quotidianosanità.it

Giovedì 09 GIUGNO 2016

Via libera al fondo per le politiche della famiglia 2016. In tutto poco più di 15 milioni, 7,5 alle Regioni per sostenere la natalità

Via libera al fondo per le politiche della famiglia con l'intesa in Conferenza Unificata. Sono complessivamente poco più di 15 milioni di euro, 50% per interventi e compiti di competenza statale ed il 50% (7,5 milioni) per attività di competenza regionali, interventi a favore della natalità

Via libera al fondo per le politiche della famiglia con l'intesa in Conferenza Unificata. Sono complessivamente poco più di 15 milioni di euro, 50% per interventi e compiti di competenza statale ed il 50% (7,5 milioni) per attività di competenza regionali, interventi a favore della natalità.

"Si tratta certamente di risorse che non servono a contrastare completamente il problema della denatalità – ha spiegato **Rita Visini**, assessore della Regione Lazio e attualmente coordinatrice della Commissione Politiche Sociali per la Conferenza delle Regioni - ma rappresentano pur sempre un tassello importante nel complesso per le politiche della famiglia. Per quanto riguarda i fondi di competenza delle Regioni abbiamo spiegato che nell'ambito delle attività a favore della natalità rientrano le diverse azioni previste dalle singole programmazioni regionali, come ad esempio i bonus per i nuovi nati e le misure di sostegno ai servizi per la prima infanzia".

agi.it

09-06-2016

Lettori
24.154

www.agi.it

Pavia - Ogni anno nel mondo muoiono all'incirca 1,5 milioni di neonati per **gravi infezioni** e nel 2012 quasi sette milioni di neonati sono stati sottoposti a trattamento per patologie infettive batteriche. Gli **antibiotici** costituiscono la difesa piu' importante contro gravi infezioni, ma vengono spesso utilizzati in modo eccessivo e non sempre corretto provocando l'aumento di microrganismi multiresistenti. L'allarme e' stato lanciato dalla Societa' italiana di neonatologia (Sin) in occasione del VII Convegno Internazionale sulle infezioni neonatali, che si tiene oggi e domani a Pavia.

La storia della scoperta di nuove classi di **antibiotici** ci insegna che l'emergere di**resistenze** avviene naturalmente non appena l'antibiotico viene utilizzato", ha detto Mauro Stronati, presidente della Sin. "Il quadro che emerge e' quello di un mondo in cui 'l'arsenale' per combattere i microrganismi e' sempre - ha continuato - piu' povero di mezzi: da un lato lo scarso investimento delle industrie farmaceutiche nella scoperta di nuove molecole, dall'altra la circolazione su scala mondiale di batteri resistenti a pressoche' tutti gli antibiotici gia' in commercio. E' necessaria una presa di coscienza individuale e collettiva sul fenomeno, ma principalmente l'adozione di un protocollo rigoroso all'interno degli Ospedali e nelle cure che prevedono l'impiego di antibiotici". L'Italia e' tra i paesi piu' a rischio perche' e' tra quelli dove i batteri, a causa dell'uso massiccio di antibiotici negli ultimi tre decenni, sono divenuti piu' resistenti. Secondo lo European Centre for Disease Prevention and Control, infatti, il nostro paese e' al quinto posto per utilizzo giornaliero di antibiotici dopo Grecia, Francia, Lussemburgo e Belgio. Secondo gli esperti, e' necessario quindi, volendone limitare la comparsa, modificare il modo di trattare le infezioni e il modo di utilizzare i farmaci antimicrobici che ancora si dimostrano efficaci. (AGI)

quotidianosanità.it

Giovedì 09 GIUGNO 2016

Errori sanitari. “Sinistri in calo ma costo medio cresce fino a 90 mila euro, +13% in 10 anni”. In 7 casi su 10 si opta per la via stragiudiziale

Quest’anno il report Medmal Claims Italia promosso dal gruppo Marsh fa un raffronto sull’andamento dei sinistri in sanità negli ultimi 10 anni. Si confermano in cima alla classifica delle denunce gli errori chirurgici. Permangono tempi molto lunghi per le denunce. L’Ortopedia è la specialità che subisce più richieste di risarcimento danni. IL RAPPORTO MARSH.

“Nel 2014 si registra una lieve riduzione nel numero di sinistri per struttura, mentre si confermano in cima alla classifica quelli causati da errori chirurgici”. Questo è quanto emerge dalla settima edizione del Medmal Claims Italia, il report del gruppo Marsh che quest’anno ha analizzato le richieste di risarcimento danni dal 2004 al 2014, su un campione di 59 strutture della sanità pubblica, per un totale di circa 15.600 sinistri.

Nel Rapporto si evidenzia subito come “il valore (tra somme effettivamente liquidate e somme stanziate dalle assicurazioni) dei sinistri nella sanità pubblica in Italia sul campione analizzato da Marsh nel periodo 2004-2014 sia pari alla cifra di 1,4 miliardi di euro”.

Ma il Report evidenzia come “se questa cifra è da capogiro, non è meno impegnativo il costo medio di 90.000 euro all’anno per sinistro, in aumento del 13% dall’inizio del periodo considerato”.

Andando a considerare solo gli importi liquidati, il focus Marsh “registra un incremento continuo del costo medio per anno di chiusura dall’inizio del periodo considerato, ma fra questi i risarcimenti per errori da parto si confermano come i più elevati in assoluto in termini di importo liquidato medio, con un caso che ha toccato oltre 4 milioni di euro. Gli errori da parto costituiscono, infatti, quasi il 20% dei top claim, ovvero i sinistri in cui il costo di denuncia è uguale o superiore ai 500.000 euro. Il medesimo trend in aumento si riscontra nell’andamento degli importi riservati medi per anno di denuncia, che rilevano un aumento di circa il 20% dal 2013 al 2014”.

Per quanto riguarda lafrequenza annua dei sinistri essa “è di 30 per ogni singola struttura nel 2014, in leggera diminuzione rispetto all’anno precedente (35), una cifra che fa registrare un tasso di rischio di 7 sinistri ogni 100 medici, di 3 ogni 100 infermieri e di 1 ogni 1000 ricoveri, per valori assicurativi che superano i 6.000 euro per medico e si attestano sui 2.400 euro per infermiere”.

