antinfiammatori non steroidei, i cosiddetti FANS, sentenzia: riescono a dare qualche sollievo contro i dolori muscolari, il mal di testa o il mal d'orecchio, e quelli che hanno anche azione antipiretica abbassano effettivamente la febbre, ma non c'è dimostrazione che migliorino l'andamento del raffreddore, che diminuiscano la tosse o facciano gocciolare di meno il naso. Lo dimostra un'analisi di studi condotti su oltre mille persone nel mondo che ha messo a confronto questi medicinali con il placebo.

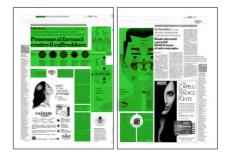
Un'altra revisione, questa volta dei dati provenienti da 27 studi clinici che hanno coinvolto in tutto più di 5mila persone, mostra per esempio che i mix a base di antistaminici, decongestionanti e analgesici che hanno fra le indicazioni proprio i sintomi influenzali, qualche effetto sugli adulti ce l'hanno, ma non sui bambini. Spesso però causano insonnia, vertigini e secchezza delle fauci, effetti che per alcuni potrebbero essere troppo fastidiosi. Insomma, bisogna valutare se il gioco valga la candela.

Fra i diversi sintomi del raffreddamento, la tosse rimane uno dei più fastidiosi, contro cui gli sciroppi sono sempre stati il rimedio più gettonato. E i prodotti a disposizione sono molti: tosse secca, tosse grassa... Purtroppo però la scienza ci dice che c'è poco da fare. O meglio, che non ci sono prove conclusive né a favore né contro il loro utilizzo. «La tosse è una risposta del nostro organismo che si vuole liberare del muco e dei patogeni - spiega Fabrizio Pregliasco, ricercatore del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università degli Studi di Milano - quindi non dobbiamo sopprimerla del tutto. Soprattutto dobbiamo stare attenti con i farmaci che agiscono a livello del sistema nervoso centrale per sedare lo stimolo della tosse. Sono medicinali

complessi che vanno presi con cautela perché possono avere effetti collaterali importanti. Per questo non vanno bene per i bambi-

E contro il naso chiuso? Una cosa è certa, gli spray nasali a base di cortisone non servono. «Se vogliamo decongestionare le vie aeree possiamo usare anche i fumenti - ag-

giunge il ricercatore-in questo modo aumentiamo la produzione di muco che viene espulso migliorando le condizioni». Infine, estrema cautela deve essere usata con i fluidificanti a base di acetilcisteina e carbocisteina. soprattutto nei bambini con meno di due anni di età. Secondo gli esperti della Cochrane si possono usare solo in caso di infezioni respiratorie acute; altrimenti il rischio degli effetti collaterali è superiore al beneficio che se ne può ricavare.



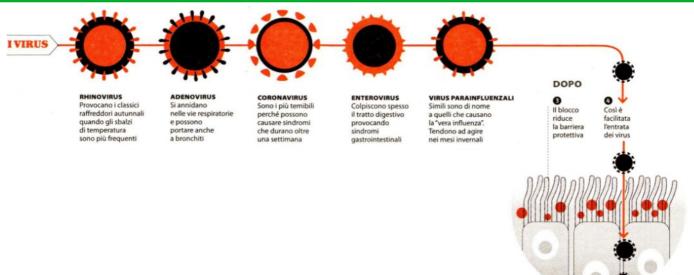


## la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

17-NOV-2015 da pag. 46

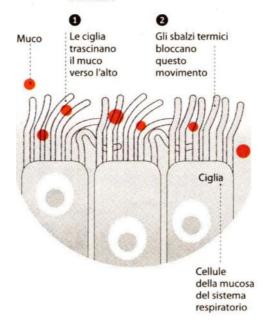
foglio 2 / 3 www.datastampa.it





#### IL MECCANISMO

#### PRIMA

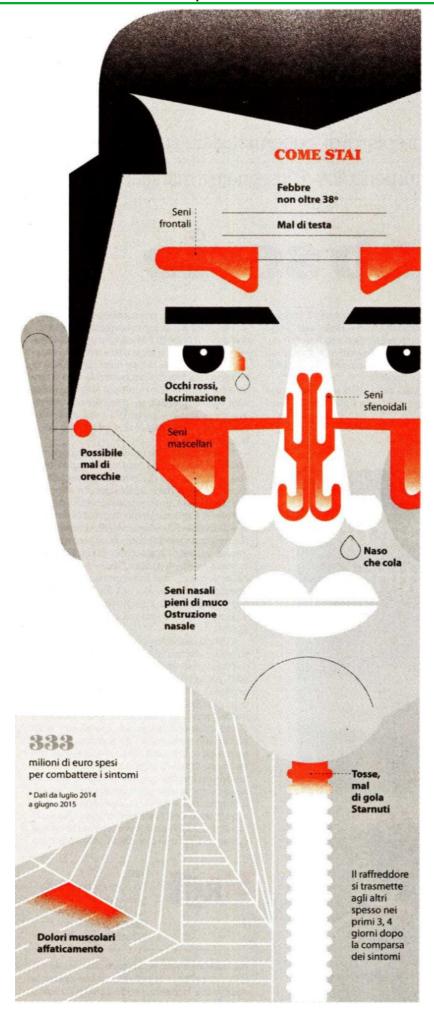




## la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

17-NOV-2015 da pag. 46 foglio 3/3 www.datastampa.it





Quotidiano - Ed. nazionale

foglio 1/2 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Ezio Mauro

## RSALUTE

## Farmaci. Funzionano. Non solo nelle

prove sperimentali. Ma anche nella vita vera dei malati Promossi i proiettili bomba contro il nemico del fegato

