Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 185.029
Diffusione 08/2016: 129.764
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

26-OTT-2016
da pag. 26
foglio 1
www.datastampa.it

Lynlee, nata due volte dopo il cancro

LA STORIA

Lynlee è una bambina nata due volte: la prima quando, a poche settimane di gestazione, è stata estratta dall'utero materno per asportarle un tumore e poi essere reinserita nel grembo della mamma, e la seconda quando è venuta alla luce al termine normale della gravidanza. La sua storia vede protagonista il team di medici e chirurghi del Children's Hospital in Texas, che hanno eseguito il delicatissimo intervento e monitorato la gravidanza di Margaret Boemer.

Tutto inizia con un controllo di routine, un'ecografia che Margaret effettua alla 16esima settimana. Qualcosa però non va e i medici le comunicano che il feto ha un raro tumore, il teratoma saccocigeo.

Così, a 23 settimane e 5 giorni di gestazione si decide di effettuare un intervento d'emergenza. I chirurghi devono estrarre il feto. Durante l'intervento, il cuore di Lynlee quasi si ferma, ma il cardiologo riesce a stabilizzarla. Il tumore viene rimosso e, alla fine, il feto è reinserito in grembo e l'utero ricucito.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 348.035
Diffusione 08/2016: 229.466
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

26-OTT-2016
da pag. 18
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LynLee, la bimba nata due volte Feto operato e reinserito nell'utero

Eccezionale intervento a Houston. «Asportata una massa tumorale»

LIETO FINE

Alla scadenza dei nove mesi parto con il cesareo Ora la piccola sta bene

Decisione repentina

L'intervento alla 23esima settimana di gestazione La nascita a termine con il parto cesareo

Dall'inviato
Giampaolo Pioli
■ NEW YORK

NON ha nemmeno 5 mesi di vita, ma è già nata due volte a tredici settimane di distanza. LynLee Boemer è una bambina miracolo, l'orgoglio dei chirurghi del Texas Children Hospital di Houston che sembrano riusciti a darle una vita normale salvandola dalla morte certo quando era ancora nell'utero della madre quasi soffocata da un enorme tumore più grande del feto.

LA SIGNORA Boemer era incinta di due gemelli, ma uno era già stato perso. A 16 settimane di gravidanza, durante un normale controllo i medici hanno scoperto che di fianco al feto rimasto, stava crescendo un'enorme massa maligna che avrebbe provocato la morte della bambina. I sanitari hanno deciso di agire in poche ore. Senza esitare hanno tagliato l'utero della madre, estratto la sacca con la piccola LynLee sospendendola in aria mentre asportavano il tumore e il liquido amniotico usciva. «Ci siamo trovati di fronte ad una situazione davvero drammatica, ma alla fine la piccola è stata rimessa dentro la madre per la prosecuzione della gravidanza e l'utero è stato subito ricucito. È davvero molto eccitante constatare cosa siamo riusciti a fare –dice Darrell Cass vice direttore del centro medico texano – LynLee non sarebbe minimamente riuscita a sopravvivere diversamente». Durante il delicatissimo intervento anche se il cuore della piccola si fermato i cardiologi sono riusciti a farlo ripartire e una volta reinserita nell'utero materno, la piccola ha proseguito il suo viaggio fino alla trentanseiesima settimana come se non fosse successo nulla per poi nascere definitivamente con un taglio cesareo.

I PRIMI otto giorni della sua 'doppia vita' sono stati drammatici. I sanitari sono dovuti intervenire una seconda volta per asportare un'altra parte di tumore che si era rigenerato. Si chiama 'teratoma sacrococcigeo', è una forma molto rara e colpisce una gravidanza su 35mila.

«Oggi LynLee sta bene ed è in perfetta salute –spiegano i chirurghi texani – È una specie di miracolo essere riusciti ad aprire e ricucire l'utero in quel modo e che tutto sia andato bene».

Per mesi la signora Margaret Boemer e il marito sono rimasti appesi a un filo mentre la piccola LynLee lottava con le complicazioni. Quella massa tumorale, che è stata rimossa in due tempi, stava danneggiando le funzioni cardiache.

«Ci siamo trovati di fronte ad una decisione molto difficile –spiega sempre la mamma –. Dovevamo decidere se lasciare che il tumore divorasse anche il suo piccolo corpo, oppure procedere con un intervento ad altissimo rischio per salvarla. Oggi possiamo solo ringraziare i medici del Children Hospital e dichiararci davvero entusiasti per avere fatto la scelta giusta…È stata davvero dura, ma vedere adesso LynLee che può avere davanti una vita normale ci fa sentire immensamente felici».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 348.035
Diffusione 08/2016: 229.466
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

26-OTT-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

L'INTERVISTA L'ESPERTO: «CI SONO ANCHE ALTRE SOLUZIONI PER PRESERVARE MADRE E BAMBINO»

«Attenzione, quella tecnica è pericolosa»

SCELTE DIFFERENTI

«In nessuna parte dell'Europa si adottano sistemi come in Texas»

LA PICCOLA LynLee deve la vita ai medici del Children Hospital di Houston, che hanno eseguito un eccezionale intervento di chirurgia fetale per rimuovere un raro tumore, che stava minacciando la sua venuta al mondo. Una scelta comunque ad alto rischio.

«La chirurgia fetale – spiega il professor Mario Lima, direttore dell' Unità operativa di chirurgia pediatrica del policlinico Sant'Orsola di Bologna – implica l'esecuzione di un intervento sul feto estratto dall'utero materno, dove viene riposizionato al termine dell'operazione. Questa non è tuttavia l'unica metodica esistente: attraverso una tecnica chiamata *fetendo*, è possibile intervenire per via endoscopica 'bucando' l'utero della mamma con una sonda».

Come giudica l'operato dei colleghi statunitensi?

«Vorrei precisare che dal punto di vista scientifico non è corretto dire che la piccola 'è nata due volte', perché il cordone ombelicale non è stato tagliato e LynLee è rimasta connessa alle funzioni fisiologiche della madre. Di norma il teratoma sacrococcigeo, il tumore di cui soffriva la bambina, può essere trattato tranquillamente alla nascita. Se i colleghi americani hanno deciso di intervenire in anticipo presumo si siano presentati pericoli d'altro tipo».

La chirurgia fetale comporta dei rischi?

«Sì, ci sono seri rischi per la mamma e il bambino, quindi è una strada da percorrere con grande cautela».

Quali sono allora le indicazioni?

«Un tempo si interveniva su alcune patologie del torace, come ad esempio l'ernia diaframmatica congenita, per permettere ai polmoni di svilupparsi regolarmente. Attualmente a Bologna, per malattie che richiedono un trattamento perinatale, optiamo per una tecnica chiamata *exit*, soprattutto in presenza di masse che comprimono le vie aree del feto e che potrebbero causare un soffocamento al momento della nascita. L'*exit* è una metodica meno rischiosa della chirurgia fetale»

In Italia esistono centri specializzati dove si eseguono interventi come quello in Texas?

«No. Ribadisco, la chirurgia fetale si è sviluppata per le ricerche del dottor Harrison di Houston, ma in Italia, come in tutta Europa, vale la regola dell'estrema prudenza».