La classifica degli errori “vede anche quest’anno gli errori chirurgici al primo posto (31,64%), seguiti da errori diagnostici (16%) e terapeutici (10%). Dopo le cadute accidentali all’8%, troviamo una prevalenza di infezioni (3,59%) ed errori da parto/cesareo (3,16%). Andando ad analizzare l’incidenza dei sei errori che impattano maggiormente nel periodo di tempo analizzato, la percentuale degli errori chirurgici negli ultimi anni sta diminuendo, anche come conseguenza del miglioramento delle tecniche chirurgiche, mentre la percentuale degli errori da parto sta aumentando”.

“Si confermano – fa notare il rapporto - come nelle precedenti edizioni, tempi molto lunghi per le denunce dei sinistri, basti pensare che meno dell’80% delle richieste di risarcimento danni per le infezioni e per gli errori da parto è denunciato entro i primi 4 anni. Solo gli errori diagnostici vengono denunciati molto rapidamente ed entro il primo anno raggiungono il 50%, per superare la quota di 80% entro i tre anni. E’ però interessante rilevare che sono ancora numerosi i casi in cui il sinistro viene denunciato in prossimità dei termini di prescrizione: ciò significa che non è possibile ritenere completato il manifestarsi di un’intera generazione di sinistri neppure a distanza di 10 anni dall’erogazione delle prestazioni”.

“Le specialità cliniche – si legge - che subiscono la maggiore frequenza di richieste di risarcimento danni sono Ortopedia e Traumatologia (13 %), seguita da Chirurgia Generale (12%), DEA/Pronto Soccorso (12%), Ostetricia e Ginecologia (8%) e le parti comuni/la struttura con quasi il 7%. Da un esame complessivo di tutte le tipologie di eventi all’interno delle Unità Operative si può riscontrare che in Ortopedia l’errore più diffuso è quello chirurgico (ad esempio lesione dopo un intervento di protesi all’anca), seguito da quello diagnostico; in Chirurgia Generale si riscontra una prevalenza di errori chirurgici e di infezioni; in DEA/Pronto Soccorso gli errori più frequenti sono quelli diagnostici (ad es. fratture non diagnosticate) e quelli terapeutici (ad esempio errato trattamento prescritto per l’ipertensione), seguiti dalle cadute accidentali; in Ostetricia e Ginecologia invece si rileva una maggioranza di errori chirurgici (come un errato intervento di chirurgia all’ovaio), mentre al secondo posto si trovano gli errori da parto/cesareo (ad esempio la morte di un neonato a seguito di parto); nelle parti comuni della struttura si possono riscontrare soprattutto cadute accidentali, ma anche infortuni ad operatori”.

Se poi si analizzano gli errori per tipologia di ospedale, i risultati “mostrano che gli ospedali ortopedici presentano il più alto livello di rischio con oltre 45 sinistri per anno, seguono gli ospedali universitari, le strutture di primo livello, quelle di secondo livello e infine quelle materno-infantili”.

La tipologia di procedimento più frequente è quella stragiudiziale (72.3%), “a conferma di trend di un crescita del ricorso al procedimento stragiudiziale che non si è mai arrestato nel corso degli anni presi in esame dal report. Se il maggiore ricorso al procedimento stragiudiziale può aiutare ad abbreviare i tempi di chiusura dei sinistri - il 68,3% di questi viene chiuso entro il secondo anno -, occorre comunque aspettare in media otto anni per la chiudere la totalità dei sinistri aperti in un dato anno”.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 204.678
Diffusione 03/2016: 153.663
Lettori Ed. I 2016: 1.462.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

16-GIU-2016
da pag. 89
foglio 1
www.datastampa.it

Cronoterapia

Vaccini, meglio farli al mattino

BIRMINGHAM Il buongiorno si vede dal mattino, anche per i vaccini. A dimostrarlo sono stati i ricercatori dell'Università di Birmingham, secondo cui l'efficacia del vaccino antinfluenzale dipenderebbe dall'ora del giorno in cui viene somministrato e risulterebbe massima nell'arco della mattina, quando il nostro sistema immunitario è più reattivo.

La ricerca, apparsa sulla rivista "Vaccine", ha coinvolto 276 ultra 65enni suddivisi in due gruppi: al primo è stato somministrato il vaccino antinfluenzale tra le 9 e le 11 del mattino e all'altro tra le 3 e le 5 del pomeriggio. Dopo circa un mese i ricercatori hanno analizzato gli esami del sangue dei partecipanti, notando che chi aveva ricevuto l'iniezione nelle prime ore del giorno mostrava una risposta migliore: un numero di anticorpi superiore di 4 volte rispetto al gruppo che era stato vaccinato nelle ore pomeridiane.

«I nostri risultati», sottolinea Janet Lord, coautore dello studio «suggeriscono che sarebbe possibile migliorare l'efficienza delle vaccinazioni semplicemente cambiando l'ora di somministrazione, senza alcun costo aggiuntivo per il servizio sanitario».

La scoperta, inoltre, potrebbe aiutare a prevenire migliaia di morti ogni anno: «Sapere che la risposta alle vaccinazioni eseguite di mattina è maggiore non aiuterà solamente a migliorare le strategie vaccinali contro l'influenza, ma potrebbe anche fornire indizi per potenziare le campagne di vaccinazione per molte altre importanti malattie», conclude l'autrice Anna Phillips.

Marta Russo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

09-06-2016

http://www.doctor33.it/

Fda semplifica la domanda per richiedere un farmaco per uso compassionevole

La Food and Drug Administration (Fda) ha deciso di semplificare ulteriormente il modulo usato dai medici per richiedere di sperimentare un farmaco a uso compassionevole in un paziente che non ha risposto alle altre opzioni terapeutiche. Secondo la Fda per compilare il nuovo modulo, presentato il 2 giugno scorso sul sito istituzionale dell'ente governativo assieme alle linee guida per le aziende farmaceutiche sulla tariffazione dei farmaci sperimentali, bastano 45 minuti. L'agenzia afferma che le aziende potrebbero far pagare ai pazienti solo il costo di produzione dei trattamenti sperimentali e non le spese amministrative, aggiungendo tuttavia che non è in suo potere forzare assicuratori o fornitori di assistenza sanitaria, pubblici o privati che siano, a pagare per i farmaci erogati a uso compassionevole. Termine che si riferisce a farmaci in fase di sperimentazione ma non ancora approvati dalle autorità regolatorie, da usare al di fuori degli studi clinici in pazienti che si ritiene potrebbero trarne beneficio ma che non hanno i requisiti necessari per accedere agli studi sperimentali in corso.

