adnkronos

11-07-2016
Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

TUMORE OVARICO, ITALIANI SCOPRONO 'FIRMA MOLECOLARE' DELLE FORME AGGRESSIVE

Milano, 11 lug. (AdnKronos Salute) - Una sola parola: 'MiROvaR'. E' la firma molecolare che identifica le forme più aggressive di tumore ovarico. L'ha scoperta un team di scienziati italiani dell'Istituto nazionale tumori (Int) di Milano. Gli esperti, coordinati da Delia Mezzanzanica, hanno analizzato i microRna - piccole molecole la cui funzione è quella di regolare l'espressione di molti geni e quindi il comportamento delle cellule - per caratterizzare da un punto di vista molecolare il carcinoma ovarico.

Un minuzioso lavoro di ricerca che ha portato a individuare MiROvaR, una firma molecolare basata sull'espressione di 35 microRna e in grado - spiegano gli autori dello studio multicentrico tutto tricolore, nato dalla collaborazione di tre istituti e pubblicato su 'The Lancet Oncology' - di identificare in modo molto accurato il rischio di ricaduta delle pazienti sin dal momento della diagnosi. Dopo una necessaria validazione, questo tipo di analisi permetterebbe di inserire le donne più a rischio in protocolli di trattamento più aggressivi per ritardare o bloccare la ripresa del tumore.

Per arrivare alla scoperta, sono servite le competenze biomolecolari, bioinformatiche e cliniche dell'Int e la collaborazione con più settori dello stesso Irccs - il Dipartimento di oncologia sperimentale e medicina molecolare, la struttura di Chirurgia ginecologica - e con altri centri italiani di eccellenza per questa patologia, in particolare l'Irccs Centro di riferimento oncologico di Aviano e l'Irccs Istituto nazionale tumori Fondazione Pascale di Napoli. Lo studio è stato finanziato dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) e dalla Fondazione Cariplo.

"Il carcinoma ovarico - spiega Mezzanzanica, responsabile della Struttura di terapie molecolari all'Int di Milano - è un tumore poco frequente ma ad elevata mortalità. E' di difficile diagnosi, caratterizzato da un'elevata eterogeneità sia

healthdesk

11-07-2016

http://www.healthdesk.it/

IL CONVEGNO

Infertilità e Pma: in Puglia si può fare di più

I dati si commentano da soli: oggi una coppia italiana su cinque è infertile mentre solo vent'anni fa la percentuale era la metà. E il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (Pma) è aumentato del 50 per cento rispetto a dieci anni fa. È la fotografia scattata dal Ministero della Salute nella quale si riconosce pienamente la Regione Puglia dove nel 2014 in Puglia 2.960 coppie sono state trattate con tecniche di procreazione medicalmente con il risultato di 600 gravidanze. Intorno a questi dati hanno discusso 150 medici specialisti del settore che hanno fatto il punto sulle tecniche più efficaci di Pma a Bari in occasione dei 25 anni di attività del Centro di Procreazione dell'Ospedale Santa Maria.

Con una media di 1.200 procedure di primo e secondo livello ogni anno, l'Ospedale Santa Maria di Bari che fa parte di GVM Care & Research è la principale scelta di molte coppie pugliesi. Dal 1991 al 2015 l'ospedale ha eseguito 18 mila cicli tra primo e secondo livello (inseminazione intrauterina e fecondazione in vitro) grazie a cui sono nati 2.500 bambini.

Ma non basta: «In Puglia - dice Pasquale Totaro, responsabile del Centro Pma dell'Ospedale Santa Maria - dove i trattamenti sono solo a pagamento, si può fare di più, anche per bloccare le trasferte di tante coppie che si rivolgono ad altre regioni pur di risparmiare. Auspichiamo che i trattamenti di Pma vengano finalmente inseriti nei Lea così da evitare il turismo extraregionale verso altre città dove l'offerta è maggiore e sempre più spesso convenzionata con il servizio sanitario nazionale. Tutte le coppie hanno diritto alla genitorialità e come tutti i migliori prodotti della terra fare il trattamento a chilometro zero significa offrire tanta qualità».

patologica sia molecolare, e tende a ripresentarsi dopo la chemioterapia sviluppando resistenza ai trattamenti farmacologici. Questo tumore rimane la prima causa di morte dei tumori di tipo ginecologico. Negli ultimi anni si stanno studiando le sue caratteristiche molecolari per capire al momento della diagnosi quali siano i tumori più aggressivi, cioè quelli che diventano resistenti alla chemio e recidivano più rapidamente, per migliorare il trattamento".

MiROvaR è stato sviluppato partendo dall'analisi di campioni di carcinoma ovarico raccolti grazie all'impegno del gruppo 'Mito' (gruppo multicentrico italiano per il disegno di trial clinici di tumori ginecologici). "La sua efficacia nel prevedere il rischio di ricaduta di malattia - approfondisce Mezzanzanica - è stata poi verificata complessivamente in quasi 900 casi di carcinoma ovarico mettendo a disposizione della comunità scientifica internazionale la più ampia collezione di dati sull'espressione di microRna al momento disponibile per questa patologia".

L'analisi affrontata in questo studio, puntualizzano gli autori, potrebbe consentire, una volta inserita nella pratica clinica, importanti risultati nella lotta al carcinoma ovarico: "L'identificazione precoce delle pazienti ad alto rischio di ricaduta di malattia permetterà di inserirle in protocolli di trattamento più aggressivi così da colpire il tumore in modo più deciso e ritardarne o bloccarne la ripresa - conclude - L'impiego di MiROvaR nella pratica clinica potrà comunque avvenire solo a seguito di ulteriori verifiche della sua precisione predittiva".

adnkronos salute

12 luglio 2016
NUMERO 127 | ANNO 10

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

E a Milano al via tavolo 'post-Brexit'

L'obiettivo è quello di riuscire a portare l'Ema sotto la Madonnina

Ha fatto il suo debutto a Milano il 'Tavolo post-Brexit', che ha riunito a Palazzo Lombardia rappresentanti delle istituzioni e del sistema eco-nomico e industriale per un primo confronto sulle opportunità che si aprono per la città dopo il 'sì' degli inglesi all'uscita della Gran Breta-gna dall'Unione europea. L'obiettivo è quello di riuscire a portare sotto la Madonnina, in particolare nell'area ex Expo, alcune agenzie Ue che al momento hanno sede a Londra e che con la vittoria del 'le-ave' dovranno trasferirsi altrove. Fra queste l'Agenzia europea dei medicinali Ema. Durante la prima riunione del Tavolo, annuncia il governatore lombardo Roberto Ma-roni, "ho presentato una bozza di documento che si conclude con la proposta, che dovrà essere condivi-sa da tutti i partecipanti, di fare di Milano e della Lombardia un hub della ricerca e dell'innovazione competitivo a livello mondiale, in cui attrarre start up e investitori internazionali, attraverso 3 iniziati-ve: l'istituzione di una 'free tax area' corrispondente al sito Expo, la col-locazione a Milano dell'Agenzia europea per i medicinali e dell'Au-torità bancaria europea" Eba. "L'in-tesa raggiunta oggi - spiega il pre-sidente - è che questo documento sia analizzato rapidamente. Ver-ranno raccolte eventuali osserva-zioni e integrazioni, e lunedì 18 luglio ci ritroveremo per sottoscriverlo. Sarà presente anche il sinda-co di Milano" Giuseppe Sala, e "chiederò anche al Governo di veni-re perché dobbiamo costituire una 'cabina di regia' e portare avanti un'azione comune. Solo così pos-siamo vincere questa grande sfida in Europa", avverte Maroni convin-to che ci siano "le condizioni per fare di Milano e della Lombardia le capitali della nuova Europa". Ma per raggiungere questo obiettivo, ribadisce, "occorre il gioco di squa-dra".

