ANSA

10-11-2015

http://www.ansa.it

Fumo: sostanza pericolosa in 75% e-cig, 'non in Italia'

Studio, rischio malattia polmoni;produttori, liquidi fuori Ue

Fumo: sostanza pericolosa in 75% e-cig, 'non in Italia'

Il 75% delle sigarette elettroniche 'aromatizzate' in commercio potrebbe contenere una sostanza chimica legata a una malattia dei polmoni, la bronchiolite ostruttiva. Lo afferma uno studio dell'università di Harvard pubblicato dalla rivista Environmental Health Perspectives. La sostanza pero', ha assicurato l'ANAFE-Confindustria, l'associazione che riunisce i produttori nazionali di sigarette elettroniche e liquidi da inalazione, riguarda liquidi per

sigarette elettroniche prodotti fuori dall'Italia e dall'Unione Europea.

I ricercatori hanno testato 51 tipi di sigarette o di liquidi riempitivi, scelte in base al loro 'appeal' per i più giovani.

Ognuno è stato messo in una camera stagna e collegato a un dispositivo che aspirava aria per 8 secondi. L'analisi dei prodotti della combustione ha rivelato che 39 campioni su 51 contenevano diacetile, una sostanza tossica associata alla malattia polmonare nei lavoratori esposti per lungo periodo.

Estendendo l'analisi a acetoina e pentanedione, altri due prodotti profumanti legati a malattie professionali, è emerso che almeno una delle tre sostanze era presente in 47 dei 51 campioni. "Molte delle preoccupazioni riguardo alle sigarette elettroniche sono sulla nicotina - sottolinea David Christiani, uno degli autori -, ma c'è ancora molto che non sappiamo su questi dispositivi". "I liquidi prodotti nel continente sono sottoposti a controlli ed analisi stringenti, ed in particolare quelli italiani non solo rispettano tutte le norme, ma presentano valori sul contenuto enormemente inferiori alle soglie massime previste dalle regole UE in vigore", replica ANAFE-Confindustria, riaffermando il totale rispetto della normativa e degli standard riconosciuti e condivisi a livello italiano ed europeo, e dichiarandosi anche favorevole all'intensificazione dei controlli sui liquidi per sigarette elettroniche e sulle sostanze che li compongo prima della loro immissione nel mercato nazionale.

quotidianosanità.it

Mercoledì 09 DICEMBRE 2015

Stabilità. Pronto l'emendamento del Governo: arrivano 6.000 assunzioni. Si pagheranno con 320 mln di risparmi sulla medicina difensiva

In tutto 3.000 medici e 3.000 infermieri. Per il 50% saranno nuove assunzioni per il resto si tratterà di stabilizzazioni. Già da gennaio le Regioni potranno avviare le assunzioni a tempo determinato con la formula del 3 più 3. Da febbraio le amministrazioni territoriali dovranno presentare al Governo il fabbisogno di operatori per le proprie aziende. I bandi per le assunzioni a tempo indeterminato partiranno da marzo

Dopo l'approvazione da parte delle Regioni, la scorsa settimana, nel corso di un incontro con il Governo, è atteso per stasera il via libera da parte del Ministero dell'Economia e Finanze all'inserimento nella legge di stabilità di alcune norme del disegno di legge Gelli sulla responsabilità professionale. Dovrebbero essere dunque inserite, in un emendamento governativo che verrà depositato probabilmente giá domani in commissione Bilancio alla Camera, tutte quelle norme del ddl che potranno avere una ricaduta economica in termini di risparmio per il Servizio sanitario grazie alla riduzione delle pratiche di medicina difensiva, che vuol dire meno esami diagnostici, meno farmaci, meno prestazioni mediche e sanitarie non necessarie insomma.

In questo modo si conta di poter ottenere risparmi per circa 300 mln utili all'assunzione di 6000 nuove unità di personale sanitario. Le aziende sanitarie potranno così assumere 3000 medici e 3000 infermieri. Per il 50% saranno nuove assunzioni mentre per l'altra metà si tratterà di stabilizzazioni di personale precario. Il testo dell'emendamento attualmente all'esame dal Mef disopne che le Regioni, già da gennaio, potranno assumere personale a tempo determinato con la formula del 3 più 3 in modo da poter garantire i turni di riposo previsti dalla direttiva europea sugli orari di lavoro. Entro febbraio, poi, ogni Regione dovrà presentare al Governo il fabbisogno di operatori necessario per le proprie aziende. Infine, già da marzo 2016, potrebbero essere avviati i bandi dei concorsi straordinari per le assunzioni a tempo indeterminato.