Questa procedura può essere vantaggiosa per i malati, ma non è di facile applicazione: esistono impedimenti logistici e legislativi che creano ostacoli rilevanti spesso insormontabili. Dice il commissario Fda Robert Califf: «L'attuale processo di richiesta di uso compassionevole è lento e difficile, ma la Fda, che sostiene da tempo l'accesso dei pazienti ai trattamenti sperimentali, spera che quanto oggi approvato possa contribuire a facilitare gli operatori sanitari, i pazienti e l'industria nel concedere l'accesso a terapie potenzialmente salvavita». Con l'adozione del nuovo modulo calano e domande cui è necessario rispondere e il numero di documenti da allegare rispetto alla procedura precedente. Inoltre, per aiutare i medici nella richiesta di farmaci per uso compassionevole, la Fda ha pubblicato sul suo sito web una serie di domande e risposte che di fatto chiarisce tutti i passaggi necessari a compilare correttamente la richiesta.

ANSA

10-06-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Sigarette elettroniche, sicure ma aiutano poco a smettere

Ricciardi (presidente Iss), efficacia minima

• successiva

Sigarette elettroniche, sicure ma aiutano poco a smettere

Le sigarette elettroniche sarebbero sicure ma con una efficacia limitata per smettere di fumare. Lo studio, pubblicato su Tobacco control, anticipa i risultati sulla sicurezza a 24 mesi di uno studio che si concluderà nel 2019. La pubblicazione sulla più importante rivista al mondo del settore, riporta i risultati del follow-up a 24 mesi della prima ricerca al mondo sulla efficacia e sicurezza a lungo termine delle sigarette elettroniche. Lo studio è tutt'ora in corso ed è realizzato da un gruppo di ricercatori di diversi enti italiani, tra i quali l'Istituto Superiore di Sanità, le università di Chieti, Torino, Catania, Parthenope di Napoli, Milano, Sapienza e Cattolica di Roma. Nello specifico, la ricerca ha

coinvolto 932 fumatori di e-cig, sigarette tradizionali, o entrambe (dual users). Dopo 24 mesi di follow-up, il 42,4% degli e-smokers continuava a fumare solo sigarette elettroniche; il 18,8% aveva abbandonato qualunque tipo di sigaretta; il 38,9% era ricaduto nel fumo tradizionale (con o senza sigarette elettroniche).

Tra i fumatori tradizionali, il 75,6% continuava a fumare sigarette classiche; il 23,1% aveva invece smesso (anche se, di questi, il 5,6% aveva iniziato a fumare sigarette elettroniche).

Infine, tra i fumatori di entrambi i tipi di sigarette, il 57,4% aveva abbandonato le e-cig, ma non le sigarette classiche; il 16,6% continuava a fumare entrambe; l'26,0% aveva smesso di fumare sigarette tradizionali (anche se, di questi, l'11,7% continuava a fumare sigarette elettroniche).

Sono stati registrati 38 casi di infiammazione/irritazione alle vie aeree superiori (20 nei 'dual users'), e 38 nuovi casi di patologie gravi potenzialmente legate al fumo. Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e tra gli autori dello studio, spiga che ''lo studio conferma che la sigaretta elettronica può essere un'alternativa per gli ex fumatori per non tornare a fumare sigarette, ma la sua efficacia per smettere di fumare è minima''.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

10-GIU-2016
da pag. 22
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

"Embrioni sani" Più vicini i bimbi con tre genitori

Dopo l'ok del Parlamento inglese, l'annuncio su Nature "Una tecnica sicura per prevenire malattie genetiche"

SILVIA BENCIVELLI

Per farlo ci si sono messi in tre, e il risultato funziona. È un embrione, umano e perfettamente sano, alla cui formazione hanno partecipato due cellule uovo e uno spermatozoo. Ma è anche una prima assoluta che promette di inaugurare una strada per la soluzione di alcune malattie genetiche. Lo racconta un articolo pubblicato sulla rivista *Nature* da un gruppo di ricercatori della Newcastle University, che sta lavorando alla tecnica da anni. L'annuncio era atteso soprattutto dopo che un anno fa la Camera dei comuni inglese aveva approvato la tecnica a una larga maggioranza, e la pubblicazione di questi dati era l'ultima prova richiesta dalle autorità regolatorie per dare il via al suo impiego.

La tecnica è stata pensata per evitare al nascituro malattie legate ai mitocondri. Questi sono organelli galleggianti nel citoplasma della cellula, che servono a produrre l'energia necessaria al funzionamento della cellula e che contengono un proprio Dna: un Dna diverso da quello del nucleo, il Dna davvero nostro che decide (insieme all'ambiente) come siamo fatti. Il Dna del mitocondrio infatti abita soltanto lì dentro: è poco (meno dello 0,05% del Dna totale di un individuo), è piccolo ed è circolare. Il problema è che questo Dna può essere responsabile di alcune malattie ereditarie, causate dall'indebolimento del muscolo, del cervello, del cuore (organi che richiedono più energia degli altri), ma anche del sistema endocrino, dell'occhio, dell'orecchio, del rene e dell'apparato gastrointestinale. Queste condizioni però si trasmettono solo dalla madre ai figli, perché con la fecondazione sono i mitocondri della cellula uovo che vengono passati, e solo quelli. Di conseguenza la soluzione pensata dai ricercatori inglesi è una specie di trapianto di mitocondri da cellula uovo, ma al contrario.

La tecnica infatti prevede di prelevare il nucleo di un embrione malato entro poche ore dalla fecondazione, lasciandosi dietro il guscio vuoto della cellula, mitocondri compresi. E poi di trasferire questo nucleo in una cellula uovo di una donatrice, a sua volta svuotata del nucleo. In questo modo, i mitocondri dell'embrione che si svilupperà sono quelli della seconda donna, cioè di una donna sana. Mentre il resto del Dna, il Dna del nucleo, rimane quello dell'embrione.