IHQF of Evaluation 07/11/2016

11 lug 2016

TAG
Ricerca
Farmaci
Medicina generale
Ambulatori

DAL GOVERNO

Ema, Lorenzin candida Milano: «Da romana scelgo la più efficiente Lombardia»

Sul "derby" italiano Roma-Milano per ospitare l'(Ema), che dopo la Brexit abbandonerà la sede di Londra, oggi la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, in visita a Brescia, ha lanciato un assist a favore di Milano. «L'efficienza sanitaria lombarda è il motivo per cui all'indomani di Brexit, pur essendo romana ho candidato il nome di Milano come sede dell'Ema», ha detto Lorenzin, in visita a Brescia.

Questo proprio perché la Lombardia «con respiro europeo e un tessuto industriale accogliente, centri di ricerca, università, Irccs, ha una concentrazione di luoghi che intorno alla struttura ambulatoria possono fare sistema» e avere «le skill che ci verrebbero richieste per ospitare l'Agenzia Europea del Farmaco». Per Lorenzin «la Lombardia è stata e continua a essere una delle regioni più evolute dal punto di vista sanitario», questo «non solo per l'efficienza sanitaria ma per quella industriale» con cui questa regione «ha saputo affiancare agli ospedali e ai centri di cura grandi centri di ricerca a livello scientifico».
Modello lombardo esportabile su scala nazionale? A detta del ministro la congiuntura tra cura e ricerca, tra medicina e industria «ha fatto fare un salto di qualità al territorio lombardo negli ultimi dieci anni», ora «vediamo come andrà questa riforma che stiamo guardando con attenzione», perché secondo il parere di Lorenzin, «le best practice lombarde possono essere effettivamente esportabili in altre regioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO
05 Agosto 2015
Chiamenti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto

IMPRESE E MERCATO
04 Settembre 2015
Patent box, sconti in tre mosse

IMPRESE E MERCATO
03 Settembre 2015
Ricerca e sviluppo, gli incentivi al via fra le incertezze

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

LA STAMPA TORINO

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

12-LUG-2016
da pag. 43
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Candidato il Bioindustry Park vicino a Ivrea

E ora il Piemonte vuole soffiare alla Lombardia l'Agenzia del farmaco

Chiamparino a Bruxelles, Saitta si muove col governo

700 persone
I dipendenti impiegati nell'Agenzia europea del farmaco con sede a Londra

3 aziende
Le aziende farmaceutiche che hanno sede nel Bioindustry Park vicino a Ivrea

50.000 metri quadrati
La superficie dell'insediamento a Colleretto Giacosa, nato nel 1986

il caso

ALESSANDRO MONDO

Una sfida ambiziosa: così ambiziosa che al confronto aggiudicare a Torino l'Authority dei Trasporti è stata una passeggiata. Questa volta la partita non porta a Roma ma a Londra, sede dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA) presto o tardi spinta al trasloco, come altre realtà nella capitale inglese, dall'«effetto-Brexit».

La sfida

Il punto è «dove». Milano, iperattiva anche su questo fronte, non ha dubbi: l'Agenzia in versione meneghina, insieme all'Autorità bancaria, è già stata caldeggiata dal sindaco Beppe Sala durante il recente incontro con il suo omologo londinese. A Roma e dintorni il dibattito è in corso: Nicola Zingaretti, presidente della Regione Lazio, è deciso a calcare le orme di Sala proponendo Pomezia, dove ha sede un polo industriale; tiepido il Campidoglio.

Torino e il Piemonte sono un passo indietro ma ora la possibilità di giocarsi questa carta è entrata nel radar della Regione. Il «copyright» dell'idea è di Guido Alessandro Gozzi, responsabile Sanità per la Città Metropolitana: sua la sveglia, suonata via Facebook, prima che sia troppo tardi. «L'Agenzia in questione ha 700 dipendenti, centinaia di migliaia di contatti con tutte le case farmaceutiche del mondo - rilancia -: solo di traffico aereo varrebbe 60 mila voli l'anno».

Si muove Chiamparino

Ieri mattina la questione è stata oggetto di un primo confronto in giunta tra Sergio Chiamparino e l'assessore alla Sanità Antonio Saitta. «Perchè no?», è stato il ragionamento, subordinato alla consapevolezza dei passi necessari. E del tempo che ci si trova già a dover recuperare. «Con Chiamparino siamo d'accordo sul fatto che si tratta di un'opportunità, pur con le difficoltà del caso - conferma Saitta -. Ovviamente non basta avanzare una richiesta generica ma costruire un dossier con offerte credibili: dall'area alle competenze, alle garanzie necessarie in questi casi».

L'ipotesi

L'ingranaggio si è messo in moto. Nei prossimi giorni Chiamparino approfitterà di un breve soggiorno a Bruxelles per sondare il terreno in sede europea. Saitta, da parte sua, si muoverà nei confronti del Ministero della Salute. Primi orientamenti anche sulla «location» che, se l'impresa dovesse andare in porto, ospiterebbe l'Agenzia. Gozzi pensa a Ivrea, incontrando la piena disponibilità del sindaco, Carlo Della Pepa. La Regione guarda a tre chilometri più in là: a Colleretto Giacosa, dove dal 1986 è nato e si è sviluppato il «Bioindustry Park» che su un'area di 50 mila metri quadrati (22 mila coperti) ospita anche tre aziende farmaceutiche: Bracco, Merck e AAA (Advanced Accelerator Applications). Un segnale di attenzione al territorio e alle sua vocazione con un rimando al nuovo Parco della Salute previsto a Torino, a quaranta chilometri di distanza, sintesi di attività ospedaliera, didattica e ricerca farmaceutica.