Loredana Del Ninno

IL CASO
LynLee, la bimba nata due volte
Feto operato e reinserito nell'utero

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

26-10-2016

http://www.doctor33.it/

Vaccino anti Hpv: prima dei 15 anni di età bastano due dosi

Secondo i Centers for Diseas e Control and Prevention i ragazzi vaccinati contro il papillomavirus umano (Hpv) prim a del quindices imo anno di et à necess itano di due dosi invece di t re. Gli esperti dei Cdc sono convinti che il program ma vaccinale in due dosi, ugualmente efficace rispetto alle tre iniezioni ma più flessibile e facile da somministrare, s i tradurrà in un maggior tasso di immunizzazione contro l'Hpv tra ragazzi e ragazze. Sec ondo il nuovo calendario la prima delle due dosi di vaccin o - il più ut ilizzato è il Gardasil prodotto da Merck - andrebbe somministrata a 11 o 12 anni, mentre la seconda dose dovrebbe essere inoculata da sei a dodici me si dopo la prima.

«Le nuove raccomandazioni, tuttavia, non si applic ano agli adolesc enti che vengono vaccinati dopo i 15 anni: in questo caso vale invece il cons ueto schema in tre iniezioni, da somministrare nel corso di un periodo di s ei me si» s piegano gli esperti dei Cdc, ricordando che il vacc ino contro l'HPV im pedisce non solo lo sviluppo del cancro del collo dell'ut ero cervicale, ma anche di quello v aginale, anale, così c ome de lle lesioni precancerose e dei condilomi genitali. Ma nonostante i suoi molti benef ici il tasso di inoculazione del vaccino, pur in continuo aumento, resta al di sotto degli altri vaccini per l'infanzia. T ant'è che l'anno scorso, per esempio, ad avere ricevuto alm eno una delle dos i consigliate s ono stati c irca la metà dei r agazzi da 13 a 17 anni e il 63% delle ragazze nella stessa fascia di età. «Riducendo il numer o di dosi necessarie per co mpletare la vaccinazione conto l'Hpv, riteniamo probabile un aumento del la percentuale di ragazzi e r agazze vaccinati» afferma il direttore del National Cancer Institute **Douglas Lowy**, che assieme al collega **John Schiller** ha sviluppato la tecnologia del vaccino anti-HPV. Secondo i dati CDC sono almeno 80 milioni gli americani infettati dall' HPV, infezione in gran parte dei ca si resa innocua dal s istema immunitario. Ciononostante, oltre 38.000 casi di tu mori HPV-associati si verificano neg li Stati Uniti ogni anno, e la vaccinaz ione nei preadolesc enti serve a per garantire la protezione da l virus prima dell'esposizione per contatto sessuale.

quotidianosanità.it

Martedì 25 OTTOBRE 2016

Vaccini obbligatori per l'iscrizione al nido. La legge dell'Emilia Romagna vicina al voto in Aula

Per accedere ai nidi di infanzia bisognerà essere in regole con le vaccinazioni previste per i bambini da 0 a 3 anni. "Ci fa piacere che altre Regioni siano intenzionate a seguirci" ha detto il presidente Bonaccini. La decisione dopo il crollo delle vaccinazioni in età scolare ormai scese sotto il livello di sicurezza del 95%. In alcune aree si è scesi addirittura sotto al 90%. La legge è già stata approvata dalla Commissione sanità ed ora all'esame del Consiglio regionale. LA LEGGE

"Le parole del presidente Mattarella sulle vaccinazioni sono importantissime, non possiamo infatti lasciare la salute delle persone alla disinformazione o, per usare le parole del Capo dello Stato, a sconsiderate affermazioni prive di fondamento. Per quanto ci riguarda, ribadisco che in Emilia Romagna sarà obbligatorio vaccinare i bambini per la loro ammissione agli asili nido, una misura a tutela della salute pubblica, e quindi delle nostre comunità, e, soprattutto, dei bambini più deboli, quelli che per gravi motivi di salute non possono essere vaccinati e che quindi sono più esposti a contagi. Il progetto di legge della Giunta è stato approvato in commissione e sta per arrivare in Aula, andiamo verso l'approvazione di una legge regionale secondo cui per poter accedere ai nidi d'infanzia occorrerà essere in linea con quanto previsto dal calendario vaccinale per l'età da 0 a 3 anni".

Il presidente della Regione, Stefano Bonaccini, conferma la strada scelta dall'Emilia Romagna, "e ci fa piacere - sottolinea - che altre Regioni siano intenzionate a seguirla. Anche se negli ultimi decenni le malattie infettive sono diminuite, principalmente grazie alle vaccinazioni, è anche vero che la globalizzazione ha determinato l'emergere o il riemergere di malattie infettive importanti, che sembravano ormai sconfitte. Molte malattie, non più presenti nel nostro Paese, come ad esempio la poliomielite e la difterite, circolano ancora in altre parti del mondo. I confini nazionali non sono più una barriera per la diffusione delle malattie infettive e, pertanto, la battaglia deve continuare con impegno per non perdere quello che si è conquistato in questi decenni".

"L'atteggiamento dei genitori verso le vaccinazioni pediatriche è molto cambiato - prosegue il presidente della Regione - in particolare a causa delle informazioni non corrette e prive di basi scientifiche che vengono diffuse da alcuni anni a questa parte, in particolare on-line. Ciò ha portato ad un aumento considerevole dei rifiuti e, di conseguenza, ad un calo delle coperture vaccinali".

In Emilia Romagna la percentuale di bambini vaccinati è notevolmente diminuita negli ultimi anni e dal 2014 è scesa al di sotto del livello di sicurezza del 95%, soglia che garantisce la miglior protezione a tutta la popolazione. Nel 2015 la copertura per le quattro vaccinazioni obbligatorie ha raggiunto il 93,4%. In alcune aree, poi, tali coperture sono al di sotto del 90%, rappresentando un potenziale rischio per la salute della collettività. Peraltro, hanno destato preoccupazione gli episodi di morbillo registrati dall'inizio dell'anno che nella nostra regione hanno registrato tassi di incidenza elevati e gravi complicazioni.

"Le vaccinazioni, oltre a proteggere le persone vaccinate - chiude Bonaccini - proteggono indirettamente anche quei bambini che per gravi motivi di salute non possono essere vaccinati (bambini immunodepressi, con gravi patologie croniche, ecc.), per i quali l'unica possibilità di frequentare l'asilo è che tutti gli altri siano vaccinati per evitare che le malattie circolino e possano contagiarli".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 374.273
Diffusione 08/2016: 248.077
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

26-OTT-2016
da pag. 28
foglio 1
www.datastampa.it

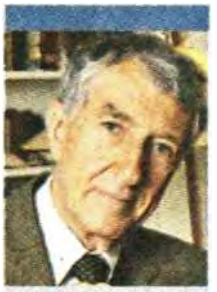
L'eterno rinvio sulle scelte di fine vita

CARO Augias, il 18 marzo 2014 (decennale del suicidio di mio fratello Michele) il presidente Napolitano redasse una lettera aperta con l'auspicio che le Camere si dedicassero ad un "sereno e approfondito confronto di idee" sulle scelte di fine vita. Molti deputati si impegnarono. Il vice presidente della Camera Di Maio inviò ai capigruppo una lettera calorosa sottolineando l'importanza di sostenere leggi di iniziativa popolare come quella dell'associazione Luca Coscioni. La Camera mise all'ordine del giorno le varie leggi sulle scelte di fine vita. Le due commissioni competenti hanno però accantonato il tema eutanasia, per portare avanti il testamento biologico. In pratica pochissime e rapidissime riunioni, terminate sempre con un rinvio a lunga scadenza. Di questo passo, sarà già un miracolo ottenere in questa legislatura un buon testamento biologico. Ma ecco la notizia: nei giorni scorsi un sondaggio interno del M5S ha dato i seguenti voti online: sul "testamento biologico", a favore 19.381 contro 934. Sulla "eutanasia", a favore 18.204, contro 1.882. Ogni anno mille malati si suicidano per l'impossibilità di ricorrere alla eutanasia, forse l'onorevole Di Maio, con lui tutti i deputati di buona volontà, potrebbe dar voce a questo numero certamente consistente di cittadini sollecitando pubblicamente un iter rapido della legge sul testamento biologico e un immediato inizio di esame delle leggi volte a legalizzare l'eutanasia.