I ricercatori hanno testato i tempi ottimali per il trasferimento del nucleo, un fattore cruciale per il successo della tecnica. E l'hanno provata su 500 cellule uovo di 64 donne donatrici, senza osservare nessun danno allo sviluppo degli embrioni. O meglio: c'era un 2% di Dna mitocondriale difettoso che veniva comunque trasferito. Ma in ogni caso si trattava di una quantità molto inferiore a quello di una fecondazione tradizionale, sottolineano i ricercatori, e insufficiente a dare malattie. Se le autorità regolatorie riterranno, come pare molto probabile, che la tecnica possa già dirsi sicura, a Newcastle cominceranno presto a nascere bambini con tre genitori biologici e nessuna grave malattia.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

I due Dna all'interno dell'ovulo

A Il **DNA NUCLEARE**, cioè contenuto nel nucleo, che contiene tutti i geni e le istruzioni per ricreare organi e tessuti;

- **Lo si eredita da entrambi i genitori**

B Il **DNA MITOCONDRIALE** (detto Dnamt) contiene 37 geni coinvolti nella produzione di proteine che permettono alle cellule di respirare e se difettosi sono responsabili di malattie gravi

- **Lo si eredita solo per via materna**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Giovedì 09 GIUGNO 2016

Un farmaco anti-diabete protegge dalla resistenza alla terapia anti-angiogenica nei tumori

L'idea di base è quella di affamare il tumore 'tagliandogli i viveri', cioè i vasi che lo nutrono. Purtroppo il tumore impara prima o poi a resistere a questi farmaci, che diventano un'arma spuntata. Da tempo l'attenzione dei ricercatori è appuntata su alcuni farmaci anti-diabetici che sembrano avere proprietà anti-tumorali. Una ricerca spagnola rivela oggi che la fenformina, un farmaco anti-diabete caduto in disuso, potrebbe rivelarsi l'arma vincente per superare la resistenza dei tumori alle terapie anti-angiogeniche

L'arrivo della terapia anti-angiogenica ha fatto segnare un punto di svolta per il trattamento di tanti tumori. Purtroppo come per tutte le terapie oncologiche, arriva prima o poi il giorno in cui il cancro impara a 'difendersi' da questi farmaci, a sviluppare cioè una resistenza. E' un fenomeno noto da tempo sul quale stanno lavorando gruppi di ricerca in tutto il mondo per comprenderne i meccanismi e cercare dunque di trovare una soluzione.

I ricercatori spagnoli del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) hanno appena pubblicato su Cell Reports un interessante studio nel quale, oltre a descrivere un meccanismo di resistenza del cancro agli anti-angiogenici, suggeriscono anche il modo di superare quest'ostacolo.
Esperimenti condotti su topi con tumori della mammella e del colon hanno permesso di scoprire che l'aggiunta della fenformina, un anti-diabetico ritirato dal commercio, al trattamento anti-angiogenico, inibisce la crescita tumorale del 92%.

Gli inibitori delle tirosin chinasi appartengono alla famiglia dei farmaci anti-angiogenici. Al sorafenib e al sunitinib si è aggiunto di recente il nintedanib, già approvato sia da FDA che da EMA per l'impiego nelle neoplasie del polmone. Gli autori dello studio di Cell reports si sono appunto cimentati nel comprendere i meccanismi alla base della resistenza ai TKI, allo scopo di prolungare la risposta a questi trattamenti.

Il tumore, nella sua crescita spropositata, ha bisogno di tanti 'viveri' che gli vengono forniti attraverso la formazione di nuovi vasi. Lo sviluppo di queste 'autostrade' per il suo rifornimento, causa ipossia a carico dei tessuti e questo a sua volta innesca una serie di reazioni nel metabolismo cellulare. Si tratta del cosiddetto effetto Warburg, che porta le cellule tumorali a consumare 20 volte più glucosio delle cellule normali, in presenza di pochissimo ossigeno. In altre parole, i tumori producono energia consumando glucosio a rotta di collo (caratteristica sfruttata anche nell'imaging con le PET al fluoro-deosiglucosio), trattenendo allo stesso tempo il respiro.

Le terapie a base di TKI prevengono questo consumo forsennato di glucosio da parte delle cellule cancerose ma tuttavia, questi farmaci che sulla carta dovrebbero quindi far morire di fame le cellule tumorali, non sempre ottengono questo effetto perché i tumori sviluppano resistenza al trattamento con TKI.
Come riuscissero a farlo rappresentava un mistero fino a ieri, ma adesso i ricercatori spagnoli con il loro studio hanno scoperto che i tumori riescono a bypassare l'ostacolo rappresentato dai TKI, deviando il loro metabolismo verso la glicolisi aerobica, tornando cioè alla respirazione mitocondriale. Un meccanismo di difesa del tumore che si sta rivelando tuttavia anche il suo tallone d'Achille.

I ricercatori spagnoli hanno osservato che i topi con tumore della mammella, trattati con nintedanib, ad un certo punto del trattamento, mostravano un improvviso crollo del consumo di glucosio e un aumento dei metaboliti derivanti dalla respirazione mitocondriale.

Somministrando agli animali un inibitore mitocondriale (la fenformina, un antidiabetico), i ricercatori del CNIO

hanno osservato un'inibizione della crescita tumorale del 92%, soprattutto somministrando la fenformina in maniera sequenziale, e non simultanea, rispetto al TKI.

I ricercatori del CNIO hanno ribattezzato questo fenomeno 'letalità sintetica metabolica', dimostrando che si verifica anche associando altri TKI (come ad esempio il regorafenib) ad altri inibitori mitocondriali (ME344). In modelli sperimentali di tumore del polmone, questa sinergia di trattamenti ha prolungato la sopravvivenza media di oltre il 40%.

L'aspetto più interessante di questa scoperta è che può essere applicata immediatamente alla pratica clinica. "La fenformina – afferma Miguel Quintela-Fandino, direttore dell'Unità di ricerca clinica 'cancro della mammella' del CNIO – è stata ritirata dal mercato per una rara complicanza che si verifica nei soggetti con diabete; il farmaco tuttavia è sicuro nei non diabetici". I ricercatori spagnoli hanno annunciato l'intenzione di lanciare entro i prossimi mesi uno studio indipendente nel quale i pazienti riceveranno un trattamento con TKI e inibitori mitocondriali per studiare la possibilità di reversione della resistenza ai farmaci anti-angiogenici.