## patite C ltimo atto Ed è real

Negli studi i pazienti sono

selezionati. E molto attenti. Poi

nella realtà le cose cambiano

DAL NOSTRO INVIATO ARNALDO D'AMICO

> SAN FRANCISCO L'ULTIMO esame che un farmaco deve affrontare, soprattutto se è un antibiotico o un antivirale. Si chiama "real life" o "real world", vita o mondo reale. Superate tutte le prove che comporta

il lungo percorso di sperimentazione clinica che consente la messa in vendita di un medicinale, questo poi è bene che venga verificato anche sul campo, nell'uso quotidiano. Specie se, come nel caso degli antivirali contro l'epatite C, costano sino a 80 mila euro a trattamento. Non a caso sono molte le indagini di questo tipo - anche italiane presentate a San Francisco, al congresso dell'American Association for the Study of Liver Disease (Aasld 2015), summit mondiale sulla malattie del fegato di cui l'epatite C è la patologia più diffusa e pesante per vite perse e di costi.

«Una verifica necessaria perché le percentuali di guarigione raggiunte in uno studio clinico possono beneficiare della condizione "artificiale" di questa modalità di sperimentazione. Non è raro che un antivirale "promosso" dai trial clinici con il 90 per cento di guarigioni, nel real life scenda al 65», spiega Massimo Andreoni, presidente della Società italiana malattie Infettive e direttore di Malattie Infettive all'università Tor Vergata di Roma, qui rappresentata da una delegazione. «Negli studi clinici i malati sono selezionati secondo criteri rigorosi: hanno solo la patologia per la quale è indicato il farmaco e, in genere, allo stesso livello di gravità, sono quelli più attenti e

scrupolosi nel seguire la cura e più volte a settimana sono controllati con analisi, visite e questionari sugli effetti collaterali. Tutto ciò, infine, li rende più consapevoli del vivere un percorso terapeutico e quindi sono ancora più attenti dei comuni malati nel seguire la cura».

Negli studi real life invece, i malati sono quelli di un qualunque ospedale o ambulatorio, spesso hanno altre patologie in corso che possono interferire con quella per cui sono curati, direttamente o attraverso le interazioni con i relativi farmaci, e tra di loro ci sono anche quelli distratti che saltano la cura per qualche giorno. Una dimenticanza che, in particolare nelle terapie antibiotiche ed ancora di più in quelle antivirali, può far fallire la cura, specie se si saltano le prime pillole del ciclo terapeutico.

«Nel nostro real life abbiamo trattato malati di epatite C ma coinfettati dal virus dell'Aids, come spesso capita nella pratica quotidiana - dice Andreoni - ben 211 i soggetti seguiti, la casistica di questo tipo più ampia al mondo sinora. In quattro malati su dieci i farmaci antiepatite di Abbvie e quelli contro il virus dell'Aids sono entrati in conflitto, costringendoci a cambiare questi ultimi. Ebbene il virus dell'epatite C è scomparso nel 99% dei malati, quanto nei trial clinici. Inoltre si è avuto anche un potenziamento degli anti-Hiv che hanno spento completamente quello stato infiammatorio che innesca le complicanze mortali dell'Aids».

Sempre con gli stessi anti-epatite C il real life ancora in corso in Polonia di cui sono stati diffusi i dati relativi a 40 pazienti su 186. «Virus scomparso nel 98 per cento dei malati - spiega Robert Flisiak, direttore malattie infettive, Università di Bialystock, Polonia. Con farmaci di Gilead invece due real life italiani cofirmati dall'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) che hanno dato ottimi risultati in malati cirrotici in lista d'attesa per il trapianto di fegato e in trapiantati reinfettati.

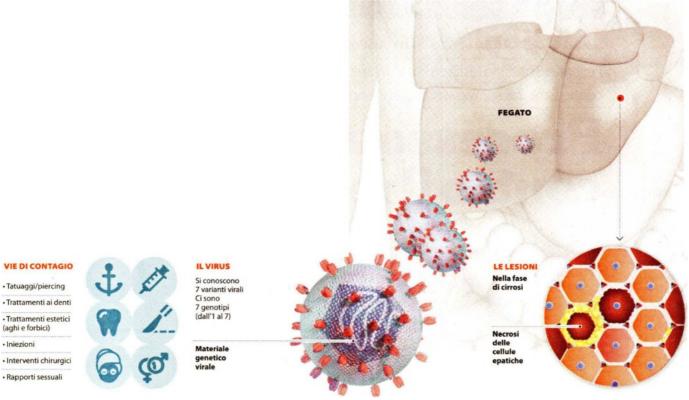


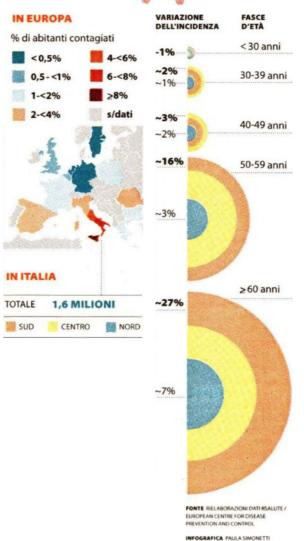


## la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

17-NOV-2015 da pag. 45 foglio 2 / 2 www.datastampa.it







Tiratura: n.d. Diffusione 10/2015: 11.265 Lettori Ed. II 2014: 45.000

Quotidiano - Ed. Bologna

17-NOV-2015 da pag. 11 foglio 1 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Enrico Franco