Carlo Troilo — Roma

LO SCORSO settembre sollevò notevole impressione la notizia che in Belgio un ragazzo di 17 anni, cioè minorenne, era stato aiutato a morire applicando una legge del 2014 che in quel Paese toglie ogni limite d'età all'eutanasia. Il responsabile del controllo federale per l'applicazione dell'eutanasia, Wim Distelmans, dichiarò: «Sono pochissimi i casi di bambini che prendiamo in considerazione ma questo non significa che dobbiamo rifiutargli il diritto ad una morte degna». Sul fronte opposto il cardinale Bagnasco presidente dei vescovi italiani ebbe a ripetere: «La vita è sacra e dev'essere accolta sempre». Il deputato cattolico Maurizio Lupi arrivò a parlare, con qualche enfasi, di: «una nuova strage degli innocenti». In Belgio (e Olanda) i rappresentanti di tutte le confessioni religiose hanno sostenuto la posizione cattolica. Per quanto riguarda l'Italia, l'ultima notizia reperibile è che nel marzo di quest'anno, per la prima volta, il Parlamento ha avviato i lavori su quattro proposte di legge nel tentativo di unificarle prima di ogni eventuale discussione. Dubito che nel bailamme pre-referendario i lavori siano davvero progrediti. Personalmente ho dei dubbi sull'opportunità di regolare per legge una materia di tale delicatezza, con casi che si presentano diversi l'uno dall'altro e il pericolo che, date le divergenze tra le varie posizioni, esca dal dibattito un testo pasticciato e confuso. Oggi in Italia si pratica già un'eutanasia silenziosa affidata all'esperienza del medico, all'affetto di chi è vicino al malato. Metodo aleatorio possibile causa di ulteriore dolore, come fa notare il signor Troilo. Se devo giudicare da ciò che avviene con la 194 sull'aborto, non è detto che una legge farebbe molto meglio.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



CORRADO AUGIAS
c.augias@repubblica.it

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 79.259
Diffusione 08/2016: 56.164
Lettori Ed. II 2016: 547.000
Quotidiano - Ed. Friuli Venezia Giulia - Veneto

IL GAZZETTINO

Dir. Resp.: Roberto Papetti

26-OTT-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

CLASSIFICA Pubblicato il rapporto Crea dell'Università di Tor Vergata: è la regione in cui ci si cura meglio

Sanità: Veneto al primo posto, Campania ultima

VENEZIA - Veneto, provincia di Trento e Toscana al top. Calabria e Campania fanalini di coda. La "classifica" dei Servizi sanitari regionali presentata ieri a Roma dal Crea Sanità dell'Università di Roma Tor Vergata, stilata sulla base di 12 indicatori da un panel di 83 esperti, rispecchia un'immagine ormai consolidata negli ultimi anni della sanità italiana. «L'indice complessivo di performance oscilla da un massimo di 0,63 ad un minimo di 0,33 - si legge - il risultato migliore è ottenuto dal Veneto e il peggiore dalla Campania».

Soddisfatto del risultato il presidente del Veneto Luca Zaia: «Essere in testa a questa classifica vuol dire essere tra le prime sanità a livello europeo. È una dimostrazione di quello che abbiamo saputo fare. È un risultato straordinario che voglio dedicare a tutti gli operatori del mondo della sanità veneto. Se si raggiungono questi risultati vuol dire che dietro ci sono persone, uomini e donne, che fanno parte di questo 'magic team'. Un risultato così ci sprona a fare sempre di più».

«E' proprio vero: nemo profeta in patria - ha aggiunto l'assessore alla Sanità, Luca Coletto - Qui in Veneto furiose polemiche quotidiane sul presunto sfascio della sanità; dal resto d'Italia attestati di eccellenza. Lo dico con orgoglio e accomuno in questo sentimento tutti coloro che, con il sacrificio quotidiano, portano il sistema a questi risultati: medici, infermieri, amministrativi, tecnici dell'Area sanità della Regione, spesso richiesti anche oltre l'immaginabile. Tutti portano la loro borraccia al capitano della squadra, che per noi è il malato».

Ieri, intanto, sul Bur è stata pubblicata la legge regionale che ridisegna le Ulss in Veneto portandole da 21 a 9 e istituisce l'Azienda Zero.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 161.285
Diffusione 08/2016: 103.971
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-OTT-2016
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità. Il tetto della spesa in ospedale raddoppia, quello in farmacia scende quasi del 40%

Fondo sanitario a quota 113 mld nel 2017, poi sale di un miliardo l'anno nel 2018 e 2019

Governance settore farmaceutico, si cambia

Roberto Turno

Il tetto della spesa farmaceutica in ospedale che raddoppia, quello in farmacia che scende quasi del 40%. Uno stop secco all'equivalenza terapeutica e al momento nessuna traccia dell'acquisto di farmaci con sconti prezzo/volume. È dalla voce "governance del settore farmaceutico" che arrivano le principali novità in materia sanitaria contenute nella bozza della manovra 2017. Ma anche sulla quantità e la distribuzione delle risorse il testo del Governo in via di limatura, riserva parecchie sorprese.

Intanto il Fondo sanitario nazionale: nel 2017 sarà di 113 mld (2 in più del 2016), incluso 1 mld a destinazione vincolata principalmente per i farmaci. Ma si precisa che nel 2018 le risorse saliranno a 114 mld e a 115 mld nel 2019, inclusivi di quel miliardo in più assegnato per il 2017. Da una parte le regioni ottengono la chance che chiedevano di una programmazione triennale, dall'altra non avranno dal 2018 in poi lo stesso incremento del 2017.

I fondi in più vanno per 500 mln ai farmaci oncologici, per altri 500 a quelli innovativi, ai vaccini per 100 mln (che diventano 127 mln nel 2018 e 186 dal 2018), e 75 mln (150 dal 2018) come concorso alle regioni per assunzioni e stabilizzazioni di personale precario. Non manca una stretta sulle procedure d'acquisto come contributo all'«efficientamento della spesa» sanitaria in materia di gare e di prezzi, un ruolo più pregnante dell'Agenzia per l'Italia digitale per l'e-ealth e per l'interoperabilità del fascicolo sanitario elettronico (Fse)..Come un giro di vite ulteriore per i piani di rientro degli ospedali, che scatteranno a partire da un deficit del 5% (oggi è il 10) dei ricavi, o almeno di 10 milioni. Un incentivo complessivo fino allo 0,1% dell'intero Fondo sanitario, invece, andrà a quelle regioni che abbiano attuato programmi di miglioramento della qualità e di allineamento ai Lea (livelli essenziali di assistenza).