La terapia anti-angiogenica viene utilizzata con successo in una serie di tumori (mammella, polmone, colon-retto, ovaio, rene , fegato). Fino ad oggi, alla comparsa della resistenza, doveva essere interrotta e abbandonata come opzione terapeutica. Ma forse da oggi non sarà più necessario.

Maria Rita Montebelli

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 38.631
Diffusione 03/2016: 9.700
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

10-GIU-2016
da pag. 15
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il Rapporto Gimbe e la denuncia del Censis sulla crisi della sanità sono usati dal governo per stringere i cordoni della borsa

L'ARTICOLO
Ivan Cavicchi
pagina 15

Se la crisi della sanità serve alla controriforma

Ivan Cavicchi

Il Rapporto Gimbe e la denuncia del Censis sono usati dal governo per stringere i cordoni della borsa, approfondire le diseguaglianze ed evitare di guardare alle responsabilità

Gimbe (gruppo Italiano per la medicina basata sulle evidenze) è una fondazione che se collocabile per i suoi ideali dichiarati nell'area della cultura di "sinistra", nel settore sanitario si occupa di formazione e di consulenze. La sua mission è molto collaterale alle politiche del governo: risparmiare denaro pubblico amministrando i comportamenti scorretti dei medici attraverso delle linee guida.

Per accreditarsi come difensore della sanità pubblica, ha financo istituito un premio "Salviamo il nostro servizio sanitario nazionale" che però ha assegnato alla Toscana (2014) che con la sua legge di controriforma della sanità si è beccata un referendum abrogativo, poi al Ministero della salute (2015) che non è certo estraneo allo sfascio del sistema pubblico, e infine alla senatrice De Biasi (Pd), presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato (2016), nota per esser da sempre davanti al "bivio" privato/pubblico.

L'altro giorno (7 giugno) contando evidentemente sulla sua credibilità pubblica, ha presentato il Rapporto sulla sostenibilità 2016/2025 con il quale ci rifila la solita storiella cara ai teorici dell'universalismo selettivo: vi è un problema cronico di insufficienza delle risorse (nel 2025 servirebbe quasi il doppio delle risorse oggi previste), è urgente intervenire con un piano di salvataggio, se non si interviene perderemo la sanità pubblica.

E' la classica esibizione del "bastone" (*argumentum ad baculum*) usata spesso da certi economisti, con la quale alla soluzione dei problemi reali della sanità si sostituisce una minaccia di catastrofe ma come espediente per far fuori la sanità pubblica.

Nel rapporto di Gimbe si propone una idea di sostenibilità all'insegna del compatibilismo e dell'accettazione ineluttabile dei limiti economici con ciò assecondando di fatto un asservimento del diritto costituzionale ai problemi finanziari. I diritti sono rinegoziabili e i limiti devono limitare e basta, che essi possano essere delle possibilità di cambiamento neanche l'ombra.

Per salvare la sanità Gimbe prevede cinque azioni fondamentali: 1)offrire ragionevoli certezze sulle risorse destinate al Ssn; 2) rimodulare i Lea (livelli essenziali di assistenza) sotto il segno del *value*, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie di livello elevato, escludendo quelle dal basso *value* anche al fine di espandere il campo d'azione dei fondi integrativi; 3) quindi sanità integrativa; 4) ridefinizione delle tipologie di prestazioni, essenziali e non essenziali, che possono essere coperte dalle varie forme di sanità integrativa; 5) coinvolgimento di forme di imprenditoria sociale, cogliendo tutte le opportunità offerte dalla recente riforma del terzo settore.

In sostanza: il governo continui ragionevolmente a definanziare la sanità, si riducano le prestazioni a carico dello Stato, tutto quello che lo Stato non garantisce più viene compensato con la mutualità o con il terzo settore. E meno male che Gimbe voleva salvare la sanità e se non avesse voluto salvarla che cosa ci avrebbe proposto?

Meno sfacciato è il Censis che nel suo sti-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 38.631
Diffusione 03/2016: 9.700
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

10-GIU-2016
da pag. 15
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

le di " neutralità" sociologica ci propone anche lui una ricerca (8 giugno 2016) con la quale ci descrive una situazione di sfascio sbandierando i suoi 11 milioni di italiani che rinunciano alle cure per mancanza di soldi, tale da accreditare a sua volta come unica soluzione possibile l'allargamento delle mutue e la restrizione delle tutele.

Che succede? Prima dell'artiglieria pesante si manda la fanteria in avanscoperta? Siamo forse alle soglie di una controriforma del sistema sanitario? Il governo si prepara a riabilitare la famosa teoria della "terza gamba"? Quella appunto mutualistica-assicurativa?

Sicuramente le cose stanno andando male e sicuramente non si può andare avanti di questo passo. Il sistema pubblico sta morendo piano piano. La gente è scontenta, le diseguaglianze crescono e quindi anche le ingiustizie sociali, ma soprattutto si è sempre meno curati, sempre curati peggio per scarsità di mezzi. Per non parlare degli operatori ormai trattati come lavativi colpevoli di avere un costo e di voler curare bene i loro malati.

Le incapacità di coloro che da almeno 40 anni hanno deciso il bello e il cattivo tempo sulla sanità, sono scaricate sui cittadini. Si risponde alle diseguaglianze che crescono istituzionalizzando le diseguaglianze, alle ingiustizie legalizzando le ingiustizie, l'universalismo è negato perché ritenuto arbitrariamente insostenibile.

Che colpa hanno i cittadini se non siamo riusciti a riformare davvero la cultura mutualistica dei nostri servizi? A riformare gli ospedali, la medicina generale, la specialistica ambulatoriale? Che colpa hanno se il federalismo sanitario è fallito e se le Regioni non sono riuscite a governare alcunché? Se le aziende sanitarie sono crollate sotto il peso questo si insostenibile delle loro contraddizioni? Se non siamo riusciti a fare della prevenzione delle malattia la strategia per antonomasia? Se non abbiamo mai cambiato il lavoro, ripensato le professioni, i modi di lavorare? Che colpa hanno i cittadini delle tante diseconomie causate dal clientelismo dalla disonestà di chi ha governato ad ogni livello la sanità pubblica?