# 'era dei **nuovi farmaci** È la rivoluzione terapeutica per i malati di **cuore**

Sono i Nao, nuovi anticoagulanti orali, e si prendono a dose fissa Destinati a 20.000 bolognesi in cura nei vari centri cardiologici



Il primario Questi nuovi medicinali sono indicati per chi soffre di fibrillazione atriale e per chi ha trombosi venose

È una rivoluzione terapeutica quella che sta avvenendo, anche a Bologna, per i pazienti con malattie cardiache costretti a seguire la terapia con anticoagulanti orali. Da 60 anni la strada era unica e aveva un nome ben noto a chi è in cura (e ai loro famigliari): coumadin, un farmaco efficace ma con qualche inconveniente. Poi da giugno 2013 anche a Bologna sono arrivati i Nao, i nuovi anticoagulanti orali.

Sono circa 20.000 i pazienti seguiti a Bologna dalla rete BoNTao, Bologna Network Terapia anticoagulante orale, formati dai centri delle Cardiologie degli ospedali Maggiore, Sant'Orsola, Bellaria, Bentivoglio, dall'Angiologia del Sant'Orsola e dalle Medicine degli ospedali della provincia. A questi si aggiungono quelli che sono seguiti dal proprio medico. Si tratta di pazienti che hanno tre patologie: per il 60% soffrono di fibrillazione atriale, per un 20% hanno protesi valvolari cardiache e per il restante 20% hanno problemi di tromboembolismo venoso. «Sono pazienti che prendono il coumadin, molto efficace ma con l'inconveniente di dover aggiustare le dosi quotidianamente in base alla coagulazione del sangue — spiega Giuseppe Di Pasquale, primario della Cardiologia e direttore del dipartimento Medico dell'Ausl —. Questo fino a due anni fa quando sono arrivati i Nao, i nuovi anticoagulanti orali». Sono tre, il dabigatran, il rivaroxaban e l'apixaban (e presto ne arriverà un quarto), considerati la più grande innovazione terapeutica in cardiologia negli ultimi 10 anni.

«Ha un grande vantaggio prosegue Di Pasquale —, vengono presi a dose fissa, giornaliera, e non richiedono controlli periodici della coagulazione. In questo momento sono indicati per la fibrillazione atriale e per chi ha trombosi venose. Non vanno invece bene per chi ha protesi valvolari». Sono farmaci più maneggevoli e sicuri, in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti, non richiedono controlli ematici, sono somministrati a dosaggio fisso, hanno scarsissima probabilità di interazioni con alimenti e altri farmaci, presentano un ridotto rischio di emorragie cerebrali rispetto alla terapia tradizionale. ma non sono per tutti. «I pazienti con un controllo buono della coagulazione nella maggior parte continuano a prendere il vecchio farmaco — spiega Di Pasquale —, si tratta di pazienti stabili che fanno un prelievo del sangue al mese. Quelli con problemi logistici o instabili, che a volte hanno il sangue troppo scoagulato e a volte poco, sono passati ai Nao. L'efficacia del trattamento è sovrapponibile alla vecchia terapia e dà meno emorragie». C'è un problema di costi, il Coumadin costa 7 centesimi al giorno, i Nao due euro al giorno. «C'è un impatto di spesa sul servizio sanitario nazionale -- conclude Di Pasquale —, però si risparmia per i prelievi, per i costi legati ai trasporti, per gli infermieri dedicati ai prelievi. E ci sono meno ricoveri per emorragie. È stato prodotto un documento regionale in cui si identificano i criteri in base ai quali indirizzare prioritariamente i pazienti verso i nuovi farmaci».

#### **Marina Amaduzzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Tiratura 06/2015: 40 Diffusione: n.d. Lettori: n.d.

Settimanale - Ed. nazionale

18 Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-NOV-2015 da pag. 2

foglio 1 / 2 www.datastampa.it

#### IL CANTIERE DELLA STABILITÀ

## Soldi, farmaci e personale: quei lavori in corso sulla manovra

A oggi, dei tavoli su spesa farmaci e costi standard annunciati in clima di disgelo da Governo e Regioni, non c'è traccia concreta. Le partite sui principali temi caldi per la sanità si rflettono, piuttosto, negli emendamenti presentati dai gruppi parlamentari e in quelli del Governo, in via di confezionamento al momento in cui si va in stampa. Anche se solo in parte coincideranno con le richieste forti elaborate dalla commissione Igiene e Sanità. A partire dalla previsione di un importo di 500 milioni, extra Fondo sanitario, per finanziare la priorità farmaci innovativi. L'idea di base prevede un piano annuale, affidato a una strategia Regioni-Salute, in cui Aifa dovrebbe essere coinvolta. Al contrario, appare più come una provocazione volta a mantenere i riflettori accesi sulle risorse, la proposta della sinistra Dem di procacciare 1,5 miliardi al capitolo sanità, recuperandoli da eventuali minori risparmi sulla riduzione delle tasse per la prima casa.

