Doctor33

10-11-2016

http://www.doctor33.it/

Parto in acqua, nuova linea guida Usa non lo raccomanda

La seconda fase del travaglio e il parto dovrebbero avvenire a terra e non in acqua, secondo quanto suggerisce l'American College of Obstetricians and Gynecologists (Acog) in una linea guida che sostituisce quella del 2014. «Non solo mancano dati per valutare rischi e benefici dell'immersione durante l'ultima fase del travaglio, ma sono stati anche riportati eventi avversi tra cui infezioni da Pseudomonas aeruginosa e Legionella pneumophila» afferma Joseph Wax, ginecologo di Portland, nel Maine, e membro del comitato che ha firmato il documento. «Anche se l'immersione in acqua è divenuta popolare negli Stati Uniti negli ultimi decenni, la sua prevalenza resta incerta anche perché il dato non viene registrato sul certificato di nascita» scrivono gli esperti Acog, sottolineando che da una revisione Cochrane del 2009 sull'immersione in acqua nelle prime fasi del travaglio non è emerso alcun beneficio per il neonato. L'acqua calda a 34-35 gradi lenisce il dolore delle contrazioni e aiuta a rilassare i muscoli del pavimento pelvico, favorendo la discesa del bambino nel canale del parto.

La vasca per il travaglio è ampia e il livello dell'acqua basso, in modo che la partoriente possa entrare e uscire agevolmente scegliendo se stare seduta, rannicchiata o semidistesa. «L'immersione in acqua durante la prima fase del travaglio si associa a un parto più breve e a un ridotto uso dell'analgesia spinale ed epidurale e può essere offerto a donne sane con gravidanza non complicata» si legge nel documento, che non dispone di dati sufficienti per trarre conclusioni definitive su benefici e rischi dell'immersione nella seconda fase del travaglio e durante il parto. «Pertanto, fino a quando tali dati non saranno disponibili, la raccomandazione dell'Acog è che le nascite si svolgano a terra e non in acqua» riprende Wax. Secondo gli esperti del Coommittee on Obstetric Practice, la gestante che chiede di partorire il figlio immersa in acqua va informata riguardo al fatto che i potenziali rischi di questa scelta non sono ancora stati studiati a sufficienza.

Inoltre, i servizi che prevedono l'immersione necessitano non solo di protocolli per la selezione delle candidate, ma anche di un'accurata manutenzione e pulizia delle vasche e delle piscine nonché di procedure di controllo delle infezioni comprese le precauzioni standard e i dispositivi di protezione individuale per il personale sanitario. Infine, è necessario lo stretto monitoraggio delle donne e dei feti immersi e la possibilità di spostare prontamente la partoriente dalla vasca a terra in caso di complicazioni urgenti materne o fetali. In sintesi, l'Acog raccomanda quanto segue: (1) l'immersione in acqua può essere offerta nella prima fase del travaglio a donne sane con gravidanza non complicata tra 37 e 42 settimane di gestazione; (2) le donne che chiedono il parto in acqua vanno informate dei

dati insufficienti su benefici e rischi; (3) i centri che scelgono di offrire il travaglio in acqua hanno necessità di stabilire protocolli rigorosi che regolino tale procedura.

Acog - Committee Opinion
http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Immersion-in-Water-During-Labor-and-Delivery

quotidianosanità.it

Giovedì 10 NOVEMBRE 2016

Manovra. Via libera dalla commissione Affari Sociali. Ecco tutti gli emendamenti approvati: dalle nuove assunzioni alle gare di acquisto per i farmaci fino alle misure per gli ospedali in rosso

Per le regioni si propone un concorso straordinario per l'assunzione a tempo indeterminato di personale a copertura del turn over nell'area indicata. Il personale così assunto avrà l'obbligo di permanere in tale area per almeno 8 anni dall'assunzione. E ancora il Ministero della Salute dovrà essere coinvolto nel progetto Human Technopole, e la Fondazione dovrà essere sottoposta al controllo della Corte dei Conti. LA RELAZIONE, GLI EMENDAMENTI

Via libera dalla commissione Affari Sociali alla legge di bilancio 2017. Il parere favorevole da parte dei deputati della XII commissione è arrivato insieme all'approvazione di numerosi emendamenti che, come già anticipavamo ieri, spaziano su diversi argomenti: da Human Technopole all'assunzione di nuovo personale sanitario, dalle procedure per le gare d'acquisto di farmaci fino alle misure per il sociale.