E le restanti norme sulla responsabilità professionale? Nei prossimi giorni sono attesi i pareri delle commissioni della Camera. L'esame da parte dell'Aula è stato calendarizzato al 15 dicembre, quindi il provvedimento verrà discusso subito dopo l'approvazione della legge di stabilità. Rassicurazioni sull'approvazione anche delle restanti norme del ddl sono arrivate dallo stesso relatore del provvedimento in commissione Affari Sociali, F**ederico Gelli (Pd):** "Il processo non si ferma con l'inserimento di alcune norme in stabilità. Si manterrà fede all'impegno di proseguire l'esame fino all'approvazione delle parti residuali del provvedimento, in modo da portare a compemimento l'intero lavoro fatto in commissione in tutti questi mesi. L'ultima parola spetta dunque al Parlamento. Qui ci sarà spazio per le ultime integrazioni e limature del testo prima della sua approvazione".

Giovanni Rodriquez

10 dicembre 2015
NUMERO 198 | ANNO 9

adnkronos salute

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Rasi (Ema), impegno per contribuire a ridurre costi

Prima conferenza stampa dopo la rielezione a capo dell'Agenzia europea

"La sostenibilità dei servizi sanitari europei è a rischio crescente. La questione del costo dei farmaci non ci riguarda direttamente, ma dobbiamo contribuire ad abbassare il costo delle nuove terapie". A dirlo Guido Rasi, direttore esecutivo dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema), che ha tenuto una conferenza stampa virtuale, la prima dopo il suo ritorno a capo dell'ente regolatorio. Rasi ha tracciato una 'roadmap' del lavoro che l'Ema dovrà portare avanti da qui ai prossimi 5 anni. "Stiamo attraversando il più significativo periodo di trasformazione del sistema di sviluppo e autorizzazione dei medicinali a cui abbia assistito durante la mia carriera di 35 anni nel campo della salute pubblica - ha ribadito Rasi, rieletto il 1 ottobre ed entrato in carica l'11 novembre, dopo l'annullamento della sua nomina da parte del Tribunale per la funzione pubblica dell'Unione europea per una questione procedurale, lo scorso anno - sia come medico, che come ricercatore, che come regolatore. Proteggere la salute umana e animale e servire i bisogni dei pazienti è la nostra missione". E anche se l'Agenzia europea non agisce direttamente sul costo dei medicinali, "occorre rendere le terapie innovative accessibili e per questo stiamo studiando nuovi modelli di approvazione, ad esempio il programma 'Prime' per ottimizzare e accelerare la valutazione di terapie" di maggior valore. Il sistema "sarà lanciato nella prima metà del 2016" e "la nostra aspettativa è che tutti gli stakeholder contribuiscano a questo".

Barbara Di Chiara

CORRIERE DELLA SERA.it

10-12-2015
Lettori
38.890

http://www.corriere.it/salute/

Terapie personalizzate in arrivo per i bambini con tumori del sangue

Grazie a recenti scoperte genetiche sono state individuate mutazioni che influenzano l'andamento della malattia, permettendo cosi diagnosi e terapie più precise

di Vera Martinella

Diagnosi e cure sempre più «personalizzate», ovvero una maggiore efficacia delle terapie e minori effetti collaterali, sono finalmente in arrivo in un futuro non più troppo lontano anche per bambini e adolescenti che si ammalano di un tumore del sangue. A sottolinearlo durante il Congresso Americano di Ematologia (ASH) in corso a Orlando sono gli esperti internazionali riuniti in una sessione dedicata alle più recenti scoperte genetiche che stanno per introdurre importanti novità nel trattamento delle neoplasie ematologiche pediatriche.

Mutazioni del Dna che influenzano la malattia

I progressi compiuti negli ultimi anni, anche grazie alle nuove sofisticate tecnologie, nel sequenziamento del genoma umano hanno permesso ai ricercatori di scoprire numerose piccole mutazioni del Dna che fanno crescere le probabilità di ammalarsi di un certo tipo di cancro, oppure che possono avere un'influenza negativa o positiva sull'evoluzione della malattia o, ancora, influire sull'efficacia di determinate cure. Con l'ampliarsi di queste conoscenze e della disponibilità di attrezzature diagnostiche sempre più precise, gli scienziati riescono sempre più spesso ad individuare anche alterazioni genetiche che possono essere abbinate a determinate terapie in grado di «correggere» quelle mutazioni favorenti lo sviluppo del tumore (le cosiddette *target therapies*), migliorando in modo notevole le percentuali di

successo dei trattamenti. In altri casi, gli indizi forniti dal Dna possono invece aiutare a capire quali pazienti sono più a rischio di una ricaduta, quali hanno una patologia più aggressiva oppure quali possono beneficiare anche di cure a dosaggi ridotti, con minori effetti indesiderati nell'immediato e sul lungo periodo.

Diversi studi innovativi permettono di migliorare le cure

Se tutto questo per le neoplasie dell'adulto è già da diversi anni una realtà consolidata, con sempre nuove scoperte, in oncologia pediatrica è una novità piuttosto recente. Durante l'ASH in Florida sono così stati presentati, come particolarmente innovativi, due studi (uno coordinato da un team di New York,l'altro da specialisti di Memphis) che fanno luce su particolari mutazioni genetiche che, in bambini malati di leucemia linfoblastica acuta, comportano rischi maggiori di danni alle ossa legati alle alte dosi di chemioterapia. Un'altra ricerca esplora concretamente la possibilità di utilizzare strumenti che permettono di sequenziare in tempo reale il Dna del paziente per personalizzare la scelta del regime di chemioterapia da effettuare in bimbi che soffrono di una leucemia linfoblastica a cellule B. Infine, tra le novità di rilevo, è stato segnalatouno studio che ha individuato alcune mutazioni genetiche che potrebbero essere associate allo sviluppo di patologie autoimmuni (come la trombocitopenia immune).