Intanto, la ministra Beatrice Lorenzin continua a mantenere fermo uno dei pochi cavalli di battaglia ancora in voga, del Patto per la salute. «Abbiamo l'obiettivo, come Governo e Parlamento, che le risorse assegnate alla sanità rimangano nella sanità - ha spiegato al 4° Healthcare Summit organizzato a Roma da Il Sole-24 Ore (v. pag. 4) -. Nuovi Lea e nuovo nomenclatore sono vincolati e non si discute, perché si parla della salute dei cittadini. Poi ci sono altri temi che saranno affrontati anche dopo la Stabilità. Dobbiamo capire se siamo disponibili a fare risparmi, visto che abbiamo introdotto una leva che li mantiene all'interno del sistema sanitario. Basta pensare ai risparmi che arriveranno dall'utilizzo delle centrali d'acquisto. Poi c'è il capitolo della spesa farmaceutica ospedaliera, fuori di due miliardi. E sono in arrivo farmaci innovativi che curano malattie che prima non era possibile vincere. Non possiamo permettere che ci siano pazienti di serie A o di serie B, a seconda che possano o meno permettersi di pagare personalmente le cure o risiedano in regioni che ne coprono l'erogazione. Per questo abbiamo attivato il tavolo per la nuova governance del farmaco. L'altro tema ineludibile è quello del personale sanitario, su cui dobbiamo trovare fondi anche per applicare la direttiva sui riposi». Poi, un accenno ai fondi integrativi: «Saranno sicuramente un supporto importante nella formazione della spesa pubblica ma anche nella loro integrazione con il sistema pubblico - ha proseguito Lorenzin - Il lavoro è avanzato e quando saremo pronti lo condivideremo con tutti gli stakeholder. Abbiamo pensato a fondi aperti, anche per chi non appartiene a determinate categorie professionali».

A rilanciare il Ssn puro, intanto, pensano i senatori della commissione Îgiene e Sanità. «Al momento - spiega Nerina Dirindin nel riepilogare gli emendamenti salienti - abbiamo evitato di stressare troppo il tasto risorse, considerando che con ogni probabilità i giochi si definiranno alla Camera. In questo momento era importante sollecitare l'impegno politico del ministero. La partita farmaci innovativi è emblematica: basti pensare che non sappiamo ancora quanto dei 500 milioni del 2015 siano stati spesi dalle Regioni. Servono, su questo come su altri temi, un monitoraggio e una programmazione che consentano di allocare al meglio i fondi».

Ma l'attenzione dei senatori, così come dei medici, non si ferma qui. Tra gli emendamenti spiccano paletti precisi alla norma sull'incorporazione Università-Asl: da una parte, il vincolo del pareggio di bilancio nei due anni precedenti la nascita del "centauro" e, dall'altra, la norma secondo cui un rettore non possa avere voce decisiva ma vada soltanto "sentito" sulle scelte cruciali dell'azienda.

Poi, c'è la patata bollente del personale, tra direttiva orari di lavoro e trattamento accessorio, più la proposta, sempre dei senatori, di reinternalizzare servizi esternalizzati purché si dimostri di ottenere delle economie.

Temi che interessano molto da vicino i camici bianchi, sempre più in polemica con i governatori: «Gli emendamenti delle Regioni alla Stabilità - attaccano dall'Intersindacale confermano un distacco preoccupante dalla vita reale. Continua l'ossessione di tagliare i fondi contrattuali del personale, addirittura attaccando quelli del 1993, da decurtare del 30%. Ed emerge, attraverso il raddoppio del finanziamento alla Sisac, la voglia di premiare le tecnostrutture, a scapito, però delle disponibilità finanziarie del Ssn. Curioso che si adoperino a depauperare il Fsn coloro che sono i primi a lamentarsi con il Governo della sua esiguità. Mentre invece, per ridurre i costi, e favorire sinergia e dialettica tra contratti e convenzioni, contribuendo all'armonizzazione funzionale e professionale dei diversi settori del Ŝsn, sarebbe forse più coerente pensare di affidare a chi si occupa già dei contratti dei dipendenti del Ssn, anche la rappresentanza per le convenzioni sanitarie. Quello che è inaccettabile, e facciamo appello al Parlamento per rimediare, è che il crepuscolo del federalismo all'italiana scarichi sulla salute, e sulle tasche dei cittadini, dei medici e dei dirigenti sanitari, le proprie inefficienze».

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Diffusione: n.d. Lettori: n.d.