Giudizi positivi sul fronte dei parlamentari europei e nazionali piemontesi, prossimamente mobilitati allo scopo. Mercedes Bres-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

LA STAMPA TORINO

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

12-LUG-2016
da pag. 43
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

so: «E' il Governo che deve prendere l'iniziativa e confrontare le candidature». «Bisogna muoversi, sapendo che siamo già terzi», le fa eco Stefano Esposito: «Il ruolo della Regione e della Città Metropolitana sarà centrale». Andrea Giorgis è più propenso a giocare la carta di Torino, «trattandosi di un'Agenzia che deve svolgere funzione regolatoria in posizione autonoma rispetto ai produttori: in ogni caso Torino e il Piemonte hanno le qualità per competere». Secondo Mauro Marino Torino e Milano, invece di farsi la guerra, dovrebbero accordarsi su cosa portare a casa. «Provare non guasta - commenta Stefano Lepri -, anche se le nostre vocazioni riguardano più la metalmeccanica e l'aerospazio». Paola Bragantini ha già preso carta e penna per perorare la candidatura al sottosegretario alla Sanità. Staremo a vedere.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

L'ente conteso

Controlla i medicinali ad uso umano e veterinario

La «European Medicines Agency», l'Agenzia europea per i Medicinali, è è l'agenzia comunitaria dell'Unione europea per la valutazione dei prodotti farmaceutici: fondata dopo anni di trattative tra i governi europei, ha sede a Londra. Con la creazione dell'Agenzia si puntava a un doppio scopo, informa Wikipedia: ridurre il costo che le aziende farmaceutiche dovevano sostenere per ottenere le approvazioni dei farmaci, separatamente, dall'autorità di ciascuno Stato membro (circa 350 milioni di dollari l'anno); ridurre le tendenze protezionistiche degli Stati. L'Unione europea detiene circa un terzo della vendita di nuovi farmaci sul mercato mondiale. In sintesi, l'Agenzia - competente per i farmaci ad uso umano e veterinari (inclusi i vaccini, i farmaci biotecnologici ed i medicinali a base di erbe) - lavora per garantire la protezione e la promozione della salute dell'uomo e degli animali: esaminando la documentazione inviata dalle case farmaceutiche, monitorando i prodotti autorizzati a livello centrale dai singoli Stati, mettendo a punto linee guida tecniche. [ALE.MON.]

Effetto Brexit
L'Agenzia europea del farmaco, con sede a Londra, è corteggiata da Milano: anche Roma valuta di candidarsi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 11 LUGLIO 2016

Nuovi Lea. Abrogato il Decreto appropriatezza. Ecco cosa cambierà per medici e pazienti

Il Dpcm con i nuovi Livelli di assistenza ridisegna completamente il tema appropriatezza. Le prestazioni sottoposte alle 'condizioni di erogabilità' scendono a circa 40 (riguarderanno medicina nucleare, i test genetici e poco altro) dalle 200 previste dal decreto del 2015. Ma in ogni caso servirà un'intesa Stato-Regioni. E poi c'è attesa per l'accordo tra la Fnomceo e il Ministero della Salute per quanto riguarda i medici.

Con i nuovi Lea cambia tutto in merito all'appropriatezza prescrittiva. Con l'approvazione del Dpcm (sul punto il Ministro Lorenzin ha anticipato che è atteso a giorni il via libera del Mef) andrà infatti in soffitta il famigerato decreto appropriatezza che tante polemiche ha creato con le sue circa 200 prestazioni per cui erano stati messi paletti a medici e cittadini. Le prestazioni per cui ci saranno condizioni di erogabilità scendono a circa 40 (riguarderanno medicina nucleare, i test genetici e poco altro mentre non ci sono più per esempio per le risonanze del ginocchio) mentre per le altre vi saranno delle indicazioni prescrittive.

A specificarlo è il comma 2 dell'art. 63 del Dpcm sui Lea che specifica come "le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Dalla medesima data sono abrogati il decreto ministeriale 22 luglio 1996 recante " Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" e il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante " Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".

E in questo senso è molto atteso anche l'accordo tra la Fnomceo e il Ministero della Salute che dovrà disciplinare la materia in modo da garantire al medico autonomia e responsabilità, tutelando il rapporto fiduciario ed evitando accertamenti inutili e ridondanti.

Ma cosa cambia? A spiegarlo molto bene su Fimmg notizie è il segretario provinciale di Bergamo del Sindacato Guido Marinoni. "In pratica le "condizioni di erogabilità", cioè le situazioni in cui la prescrivibilità, e quindi la rimborsabilità a carico del SSN, sarà limitata a specifiche situazioni, per la quali dovrà essere apposta una nota sulla ricetta, saranno pochissime: in pratica alcune prestazioni di medicina nucleare, i test genetici e poco altro".

"Le altre – spiega Marinoni - saranno "indicazioni di appropriatezza prescrittiva". Il medico non dovrà riportare alcuna nota, ma sarà sufficiente l'espressione del quesito diagnostico, importante anche per comunicare con il collega che erogherà la prestazione".

Inoltre "il medico non sarà vincolato al caso singolo, ma potrà adattare le indicazioni delle linee guida alle reali condizioni del paziente, risultando così salvaguardata l'autonomia professionale. Le indicazioni di appropriatezza prescrittiva costituiranno certamente un parametro di riferimento per le attività di verifica del comportamento prescrittivo generale del medico, che saranno previste dai contratti dei medici dipendenti e dalle convenzioni, ma non si tratterà qui di entrare nel merito della singola prescrizione, bensì di verificare l'aderenza complessiva del medico alle evidenze scientifiche. Tutto questo entrerà in vigore con il DPCM sui nuovi LEA, la cui bozza prevede l'abrogazione del "Decreto Appropriatezza" del 9 dicembre 2015".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 04/2016: 22.216
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Erasmo D'Angelis

12-LUG-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'INTERVISTA

Englaro: la mia Eluana ha cambiato l'Italia

«Maroni? Nessun rancore, la nostra è stata una vittoria per la libertà» P. 11

Intervista a Beppino Englaro

«La mia Eluana ha cambiato l'Italia»

● Parla il padre della ragazza a cui furono sospese le cure dopo 17 anni in stato vegetativo: «Nessuna sfida, solo rispetto per lei»

● «Provo pena per una certa politica scavalcata dai giudici e dall'azione trasparente e inattaccabile di un cittadino qualsiasi»

«Maroni ricorre contro il risarcimento? Continua purtroppo a non capire»

«Molti ancora mi dicono: grazie di quello che hai fatto anche per me»

Federica Fantozzi

Beppino Englaro ha una rete di piccole rughe intorno agli occhi ma lo sguardo senza nubi e la stretta di mano salda delle persone con la coscienza a posto. Sette anni dopo la morte di sua figlia Eluana, un quarto di secolo dopo l'inizio di una vicenda che ha cambiato l'Italia «come il giorno e la notte», la parola fine non è ancora stata scritta.

Ad aprile scorso il Tar ha finalmente quantificato in 142mila euro il risarcimento che gli è dovuto come padre e tutore della ragazza di Lecco rimasta in stato vegetativo per 17 anni. Somme dovute poiché la regione Lombardia guidata da Roberto Formigoni nel 2009 aveva vietato alle sue strutture sanitarie di accogliere la paziente per dar seguito al protocollo di interruzione delle cure contravvenendo a una sentenza della Corte di Cassazione. Ma il suo successore al Pirellone, Roberto Maroni, ha deciso di impugnare la decisione, e dovrà esprimersi il Consiglio di Stato.