Comprendere le alterazioni del Dna

«Tutti noi abbiamo centinaia di piccole variazioni nel nostro Dna, alcune delle quali potrebbero predisporci a soffrire di più la tossicità di un farmaco oppure a una risposta migliore o peggiore a una terapia - spiega Franca Fagioli, direttore dell'Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti al Presidio Ospedaliero Infantile Regina Margherita di Torino -. Identificare queste variazioni ci fornisce uno strumento potente per poter comprendere meglio quali pazienti sono più a rischio di effetti collaterali, quali possono trarre maggiori benefici da una cura piuttosto che da un'altra. Gli studi e le analisi ad ampio spettro sul genoma - prosegue Fagioli, che è anche presidente dell'Aieop (Associazione Italiana Ematologia e Oncologia pediatrica) - hanno portato a cambiamenti radicali nel campo dell'oncologia. In particolare, il sequenziamento su larga scala applicato ai tumori pediatrici sta ampliando e migliorando la caratterizzazione delle alterazioni genomiche presenti nei diversi tumori, ridefinendo le attuali classificazioni diagnostiche e prognostiche. Queste nuove scoperte avranno un impatto determinante anche sulle decisioni terapeutiche, spingendo sempre di più un approccio di medicina di precisione e personalizzata volta all'ottimizzazione dell'effetto terapeutico e alla contemporanea riduzione della tossicità».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 391.681
Diffusione 09/2015: 270.207
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

10-DIC-2015
da pag. 27
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

LA SCIENZA

L'ultima battaglia sui vaccini "Ora sono troppi famiglie confuse"

ELENA DUSI

TROPPI vaccini nuovi. Bisognerebbe piuttosto raggiungere una copertura decente per quelli esistenti. La strategia del nuovo piano vaccinale 2016-2018, con tutti i suoi "nuovi ingressi", sta facendo aprire diverse crepe. E non fra le mamme nemiche della siringa sempre e comunque.

A PAGINA 27

Vaccini, l'ultimo allarme "Troppi, nessuno li farà più"

Dalla varicella alla polmonite, è scontro sulle novità del piano nazionale I medici: "Adottati tutti quelli sul mercato, così si confondono le famiglie"

E nel 2014 la copertura contro il morbillo è calata ancora, ben al di sotto della soglia di sicurezza

ELENA DUSI

ROMA. Troppi vaccini nuovi. Bisognerebbe piuttosto raggiungere una copertura decente per quelli esistenti. La strategia del nuovo piano vaccinale 2016-2018, con tutti i suoi "nuovi ingressi", sta facendo aprire diverse crepe. E non fra le mamme nemiche della siringa sempre e comunque. Ma fra i medici e gli esperti di sanità pubblica, che temono un'ulteriore riduzione dei bambini immunizzati per le malattie più gravi. «È stata presa la lista di tutti i vaccini disponibili in commercio e la si è riversata nel nuovo piano. Ma dov'è la strategia?», si chiede Maurizio Bonati, responsabile del Dipartimento di salute pubblica del Mario Negri.

La varicella, il meningococco B responsabile di alcune meningiti, il rotavirus che nei casi più gravi può provocare ricoveri per gastroenterite, il papillomavirus introdotto di recente (con scarso successo) tra le adolescenti che ora viene esteso ai maschi, lo pneumococco agli over 65 per evitare gravi polmoniti. Sono i principali fra i vaccini gratuiti introdotti dal piano 2016-2018, che con i suoi 620 milioni all'anno quasi raddoppia il budget attuale. Non è un caso se il 10 novembre la Ragioneria dello Stato ha scritto al ministero della Salute chiedendo «una relazione» sui «nuovi oneri connessi al piano».

Sulla "new entry" anti meningococco B lo stesso Istituto superiore di sanità (Iss, uno degli enti che hanno redatto il piano) aveva espresso perplessità, scrivendo in un rapporto che sul farmaco «restano aperti alcuni quesiti relativi all'efficacia clinica». Le 4 somministrazioni nel primo anno di vita non sono sovrapponibili con le altre vaccinazioni e più che raddoppiano gli appuntamenti dei neonati con la siringa, «con possibili ricadute — commenta ancora l'Iss — sull'accettazione da parte delle famiglie». Uno studio dell'università di Milano e della Bocconi, infine, pubblicato sulla rivista *Plos One* ad aprile, descrive come «probabilmente negativa dal punto di vista dei costi-benefici» la scelta di estendere la vaccinazione anti meningococco B a tutti i neonati.