Ed ecco la voce "farmaci". Il tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera (si chiamerà «spesa farmaceutica per acquisti diretti») sale dall'attuale 3,5% dell'intero finanziamento del Ssn al prossimo 7%, ma includerà anche i farmaci di classe A in distribuzione diretta e "per conto". Il tetto della farmaceutica territoriale («tetto della spesa farmaceutica convenzionata») scenderà invece dall'11,35% al 7,85%. In totale, dunque, il valore dei due tetti resta a quota 14,85% dell'intero finanziamento del Ssn, ma con effetti distributivi e di utili tutti da verificare. Infine il sostanziale affossamento dell'equivalenza terapeutica, tanto voluta dalle regioni, azzerando la sostituibilità automatica tra farmaco biologico di riferimento o un suo biosimilare o tra biosimilari. Stop anche nelle procedure d'acquisto e nelle gare, che non potranno avere nello stesso lotto principi attivi differenti anche se con identiche indicazioni terapeutiche. Mano libera nella prescrizione, invece, viene concessa ai medici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 161.285
Diffusione 08/2016: 103.971
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-OTT-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

LA GIORNATA

CANDIDATURA PER EBA (BANCHE) E EMA (MEDICINALI)

Dublino: pronti a ospitare due authority europee

L'Irlanda si è candidata ufficialmente per ospitare l'Eba, l'Agenzia bancaria europea, e l'Ema, l'authority per i medicinali, se queste - come sembra probabile - lasceranno Londra dopo l'uscita della Gran Bretagna dall'Unione europea. Per l'Irlanda, tra i Paesi che più hanno da perdere con Brexit, sarebbe un'importante compensazione, insieme all'auspicato trasferimento di colossi bancari e altre multinazionali.

La bassa fiscalità per le imprese e politiche orientate al business hanno già fatto dell'Irlanda una meta favorita per banche e multinazionali: nove dei dieci maggiori gruppi farmaceutici mondiali operano qui. Le agenzie completerebbero il quadro, anche se Dublino dovrà fronteggiare la concorrenza di altre città in Spagna, Francia, Italia, Svezia, Polonia e Austria, che già si sono fatte avanti.

«Siamo la sede ideale per l'Eba», ha detto ieri il ministro delle Finanze irlandese, Michael Noonan, mentre il titolare della Sanità, Simon Harris, ha promesso una proposta dettagliata sull'Ema per l'inizio del prossimo anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 74.049
Diffusione 08/2016: 40.471
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

26-OTT-2016
da pag. 39
foglio 1
www.datastampa.it

Oggi proposta Lorenzin in Conferenza

Melazzini verso la direzione Aifa

DI ANTONELLO MESSINA

Il professor Mario Melazzini sarà con ogni probabilità il nuovo direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Nella giornata di oggi la Conferenza stato-regioni approverà in via definitiva la proposta di nomina del ministro della salute Beatrice Lorenzin dopo lo slittamento della settimana scorsa. Mario Melazzini, medico specialista in ematologia generale clinica, sostituirà Luca Pani il cui mandato scade il prossimo 16 novembre. È stato, tra le altre cose, direttore della programmazione sanitaria della regione Lombardia, direttore del DH Oncologico dell'Istituto di Pavia della Fondazione Salvatore Maugeri Irccs, presidente della Commissione ministeriale sulle malattie neuromuscolari presso il ministero della Salute. Attualmente ricopre il ruolo di presidente della stessa Aifa, incarico che potrebbe essere poi assegnato, a quanto risulta a *ItaliaOggi*, alla dott.ssa Paola Testori, presidente del Comitato prezzi e rimborso sempre di Aifa, o della dott.ssa Giovanna Scroccaro, esperta del settore farmaceutico. In ogni caso la promozione di Melazzini sta destando non poche perplessità anche all'interno del partito democratico che da tempo chiedeva al ministro Lorenzin (Ncd) di indire un bando pubblico europeo. La ministra del Nuovo Centro Destra, invece, ha deciso per la nomina diretta senza alcun coinvolgimento della Presidenza del consiglio che, insieme al Ministero della salute, sta portando avanti la delicata riforma sulla governance del settore farmaceutico. Il professor Melazzini, dunque, guiderà l'Agenzia in una fase importante che la vede coinvolta, tra le altre cose, sul fronte del payback farmaceutico 2013-2015 poiché la cifra che le multinazionali del farmaco dovranno versare allo Stato italiano ammonta a 1.486 mld di euro.

Mario Melazzini

© Riproduzione riservata

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

IHQF of Evaluation 10/25/2016

25 ott 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Aziende sanitarie locali - ASL

Pubblicità

Prestazioni sanitarie

NOTIZIE FLASH

Prevenzione della corruzione e trasparenza, una «tre giorni» Agenas

Dal 26 al 28 ottobre AGENAS apre le porte ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) delle aziende sanitarie di tutta Italia. Gli incontri promossi da AGENAS, insieme con ANAC e Ministero della Salute, rispondono alla volontà di avviare un confronto costruttivo con i RPCT, che, anche alla luce dell'ultimo aggiornamento del PNA - Sezione sanità, rappresentano lo snodo strategico dal quale si dipanano e convergono le azioni di prevenzione all'interno dell'organizzazione.

Le tre giornate di incontro, cui parteciperanno rappresentanti di AGENAS, ANAC, Ministero della Salute e del Parlamento, sono riservate agli operatori che svolgono funzioni di prevenzione presso gli enti del Ssn destinatari del PNA e verteranno sui nuovi adempimenti indicati dalle recenti determinazioni dell'Autorità Nazionale dell'Anticorruzione e sulle novità introdotte dal legislatore in materia di trasparenza.

“Abbiamo la consapevolezza dell'importanza di mettere il sistema sanitario al riparo da rischi corruttivi, disfunzioni e sprechi. Il nostro dovere è recuperare spazi di efficienza, e possiamo farlo recuperando euro su euro, assicurando che tutte le risorse siano investite per la salute dei cittadini. Dipende da questo la sostenibilità dello stesso sistema sanitario nazionale”. Lo dichiara Francesco Bevere, Direttore Generale di AGENAS.