Settimanale - Ed. nazionale

Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-NOV-2015 da pag. 2 foglio 2/2

www.datastampa.it

## Responsabilità, rush finale alla Affari sociali

**S** arà probabilmente questa la settimana decisiva per l'esame in commissione Affari sociali del testo unificato in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Terminato l'esame dell'articolo 7 - che definisce la responsabilità civile contrattuale ed extracontrattuale delle strutture e di medici&Co - e degli articoli aggiuntivi ad esso riferiti (tentativo obbligatorio di conciliazione e azione di rivalsa), i deputati passeranno all'esame degli ultimi tre articoli sull'obbligo di assicurazione (art. 8), sull'istituzione del Fondo di solidarietà (art. 9) e sulla nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e di parte e dei periti (art. 10).

Da parte sua, il relatore Federico Gelli (Pd) sottoli-

percorso complesso elaborando un testo soddisfacente in materia di responsabilità, conciliazione e rivalsa».

L'articolo 7-bis, lo ricordiamo, introduce il tentativo obbligatorio di conciliazione e, solo ove questa non riesca o il procedimeno non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda di risarcimento va avanti. La partecipazione all'accertamento tecnico preventivo deve coinvolgere tutte le parti. L'azione di rivalsa (art. 7-ter)della struttura nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave. In ogni caso, se il danneggiato, nel giudizio promosso contro la struttura, non avrà convenuto anche il professionista, la nea come la Commissione abbia «portato a termine un struttura potrà rivalersi solo a risarcimento avvenuto.

Gli italiani nelle Regioni in cui la Sanità è commissariata o sotto Piano di rientro

Le Regioni commissariate: Lazio, Campania, Molise, Abruzzo, Calabria

Le Regioni sotto Piano di rientro dal deficit: Piemonte, Puglia, Abruzzo

## l I I mld

Il finanziamento per il 2016 al Ssn

## 2,I mld

La riduzione del finanziamento 20 la Rispetto alla previsione del De e dell'intesa con le Regioni

## 10,7 mld

Il disavanzo totale dal 2010 al 20

## 1,29 mld

Il deficit totale nel 2014 Il 50 per cento in meno

La percentuale del deficit del Lazio nel 2014 rispetto al deficit totale



Diffusione: n.d. Lettori: n.d.

Settimanale - Ed. nazionale

## 1 Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-NOV-2015 da pag. 4 foglio 1/2 www.datastampa.it

All'Healthcare summit de II Sole 24 Ore l'industria chiede certezze sugli investimenti

# «Così si salva l'innovazione»

## Lorenzin: «Italia accogliente: ecco il piano industriale per la filiera salute»

na strategia industriale per rendere l'Italia più attrattiva sul terreno degli investimenti in innovazione da parte delle imprese della filiera della salute, dal farmaco al biomedicale. L'ha lanciata la ministra della Salute Beatrice Loirenzin dal 4° Healthcare summit de Il Sole 24 Ore che si è svolto la scorsa settimana a Roma. Un appuntamento centrato quest'anno sui nuovi modelli del sistema sanità tra sostenibilità, digitalizzazione e innovazione. «Alle industrie chiedo di restare in Italia ha detto la ministra - e di fare grandi investimenti. Semplificheremo le norme, daremo certezza sulla programmazione del mercato interno e offriremo un terreno fertile per gli investitori». Un annuncio che Lorenzin ha fatto a nome del Governo e che apre le porte del Ssn all'industria della Salute. Le imprese apprezzano ma con qualche perplessità. Farmindustria lamenta il mega taglio da pay back - 1,4 miliardi solo nel 2016 - che rappresenta di fatto una tassa aggiuntiva. Mentre Assobiomedica contesta la «centralizzazione massiccia» degli acquisti e le gare al massimo ribasso, che mettono a

rischio la qualità dei prodotti e e delle cure. Insomma: il Governo rilancia e le imprese chiedono certezze, o l'innovazione, vitale per lo stesso sistema sanitario nazionale pubblico, resterà una chimera.

Ma la ministra rassicura il settore: «Oltre a essere il secondo hub d'Europa - sottolinea - l'Italia resta un territorio molto accogliente, non solo per come è fatto il nostro sistema sanitario ma anche per il nostro sistema di formazione». Per la ministra Lorenzin le condizioni in Italia sono quindi favorevoli. «Dopo tanti anni in cui questo settore è stato demonizzato, ora abbiamo una strategia industriale nel biomedicale e un dialogo trasparente e rigoroso. Con regole certe per le imprese della salute». Ma l'industria resta guardinga, anche perché sono ancora aperte le ferite di una spending review che ha inciso pesantemente sul settore, come ricordato dall'ultimo Report dell'Ocse (si veda «Il Sole 24 Ore Sanità» n. 41/2015). «I dati ha detto Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria - dimostrano che rispetto ad altri comparti la spesa farmaceutica in Italia è già sottofinanziata. La

spesa procapite è più bassa del 30% rispetto ai grandi partner comunitari. I prezzi dei farmaci sono più bassi che nel resto d'Europa. In calo del 32% tra il 2001 e il 2014 contro il -15% nei Big Ue». E solo per il 2016, ricorda Scaccabarozzi, il ripiano totale a carico delle aziende del "rosso" sulla spesa farmaceutica ospedaliera in eccesso sarà pari a 1,4 miliardi. «Una cifra che viene restituita allo Stato dalle imprese - attacca - e che sarebbe meglio reinvestire ad esempio per finanziare l'accesso ai farmaci innovativi, invece di essere usata dalle regioni per ripianare i bilanci». La proposta è di una riorganizzazione della governance che dovrebbe basarsi sul mantenimento e il rafforzamento del fondo per gli innovativi, con un fondo unico per tutta l'assistenza ospedaliera, rimuovendo il tetto e il relativo meccanismo di ripiano, senza soglie di prodotto o regionali. Punta il dito contro i danni da "centralizzazione degli acquisti", invece, Luigi Boggio, presidente di Assobiomedica. «Le gare centralizzate possono portare risparmi, ma non è possibile standardizzare 800mila dispositivi. Il rischio è di sa-