«Non stiamo parlando di problemi di sicurezza, assolutamente. Ma se qualche volta le autorità sanitarie rispondessero di no a quel che l'industria propone, ci guadagnerebbero in credibilità», commenta Vittorio DeMicheli, epidemiologo esperto di vaccini della Cochrane Collaboration. Alla controversia ha dedicato un articolo anche *Science*. E nel frattempo la copertura del morbillo nel 2014 è calata ancora all'86%, molto al di sotto di quel 95% considerato come soglia perché intervenga l'effetto "gregge" e il virus smetta sostanzialmente di circolare in una popolazione. Nel 2015, fino a novembre, si sono segnalati 172 casi in Italia, con una bambina (non vaccinata) morta a maggio a Roma. «Introdurre il vaccino della varicella insieme a quello del morbillo, come il nuovo piano fa, vuol dire rischiare di creare la stessa situazione. Non è etico», avverte DeMicheli.

In questo clima di sfiducia, non giova che il 27 novembre Sergio Pecorelli, presidente dell'Aifa, uno degli estensori del piano, sia stato sospeso per sospetto conflitto d'interessi. Non avrebbe dichiarato, come ricorda anche *Science*, di lavorare come consulente per un'azienda che investe in farmaceutica. «Formazione, congressi, i finanziamenti delle industrie esistono e le società scientifiche non sono esempi d'indipendenza», spiega Bonati. «Nulla di illegale», aggiunge DeMicheli. «Ma così si rischia di foraggiare le tesi dei complottisti, che tanta colpa hanno nel calo delle vaccinazioni in Italia».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 391.681
Diffusione 09/2015: 270.207
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

10-DIC-2015
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

L'INTERVISTA

"Limitiamoci ai veri salvavita per sconfiggere la diffidenza"

Pani, direttore generale Aifa "Su un tema così delicato ci vuole più trasparenza"

ROMA. «Di fronte a un tema tanto sensibile, dobbiamo essere al di sopra di ogni sospetto», dice Luca Pani, direttore generale dell'Agenzia italiana per il farmaco.

Perché, non lo siete?

«C'è un problema di trasparenza, come emerse già ai tempi della pandemia d'influenza dichiarata dall'Oms nel 2009. Il problema è così delicato da richiedere massima responsabilità. Dobbiamo stare più attenti alla comunicazione, visto che tanta gente in Italia non vuole vaccinarsi».

C'è un problema di sicurezza?

«No, assolutamente. I vaccini sono sicuri. Stiamo parlando di necessità di trasparenza».

Il presidente della sua Agenzia è appena stato sospeso per presunto conflitto d'interessi.

«No comment».

Cosa cambierebbe nel piano?

«Alcuni vaccini sono totalmente salvavita. Altri mi sembrano meno urgenti».

Per esempio?

«Il morbillo uccide. Non può essere messo nello stesso calderone degli altri. Siamo di fronte a una paura irrazionale dei vaccini da parte di molti genitori. Se reagiamo aggiungendone altri, rischiamo che ai bambini non ne venga fatto nessuno. Ma dobbiamo ricordare che se oggi il vaiolo non esiste più è proprio perché in passato è stata fatta una buona campagna di vaccinazione. Anche parotite e rosolia sono piuttosto pesanti».

Cosa eliminerebbe?

«Discuterei meglio dell'introduzione del rotavirus, che provoca gastroenteriti anche gravi, ma soprattutto nei Paesi poveri. Da noi, al di là di qualche caso di ospedalizzazione, non ci sono grandi problemi. Per il meningococco B ci sono dubbi sulla permanenza della protezione nel tempo».

(e.d.)

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

10-12-2015

http://www.healthdesk.it/

Non rubiamo personale sanitario dai Paesi poveri

Migliaia di sanitari migra ogni anno da Paesi con sistemi sanitari già deboli verso quelli ricchi. Senza interventi appropriati 1 miliardo di persone in tutto il mondo non vedrà mai un operatore sanitario nella sua vita

A noi conviene: preparato, motivato, il più delle volte a basso costo. A loro no: la migrazione del personale sanitario dai Paesi a più basso reddito a quelli "avanzati" lascia sguarnito un fronte di vitale importanza.

Le conseguenze le abbiamo saggiate poco tempo fa: «La crisi di ebola in Africa occidentale ha dimostrato che la perdita di personale sanitario qualificato ha un impatto profondo anche sulla capacità di far fronte alle emergenze sanitarie», ricorda Giulia De Ponte, la coordinatrice di Health workers for all (HW4All), network di organizzazioni della società civile di 8 Paesi europei (Italia, Romania, Polonia, Gran Bretagna, Belgio, Spagna, Germania e Olanda) che promuove attività che contribuiscano a garantire una presenza sostenibile e adeguata di personale sanitario a livello globale ed a rafforzare i sistemi sanitari.

Oggi HW4ALL, insieme a European Public Health Alliance, ha organizzato un incontro pubblico che ha coinvolto le istituzioni europee (in particolare le Direzioni Generali che si occupano di Salute, Sviluppo e Migrazioni della Commissione Europea) e altri attori della società civile per diffondere e discutere i risultati dei sui primi tre anni di attività, ma soprattutto per identificare approcci coerenti e aree di lavoro

congiunto in quest’ambito.