“Sostegno istituzionale ed operativo, rete collaborativa e confronto periodico – prosegue Bevere - costituiscono il nuovo modo di operare e AGENAS intende promuovere in maniera sistematica e continuativa modelli di efficienza con tutti coloro che quotidianamente si impegnano nella promozione della trasparenza e della legalità all'interno del sistema. L'adesione ai protocolli di oltre un centinaio di aziende sanitarie rappresentative di tutte le regioni d'Italia sono un confortante inizio di lavoro. Gli incontri saranno, inoltre, propedeutici all'istituzione della “Giornata nazionale della trasparenza in sanità” dedicata a tutti i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e a quelli che sono chiamati ad essere: “Promotori di integrità e di etica”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
01 Settembre 2015
A Enna facoltà di Medicina in salsa rumena. Semaforo rosso del Miur

DAL GOVERNO
14 Settembre 2015
Cani pericolosi, rafforzato il sistema di prevenzione di Comuni e Asl

DAL GOVERNO
16 Settembre 2015
Anticorruzione, l'Anac chiede più poteri e sanzioni flessibili per gli incarichi illegittimi

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 382.356
Diffusione 08/2016: 254.805
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-OTT-2016
da pag. 23
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA CAMPAGNA DEL MINISTERO

COME PRESERVARE LA FERTILITÀ IL DOVERE DI INFORMARE I GIOVANI

di **Giuseppe Remuzzi**

Natalità Fumo, alcol, droga e scarso movimento (oltre all'età) riducono la capacità di fare figli È giusto che i ragazzi lo sappiano

Procreazione in calo
L'integrazione ha portato gli immigrati ad adattarsi alle caratteristiche dei residenti

Tra 30 anni
Non ci sarà modo, per chi lavora, di poter accudire i pochi bambini e i tantissimi vecchi

Era persino facile prevederlo. Dopo tutto quello che si è detto e scritto sull'idea del «fertility day» e sulla campagna di comunicazione (non proprio *smart* siamo d'accordo) adesso arrivano i dati dell'Istat. Da gennaio a giugno del 2016 sono nati 221.501 bambini che vuol dire 14.601 in meno dello stesso periodo dell'anno scorso.

È un calo preoccupante? Sì e molto anche, in Italia così pochi bambini sono nati solo nei momenti più difficili delle guerre. Di questo passo è inutile parlare di prospettive di sviluppo per il nostro Paese e se ci saranno e quando, senza giovani nessun Paese al mondo può crescere. «Se non fanno figli gli italiani li faranno gli altri, quelli che vengono da fuori, non è poi così importante», dirà qualcuno. Giusto, giustissimo.Tanto più che il mondo progredisce grazie a migrazioni continue piccole e grandi, ci sono etnie che pian piano si estinguono per lasciare il posto ad altre.

Gente nuova insomma a rimpiazzare quelli di prima, fra l'altro questo è l'unico modo che l'uomo ha saputo mettere in atto per evolvere e irrobustirsi. C'eravamo illusi che sarebbe stato così anche in Italia e i dati parevano darci ragione, i figli dei nostri connazionali sono sempre meno, ma erano sempre di più quelli di chi arrivava da noi da altri Paesi.

Ma ci sbagliavamo: dal 2008, quando si sono avute le prime avvisaglie della crisi economica, anche gli stranieri fanno meno figli. Un po' perché da qualche anno è diventato tutto più difficile, un po' perché l'integrazione porta dopo qualche anno gli immigrati ad adattarsi alle caratteristiche dei residenti, vale per tutto in tutte le parti del mondo e vale anche per la fertilità. E adesso siamo davvero nei guai. Specialmente in Italia perché siamo meno fertili (ed è così da molti anni) e viviamo più a lungo degli altri, così il nostro Paese invecchia più di quanto non succeda negli altri dell'Europa.

Fra trent'anni per ogni giovane ci saranno tre anziani e il 40 per cento di loro avrà più di 75 anni. Non ci sarà nessun modo, proprio nessuno, per chi lavora di mantenere i pochi bambini e i tantissimi vecchi che avranno bisogno di aiuto. Come fare? È un po' tardi ma in questo contesto dare a chi vorrà avere un figlio le informazioni che servono è sacrosanto. «Vorremmo un bambino, ma non arriva», lo si sente ripetere spesso.

Certe volte c'entra la donna, che non è abbastanza attenta al suo patrimonio di ovociti — sapere l'età della prima mestruazione e della menopausa della mamma aiuta tantissimo — e nemmeno all'alimentazione, alle infezioni dell'apparato genitale, al fumo di sigaretta (quante sanno che il fumo riduce numero e funzioni degli ovociti?) e all'alcol del sabato sera.

Ma una volta su due il bambino non arriva per via dell'uomo e del numero di spermatozoi, troppo pochi. Da cosa dipende? Dall'inquinamento dell'aria e ancora di più dai pesticidi che certe volte finiscono nell'acqua, anche l'uso smodato che si fa di farmaci (anche questi vanno poi nelle acque superficiali) contribuisce a ridurre il numero degli spermatozoi. E poi il fumo di sigaretta. E l'alcol. E certi tipi di droga. E il fatto che facciamo ormai pochissima attività fisica.

L'uomo è fatto per camminare non per stare in macchina e per andare in bicicletta; gli spermatozoi si formano al freddo — a due–quattro gradi meno della temperatura del corpo — per cui non vanno

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 382.356
Diffusione 08/2016: 254.805
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-OTT-2016
da pag. 23
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

bene nemmeno i vestiti troppo stretti e il computer sulle ginocchia.

C'entrano anche i geni, certe volte. Vuol dire che qualcuno nasce con una predisposizione a fare pochi o pochissimi spermatozoi.

Ma tutte queste cose le sanno i giovani? Penso proprio di no. Provate a passare davanti a una scuola, i ragazzi (e ancora di più le ragazze) che fumano sono tantissimi e cominciano sempre più presto, molte di loro quando vorranno avere un bambino avranno difficoltà.

Il nostro compito (ed è davvero una grande responsabilità) è di informarli, poi certo decideranno loro ma noi dobbiamo assicurargli la libertà di scegliere, che potranno esercitare solo se sanno tutto quello che c'è da sapere e se lo sanno per tempo.

Proprio quello che si voleva fare col «fertility day», immagino. Ne hanno parlato tutti ma proprio tutti anche i ragazzi, per via delle cartoline e dei «cattivi compagni». Senza sarebbe stato lo stesso? Chissà...

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 122.069
Diffusione 08/2016: 89.323
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-OTT-2016
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Salute
In Emilia vaccini obbligatori all'asilo
Pronto il progetto

Vaccini obbligatori all'asilo L'Emilia Romagna accelera

Il presidente Bonaccini: pronto il progetto di legge
Il ministro Lorenzin: tema finalmente prioritario

A Rimini il dato choc: soltanto il 65% dei piccoli vaccinati. L'appello della campionessa Bebe Vio: non fidatevi di chi dice no

VIVIANA DALOISO

Le parole del presidente della Repubblica Mattarella sui vaccini sono macigni. E così, all'indomani del richiamo sulla necessità di affidarsi alla scienza, l'Emilia Romagna spinge sull'acceleratore. La regione è l'unica in Italia, per ora, ad aver annunciato l'intenzione di legiferare sull'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'accesso agli asili (anche se la Toscana ha già annunciato di voler seguire i suoi passi). «Il progetto di legge della Giunta è stato approvato in commissione e sta per arrivare in Aula – ha puntualizzato ieri il governatore Stefano Bonaccini –, andiamo verso l'approvazione di una legge regionale secondo cui per poter accedere ai nidi d'infanzia occorrerà essere in linea con quanto previsto dal calendario vaccinale per l'età da 0 a 3 anni». Tolleranza zero, dunque, e una «decisione indispensabile a tutela della salute pubblica e delle nostre comunità». Anche in Emilia-Romagna, come nel resto d'Italia, la percentuale di bambini vaccinati è notevolmente diminuita negli ultimi anni e dal 2014, scendendo al di sotto del livello di sicurezza del 95% (la soglia che garantisce la miglior protezione a tutta la popolazione). Nel 2015 la copertura per le quattro vaccinazioni obbligatorie ha raggiunto il 93,4%. Particolare preoccupazione hanno destato gli episodi di morbillo registrati dall'inizio dell'anno, che in regione hanno registrato tassi di incidenza elevati e gravi complicazioni. «Le vaccinazioni, oltre a proteggere le persone vaccinate – ha concluso Bonaccini – proteggono indirettamente anche quei bambini che per gravi motivi di salute non possono essere vaccinati (bambini immunodepressi, con gravi patologie croniche, ecc.), per i quali l'unica possibilità di frequentare l'asilo è che tutti gli altri siano vaccinati per evitare che le malattie circolino e possano contagiarli».