Cosa prevedeva la Cassazione nell'ormai famosa sentenza che ha dato inizio a un clamoroso caso politico e mediatico che ha spaccato l'Italia?

«Ha stabilito, nel 2007, i principi del diritto all'autodeterminazione, che non può avere limiti, cassando tutto ciò che era stato detto prima e rimandando alla Corte d'Appello che doveva verificare solo due presupposti: la condizione fisica dell'Eluana e il suo libero convincimento. La Corte ha poi emanato il decreto del 9 luglio 2008 e da quel momento la politica si è scatenata perché avevo la possibilità di riprendere il procedimento di sospensione delle cure».

Come ha vissuto quel momento?

«Vede, per me la partenza è stata un'altra. Per seguire la storia bisogna capire la nostra famiglia, che già nel '92 quando accadde l'incidente era avanti. Noi tre, l'Eluana, io e mia moglie Saturnia, formavamo un nucleo molto forte e saldo, basato sul rispetto e sull'aiuto reciproco. Non ci saremmo mai sognati che un altro potesse decidere della nostra vita. Invece all'epoca l'idea di rifiutare le cure non esisteva. Noi volevamo dialogare e ci veniva risposto: impossibile. Dicevamo: lasciate che la morte accada. Per noi il tabù non era la morte bensì la profanazione del corpo in mani altrui».

Da lì cominciò la sua battaglia giudiziaria durata 17 anni e infine vinta. Anche se, in quel febbraio del 2009, la politica ha tentato di tutto per opporsi alla decisione dei giudici.

«Sì, ma prima che della politica l'Eluana è stata vittima sacrificale della medicina. Il problema dell'autodeterminazione in Italia non esisteva, nessuno voleva nemmeno parlarne. Ricordo il cardinal Bagnasco che evocò l'eutanasia, che non aveva niente a che vedere con la sentenza. L'eutanasia è un reato, possibile che il massimo organo giurisdizionale l'avesse autorizzata?».

Non crede che almeno i medici fossero in buona fede, cosa che non di tutti i politici si può dare per scontata?

«Certamente, i medici hanno i loro convincimenti. Ma noi chiedevamo una cosa che ci appariva banale. In uno dei primi colloqui, spiegai a un dottore che mia figlia era un purosangue della libertà. Mi rispose: allora prenda una pistola e le spari. Non era una provocazione, bensì un modo per spiegare che la medicina non concepiva il "no grazie" alle terapie».

L'hanno accusata di voler spettacolarizzare una vicenda dolorosa. Perché viverla sotto i riflettori anziché, come molti, nell'ipocrisia del chiedere sottovoce all'infermiere di staccare il sondino?

«C'è una lettera che l'Eluana ci scrisse nel Natale '91, ritrovata molto più tardi, che contribuì alla decisione della Cassazione. Mia figlia ricorda che le abbiamo insegnato il valore del rispetto verso se stessi e gli altri. Non avrei mai potuto deluderla. Prima ancora che noi sapessimo dell'incidente, dato che non eravamo a casa quella notte, la sua amica Francesca aveva commentato che l'Eluana avrebbe preferito la morte alla frattura cerebrale e cervicale. Certo, se non fosse esistita una ragazza con il suo anelito di libertà, che beffardamente si è venuta a trovare in quella situazione, le

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 04/2016: 22.216
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Erasmo D'Angelis

12-LUG-2016
da pag. 11
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

cose sarebbero andate diversamente. Per noi e per l'Italia».

Secondo lei, l'ondata di protesta che tentò di impedire l'attuazione del protocollo per Eluana, sorse perché siamo un paese cattolico?
«In parte sì. Ma il procuratore aggiunto di Venezia Carlo Nordio ha raccontato in un convegno che anche tanti magistrati erano contro la sentenza».

Grazie alla sua battaglia, ritiene che l'Italia sia cambiata?
«Come il giorno e la notte. Prima il problema di trovarsi nell'incapacità di intendere e volere non era noto. Anche sui media non era mai apparso: ne scrisse per primo Piero Colaprico su Repubblica nel giugno 2000, e i Tg si interessarono. Mi invitò Maurizio Costanzo e lì definii quella di mia figlia una condanna a vita. L'Eluana ha sollevato un velo. La libertà di assumersi le proprie responsabilità è una condizione che non si può perdere».

Si è fatto molti nemici. Le ha pesato?
«Non penso a loro, a poche persone accecate dall'ideologia, ma ai molti amici che ho incontrato. Ancora adesso trovo gente che mi dice: grazie di quello che hai fatto anche per me. La grande maggioranza delle persone ha apprezzato che un cittadino qualunque abbia cercato in modo trasparente di esercitare un diritto».

Più che agli ideologi, pensavo ai politici...
«La politica ha sentito sfidato il suo primato e si è scatenata contro la magistratura che non poteva non rispondere alla domanda di giustizia. Noi sin dal 2000 abbiamo fatto appello alle istituzioni, loro non sono state in grado di raccoglierlo».

Berlusconi, Sacconi, Formigoni, Quagliariello, Roccella: in molti le furono contro. Prova rancore?
«Provo grande pena. Si devono scusare con l'Eluana. Io non ne ho bisogno».

La politica del 2016 è migliore di quella del 2009 che cercò, prima con un decreto e poi con un disegno di legge, di sovvertire la decisione dei giudici?
«È la gente che è sempre più avanti. La legge sul fine vita doveva essere fatta in poche settimane e invece è iniziata una nuova legislatura. Ho paura che non ne verranno a capo, perché il tema, così si dice, è "divisivo". Eppure il principio di diritto c'è già nella Costituzione, basterebbe attuarlo. Come dice Sciascia, in certe situazioni della vita non è la speranza l'ultima a morire ma è il morire l'ultima speranza».

I suoi detrattori insinuavano che volesse fare politica. Ci ha mai pensato?
«Non ho mai avuto queste velleità. Ho rifiutato ogni offerta di candidatura. Ho sbagliato nel 2009 a sostenere la mozione di Ignazio Marino, che era stato vicino a me e mia moglie, perché fu usato come appiglio da chi voleva denigrarmi, e me ne sono tirato subito fuori».

Si è mai pentito o ha mai sentito la forza venirle meno?
«La nostra non è stata una sfida a niente o nessuno. È solo capitato un destino alla persona sbagliata. Non potevamo comportarci altrimenti, a qualsiasi costo. Io sono ancora qui, l'unico rimasto in piedi. Chi ha pagato carissimo sono state l'Eluana e mia moglie. Io ho rispettato mia figlia per 21 anni: anche gli altri dovevano farlo».