Se lo scenario rimarrà quello attuale, 1 miliardo di persone in tutto il mondo non vedrà mai un operatore sanitario nella sua vita.

Oggi più di 50 Paesi, soprattutto in Africa e in Asia meridionale, soffrono per una critica carenza di personale sanitario, nonostante siano proprio i Paesi che sostengono il più pesante carico di malattie a livello globale. Del resto, nei Paesi europei in cui la popolazione sta invecchiando, il numero delle persone che necessitano di cure di lungo termine aumenta, alimentando così la domanda di operatori sanitari.

Anche se dal 2010 esiste un Codice di Condotta Globale per il Reclutamento Internazionale del Personale Sanitario, si tratta di un documento non vincolante.

Per questo, in occasione dell’incontro, HW4All ha presentato un Appello rivolto alle istituzioni europee, sottoscritto da oltre 170 organizzazioni (e da diversi membri del Parlamento europeo), in cui si indicano ulteriori azioni per frenare il brain drain di personale sanitario dall’Africa - ma oramai anche dall’Italia e da altri Paesi europei - attraverso un’applicazione più stringente del Codice di Condotta OMS per il Reclutamento Internazionale del Personale Sanitario.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 41.599
Diffusione 09/2015: 26.097
Lettori Ed. II 2015: 137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

10-DIC-2015
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

L'Europa decide sull'utero in affitto

I giudici: Meglio la vita familiare che affidare il bimbo ai servizi sociali

In Italia

La maternità surrogata è vietata

Piccolo tolto ai genitori presunti

Pina Sereni

È approdato ieri alla Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo il caso Paradiso e Campanelli contro Italia, che riguarda l'affidamento ai servizi sociali di un bambino di 9 mesi che era nato in Russia, a seguito di un contratto di utero in affitto stipulato dalla coppia. I giudici hanno iniziato il dibattito, la decisione dovrebbe arrivare in tempi brevi. Donatina Paradiso e Giovanni Campanelli, 48 e 60 anni di Colletorto (Cb), avevano stipulato un contratto con la compagnia specializzata russa Rosjurconsulting. Gli embrioni concepiti in vitro – ricorda una nota della Corte – sono stati impiantati nella madre surrogata e il bimbo è nato il 27 febbraio 2011. Come consentito dalla legge sovietica, i due coniugi italiani sono stati registrati come genitori del bebè, senza necessità di specificare che la nascita era avvenuta attraverso utero in affitto, cioè come figlio.

Al rientro in Italia, essendo subito emersi gravi sospetti, i coniugi, però, non ottengono la trascrizione del certificato di nascita e sono indagati per vari reati di falso e violazione delle norme sulle adozioni internazionali. Ben presto viene accertato il ricorso alla surrogazione di maternità e l'insussistenza del legame genetico tra il neonato e i presunti genitori: nell'agosto del 2011 un test del Dna rivela che Campanelli non è il padre biologico del bambino. Dopo quasi otto mesi dalla nascita, il giudice italiano provvede, quindi, ad allontanare il bambino dai due coniugi e ne dispone l'affidamento ai servizi sociali, per poi consentirne l'adozione a un'altra coppia. Il piccolo, così, viene portato in una casa di accoglienza mentre viene vietato qualsiasi contatto con Donatina e Giovanni. Poi, nel gennaio 2013, il piccolo è stato affidato a una famiglia. Il bambino, dunque, viene considerato, da un punto di vista amministrativo, figlio di genitori ignoti.

Nell'aprile 2013, dunque, arriva il rifiuto ufficiale di registrazione del certificato di nascita russo. I signori Paradiso e Campanella presentano ricorso, anche se senza successo, affermando di aver agito in buona fede, non essendo a conoscenza di come era effettuata la procedura di fecondazione. Il 5 giugno 2013, il Tribunale dei minori, però, ritiene che i ricorrenti non potevano prendere parte alla procedura di adozione perché non erano né i genitori del bambino, né membri della sua famiglia.

Invocando l'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (relativo al rispetto della vita privata e familiare) la coppia, allora, si è rivolta alla Corte Edu. Il ricorso è stato presentato il 27 aprile 2014.

Nella sentenza della Camera del 27 gennaio 2015, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dichiarato, invece, il ricorso ricevibile nella parte riferita alle misure adottate nei confronti del bambino. Concludendo, cinque voti a due, che c'è stata una violazione dell'articolo 8. Rilevando, in particolare, che le considerazioni politiche che avevano influenzato le decisioni delle autorità italiane - e cioè che i ricorrenti aveva tentato di aggirare il divieto di fecondazione eterologa in Italia e le norme in materia di adozione internazionale - non dovevano prevalere sull'interesse superiore del bambino, nonostante l'assenza di qualsiasi relazione biologica fra i tre e il breve periodo durante il quale i ricorrenti se ne erano presi cura. Ribadendo che la rimozione di un bambino dal contesto familiare è una misura estrema giustificabile solo in caso di pericolo immediato per quel minore, la Camera ha ritenuto che, in questo caso, non persistevano tali condizioni urgenti. Il 1 giugno 2015 la causa è stata rinviata alla Grande Camera, su richiesta del Governo italiano. La Corte ha precisato, però, di non volere indurre la riconsegna del bambino alla coppia ricorrente, in considerazione dei legami affettivi che il piccolo aveva ormai maturato con la nuova famiglia adottiva.