Nella relazione approvata si segnala alla commissione Bilancio l'opportunità di introdurre un meccanismo che consenta l'eventuale **trasferimento di risorse** tra i due Fondi, previsti dai commi 4 e 5 dell'articolo 59, rispettivamente per l'acquisto dei **medicinali innovativi** e dei **medicinali oncologici** innovativi, qualora l'importo stanziato per ciascun Fondo non venga interamente utilizzato per l'acquisto dell'una o dell'altra tipologia di medicinale.

Viene inoltre rilevato che gli stanziamenti stabiliti in relazione ai processi di **assunzione** e di **stabilizzazione del personale** del Servizio sanitario nazionale (ex articolo 59, comma 13) potrebbero rivelarsi insufficienti rispetto all'effettivo fabbisogno della rete ospedaliera, oggettivamente incrementato dall'obbligo di assicurare il rispetto delle normative europee in materia di articolazione dell'orario di lavoro.

Infine vengono segnalate le esigenze di incrementare le risorse volte ad **indennizzare i soggetti danneggiati da trasfusioni** con sangue infetto o da vaccinazioni obbligatorie, nonché le risorse del Fondo per gli interventi del **servizio civile nazionale** e del **Fondo per le non autosufficienze**.

Ma andiamo con ordine, analizzando punto per punto tutte le proposte di modifica approvate.

Human Technopole. All'**articolo 19** sono statiapprovati tre emendamenti, dei quali uno a prima firma della cpapogruppo Pd in XII commissione **Donata Lenzi (Pd)** e due a prima firma **Anna Miotto (Pd)**, con i quali viene coinvolto nel progetto anche il **Ministero della salute**, "come richiederebbero le finalità e le attribuzioni della Fondazione", e si sottopone la stessa Fondazione al controllo della **Corte dei Conti**.

Criteri di determinazione del computo del patrimonio mobiliare ai fini ISEE per usufruire delle prestazioni e dei servizi alla collettività. All'**articolo 33**, viene aggiunto il 33-bis con un emendamento a prima firma **Paolo Coppola (Pd)** grazie al quale ai fini del computo del patrimonio mobiliare non si dovrà tener conto del valore dei depositi aventi ad oggetto i libretti di prestito sociale nel caso in cui l'emittente sia sottoposto a procedura concorsuale.

Fondo di sostegno alla natalità. Un emendamento di **Paola Binetti (Ap)** all'**articolo 47** stabilisce che il decreto di con il quale dovranno essere stabiliti i criteri e le modalità di organizzazione e di funzionamento del Fondo dovrà essere emanato entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

Premio alla nascita e congedo obbligatorio per il padre lavoratore. All'**articolo 48**, l'emendamento a prima firma **Ileana Piazzoni (Pd)** dispone che il **premio alla nascita o all'adozione** di minore dell'importo di 800 euro, potrà essere **cumulabile con il bonus bebè** istituito dalla legge di stabilità 2015, per i soli nuclei familiari che si trovino in una condizione economica corrispondente a un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a 13.000 euro annui.

Un ulteriore emendamento di **Paola Binetti (Ap)** estende poi la durata del **congedo obbligatorio per il padre a tre giorni** (nel testo erano due), e **aumenta da 20 a 30 milioni l'onere derivante da queste misure** che dovranno essere finanziate con la riduzione per il medesimo anno del Fondo sociale per occupazione e formazione.

Buono nido e rifinanziamento del voucher asili nido. All'**articolo 49**, il **buono di 1000 euro**, a decorrere dal 2017, per il pagamento di rette relative alla frequenza di asili nido pubblici e privati, viene esteso da un emendamento di **Paola Binetti (Ap)** anche all'introduzione di forme di supporto presso la propria abitazione in favore dei **bambini al di sotto dei tre anni, affetti da gravi patologie croniche**. Due ulteriori emendamenti a prima firma **Ileana Piazzoni (Pd)** dispongono poi che per il rilascio del buono dovrà essere presentata idonea documentazione attestante non più solo l'iscrizione ma anche la **frequenza**, e che tale beneficio potrà essere riconosciuto a condizione che il nucleo familiare di appartenenza del genitore richiedente sia in una condizione economica corrispondente a un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente **(ISEE) non superiore ai 25mila euro annui**.

Efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale. All'**articolo 58**, per quanto riguarda la **quota premiale** incrementata in via sperimentale dello 0,1 per cento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per quelle Regioni in Piano di rientro che abbiano registrato miglioramenti, un emendamento a prima firma **Elena Carnevali (Pd)** chiarisce che, in caso di verifica negativa, non si abbia più una **perdita permanente** del diritto di accesso alla quota prevista, ma che venga limitata al solo 2017.