crificare la qualità. A livello locale le basi d'asta sono bassissime e non contemplano l'innovazione. Senza contare che anche i dispositivi ora avranno a che fare con il pay back». Come sanno bene le imprese del device che operano in Italia. C'è «il rischio di una "cinesizzazione" del Ssn», secondo Luciano Frattini, ad di Medtronic Italia. «I medici stanno già risentendo delle conseguenze del processo aggiunge - e vanno corrette le procedure d'acquisto inserendo qualità e sicurezza dei pazienti». Un leit motiv condiviso da Stefano Folli, ceo di Philips Italia, Israele e Grecia, che oltre all'elettronica di consumo punta forte sull'health technology: «L'Italia è un Paese dove concretizzare la sfida della telemedicina. L'innovazione è il futuro e la vera scommessa per la sostenibilità. Il processo si è attivato, il 72% delle aziende sanitarie hanno investito in servizi digitali al cittadino. È il primo passo. Ora si deve puntare sempre più sull'assistenza sanitaria "da remoto". Solo così faremo Sanità 2.0».

> Rosanna Magnano Roberto Turno

> > © RIPRODUZIONE RISERVATA





Settimanale - Ed. nazionale

Diffusione: n.d. Lettori: n.d. nertificati II Sole 24 OR

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

Sanità

17-NOV-2015 da pag. 4

foglio 2 / 2 www.datastampa.it

## Marroni (Consip): «Buoni prezzi ma con qualità»

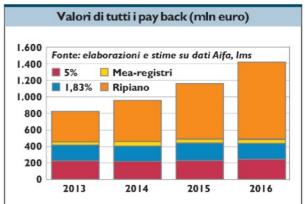
Q uella della centralizzazione degli acquisti è una riforma molto complessa che in sanità di fatto sta appena muovendo i primi passi. Lo sostiene l'ad di Consip, **Luigi Marroni**, che al 4° Health summit de «Il Sole 24 Ore» non nega i rischi di burocratizzare le gare o di acquistare poca qualità. Ma precisa che in realtà gran parte degli acquisti in sanità è gestita in sede locale da migliaia di stazioni appaltanti e che al momento su 29 miliardi di acquisti di beni e servizi in sanità, Consip ne intercetta solo tre e le centrali regionali 7,5. «Il sitema degli acquisti -spiega

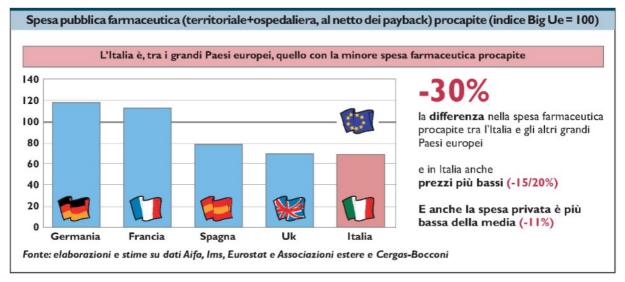
Marroni - è diosorganizzato e ci sono molte difformità tra le varie regioni. La massificazione è ancora di là da venire, e in ogni caso le centrali d'acquisto devono espandersi ma anche aprirsi, dialogando con i produttori, con le strutture acquirenti e con le società scientifiche, per essere elementi di facilitazione e non di ostacolo». Va sempre trovato quindi il giusto punto di equilibrio. «Ad esempio - continua Marroni - senza stabilire lotti troppo grandi, per lasciare spazio alla concorrenza e alle piccole e medie imprese e non creare posizioni di monopolio, cercando di

spuntare buoni prezzi ma salvaguardando la qualità»

La priorità è quella di non acquistare «fondi di magazzino» e di trovare nuove modalità che consentano di premiare gli elementi innovativi dei prodotti. È su questo fronte sono in arrivo delle novità: «Stiamo preparando un piano industriale specifico e puntiamo a diventare gli aggregatori anche dell'offerta, non solo della domanda. Pensiamo, come fa la Difesa, di sostenere l'innovazione acquistando prodotti che ancora non esistono». Un investimento sul futuro, sul meglio della tecnologia.







Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificat
Tiratura 09/2015: 199.944
Diffusione 09/2015: 145.182
Lettori Ed. II 2015: 957.000

Quotidiano - Ed. nazionale

11 Sole **24 OR** 

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-NOV-2015 da pag. 52 foglio 1

www.datastampa.it

Legge Balduzzi. Depenalizzazione della diagnosi errata

## No all'omicidio colposo se il medico sbaglia «seguendo» i colleghi

#### **LA NORMA**

La colpa lieve scatta anche per addebiti diversi dall'imperizia: in questo caso l'interessato si era appiattito sull'anamnesi

#### Patrizia Maciocchi

ROMA

■ Niente omicidio colposo per il **medico a domicilio** che sbaglialadiagnosi, appiattendosi sulle conclusioni dai colleghi cheavevanoosservatoilpaziente nel corso di un ricovero. La Corte di cassazione, con la sentenza 45527, amplia il raggio d'azione della legge Balduzzi, che depenalizza la colpa medica lieve, estendendolaanche adaddebiti diversi dall'imprudenza, precisando che «pur trovando terreno d'elezione nell'ambito dell'imperizia» può essere applicata anche quando in discussione sia la diligenza.

Del principio beneficia qui un medico di continuità assistenziale (l'ex guardia medica), che, nel corso di una visita a casa non aveva inviato al pronto soccorso un paziente con dolore al torace che si irradiava al braccio. L'uomo era morto per una sindrome coronarica acuta la sera stessa. L'esito fatale non aveva impedito al Gip di assolvere il sanitario per l'assenza dell'elemento soggettivo della colpa, con la formula «perché il fatto non costituisce reato», applicando di fatto, la "legge Balduzzi" (189/2012) un mese prima della sua entrata in vigore.

Secondo il giudice per l'udienza preliminare, l'imputato si era "fidato" delle valutazioni effettuate pochi giorni prima, nel corso di un ricovero, dal quale il paziente era uscito con la diagnosi di «sospetta colica addominale».

Per i giudici di appello, che lo avevano condannato, il medico avrebbe dovuto sentirsi svincolato dai precedentigiudizi e procedere ad una autonoma valutazione dei sintomi, considerato anche che la vittima era stata dimessa contro la volontà dei sanitari e prima che fossero ultimati gli accertamenti. Ma la condanna non è abbastanza motivata.

La Cassazione sottolinea che è illogico parlare di imperizia senza tenere conto che alla base della diagnosi c'è un'attività di anamnesi che comprende lastoria clinica del paziente, precedenti ricoveri compresi. Correttamente dunque il giudice di primo grado aveva tenuto in debito conto il peso che le valutazioni dei colleghi avevano avuto nel depistare l'imputato.

La Corte d'appello ha poi sbagliato a non considerare la possibilità di applicare, la depenalizzazione Balduzzi anche quando è in discussione la diligenza e non solo l'imperizia. Il medico del servizio di continuità assistenziale, come sottolineato dalgiudice di primo grado, si era «conformato ai principi di scienza medica rapportati agli elementi e alle risorse disponibili». L'iniziativa di mandare il paziente al pronto soccorso, in presenza degli stessi sintomi, avrebbe costituito quindi «un eccesso di prudenza». Per la CassazionelaleggeBalduzzideve essere considerata uno "scudo" contro istanze punitive non giustificate da errori gravi rispetto al "sapere codificato". Ora i giudici di appello sono chiamati a rivedere il verdetto.

© RIPRODUZIONE RISERVAT





dal **1980** monitoraggio media

Tiratura 06/2015: 4
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Lettori: n.d. Settimanale - Ed. nazionale 150k240RB Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

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

Lorenzin alle imprese: «Investite in Italia». Ma la filiera chiede certezze - Il «risk» vola verso il testo finale

# La manovra balla, i Lea migliorano

## Stabilità al voto entro venerdì - Regioni in classifica: Toscana prima, Calabria ultima

armaci innovativi, Lea, piani di rientro degli ospedali, centauri università-aziende, fondi integrativi. E chi più ne ha più ne metta. Il calderone della legge di Stabilità 2016 è ormai sul fuoco, pronto a bollire quando si approderà all'aula del Senato e, soprattutto, con il passaggio alla Camera. Intanto, fervono le trattative fuori dalle aule parlamentari, tra medici sul piede di guerra contro i governatori - su orari di lavoro e retribuzione - e le stesse Regioni fotogra-

fate, quanto ad adempimenti Lea, dall'ultima classifica (sub iudice) del ministero. Prima la Toscana ultima la Calabria

Toscana, ultima la Calabria.

Intanto, al 4º Healthcare
Summit de Il Sole-24Ore si cercano soluzioni per salvare l'innovazione in Sanità. La ministra della Salute Lorenzin amnuncia una strategia industriale per la filiera salute "made in Italy". Le imprese chiedono certezze su fisco e investimenti

A PAG. 2-3 E 4

ADEMPIMENTI/ Chi sale e chi scende nel ranking dei livelli essenziali relativi al 2014

# Lea, classifica della discordia

## Toscana in pole, Calabria ultima - Ma qualche governatore contesta

rima ancora una volta la Toscana col punteggio più alto mai ottenuto, ultima la Calabria col 40% in meno di prestazioni sanitarie per quantità e per qualità erogate ai suoi cittadini. Poi sul podio Emilia Romagna e Piemonte e in fondo alla classifica ancora Campania, Molise e Lazio. Guarda caso, tutte e quattro le ultime della classe sono sotto schiaf-

fo con la sanità locale commissariata dal Governo.

Mentre infuria la battaglia sulla manovra 2016 per i tagli ad Asl e ospedali, ecco l'ultimo e più aggiornato ranking del rispetto da parte delle Regioni dell'erogazione dei Lea, i livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti uniformemente agli italiani, gratis o dietro pagamento dei ticket.