Nella decisione, i giudici di Strasburgo hanno confermato il convincimento, ormai consolidato, che la scelta di uno Stato di vietare la pratica della surrogazione di maternità rappresenta un'opzione perfettamente legittima, rientrando nel «margine di apprezzamento» del singolo Stato». Ciò nondimeno, gli stessi giudici, a maggioranza, hanno affermato che basta l'instaurazione "di fatto" di un rapporto tra i committenti e il nato perché le autorità nazionali debbano riconoscere la sussistenza di una "vita familiare" e quindi di un diritto al rispetto della stessa.

Ora, l'impugnazione di tale decisione da parte del governo italiano si propone di impedire l'esito contraddittorio di tale vicenda giudiziaria. È del tutto evidente, si obietta, come il riconoscimento di un rapporto di filiazione "di fatto" tra la coppia che ha richiesto la surrogazione di maternità e il bambino così nato, smentisca il divieto italiano di maternità surrogata, in quanto verrebbe sostanzialmente imposta una forma di riconoscimento ex post della surrogazione di maternità anche agli Stati che l'abbiano vietata.

Cronache
Il cardinale: nascite controllate e la Terra si salva
L'Europa decide sull'utero in affitto

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

10-DIC-2015
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Neonati, il diritto (ignorato) di non soffrire

I bambini appena nati lottano contro la sofferenza fisica, ma la medicina sembra non averlo ancora capito del tutto E i trattamenti specifici non vengono applicati

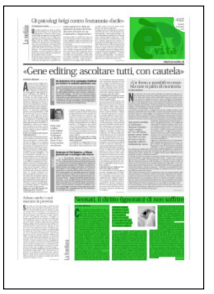
di Carlo Bellieni

Che i neonati sentano dolore è una scoperta che ha più di trent'anni. Che vengano loro riconosciuti gli stessi diritti degli altri pazienti è cosa ancora in via di perfezionamento. Molti organi di stampa e operatori del settore sono rimasti stupiti dai dati di uno studio pubblicato sulla rivista scandinava *Acta Paediatrica*, firmato da chi scrive insieme a Celeste Johnston, una collega canadese, nel quale si mostra un paradosso ancora in atto: la lotta al dolore dei bambini ha strumenti raffinati. Ma certi studi vengono ancora eseguiti non tenendone conto. Abbiamo analizzato uno per uno tutti gli studi condotti negli ultimi tre anni (nessuno di questi fatto in Italia), in cui si testano nuovi trattamenti analgesici per eliminare il dolore di procedure "minori", che per inciso non è propriamente un dolore "minore" almeno per chi lo subisce; abbiamo visto confermato quello che già nel 2012 avevo sollevato sulla rivista americana *Pediatrics*, cioè che in molti di questi studi non tutti i bambini ricevono un adeguato supporto contro il dolore.

Sarà che gli studi usano per verificare il dolore gli stimoli fatti di routine che il bambino avrebbe comunque ricevuti, sarà che ancora in certe zone del mondo il trattamento contro il dolore non è una priorità, sarà che i suddetti stimoli sono "minori" come le punture, tuttavia non è accettabile che quando un trattamento antidolorifico esiste questo non venga applicato. Intervistato da *Le Figaro* sullo studio, Claude Ecoffey, anestesista pediatrico dell'Ospedale di Rennes, ha sottolineato che questo comportamento è anacronistico perché i neonati sentono il dolore in maniera più acuta rispetto ai pazienti più anziani; e Joe Brierley, per anni presidente del Comitato Bloomsbury di etica della ricerca a Londra, spiega che il suo comitato non avrebbe mai permesso simili studi. Quando vedono questi dati, molti restano perplessi: perché i neonati non hanno gli stessi privilegi di pazienti più grandi? La neonatologa Annie Janvier, con cui ho collaborato in un recente volume su questo tema, ha condotto molti studi mostrando il pregiudizio che esiste tra i medici e gli studenti di alcuni Paesi riguardo la prematurità e i diritti dei prematuri. E questo riguarda vari campi, non solo il trattamento del dolore, ma anche il diritto al contatto con i familiari, un ambiente ospedaliero riparato da stress, o le decisioni di fine vita.