I vaccini d'altronde sono diventati «un tema dell'agenda del Paese» ha commentato di nuovo il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, tornando sulla «sconsiderata tendenza, non scientifica e che non si basa su nessuna evidenza» che pone delle correlazioni di rischio tra le vaccinazioni e alcune patologie come l'autismo. «I vaccini – ha spiegato Lorenzin – restano, sono la prima arma che abbiamo per combattere malattie che hanno seminato la morte e menomazioni in tutto il mondo, fino a quando non sono stati inventati. Quando viene meno l'effetto gregge, penso a una città come Rimini dove siamo sotto al 65% di persone vaccinate, ecco lì che la malattia salta da una persona all'altra e si ricostruiscono dei focolai epidemici pericolosissimi».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 122.069
Diffusione 08/2016: 89.323
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-OTT-2016
da pag. 13
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

A intervenire sulla questione in queste ore c'è anche la campionessa paralimpica Bebe Vio. La ragazza, 19 anni, 8 vissuti con quattro protesi dopo una meningite fulminante che l'ha costretta, ancora bambina, a rinunciare a gambe e braccia, Bebe ha voluto condividere la sua storia con il pubblico di Milano, ad un evento di qualche giorno fa, anche se il video è stato pubblicato dagli organizzatori soltanto ieri: «Mia mamma aveva chiesto all'Asl del vaccino due anni prima della mia malattia. Un ragazzo l'aveva avuta e mia mamma era rimasta molto colpita, così era andata a chiedere all'Asl e le avevano risposto: "No signora non si preoccupi, non serve, è ancora troppo giovane sua figlia". Ma due anni dopo ho avuto la malattia. Quindi secondo me non fidatevi troppo, fate il vaccino – ha detto –. A parte che, per questa malattia, il 97 per cento delle persone ci muoiono, quel 3 per cento che ci vive non è tanto conosciuto. E siccome io faccio parte di quel 3 percento, mi sto impegnando molto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

da sapere

Un "dovere" fino al 1998 Poi la scelta di cambiare

In Italia, fino al 1998, il diritto alla frequenza scolastica era subordinato alla certificazione vaccinale: se i vaccini obbligatori erano stati fatti, recitava un decreto del presidente della Repubblica datato 22 dicembre 1967 (art. 47), si era ammessi, al contrario no. Nel 1998, appunto, la modifica su proposta dell'allora ministro della Sanità Rosy Bindi (e di concerto con il ministro della Pubblica istruzione Luigi Berlinguer): la mancata presentazione della certificazione doveva essere comunicata dal direttore didattico o dal preside, entro cinque giorni, all'Asl di appartenenza e al ministero della Sanità, ma i bambini potevano essere comunque ammessi per non pregiudicare il loro diritto all'istruzione. Quei dati, poi, si sono persi con l'entrata in vigore delle leggi sulla privacy o nel passaggio dagli archivi cartacei a quelli digitali.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
InQuad Evaluation 10/25/2016
ABBONATI ACCEDI

25 ott 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Spesa sanitaria
Aziende sanitarie locali - ASL
Investimenti
Prestazioni sanitarie

DAL GOVERNO

La sanità va a tre marce. Vince chi investe (bene)

di *Daniela d'Angela e Federico Spandonaro (Crea Sanità, Roma Tor Vergata)*

Il ranking emerso dalla quarta annualità dell'esercizio di valutazione della performance dei Ssr promosso da **Crea Sanità**, ci restituisce una Sanità tripartita: un gruppo di quattro Regioni complessivamente "eccellenti" e un altro di nove (concentrato soprattutto nel Sud) che versa in condizioni "critiche". In mezzo un gruppo piuttosto ampio di Regioni con performance intermedie.

Il dato è che il gradiente della performance è strettamente e direttamente legato a quello della spesa: per avere buone performance bisogna investire. I Piani di rientro hanno avuto l'indubitabile pregio di riportare (e anche rapidamente) sotto controllo la spesa sanitaria, in particolare nelle Regioni meridionali; ben diverso sarà però l'impegno per fare uscire queste Regioni dall'area "critica" delle performance, perché questo implica agire sulla qualità e sull'efficienza effettiva dei servizi.

La complessità intrinseca nel sistema sanità richiede, quindi, una governance capace di sposare logiche multi-dimensionali; l'importanza di questo approccio è sempre più evidente, enfatizzandosi progressivamente la necessità di un equilibrio fra il perseguimento del controllo economico-finanziario e quello del miglioramento della qualità e responsiveness dei servizi.

In questa ottica sono indubitabilmente fondamentali le valutazioni e in generale la disponibilità di benchmark. Mentre osserviamo che la letteratura è concorde nel ritenere che già la sola disponibilità di sistemi di monitoraggio e valutazione incentivi il perseguimento di migliori performance, aggiungiamo che ogni metodo di valutazione coglie aspetti peculiari del sistema, arricchendo e perfezionando la capacità complessiva di giudizio.

Valutazione al check. In Italia, fortunatamente, negli ultimi anni sono stati sviluppati numerosi sistemi di valutazione dei servizi sanitari regionali: a partire da quelli istituzionali come la cosiddetta griglia Lea del ministero della Salute e il Piano nazionale Esiti implementato dall'Agenas a quelli di istituti di ricerca, quale il sistema dei "bersagli" sviluppato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e il nostro.

Nello specifico, il nostro progetto, che unisce multidimensionalità - quindi assumendo che la performance sia la composizione dei risultati ottenuti su fronti diversi, quale quello degli esiti e della appropriatezza, ma anche quelli economico-finanziario e dell'equità sociale - e multiprospettiva - ovvero riconoscendo che persone o gruppi di interesse diversi, possono legittimamente avere idee/preferenze diverse in ordine alle priorità da soddisfare - e poiché adotta una procedura "democratica" di composizione delle preferenze, è orientato a riconoscere elementi di valore che esulano dalla mera dimensione tecnica della gestione, ponendo al centro della valutazione della performance gli stakeholder del Sistema.

Giunti alla quarta edizione del progetto di valutazione, possiamo ormai ragionevolmente sostenere che i risultati raggiunti indicano chiaramente come diversi gruppi di stakeholder abbiano effettivamente preferenze differenti e, quindi, giudizi non perfettamente sovrapponibili sulle performance dei Sistemi sanitari regionali.