Oggi in tanti si danno da fare per suggerire al governo delle controriforme ma chi risarcirà i cittadini delle riforme non fatte e di quelle tradite e di quelle sbagliate? Questo stuolo di finti savantes senza un pensiero riformatore è penoso e non offende solo i diritti ma anche le intelligenze e i buoni sentimenti.

Oggi, lo dico da tempo, la sanità a partire dal valore dell'universalismo va riformata non controriformata. E' rimasta in dietro su tante cose. Si faccia un bilancio onesto di come sono andate realmente le cose e si traggano le conseguenze. Ma non tocchiamo i diritti.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 76.141
Diffusione 03/2016: 37.200
Lettori Ed. I 2016: 115.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

10-GIU-2016
da pag. 38
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità, regioni e ministero a confronto

Regioni e ministero della salute a confronto sul fabbisogno per le professioni sanitarie per gli anni 2016 e 2017. E lo scontro di appresta a essere su medici e odontoiatri. Lo scarto tra le richieste degli enti territoriali e la proposta del Minsalute per quanto riguarda i primi, infatti, è di più di 1.200 unità di personale. Più contenuta, invece, la differenza sugli odontoiatri, che è al di sotto dei 100 soggetti. Nel dettaglio, lo schema di accordo tra il governo e gli enti territoriali, ieri al vaglio della Conferenza stato-regioni, ha posto in evidenza una comunione di vedute in merito al fabbisogno sulla quasi totalità delle professioni sanitarie. Una mappatura che tiene conto, nel suo complesso, non solo del servizio sanitario pubblico ma anche ai professionisti che lavorano nel settore convenzionato e privato, sia in forma di dipendenti sia in forma di liberi professionisti. A evidenziare uno scostamento, però, il fabbisogno relativo ai medici chirurghi. In particolare, ad avviso delle regioni dovrebbero essere 9.937 le unità di personale necessarie per far fronte alle esigenze di servizio. Richiesta, però, non condivisa dal ministero della salute ad avviso del quale non sarà possibile andare oltre le 8.700 unità. Speculare, poi, la situazione per quanto attiene gli odontoiatri. La richiesta delle regioni, infatti, è di 947 professionisti, a fronte di una disponibilità del ministero di 850 unità. Per quanto riguarda le altre professioni sanitarie, invece, uno scostamento è rilevabile sia sui tecnici di laboratorio, per i quali la richiesta è di 803 professionisti a fronte di una disponibilità di 770 unità, sia sui tecnici di radiologia, per i quali gli enti hanno presentato istanza per 853 soggetti a fronte di una disponibilità massima di 800 unità. Il quadro complessivo delineato dallo schema di accordo, però, mostra anche una eccezione relativa ai terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva. Solo per questi professionisti, infatti, la richiesta delle regioni (310 unità), risulta essere inferiore al fabbisogno calcolato dal Minsalute. Peculiarità che, se dovesse trovare conferma, significherebbe concrete possibilità di lavoro per i professionisti del settore.

Beatrice Migliorini

Enti locali
Statali licenziati, c'è la reintegra

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 152.577
Diffusione 03/2016: 113.520
Lettori Ed. I 2016: 1.136.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

10-GIU-2016
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Cuzzilla (Federmanager)

«Incentivare la sanità privata»

▶«È arrivato il momento di incentivare veramente il secondo pilastro in Sanità, in grado di dare risposte importanti nell'assistenza sanitaria e nel campo della prevenzione gratuita, in un Paese che per la prima volta nella storia vede diminuire la sua aspettativa di vita». Stefano Cuzzilla, presidente Federmanager, commenta l'ultimo Rapporto Censis sui comportamenti dei cittadini nell'attuale contesto evolutivo della sanità. Secondo il Rapporto, ben 2 milioni di italiani in più rispetto allo stesso periodo del 2012 hanno rinunciato o rinviato prestazioni sanitarie, a causa delle difficoltà economiche. «La strada da seguire è defiscalizzare le imprese affinché versino più fondi nella sanità integrativa», continua Cuzzilla che sottolinea come i Fondi combattano l'evasione fiscale, «poiché rimborsano solo su fattura e ricevuta, altro aspetto da non sottovalutare».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 405.633
Diffusione 03/2016: 290.430
Lettori Ed. I 2016: 1.482.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Attilio Giordano

10-GIU-2016
da pag. 64
foglio 1
www.datastampa.it

E SE L'ELISIR DI LUNGA VITA SI TROVASSE NELLA PANCIA?

di Alex Saragosa

A Bologna, un team di scienziati ha esaminato il **microbioma** intestinale di decine di persone: nei centenari ha caratteristiche un po' particolari

Da tempo la scienza cerca di svelare i meccanismi della longevità, tentando di capire quanto per essa contino Dna, dieta, abitudini di vita e semplice fortuna. Un gruppo di ricercatori dell'Istituto di Tecnologie biomediche del Cnr e dell'Università di Bologna ha ora indagato su un altro versante: il ruolo che può esercitare sulla durata della vita il microbioma batterico che ci portiamo nella pancia.

«Il microbioma intestinale svolge compiti essenziali per la salute» dice Marco Severgnini, ingegnere biomedico dell'Itb-Cnr. «In particolare, ci aiuta a digerire bene gli alimenti, per esempio producendo acidi grassi a catena corta facilmente assimilabili, ma anche tenendo alla larga i batteri patogeni e producendo vitamine e sostanze antinfiammatorie. Oggi sappiamo che avere un microbioma sbilanciato può portare a disturbi, come l'obesità o l'eccessiva permeabilità intestinale, che consente a tossine e microrganismi di entrare nel sangue, con danni alla salute». Essere accompagnati lungo la vita dai «batteri giusti» potrebbe quindi essere il viatico indispensabile per superare i cento anni.