I diritti dei bambini devono sempre e comunque essere garantiti proprio perché non possono farli valere da sé. E il modo in cui trattiamo i più indifesi è un paradigma di come trattiamo poi anche gli adulti. Certo che se taluni filosofi, come ancora accade, continueranno a sostenere che chi non ha capacità di autodeterminarsi non è una persona, o che certi animali sono più "persone" dei bambini, non saranno certo di aiuto alla conoscenza e all'espansione dei diritti di questi piccoli pazienti. Invece il lavoro di tanti medici e infermieri che con pazienza curano giorno e notte i piccolissimi testimonia che questi pazienti fragili e indifesi ricevono le cure che ogni cittadino, ogni paziente e ogni persona merita, anche quando è faticoso, quando certi tratti dell'umano (la parola, la reattività) non sono ancora visibili.

© 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

10-DIC-2015
da pag. 28
foglio 1
www.datastampa.it

STABILITA 2016

Sanità nelle mani del governo

DI BEATRICE MIGLIORINI

Comparto sanitario nelle mani del governo. Entro le prossime 48 ore, infatti, l'esecutivo, tramite degli emendamenti ad hoc al ddl stabilità per il 2016, dovrebbe rendere nota la strategia per risolvere la questione inerente gli orari di lavoro (non più di 48 a settimana) e i turni di riposo (11 ore consecutive) del personale medico e infermieristico del Servizio sanitario nazionale a seguito dell'entrata in vigore delle regole europee il 25 novembre scorso (si veda *ItaliaOggi* del 26 novembre scorso). Intervento non più rimandabile alla luce del fatto che, nel corso dei lavori in commissione bilancio alla camera che si sono svolti ieri, le due proposte di modifica sul tema, che avevano raccolto il consenso di quasi tutti gli schieramenti politici, sono stati accantonati. I testi prevedevano entrambi una parziale soluzione al problema che sarebbe stata a costo zero. L'idea era quella di sbloccare il turnover del personale fino adun ammontare di spesa che non avrebbe dovuto superare i risparmi ottenuti dalle regioni anche per l'acquisto di beni e servizi.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

LA STAMPA.it

10-12-2015

Lettori

170.000

http://www.lastampa.it/

Il neonato? È uno scienziato in culla

Ogni bambino nasce con le caratteristiche necessarie per conoscere in fretta il mondo

Il neonato è uno scienziato in culla, è **un sistema competente capace di discriminare, elaborare e categorizzare gli stimoli estraendone regolarità**. Se ancora negli Anni 60 si pensava che il bebè nascesse sordo e cieco, oggi sappiamo che possiede dei «nuclei di conoscenza» alquanto complessa, frutto della storia evolutiva della nostra specie.

Alla ricerca italiana va il merito di gran parte di queste scoperte. Una delle pioniere è la **psicologa dello sviluppo Francesca Simion, oggi alla guida del Cognitive Infant Lab dell'Università di Padova** di cui è fondatrice. Da trent'anni studia lo sviluppo cognitivo dei neonati, i bambini dalla nascita alle 36 ore di vita, e li segue fino al nido. Con i suoi studi comportamentali, con l'**eye tracking e l'elettroencefalogramma**, getta luce sulle capacità tipiche in dotazione dei cuccioli di uomo.

Quali competenze ha un neonato?

«Questi occhi che si aprono al mondo a qualunque latitudine e condizione**riconoscono perfettamente gli stimoli di tipo sociale**. La loro preferenza per i volti è così fondamentale da esser garantita da meccanismi specifici lungo vie riflesse non ancora controllate perfettamente dai processi cognitivi corticali, pur già presenti in nuce alla nascita. **Individuano e riconoscono in modo specifico le facce, rispetto ad altri stimoli visivamente simili**, e preferiscono il contatto visivo, lo sguardo diretto. Già a 24 ore sono

più **affascinati dai movimenti che simulano quelli biologici**, come una camminata, rispetto a quelli meccanici e capiscono il concetto di causalità, ad esempio, individuando tra due palline quella che muove e quella che è mossa. Tutto questo avviene con un'esperienza minima del mondo e un cervello non ancora sviluppato».

E' su queste dotazioni innate che si sviluppano le funzioni superiori?
«Grazie all'esperienza e ai cambiamenti che provoca nel nostro cervello,**costruiamo conoscenza e ci specializziamo sintonizzandoci sul mondo**. Da dilettanti diventiamo esperti. Guadagniamo in efficienza, letteralmente «potando» delle vie neurali e potenziandone delle altre. Questo processo definisce via via il nostro cervello e quindi le nostre capacità cognitive, ma in modo non irreversibile. Pensiamo all'esperienza uditiva: **i neonati discriminano i suoni di tutte le lingue, ma tale capacità si perde dopo 3-4 mesi di immersione in un ambiente linguistico**, dei cui suoni diventano esperti. Analogamente per i volti: i neonati **discriminano tutte le facce, ma a 3 mesi subentra l'«effetto razza»**, cioè l'acuità percettiva si perde per i volti degli altri gruppi etnici, dalle caratteristiche somatiche diverse dalle proprie. Il vantaggio evolutivo di questo fenomeno, chiamato sintonizzazione percettiva, è evidente. Ma le capacità non vanno perdute, il loro recupero è possibile grazie alla stessa plasticità che sta alla base della specializzazione».