Diversità peraltro coerenti con le aspettative a priori, ovvero con gli interessi, culture e ruoli di cui i diversi stakeholder sono portatori. A titolo di esempio si ricorda come gli Utenti risultano in generale più orientati a considerare rilevante la dimensione Sociale, e

FoXPdf Evaluation 10/25/2016

da quest'anno anche gli Esiti; mentre il Management aziendale si concentra su Esiti e Sociale e le Istituzioni su Esiti e Appropriatezza.

L'applicazione negli anni dell'esercizio ci insegna sempre qualcosa di nuovo. Se si conferma che i giudizi di valore sui livelli degli indicatori rimangono stabili nel tempo, osserviamo come invece le priorità cambiano, seguendo l'evoluzione del quadro generale di politica sanitaria; il nostro panel di esperti esprime una progressiva riduzione delle differenze di peso attribuite alle diverse Dimensioni.

In corrispondenza di una progressiva riduzione dei disavanzi economico-finanziari regionali si riduce il peso attribuito nella performance alla dimensione Sociale e a quella Economico-finanziaria e, allo stesso tempo, la maggiore disponibilità di informazioni sugli esiti (basti pensare all'implementazione del Piano nazionale Esiti) si associa a una crescita progressiva del peso delle Dimensioni Esiti e Appropriatezza. Gli Utenti spostano negli anni la loro attenzione dal Sociale agli Esiti: fenomeno riconducibile allo sviluppo dell'empowerment dei pazienti; il Management aziendale sposta negli anni l'attenzione per il Sociale e gli Esiti, fenomeno, il primo, evidentemente riferibile alla ormai evidente difficoltà delle famiglie ad accedere a prestazioni sociali spesso a pagamento, che comunque il top management di un'Azienda sanitaria si trova a dover "gestire". Il secondo alla sempre maggior presenza di sistemi di valutazione degli Esiti che, a cascata, vengono ribaltati sugli obiettivi che gli stessi Direttori sono tenuti a raggiungere. I rappresentanti delle Istituzioni hanno spostano negli anni la loro attenzione sulle Dimensioni Appropriatezza ed Esiti, riducendo invece quella per il Sociale, dimostrando l'acquisizione di una crescente consapevolezza sulla possibilità che l'intervento sulle due aree citate possa "liberare" risorse, riducendo così le problematiche sociali di rinuncia alle cure e gli elevati carichi sulle famiglie in termini di spesa sanitaria privata "out of pocket".

Potremmo sintetizzare questi fenomeni, pur con qualche evidente approssimazione, dicendo che assistiamo a un progressivo spostamento delle priorità: dall'efficienza tecnica a quella allocativa.

Sempre associabile al quadro complessivo dell'evoluzione delle politiche sanitarie, risulta un'apparente minore attenzione effettiva verso la prevenzione in generale e sulle vaccinazioni in particolare: nonostante 10 indicatori presenti nel set iniziale, solo 3 sono stati preselezionati e poi nessuno è entrato nel set finale (si veda la descrizione tecnica): riteniamo di poter interpretare il fenomeno come la conferma che in una fase di risorse fortemente limitate, pur riconoscendo teoricamente l'importanza del tema, la tendenza è quella a concentrarsi sulla gestione corrente e di conseguenza a rimandare gli investimenti in prevenzione.

L'esperienza recente delle vaccinazioni, cadute sotto i livelli soglia, e il contestuale riaffacciarsi di patologie in via di debellamento, insegna però che un sistema che non investe è destinato a collassare, e in Sanità a fare passi indietro più rapidamente di quanto ci si aspetterebbe.

Sicuramente il sistema presenta ancora dei limiti legati principalmente alla scelta degli indicatori, o meglio ad alcune carenze delle fonti informative a oggi disponibili. Sarebbe opportuno integrare le aree di assistenza ad esempio Assistenza primaria (Mmg/Pls, Servizio di Emergenza urgenza territoriale 118), Prevenzione (anche relativa al settore alimentare), Disabilità, Malattie rare, Cronicità (prevalenza "reale" delle patologie), attività ospedaliera e territoriale erogata agli Stp (stranieri temporaneamente presenti) o Cscs (comunitario senza copertura sanitaria) oggetto di valutazione attraverso un contestuale aggiornamento delle fonti informative. Per alcune di tali aree, pur essendo disponibili fonti informative, non è possibile costruire indicatori che soddisfino i criteri riportati nella metodologia, in particolare di confrontabilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

AZIENDE E REGIONI
15 Settembre 2015

Salute e spesa sanitaria, patto di ferro tra Liguria e Lombardia

LAVORO E PROFESSIONE
07 Gennaio 2016

Precompilata, medici in pressing per la proroga

IMPRESE E MERCATO
02 Dicembre 2015

L'Italia della spesa out of pocket: 608 euro a testa in Lombardia contro 245 in Sicilia. Fondo Est: largo al secondo pilastro

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 244.697
Diffusione 08/2016: 159.849
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

26-OTT-2016
da pag. 27
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

"Perché sono il primo al mondo a manipolare embrioni umani"

Fredrik Lanner lavora al Karolinska Institute di Stoccolma "Non voglio creare super-bambini, ma capire le cause dell'infertilità

NICOLA QUADRI

È il primo scienziato al mondo a modificare geneticamente embrioni umani sani. Lo scopo della ricerca? Comprendere il ruolo di alcuni geni nello sviluppo dell'embrione stesso, vedendo cosa accade quando vengono spenti e non possono più funzionare.

Si chiama Fredrik Lanner e nei laboratori della Divisione di Ostetricia e Ginecologia del prestigioso Karolinska Institute di Stoccolma - dove ha sede la giuria che assegna il Nobel per la medicina - sogna di trovare nuovi rimedi contro l'infertilità, che colpisce più di una coppia su 10.

La modifica genetica degli embrioni, iniziata da poche settimane, sfrutta l'ormai famosa tecnica di editing «Crispr-Cas9», una vera e propria forbice molecolare capace di sofisticate operazioni di copia-incolla lungo la sequenza del Dna. Nonostante sia recentissima, la tecnica sta rivoluzionando la ricerca biomedica e l'industria biotecnologica, aprendo pressanti dilemmi etici ancora in gran parte irrisolti. E, sebbene il gruppo guidato da Lanner lasci sviluppare gli embrioni geneticamente modificati solo per pochi giorni, in molti guardano con preoccupazione l'abbattimento di un altro tabù: la modifica di linee germinali umane genera paure più o meno realistiche, dalla possibilità di progettare bambini con le caratteristiche desiderate fino ai rischi dovuti all'introduzione di modifiche genetiche che si trasmettono di generazione in generazione.

Professor Lanner, la modificazione di embrioni umani è davvero necessaria per la vostra ricerca?

«Durante lo sviluppo dell'embrione ci sono decine di migliaia di geni attivi che svolgono diverse funzioni. Alcuni di questi geni sono più importanti di altri: un loro malfunzionamento è capace di interrompere lo sviluppo del feto. Sapere quali sono questi geni e come funzionano è fondamentale sia per trovare nuove terapie contro l'infertilità sia per comprendere i meccanismi con cui le cellule staminali si specializzano in tutti i tipi cellulari che compongono un organismo. Gli studi sugli animali, soprattutto topi, sono stati utili per capire i meccanismi cellulari, ma non aiutano a comprendere il ruolo dei geni, perché, sotto questo profilo, uomini e topi hanno purtroppo poco in comune».