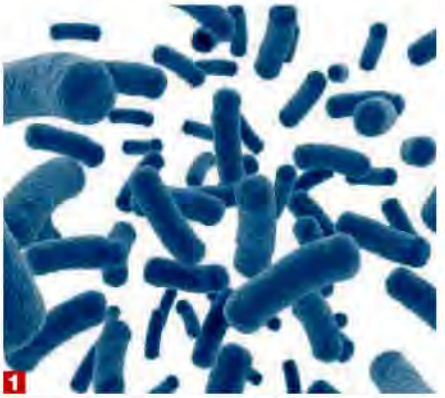
Per capire se lo sia davvero Severgnini e colleghi hanno esaminato il microbioma di decine di persone dai 20 anni in su, fra le quali 24 di oltre 105 anni di età, tutte provenienti dall'area bolognese, per avere un campione il più omogeneo possibile per quanto riguarda dieta e ambiente.

I risultati mostrano che anche il microbioma invecchia insieme a chi se lo porta dentro: mentre i giovani hanno nel loro intestino soprattutto batteri «buoni», come Ruminococcaceae e Lachnospiraceae, più si invecchia e più compaiono nuove specie, fra cui alcune che sarebbe meglio tenere alla larga, come gli Enterobatteri. «Questo è probabilmente dovuto al fatto che se si vive a lungo i batteri da cui siamo circondati riescono a poco a poco a farsi strada nel nostro organismo. Per esempio abbiamo trovato nel microbioma di anziani i batteri che normalmente si trovano sulle gengive».

Diventano ultracentenari quelli che evitano questo declino? «Non esattamente, anche il loro microbioma appare invecchiato. Ma in loro si riscontra anche una parallela proliferazione di specie che svolgono attività antinfiammatoria e protettiva del rivestimento intestinale, come il Bifidobacterium e l'Akkermansia, che probabilmente contrastano l'azione negativa di altri batteri. Inoltre negli ultracentenari abbiamo scoperto la presenza di Christensenellaceae, batteri che sembrano ridurre il rischio di obesità. Da studi su gemelli si sa che questi batteri si trovano soprattutto in persone dotate di certe varianti genetiche. Potrebbe essere quindi che i geni dei centenari, oltre a preservarne direttamente la salute, "attirino" i batteri giusti».

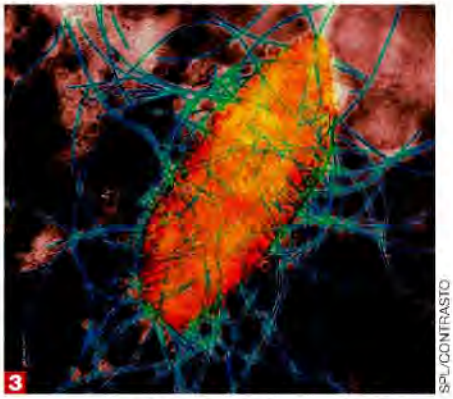
Ma allora si potrebbe imitare il «microbioma di Matusalemme», per esempio assumendo bevande che contengano i microrganismi giusti? «Non ci conterei molto» dice Severgnini. «Si sa che il microbioma è molto difficile da cambiare: persino dopo una cura di antibiotici che lo alteri completamente, tende a ritornare come era prima».

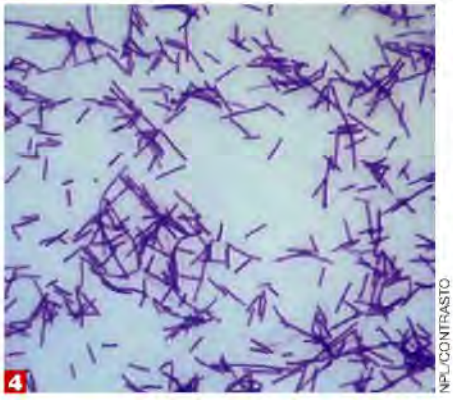
Lo conferma una recente ricerca compiuta dal microbiologo Oluf Pedersen, dell'Università di Copenaghen, che ha riesaminato i sette migliori studi fatti finora sull'efficacia delle bevande probiotiche, quelle con i «batteri buoni», concludendo che mentre sembrano essere utili per chi ha certi disturbi intestinali, non c'è la prova che cambino il microbioma di persone sane. Per diventare centenari, quindi, meglio insistere su dieta sana e attività fisica sperando poi di aver ereditato i geni (e i batteri) giusti. ■



+

BATTERI «BUONI» E «CATTIVI» CHE SI TROVANO NEL MICROBIOMA INTESTINALE: [1] AKKERMANSIA, [2] BIFIDOBACTERIUM, [3] ENTEROBACTER, [4] LACHNOSPIRACEAE CLOSTRIDIUM





data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 144.747
Diffusione 03/2016: 112.705
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

10-GIU-2016
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità
Trapianto di cellule sconfigge il diabete
A Milano il primo test
NEGROTTI A PAGINA 19

Il trapianto di cellule che sconfigge il diabete

A Milano il primo intervento in Europa
Tecnica messa a punto dall'Istituto di Miami

Il paziente, un uomo di 41 anni, diabetico dall'età di 11, ha smesso di prendere l'insulina. Il protocollo è stato studiato dallo scienziato Camillo Ricordi, da anni negli Usa

ENRICO NEGROTTI
MILANO

Un passo avanti importante per curare i pazienti affetti da diabete di tipo 1 è stato compiuto all'ospedale Niguarda di Milano, grazie a un trapianto innovativo – il quarto al mondo, il primo riuscito in Europa – compiuto da un'équipe multidisciplinare (chirurgia dei trapianti, diabetologia, nefrologia, anestesia, terapia tissutale) che ha applicato il protocollo messo a punto a Miami dal Diabetes Research Institute, diretto da Camillo Ricordi. Lo scienziato italiano ha identificato un sito particolare, l'omento (una membrana che si estende sopra l'intestino) quale posto ideale per trapiantare le cellule pancreatiche. «L'intervento – spiega il diabetologo Federico Bertuzzi (coordinatore del programma di questo tipo di trapianto a Niguarda) – è avvenuto un mese fa e ora si può definire riuscito: da una settimana il paziente (un uomo di 41 anni, diabetico dall'età di 11) ha smesso di assumere insulina». Da Miami giungono le congratulazioni di Ricordi: «Questa tecnica di ingegneria tissutale sarà fondamentale per permettere la sperimentazione clinica di nuove tecnologie per evitare l'uso di farmaci anti rigetto, che oggi limitano l'applicabilità dei trapianto di isole ai casi più gravi di diabete».