Ciò avviene attraverso l'esperienza?
«Essa interviene sulla nostra rappresentazione di base del mondo e modella il nostro cervello nel corso di tutta la vita, pur essendoci dei periodi sensibili nei quali può agire in modo particolarmente efficace. **La precocità delle complesse doti di interazione sociale, come l'attenzione al volto e l'imitazione delle smorfie, è però fondamentale alla sopravvivenza di un cucciolo**, come quello d'uomo, indifeso e totalmente dipendente dagli altri per un periodo molto prolungato».

Possiamo capire quando qualcosa sta andando per il verso sbagliato?
«Molti fattori pre e post natali concorrono allo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino. La situazione è talmente complessa che una visione deterministica non è applicabile. **Per aiutare i bambini pretermine o per individuare i segni precoci di uno sviluppo atipico autentico, come ad esempio l'autismo, ci affidiamo ai dati di riferimento, ai parametri standard emersi dallo studio dei neonati di tutti i continenti**. I genitori che rendono possibili questi studi, lasciandoci anche entrare in sala parto, sono lodevoli; grazie a loro possiamo continuare la nostra ricerca, dalle fondamentali ricadute cliniche, esplorando il complesso mondo dei bambini appena nati, che guardano e ascoltano tutti allo stesso modo, ma sono già uno diverso dall'altro».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 09/2015: 107.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

TEMPI

Dir. Resp.: Luigi Amicone

16-DIC-2015
da pag. 36
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ

SINDROME DI BRUGADA

Nuova speranza da una ricerca italiana

Si può guarire dalla Sindrome di Brugada, una malattia genetica che può portare a morte cardiaca improvvisa. Un gruppo di ricercatori italiani e spagnoli guidati da Carlo Pappone, Responsabile dell'Aritmologia dell'IRCCS Policlinico San Donato e da Josep Brugada, scopritore della sindrome, ha messo a punto una tecnica che consente di eliminare completamente la malattia. Il loro lavoro, pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica *Circulation EP*, ha dimostrato che 14 pazienti, sottoposti all'ablazione di una regione particolare del ventricolo destro, guarivano definitivamente senza mostrare più alcun segno elettrocardiografico o clinico della malattia. Si trattava di pazienti ad altissimo rischio di morte improvvisa, già sottoposti all'impianto di un defibrillatore: dopo 6 mesi, tutti i 14 pazienti non sono più affetti dalla Sindrome di Brugada. I ricercatori ipotizzano di poter espiantare il defibrillatore dopo un intero anno senza segni elettrocardiografici e sintomi della patologia, migliorando significativamente la qualità della vita dei pazienti. La Sindrome di Brugada è una patologia genetica ereditaria ed è caratterizzata da un malfunzionamento dei canali ionici, cioè di una parte della membrana che riveste le cellule del cuore. Questo disturbo si manifesta con particolari alterazioni dell'elettrocardiogramma e con una pericolosa predisposizione alle aritmie ventricolari. Queste alterazioni non sono sempre presenti, ma possono variare nel tempo ed essere accentuate dall'assunzione di alcuni farmaci e da condizioni fisiche. Oltre ad alterare l'elettrocardiogramma, la sindrome può provocare la comparsa di aritmie ventricolari maligne diventando causa di morte improvvisa anche in giovani che presentano un cuore sano. Fino ad oggi, nei pazienti in cui la sindrome fosse stata identificata, l'unica terapia possibile e palliativa era l'impianto del defibrillatore. Moltissimi pazienti tuttavia ancora muoiono, perché spesso la prima manifestazione clinica della sindrome è l'arresto cardiaco.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

10-12-2015

www.agi.it

Sedentarieta' ed eccesso di sonno accorciano la vita

(AGI) - Washington, 9 dic. - Stare seduti troppo tempo e dormire troppo. Questi sono i due nuovi fattori di rischio che possono portare a morire prematuramente, individuati da un gruppo di ricercatori dell'Universita' di Sidney in uno studio pubblicato sulla rivista Plos Medicine. I due nuovi indicatori si vanno ad aggiungere ai quattro gia' noti: consumo di alcol, cattiva alimentazione, inattivita' fisica e fumo. Secondo i ricercatori, una persona che presenta tutti e sei i fattori di rischio 5 volte piu' probabilita' di morire precocemente. Il nuovo studio ha rilevato che stare seduti piu' di 7 ore al giorno, fare poca attivita' fisica e dormire per piu' di nove ore al giorno puo' essere letale, Queste abitudini malsane, infatti, sarebbero la causa di un terzo dei decessi. Anche la combinazione tra sedentarieta' prolungata, troppo sonno, fumo e consumo di alcol possono portare a morte precoce. Lo studio australiano ha infatti scoperto che andare in palestra non annulla il danno dello stare seduti tutto il giorno in ufficio.

Per arrivare a queste conclusioni i ricercatori hanno coinvolto nello studio oltre 230mila persone con un'eta' media di 45 anni, seguite per sei anni. "Questo ampio studio conferma l'importanza di stili di vita sani", hanno concluso i ricercatori.