La decisione di Maroni è l'ultimo tentativo di negarle giustizia?
«No, è un modo di continuare a sbagliare e di non capire una vicenda semplice, cristallina e inattaccabile perché avvenuta nella legalità e nella società. Non ci sono abituati, evidentemente».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 202.162
Diffusione 04/2016: 149.284
Lettori Ed. I 2016: 833.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-LUG-2016
da pag. 36
foglio 1
www.datastampa.it

Sigarette. Stop delle imprese: rischi per il gettito

No a tasse di scopo sui tabacchi

L'idea allo studio del ministero della Salute di una tassa speciale di un centesimo a **sigaretta** da destinare all'accesso ai farmaci innovativi oncologici riapre il dibattito sulle "**tasse di scopo**"(si veda Il Sole 24 Ore del 7 luglio). L'obiettivo sarebbe di circa 720 milioni di euro l'anno.

Una somma difficilmente raggiungibile, invece, secondo la filiera del tabacco. Una tassa di 20 centesimi a pacchetto (un centesimo a sigaretta) sarebbe insostenibile in termini di aumento dei prezzi per i cittadini e produrrebbe una riduzione del gettito fiscale (almeno 500 milioni in meno). Si trasformerebbe matematicamente in un rincaro di un euro a pacchetto sul prezzo finale di vendita. Il risultato sarebbe di accrescere i consumi verso i prodotti di fascia di prezzo più bassa che contribuiscono meno al gettito fiscale. La perdita di gettito potrebbe toccare i 500 milioni di euro all'anno. In secondo luogo si rimetterebbe in discussione quel difficile punto di equilibrio raggiunto dal Governo Renzi con l'attuazione della delega fiscale nel 2014. Punto di equilibrio trovato con l'**onere fiscale minimo** che ha bloccato le manovre di politica al ribasso dei prezzi delle sigarette stabilizzando le entrate dell'Erario e mantenendo il sistema in linea con le politiche di prevenzione verso i giovani indicate dall'Oms.

Eppure l'amministrazione può ricorrere a un aumento fino 5 euro al chilogrammo che tradotto sui pacchetti di sigarette sarebbe di 110 centesimi a confezione. Nei mesi scorsi l'Economia ha utilizzato questa leva al minimo con un aumento di soli 0,54 centesimi di euro. Al contrario, stando alla filiera, sfruttando tutto il potenziale dell'onere fiscale minimo, il Governo potrebbe incassare da subito 100 milioni di euro in più (5 euro per 20 milioni di pacchetti).

M. Mo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

LA STAMPA.it

11-07-2016

Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

Aperitivi, shottini, superalcolici: quelle serate dei giovani che portano alla "drunkoressia"

Sono 300mila i giovani coinvolti nella nuova emergenza generazionale. Quattro bevande alcoliche in una sola serata rappresentano un alto rischio per la salute.

FABIO DI TODARO

Prima un aperitivo. Poi un calice di vino: magari bianco, in piena estate. Poi via con i superalcolici: il primo cocktail, uno «shottino», il secondo cocktail. Per chiudere a fine serata con un amaro. Potrebbe essere riassunto così il comportamento di un giovane praticante della «drunkoressia», tendenza che porta a consumare eccessive quantità di alcol, spesso in assenza di cibo. Il comportamento, iniziatosi a diffondere nei college americani, è oggi in voga anche in Italia, dove sarebbero **trecentomila i giovani colpiti dall'ultima emergenza generazionale**. L'estate è un periodo più intenso, vista l'abitudine dei teenager a tirar tardi con cadenza quotidiana.

CON QUATTRO BICCHIERI SI METTE GIA' A RISCHIO LA PROPRIA SALUTE

Proprio dagli Stati Uniti, dove il fenomeno ha preso piede, arrivano gli ultimi dati

riguardanti la «drunkoressia». A presentarli, nel corso del meeting annuale sulle malattie alcol-correlate, è stata Dipali Rinker, ricercatrice al centro di salute pubblica dell'Università di Houston. Da un'indagine curata personalmente reclutando giovani studenti nel medesimo ateneo e online (1184 in totale), la scienziata ha dimostrato che otto universitari su dieci erano stati protagonisti di almeno un'**abbuffata alcolica** negli ultimi tre mesi.

Dati preoccupanti, se si considera l'impatto negativo che ha l'alcol sulla salute: soprattutto se assunto in dosi massicce. Si parla di «**drunkoressia» ogni qual volta si consumano almeno quattro (o più) bevande in una sola serata**. Un comportamento che, secondo la psicologa, viene adottato per «**ubriacarsi più velocemente** e perdere i freni inibitori». Spesso l'eccessivo consumo di alcol si accompagna al consumo nullo o trascurabile di cibo, alla tendenza a indurre il vomito e al consumo di lassativi o diuretici.

PIÙ A RISCHIO GLI STUDENTI CHE VIVONO LONTANI DAI GENITORI

Ecco spiegato il non raro abbinamento tra la «drunkoressia» e alcuni disturbi del comportamento alimentare: in primis l'anoressia e la bulimia nervosa. Sì, perché, sembrerà strano, ma **i giovani che trangugiano alcol in quantità spropositate sono spesso dei cultori della forma fisica, si allenano con estrema regolarità e mangiano con parsimonia**. Ma di fronte all'alcol, perdono qualsiasi forma di controllo.

Finora la «drunkoressia» risultava una **pratica molto più frequente tra le donne**, mentre l'ultima indagine ha svelato come in realtà «i ragazzi tendano a consumare eccessive quantità di alcol nella stessa frequenza, se non con probabilità maggiori, che si riscontra tra le coetanee». Questo probabilmente perché «gli uomini sono più portati a mettersi alla prova adottando comportamenti rischiosi per la propria salute».

Vivere fuori di casa può agevolare la diffusione della cattiva abitudine, talvolta considerata - erroneamente - un modo per facilitare la costruzione di nuovi rapporti sociali: questo il quadro emerso ponendo a confronto i dati raccolti tra i giovani che vivevano nei campus e chi invece frequentava l'università continuando ad abitare coi propri genitori.

QUALI SONO I RISCHI PER LA SALUTE

Diverse sono le insidie dietro l'angolo, per la salute. Buttare giù quattro (o più) bicchieri di bevande alcoliche in una sola serata può accrescere la probabilità di incappare in **litigi e colluttazioni** all'interno di un locale, per esempio. Ma anche l'eventualità di incorrere in un **incidente stradale**, per cui l'eccessivo consumo di bevande alcoliche rappresenta il principale fattore di rischio.

A ciò occorre aggiungere che preferire l'alcol al cibo può **esporre l'organismo a deficit di vitamine e di sali minerali**, oltre che a un eccessivo introito di**chilocalorie prive di alcun valore nutrizionale**. Questo per quanto riguarda i danni acuti, cui occorre aggiungere le conseguenze croniche che vanno dai**possibili danni neurologici** (soprattutto nei minorenni) ai contraccolpi per il fegato: con la cirrosi epatica che rappresenta il primo fattore di rischio per il tumore del fegato.