«Attualmente le cellule insulari vengono infuse nel fegato – aggiunge Luciano De Carlis, direttore della Chirurgia generale e dei trapianti a Niguarda – ma molte non sopravvivono a causa di una reazione infiammatoria che ne compromette il funzionamento». Con il trapianto nell'omento non solo «sono stati creati i presupposti per gli studi per evitare l'immunosoppressione» continua Bertuzzi, ma «si preservano meglio le isole pancreatiche durante la fase di attecchimento». La nuova soluzione, realizzata con chirurgia videolaparoscopica, promette ulteriori soluzioni terapeutiche: «Sarà possibile utilizzare microcapsule per rivestire le isole pancreatiche trapiantate e limitare o evitare l'immunosoppressione, che comporta sempre rischi aggiuntivi».

A procurare le cellule del trapianto è stata l'équipe di Mario Marazzi (direttore della Terapia Tissutale a Niguarda): «Abbiamo lavorato il pancreas di un donatore multiorgano, e selezionato in laboratorio le isole pancreatiche. Poi nel corpo stesso del paziente è stato creato lo *scaffold*, l'impalcatura per ospitare le cellule trapiantate». «Questa impalcatura biologica – continua Bertuzzi – è fatta dal siero del paziente stesso e dalla trombina (un componente del sangue): insieme formano una specie di gel che permette l'adesione di queste isole alla membrana dell'omento». «La trombina diventa solida – aggiunge Marazzi –, le isole pancreatiche restano intrappolate all'interno, e producono insulina. L'omento presenta il vantaggio di avere una ottima vascolarizzazione». «Trapiantando le isole pancreatiche nel fegato – continua Marazzi – abbiamo già buoni risultati: un 80 per cento di successo nell'indipendenza dall'insulina (i dati sono in via di pubblicazione). Poi avevamo individuato anche il muscolo quale possibile bersaglio, infine l'omento, su suggerimento di Camillo Ricordi. Questo paziente è stato scelto perché non poteva ricevere le cellule nel fegato o nel muscolo».

Oltre a Miami e Niguarda «stanno partendo con la sperimentazione – conclude Marazzi – anche altri centri nel mondo, tra cui Edmonton in Canada, mentre altri ospedali stanno chiedendo notizie». «Di fatto è avviato un trial multicentrico» specifica Bertuzzi, che offre uno sguardo sulle ulteriori prospettive offerte da questo trapianto: «Lo scaffold nell'omento potrebbe ospitare anche terapie con cellule staminali dell'adulto; o altri tipi di beta-cellule, magari ottenute in laboratorio, per produrre insulina».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Giovedì 09 GIUGNO 2016

Gravidanza e farmaci. Molte donne sovrastimano il rischio

Secondo uno studio pubblicato sul Journal of Clinical Pharmacy, sarebbero molte le donne che, durante la gravidanza per la paura di danneggiare il feto, non si curano mettendo così a rischio anche la propria salute.

(Reuters Health) - Ancora troppe donne evitano di prendere medicinali durante la gravidanza, convinte che possano danneggiare il feto. È quanto hanno evidenziato alcuni ricercatori inglesi, guidati da **Michael Twigg**, ricercatore all'University of East Anglia, in uno studio pubblicato sul Journal of Clinical Pharmacy.

Twigg e colleghi hanno preso in considerazione 1.120 donne coinvolte in un'indagine online condotta in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord, chiedendo loro se pensavano che i farmaci assunti in gravidanza fossero pericolosi per il feto. Circa il 40% delle donne coinvolte era incinta, mentre le restanti avevano dato alla luce un bambino entro l'anno precedente. Il 17% delle intervistate aveva segnalato problemi cronici, principalmente asma, allergie, depressione, ansia e problemi alla tiroide.In totale, il 76% delle donne ha dichiarato di aver preso medicine per curare almeno uno degli otto più frequenti disturbi della gravidanza, compresi nausea, bruciore di stomaco, stitichezza, raffreddore, infezione del tratto urinario, dolore pelvico, mal di testa o problemi di sonno. Ma per altri problemi, molte donne hanno deciso di non assumere medicinali, anche quando i farmaci non sarebbero stati pericolosi.

“Molte donne evitano di prendere medicine perché hanno paura che danneggino il feto – ha dichiarato Twigg - ma noi non vogliamo che le donne soffrano inutilmente di problemi che possono essere facilmente trattati”, ha aggiunto.I farmaci contro la nausea sono un esempio di come le donne soffrano inutilmente, lasciando che piccoli problemi possano diventare più importanti, ha dichiarato Angela Lupattelli, coautore dello studio e ricercatrice all'University of Oslo, in Norvegia. “Nausea e vomito possono essere devastanti per la donna, che non deve disidratarsi a causa della gravidanza”, ha sottolineato la ricercatrice.

Per quanto riguarda i disturbi del sonno, il 67% delle donne ha riportato problemi, ma solo l'1% ha assunto farmaci, anche se ci sono dei medicinali da banco considerati sicuri. Quasi il 55% delle donne, inoltre, ha dichiarato di aver sofferto di stipsi, ma solo il 19% ha assunto farmaci e anche in questo caso ci sono diversi medicinali che non sono rischiosi.Ancora più allarmante è stato il dato sulle infezioni del tratto urinario: solo il 65% delle donne che ne ha sofferto ha preso medicinali, un dato preoccupante, visto che le infezioni possono raggiungere i reni, risultando così pericolose sia per la madre che per il feto. Secondo **Marleen van Gelder** del Radboud University Medical Center, in Olanda, che non era coinvolta nello studio, “un problema è dovuto al fatto che le donne in gravidanza non sono incluse negli studi clinici”.

Ma la sicurezza dipende anche dal trimestre in cui si assume il farmaco, e i rischi o i benefici del trattamento possono dipendere dal grado di severità dei sintomi e da altri aspetti, ha aggiunto l'esperta olandese. Le donne, comunque, dovrebbero rivolgersi al medico per chiarire ogni dubbio su eventuali rischi legati ai farmaci assunti in gravidanza, ha precisato Twigg.

Fonte: *Int J Clin Pharm 2016*