Da dove provengono gli embrioni?

«Gli embrioni provengono da una clinica della fertilità. Si tratta di cellule uovo fecondate in sovrannumero ma non impiantate, che vengono crioconservate fino a un massimo di cinque anni nel caso la coppia ne avesse ancora bisogno e che vengono donate per la ricerca. L'alternativa è la loro distruzione».

Quanto a lungo vengono lasciati sviluppare dopo essere stati modificati?

«L'embrione viene messo in crioconservazione a due giorni dalla fertilizzazione. Questo significa che quando, a distanza di anni, li scongeliamo e iniettiamo "Crispr-Cas9", andando a spegnere uno dei geni, stiamo di fatto lavorando su un embrione di due giorni, composto da quattro cellule. L'interruzione dello sviluppo e l'osservazione degli effetti della modifica avviene entro il settimo giorno, in genere al quinto, quando le cellule si sono moltiplicate fino a diventare qualche centinaio».

In molti sono allarmati dall'utilizzo di tecniche di editing genetico sugli embrioni e chiedono una moratoria su ricerche come la sua. Lei cosa pensa?

«La "Human Gene-Editing Initiative", come altri organismi che stanno nascendo per studiare e discutere le sfide tecnologiche ed etiche legate alla modificazione genetica dell'uomo, è stata molto chiara: è troppo presto per pensare di lasciar sviluppare un bambino da un embrione modificato. E io sono pienamente d'accordo. Non ci sono soltanto i problemi etici - per quali tipi di modifiche dovrebbe essere permesso intervenire e per quali no? - ma anche i problemi di sicurezza. Sappiamo troppo poco sul funzionamento dei geni, la cui rete di attività e relazioni con altri geni è complessa, per modificarli senza rischiare di fare danni che non possiamo nemmeno prevedere. Ma la ricerca di base è fondamentale, come la commissione ha ribadito, sia per capire meglio gli aspetti tecnici sia per studiare in modo controllato gli aspetti etici controversi».

Ritiene che ricerche come la sua dovrebbero essere guardate con meno paura dal pubblico?

«L'editing genetico apre orizzonti straordinari in moltissimi campi e promette una rivoluzione nella cura di tantissime malattie genetiche e non, tumori compresi. Come ogni tecnologia richiede, però, nuove regole e apre scenari complessi, che dobbiamo saper affrontare. Non si può far finta di niente. Le ricerche condotte da grandi istituti come il nostro, in modo aperto, trasparente e controllato, sono il modo migliore di procedere. L'alternativa, quella sì, è decisamente inquietante».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 244.697
Diffusione 08/2016: 159.849
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

26-OTT-2016
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

Con anabolizzanti e psicofarmaci un'abbuffata di pillole proibite

Dal Terzo Mondo all'Europa: l'invasione dei farmaci taroccati

FARMACOLOGIA

ROBERTO FABBRI

Una «Task force» contro la criminalità organizzata, che si specializza nella contraffazione e nella vendita di farmaci e alimenti. È il «patto» stretto tra la Sif, la Società italiana di farmacologia, e quella di tossicologia, la Sitox, con le maggiori autorità regolatorie nazionali come l'Agenzia del Farmaco, Farmindustria e Federfarma, oltre alla catena degli atenei italiani e delle forze dell'ordine, con i Nas e il Comando dei carabinieri per la tutela della salute. Quello dei farmaci contraffatti non è un fenomeno nuovo (L'Oms stima che nel mondo almeno una confezione su 10 sia «taroccata»). Ma ciò che è nuovo sono i suoi confini. Se fino a pochi anni fa la vendita di medicinali illegali era circoscritta soprattutto al Terzo Mondo, oggi - segnala la European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations - la distribuzione dei farmaci falsi è ormai segnalata in tutta l'Unione europea.

Affari d'oro per i laboratori clandestini, quasi sempre gestiti da organizzazioni straniere molto ben strutturate come le nostre mafie. Al convegno «Contraffare la salute», organizzato a Rimini, il generale dei carabinieri Claudio Vincelli, ha fornito i numeri della contraffazione nel settore alimentare, segnalando un fatturato nero di 1,1 miliardi l'anno. Più difficile, invece, stimare le cifre del mercato nero farmaceutico, da quando il veicolo principale per gli acquisti è diventato il web. Secondo l'Ocse e Federfarma, gli introiti potrebbero rientrare in un «range» tra i 200 e i 320 miliardi di dollari l'anno.

Nel nostro Paese - sottolineano le autorità regolatorie - l'emergenza è ancora contenuta. Alcuni casi, per fortuna rari, di italiani vittime di questi acquisti d'azzardo li ha svelati il Centro Antiveleni di Pavia: tra gli altri, quello di una donna che aveva assunto una compressa a scopo dimagrante «100% naturale» acquistata su Internet. Le analisi hanno rivelato la presenza di sibutramina, un farmaco anoressizzante attualmente vietato. Patrizia Restani - associato di Chimica degli alimenti all'Università di Milano - segnala che gli integratori alimentari con ingredienti botanici sono una classe di prodotti soggetta a numerose contraffazioni, perché persiste la diffusa convinzione che «naturale» sia per definizione sicuro. Altri casi clinici riguardano intossicazioni da stupefacenti, non solo negli adulti ma anche in adolescenti che per questi acquisti «speciali» utilizzano spesso la carta di credito dei genitori.

Se neanche l'Italia è immune dallo smercio illegale di sostanze pericolose, il motivo - spiegano dal Centro Antiveleni di Pavia - è che Internet è passato dall'essere fonte di consigli più o meno utili (per forma fisica, alimentazione, sport e stili di vita) a dispensatore di diagnosi e - fatto ancora più allarmante - di terapie fai da te.

E quando la «pillola» è a portata di mouse il mercato si diversifica a seconda dell'area geografica. La richiesta nei Paesi industrializzati verte soprattutto verso prodotti che, per così dire, «migliorano la qualità della vita»: anabolizzanti e steroidi per aumentare le prestazioni sportive o per motivazioni estetiche, prodotti per la disfunzione erettile, anoressizzanti e dimagranti (ormai quasi tutti ritirati in Italia), oltre a psicofarmaci e altri tipi di farmaci che il medico di base rifiuta di prescrivere. Il contraffattore, come ogni esperto imprenditore, sa dunque come muoversi geograficamente, là dove è la domanda a creare il mercato. Se allora gli europei cercano spesso sostanze «ricreative», nei Paesi del Terzo Mondo e in quelli in via di sviluppo le richieste sul mercato illecito riguardano prima di tutto medicinali salvavita come antibiotici, antimalarici, antitubercolari e antiretrovirali: un business doppiamente «non etico» - lo definiscono gli esperti - non solo perché sottrae fatturato alla filiera dell'industria legale, efficace e sicura, ma anche perché si arricchisce sfruttando le condizioni di povertà e di ignoranza dei meno fortunati del Pianeta.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Patrizia Restani
Chimico
RUOLO: È PROFESSORESSA DI CHIMICA DEGLI ALIMENTI ALL'UNIVERSITÀ DI MILANO
IL SITO: WWW.SIFWEB.ORG/

data stampa
dal 1980 monitoraggio media