Per sapere oltre quali dosi il consumo diventa eccessivo, basta rifarsi alle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: gli **uomini adulti non dovrebbero andare oltre i due bicchieri di vino al giorno** (o una lattina di birra o un bicchierino di superalcolico), le donne fermarsi alla metà delle quantità indicate. **Divieto assoluto per gli adolescenti prima del quindicesimo anno di vita**. Qualche strappo alla regola si può consumare dopo i sedici anni e, negli adulti, una volta superati i sessantacinque anni.
Twitter @fabioditodaro

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 336.479
Diffusione 04/2016: 230.019
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

12-LUG-2016
da pag. 24
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Medicina 2.0. Milioni di ricerche quotidiane interrogano il motore su sintomi, malattie, cure. Ma gli informatici di Mountain View non vogliono sbagliarsi. E hanno arruolato una rete di ospedali per dare risposte più scientifiche e meno ansiogene

Doctor Google si laurea ad Harvard

Il 42% degli adulti italiani chiede lumi al web per la propria salute E si fida quasi come del medico

ELENA DUSI

METTIAMOLA COSÌ, spiega Google annunciando il suo nuovo algoritmo per le ricerche su sintomi e malattie: ti svegli con il mal di testa. Il malessere peggiora e tu apri Google per cercare informazioni. Dopo 20 minuti sui forum di salute, è probabile che tu sia sopraffatto dai termini medici complicati che hai incontrato. Non accadrà più, promette il motore di ricerca, secondo il quale l'1 per cento di tutte le ricerche su Google riguarda sintomi medici. Per evitare che l'overdose di informazioni sommerga il paziente, o che digitando un sintomo dopo l'altro ci si infili in un sentiero che porta dritto verso diagnosi drammatiche (e brividi assai peggiori del mal di testa di partenza), gli informatici di Mountain View si sono sentiti in dovere di migliorare il loro servizio. Selezionando con più specificità i risultati del loro motore da un lato e incanalando dall'altro le ricerche verso approdi più scientifici e meno ansiogeni. Per farlo hanno chiesto aiuto agli esperti della facoltà di medicina di Harvard e della Mayo Clinic, una rete di ospedali no profit americani particolarmente versata nell'outreach. Cioè nella capacità di raggiungere i pazienti anche con l'uso di internet.

Dottor Google – che per il momento visiterà solo in inglese – offrirà a chi chiede lumi sul proprio mal di testa una serie di opzioni come emicrania, sinusite, raffreddore. Presenterà poi una descrizione semplice e succinta della condizione, corredata da innocui rimedi fai da te e dagli eventuali campanelli di allarme che impongono invece una visita dal medico. I precedenti di computer con il camice d'altronde non mancano. A partire da quel supercalcolatore Watson creato dall'Ibm che è in grado di ingurgitare migliaia di testi di medicina in pochi giorni, analizzare i dati clinici di un paziente e sfornare una (possibile) diagnosi. Sia pure a livello sperimentale, Watson è entrato già da diversi anni in alcuni ospedali americani, come il Memorial Sloan-Kettering che si occupa di cancro. Le sue conclusioni vengono ovviamente sottoposte al vaglio dei medici. Ma la storia del supercomputer dimostra che il matrimonio fra medicina e intelligenza artificiale è ormai maturo per essere consumato.

In Italia, rivela un sondaggio Gfk Eurisko, il 42% degli adulti (cioè 11,5 milioni di persone) si rivolge almeno una volta all'anno al dottor Google per capire di cosa soffre (il dato è stabile rispetto al passato recente). Quanto a fiducia, internet continua a piazzarsi dietro al medico di famiglia (la prima fonte di informazione in assoluto) e allo specialista. Ma ha surclassato farmacisti, la famigerata triade parenti-amici-conoscenti, la carta stampata (giornali, riviste, libri ed enciclopedie) e le associazioni di pazienti, immeritatamente ultime in classifica. Chi sceglie la rete per avere una risposta si rivolge ai motori di ricerca nel 90% dei casi, ha calcolato Eugenio Santoro, responsabile del laboratorio di informatica medica dell'Irccs Mario Negri di Milano. Dopo aver consultato Google, i malati più o meno immaginari si rivolgono a siti specializzati o scientifici (75% dei casi) e alle sezioni Salute dei quotidiani online (quasi il 40%). Le pagine web istituzionali (ministero in primis) sono l'ultima spiaggia (30% delle ricerche), superate con il 35% – «e qui si annida qualche preoccupazione» ammette Santoro – dai social network: la versione digitale dei consigli di amici e parenti. «Uno studio del *British Medical Journal* di recente ha dimostrato che Google più o meno si avvicina a una diagnosi ragionevole - spiega Santoro - le informazioni sui social sono invece incontrollabili. Anche perché molto spesso gli utenti cadono vittime del confirmation bias: cercano conferme di ciò di cui sono già convinti».

Lo studio del *British* ha dimostrato che una ricerca su tre, a partire dai sintomi, aveva fornito la miglior diagnosi possibile. In due casi su tre la diagnosi ricadeva fra le prime 20 plausibili. In otto casi su dieci dottor Google aveva correttamente suggerito se correre al pronto soccorso o tranquillizzarsi e passare dal medico con calma.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-LUG-2016
da pag. 5
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Via libera in Stato-Regioni al provvedimento sull'e-health - E ok ad accordi di programma da 241 mln

Patto digitale, promesse e scommesse

Interventi «a costo zero», ma si pesca nei fondi esistenti - I servizi e la Cabina di regia

Con il disco verde della Conferenza Stato-Regioni arrivato giovedì scorso, può prendere il via il «Patto per la sanità digitale». Ma per decollare davvero e dappertutto, ci vorrà tempo e un'opera continua anche di formazione. E di condivisione di strumenti e sistemi da parte delle amministrazioni locali. Perché la scommessa è ambiosa e impegnativa nella sua attuazione. Secondo stime, una volta a regime, la digitalizzzione potrebbe far risparmiare 8-10 mld.

A PAG. 4- 5

E-HEALTH/ Dopo uno stand by lungo ormai due anni approvata l'Intesa dalla Conferenza Stato-Regioni

Qui comincia l'avventura digitale

Ecco il nuovo «Patto»: sarà a costo zero, ma potrà attingere ai fondi già in campo

La speranza è di riuscire a risparmiare a regime fino a 8-10 miliardi. L'obiettivo è di rendere il Ssn più efficiente, trasparente e sostenibile. E al passo con i tempi, con la qualità e con la tecnologia che intanto fa passi da gigante anche in medicina ma che il sistema fatica a inseguire. Con una Cabina di regia ad hoc che vigilerà su progetti e operazioni e avrà compiti di indirizzo, coordinamento e controllo sulla sua attuazione.

Dopo essere stato tenuto per lungo (troppo) tempo in naftalina, esce dai cassetti e potrebbe presto diventare realtà il «Patto per la Sanità digitale» (previsto dal «Patto per la salute 2014-2016»), che è finalmente stato approvato in Conferenza Stato-regioni. Poi, chissà quando e come, ne vedremo gli effetti e i risultati sul campo sempre minato e complicato del Ssn.