È la classifica 2014, l'ultima possibile che ogni anno si mette a punto a un apposito tavolo ministeriale. Ancora formalmente sub iudice, perché alcune Regioni hanno contestato il punteggio loro assegnato. Ma i risultati del tavolo per ora sono questi, e difficilmente si scosteranno di parecchio nel giudizio finale.

Ouel che emerge intanto è l'ennesimo e nitido check di un federalismo che ha frantumato in mille coriandoli l'universalità e il diritto alla salute. Un puzzle con centomila risvolti. Che ci dice meglio di tanti discorsi come e quanto curarsi in Toscana non sia la stessa cosa che curarsi in Calabria. O in Lombardia e in Campania. Anche perché chi ha meno cure paga di più tra ticket e tasse locali. La doppia beffa dell'Italia della salute. Anche se poi i risultati della scala Richter dell'assistenza sanitaria nel 2014 dicono che, per punteggio to-tale, solo 4 Regioni (al momento) hanno peggiorato: Calabria (4 punti in meno), Umbria (-14), Piemonte (-7, benché sia terzo), Veneto (solo -1, ma ben assestato nella graduatoria delle Regioni promosse). Le altre, la gran parte, hanno visto crescere il loro punteggio. Ma con la conferma che aree di recupero di sprechi e di migliore gestione e organizzazione, esistono ancora, eccome.

La classifica dei Lea d'altra parte valuta un'ampia griglia di prestazioni e di assistenza. Sono ben 31 indicatori raggruppati in tre grandi aree: assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza sul territo-

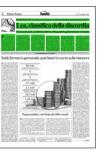
rio e assistenza ospedaliera. E cioè: liste d'attesa, ricoveri, prestazioni inappropriate, farmaci e dispositivi medici, specialistica, assistenza gli anziani, cure domiciliari, consultori, tutela degli alimenti, vaccinazioni, screening, sanità veterinaria. L'intera gama dei Lea dovuti. Che non tutte le Regioni garantiscono allo stesso modo e con eguale qualità.

Di qui la classifica elaborata al tavolo ministeriale, ora in attesa di conferma definitiva. La Toscana ha raggiunto un punteggio di 217, il più alto mai realizzato, su 225 totali, confermandosi prima e ottenendo anzi 3 punti in più che nel 2013. L'Emilia è sempre seconda e con lo stesso valore, il Piemonte terzo con 194 ma in calo di 7 punti. Nel ranking scalano posizioni in alto Liguria, Lombardia,

Basilicata, Puglia e Campania che da penultima è diventata terz'ultima. Mentre perdono posti Veneto, Marche, Umbria, Abruzzo, Lazio, Molise e Calabria. Con una differenza di ben 86 punti tra Toscana e Calabria, e 78 e 69 rispettivamente sempre tra la Cascana prima della classe e la Campania e il Molise. Un abisso di salute in più o in meno erogata agli italiani che vivono in quelle Regioni.

«Sono contento che per il secondo anno consecutivo la Toscana sia arrivata prima nella graduatoria dei Lea. Ringrazio tutti gli operatori della nostra sanità, senza trascurare che eroghiamo altri 100 mln di extra Lea», gongola il governatore Enrico Rossi per il risultato ottenuto quando assessore era Luigi Marroni, oggi ad di Consip. «La classifica - aggiunge







Diffusione: n.d.

Lettori: n.d. Settimanale - Ed. nazionale

## Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-NOV-2015 da pag. 2

foglio 2 / 2

www.datastampa.it

Rossi - certifica l'alto livello di qualità e di risposta dei nostri servizi».

Anche di qui parte ora il Governo con la manovra 2016 arrivata alle curve decisive al Senato. Tra risparmi da realizzare, tentativi di aumentare le risorse ma anche di erodere il grave gap Nord-Sud. «Il fatto che solo quattro Regioni abbiano fatto un passo indietro è segno del miglioramento e degli sforzi fatti nonostante i tagli - sostiene Francesco Ripa di Meana, presidente di Fiaso (associazione di manager del Ssn) e dg del Rizzoli di Bologna -. Ma le conseguenze dei tagli di oggi li vedremo tra 2-3 anni e ce ne vorranno altrettanti per risalire la china. La verità è che usare la sanità come un bancomat, è un rischio». (r.tu.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### Punteggio 2013 Toscana 214 Emilia Romagna 204 **Piemonte** Marche 191 190 Veneto 187 Liguria Lombardia 187 Umbria 179 Sicilia 165 Abruzzo 152 152 Lazio Basilicata 146 Molise 140

135

134

127

Calabria

Campania

Puglia

Rango	
I°	
2°	
3°	
4°	
5°	
6°	
7°	
8°	
9°	
10°	
11°	
12°	
13°	
14°	
15°	
16°	

La classifica dei Lea 2014 «sub iudice»

Punteggio 2014		
Toscana	217	
Emilia Romagna	204	
Piemonte	194	
Liguria	194	
Lombardia	193	
Marche	192	
Veneto	189	
Basilicata	177	
Sicilia	170	
Umbria	165	
Abruzzo	163	
Puglia	161	
Lazio	154	
Molise	148	
Campania	139	
Calabria	131	