Perché la scommessa è impegnativa, in tutti i sensi. E senza esagerazioni. A partire dalla volontà di fare del «Patto per la Sanità digitale» un «piano strategico» unitario e condiviso per lanciare la sanità pubblica verso il futuro e salvare la sua (oggi parzialissima) universalità. Con interessi in gioco di tutto rispetto, perché quegli 8-10 miliardi che si vorrebbero risparmiare a regime, quando la macchina camminerà davvero, e dappertutto, trascinano con sé anche investimenti, auspicabilmente occupazione, un rilancio anche per le imprese del settore per far marciare una macchina tutta, o quasi, ora da costruire.

Di mezzo – o meglio, al centro - una migliore assistenza e cure più adeguate per i pazienti, quelle a distanza, dai centri di cura fino al letto dell'assistito. Con la sanità sul territorio più coinvolta, l'ospedale che sgonfia le attese e possa evitare ricoveri inutili.

La scommessa, perciò, è grande grande davvero. Ed è chiaro che ci vorrà del tempo. Anche una formazione di tutti gli attori del Ssn, adeguata e davvero a tappeto.

Sprechi addio? Perché le parole d'ordine sono quelle che si ripetono da tempo, tra misure annunciate e interventi miracolosi per legge o tanti altri «Patti» annunciati e poi rimasti sulla carta. Non senza sprechi gli immancabili di risorse pubbliche. E di energie. E di capacità.

La Cabina di regia dovrà vigilare anche su questo. E soprattutto mettere in linea le Regioni, le sperimentazioni, i progetti, aiutare a creare un linguaggio comune tra programmi e tecnologie. E soprattutto tra le Regioni, che troppo spesso vanno in ordine sparso nell'assistenza sanitaria, con il Sud che anche in questo caso è fanalino di coda. Le difficoltà, insomma, saranno molte.

Spese e privati. Niente spese in più, attenzione alle risorse già esistenti e coinvolgimento dei privati: il terreno finanziario del «Patto per la Sanità digitale» vuole muoversi in questa direzione. Occhio ai fondi e ai privati, dunque. Sui finanziamenti, si giura nel documento, non ci saranno spese in più per lo Stato. Parola d'ordine: si farà «a costo zero». O quasi. O non del tutto, anzi. Sul campo ci sarebbero i fondi strutturali, quelli ad hoc già stanziati, quelli della Bei (Banca europea investimenti), le iniziative private con modelli di project financing e/o di performance based contracting, secondo cui i fornitori vengono remunerati in base a obiettivi «predefiniti e misurabili». I privati insomma svolgeranno una parte im-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

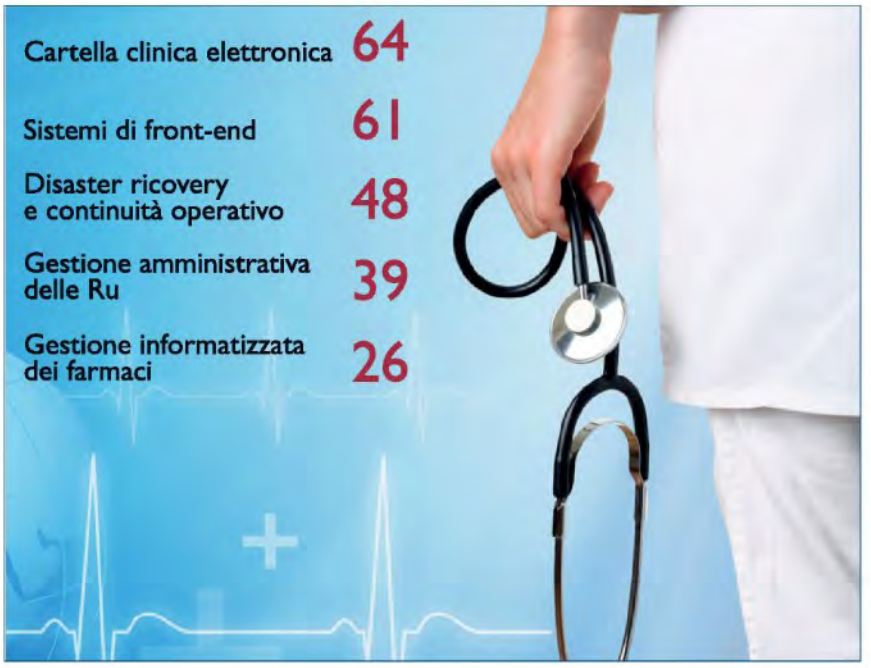
12-LUG-2016
da pag. 5
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

portante, per i progetti e le tecnologie, ma anche per l'implementazione dei risultati.

Priorità e servizi. Le priorità saranno definite a breve nel dettaglio. Come i servizi da realizzare: dalla continuità assistenziale alla telesalute, dal teleconsulto alla telerefertazione, dalla telediagnosi al telemonitoraggio. Passando per la logistica del farmaco e il "farmaco a casa" - tutto sequenziato - fino al Fascicolo sanitario (Fse) e alle linee guida per la cartella clinica elettronica ospedaliera. Con tanto di impegni delle Regioni, a partire dalle piattaforme integrabili. Sperando di avere buona sanità pubblica chiavi in mano. Che costi meno e curi tutti, meglio e dappertutto. (*r.tu.*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La top five delle voci di investimento (in milioni di euro)



GLI OBIETTIVI

Le quattro direttrici

Come indica l'art. 15 dell'intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 («Patto per la salute»), gli obiettivi di massima del «Patto digitale» sono i seguenti:

- sperimentare soluzioni per un rafforzamento del sistema sanitario «a saldo zero» (generare risparmi con la razionalizzazione e il reinvestimento nel potenziamento delle prestazioni e la qualità);
- misurare la sanità in termini di appropriatezza, efficienza ed efficacia per garantire che i Lea siano erogati in condizioni di equilibrio economico;
- sviluppare una visione di Ssn attrattivo e competitivo, anche a livello internazionale, perfezionando l'offerta (anche, ad esempio, per la sistemazione alberghiera e i servizi per i parenti e gli accompagnatori);
- mettere in luce «eventuali problematiche» riguardanti la sanità digitale che abbiano necessità di soluzioni di tipo giuridico-amministrativo, sottoponendole sempre alle istituzioni competenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL FINANZIAMENTO

Caccia alle risorse

Il documento si sofferma specificatamente sull'aspetto del finanziamento, che è capitolo cruciale, tanto più nell'attuale contesto economico-finanziario per il nostro Paese. Le fonti di finanziamento del piano straordinario di sanità elettronica, si spiega infatti, «possono essere molteplici» e «comunque valutate nella loro opportunità e replicabilità» dalla Cabina di Regia Nsis. Queste le tre indicazioni fornite:

- fondi strutturali, con particolare riguardo per le "Regioni convergenza", nel quadro delle azioni di "Procurement pre-commerciale" (Pcp) e di sviluppo dell'agenda digitale;
- fondi ad hoc stanziati d Stato, Regioni, Ue in ambito H2020, Banca europea per gli investimenti (Bei), nel quadro delle iniziative di partenariato pubblico-privato (Ppp) che possa moltiplicare le risorse;
- iniziative private con modelli di project financing e/o di performance based contracting.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 336.479
Diffusione 04/2016: 230.019
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

12-LUG-2016
da pag. 24
foglio 1
www.datastampa.it

IL CASO

La cura è un tweet

Cos'è una notizia? I giornalisti cercano di capirlo da sempre. Ora Twitter offre la risposta. Gli articoli – di salute ma non solo – che gli editori lanciano nei social network raramente viaggiano lontano. Gli utenti di Twitter si fidano molto più delle persone che seguono direttamente. E leggono più spesso quello che gli viene consigliato. A contare i "clic" degli articoli su Twitter è una ricerca della Columbia e del French National Institute. Gli studiosi hanno prima selezionato un campione di notizie diffuse sui social provenienti da Bbc, Huffington Post, Cnn, New York Times e Fox. Poi ne hanno seguito le sorti, osservando che il 61% dei 10 milioni di "clic" conteggiati riguardava articoli condivisi dagli altri utenti di Twitter. Il risultato ha la sua importanza, considerato che quasi un adulto su due in Italia si informa in rete sulle questioni di salute. E mentre i motori di ricerca conducono a risultati non troppo lontani dalla realtà, in fatto di medicina i social network restano una realtà fuori controllo. Nel 2014 Twitter, Facebook e compagni hanno superato Google e fratelli nel numero di clic generati. Le storie condivise vengono lette poco (anche dagli stessi condivisori) ma continuano a circolare in rete per settimane. Oltre a questi dati frutto della ricerca franco-americana, però, poco o nulla è noto su come gli utenti consumano notizie sui social media. E quando le informazioni riguardano la salute (soprattutto su temi controversi, dai vaccini alle nuove terapie non testate) da questo mondo oscuro potrebbero nascere pericoli.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-LUG-2016
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

A PAG. 13

Tar Lazio

Farmaci Sop: per i giudici la pubblicità è legittima e il "distinguo" con gli Otc non sussiste

TAR LAZIO/ Per il legislatore vanno sullo stesso piano dei medicinali Otc ai fini della tutela della salute

Farmaci Sop, un sì alla pubblicità

Il divieto di advertising per scoraggiare consumi eccessivi, ma l'Ue non fa distinguo

Senza ricetta ma non "da banco"

Il farmacista non può vietare

Sia i farmaci da banco o di automedicazione (Otc) sia i farmaci non soggetti a prescrizione medica (Sop) sono dal legislatore considerati sullo stesso piano sotto il profilo della tutela della salute pubblica.

Ne consegue che la finalità pubblicistica di assicurare un consumo responsabile e documentato dei **farmaci Sop** (categoria che non prevede la ricetta, ma che non può essere esposto sul banco della farmacia) dev'essere razionalmente perseguito, imponendo rigorose prescrizioni al messaggio pubblicitario e non ponendo, quindi, un divieto in via generale di pubblicità per i farmaci de quibus, che verrebbe ad attribuire ai fini della pubblicità un ruolo determinante al consiglio del farmacista, ruolo che ai fini del consumo non è dato individuare.

Né per suffragare un'eventuale differenza in tal senso può essere richiamata la necessità del previo consiglio del farmacista, attesa l'irrilevanza sotto il profilo giuridico di tale elemento, in quanto se il consumatore finale richiede un determinato farmaco Sop il farmacista è tenuto a consegnarlo.

Con questa motivazione che non conta precedenti, il Tribunale amministrativo regionale per il Lazio (Sezione Terza-Quater) con **sentenza n. 7539/2016**, depositata il 30 giugno, ha risolto il contenzioso promosso dall'azienda produttrice di un fluidificante sedativo per la tosse, al quale il ministero della Salute aveva prima rilasciato e poi revocato l'autorizzazione per la pubblicità.

A parere del dicastero, il farmaco in questione, pur non essendo soggetto a prescrizione medica, non andava considerato come farmaco da banco, eppure trattandosi di medicinale senza obbligo di prescrizione, lo stesso, tuttavia, non rientrava nella categoria dei farmaci di cui all'art.8, comma 10, lett. c-bis, del Dlgs 537/1993, per i quali era consentita la pubblicità presso il pubblico. Una tale distinzione, secondo il Tar del Lazio, non esiste nel nostro ordinamento e non ha riscontri negli altri sistemi europei.

Al riguardo, chiariscono i giudici amministrativi, ripercorrendo le normative che si sono sovrapposte nel tempo, occorre prendere le mosse dall'art. 3 del Dlgs n. 539/1992 e dalle successive modifiche legislative fino all'attuale decreto legislativo 219 del 2016 (Codice dei medicinali) il quale dopo avere classificato i farmacisoggetti a prescrizione medica (art. 87) ha disciplinato quelli che non richiedono prescrizione medica (art. 88 e 94), e che possono diventare oggetto di consiglio da parte del farmacista.

Il successivo art. 115 stabilisce espressamente che «possono essere pubblicizzati i medicinali che, per la loro composizione e il loro obiettivo terapeutico, sono concepiti e realizzati per essere utilizzati senza intervento di un medico per la diagnosi, la prescrizione o la sorveglianza nel corso del trattamento e, se necessario, con il consiglio del farmacista. È vietata la distribuzione al pubblico di medicinali a scopo promozionale. È vietata la pubblicità presso il pubblico di medicinali, la cui dispensazione grava, anche se non totalmente, sul Servizio sanitario nazionale».

A tal fine è sufficiente rilevare che le ri-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-LUG-2016
da pag. 13
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

chiamate disposizione individuano rigorosamente le categorie dei farmaci per i quali è preclusa la pubblicità. Poiché i farmaci non soggetti a prescrizione medica, ma non da banco, non rientrano in nessuna delle suddette categorie ne discende, de plano, che gli stessi possono essere soggetti a pubblicità.

Il Collegio respinge la tesi ministeriale secondo la quale la pubblicità dei farmaci in questione ne potrebbe incentivare il consumo comportando in sostanza che l'utente potrebbe determinarsi all'acquisto degli stessi in via autonoma, prescindendo, quindi, dal consiglio del farmacista.

Ne consegue che nel quadro legislativo di cui sopra, la finalità pubblicistica di assicurare un consumo responsabile e documentato dei farmaci Sop deve essere razionalmente perseguito imponendo rigorose prescrizioni al messaggio pubblicitario e non ponendo, quindi, un divieto in via generale di pubblicità per i farmaci de quibus, che verrebbe ad attribuire ai fini della pubblicità un ruolo determinante al consiglio del farmacista, ruolo che ai fini del consumo non è dato individuare.

Paola Ferrari
avvocato

© RIPRODUZIONE

data stampa
dal 1980 monitoraggio media