Un ulteriore emendamento a prima firma **Anna Miotto (Pd)** riscrive il comma 9 in tema di **deficit delle aziende ospedaliere** stabilendo che entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute presenti al Parlamento una relazione riguardante l'applicazione della norma da parte delle regioni. Tale relazione dovrà in particolare confrontare, per ogni azienda, i dati dell'esercizio 2015 con quelli del biennio precedente, nonché i volumi di attività svolti in ciascuna azienda nei medesimi anni.

Disposizioni in materia di assistenza sanitaria. All'**articolo 59** un emendamento a prima firma **Donata Lenzi (Pd)** sancisce che i **criteri per la classificazione dei farmaci innovativi** e a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi, dovranno essere individuati con una determina del Direttore Generale dell'Aifa, ma previo parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica (CTS).

Un ulteriore emendamento a prima firma **Donata Lenzi (Pd)** in tema di **farmaci biosimilari** dispone che le procedure pubbliche di acquisto possano svolgersi mediante utilizzo di accordi quadro con tutti gli operatori economici titolari di medicinali a base del medesimo principio attivo quando i medicinali siano più di tre. A tal fine le centrali d'acquisto dovranno predisporre un lotto unico; la base d'asta dell'accordo quadro dovrà essere il prezzo medio di cessione dei medicinali al Servizio sanitario nazionale.

E ancora, un altro emendamento a prima firma **Donata Lenzi (Pd)** chiarisce che in caso di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare di un farmaco biologico durante il periodo di validità del contratto di fornitura, l'ente appaltante, entro sessanta (e non più trenta) giorni dal momento dell'immissione in commercio di uno o più farmaci biosimilari contenenti il medesimo principio attivo, dovrà aprire il confronto concorrenziale tra questi e il farmaco originatore di riferimento.

Un'ulteriore proposta di modifica avanzata dalla capogruppo Pd in XII commissione ha sancito che al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari in riferimento all'area dell'emergenza urgenza e della terapia intensiva e del fabbisogno correlato alla riorganizzazione della rete ospedaliera e di emergenza-urgenza, nonché nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, le regioni potranno indire, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, un **concorso straordinario per l'assunzione a tempo indeterminato di personale del comparto sanità** a copertura del turn over nell'area indicata. **Il personale così assunto avrà l'obbligo di permanere in tale area per almeno otto anni dall'atto dell'assunzione**.

Infine, un emendamento a prima firma **Raffaele Calabrò (Ap)** ha disposto che con accordo da sancire entro il 31 gennaio 2017 in sede di Conferenza Stato Regioni verrà disposto, per il triennio 2017-2019, l'obbligo per gli

enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale di procedere alla copertura di posti vacanti in organico attraverso **procedure di mobilità nella misura del 50 per cento** dei posti autorizzati per nuove assunzioni prima di espletare nuove procedure concorsuali.

Interventi diversi. All'**articolo 74** un emendamento a prima firma **Donata Lenzi (Pd)** sancisce che alle fondazioni bancarie viene riconosciuto, per l'anno 2017, un contributo, sotto forma di credito d'imposta, pari al 100 per cento dei versamenti volontari eccedenti quanto già previsto dalla normativa vigente effettuati, nell'ambito della propria attività istituzionale, in favore dei fondi speciali istituiti presso le regioni ai sensi dell'articolo 15 della legge 11 agosto 1991, n. 266.

Rideterminazione del Fondo per interventi strutturali di politica economica e del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili. All'**articolo 81** due proposte di modificha a prima firma, rispettivamente, **Anna Miotto (Pd)** ed **Elena Carnevali (Pd)**, vengono rivisti gli stati di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, limitatamente alle parti di competenza, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, limitatamente alle parti di competenza, e del Ministero della salute.

Giovanni Rodriquez

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 420.071
Diffusione 08/2016: 286.239
Lettori Ed. II 2016: 1.435.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Aligi Pontani

11-NOV-2016
da pag. 40
foglio 1
www.datastampa.it

DALLA CORSIA AL TRIBUNALE ANCHE I MEDICI SI DIFENDONO

di Guido Andruetto

Si chiama **Mutuo Soccorso** come le antiche società operaie. Ma offre consulenza legale (e non solo) ai dottori accusati di "malasanità"

All'estero la chiamano *malpractice*. Produce costi enormi e non solo in termini economici, ma anche per i danni alla salute. Da noi è conosciuta come "malasanità" e riguarda non solo le strutture ospedaliere ma anche i medici generici. Così, quando le cose vanno male, ci si sposta inevitabilmente nelle aule di giustizia. La casistica è varia: distrazioni, errori nella lettura dei referti, sviste in sala operatoria. Seguono i numeri impietosi che dicono che nel 2014 la sola Lombardia ha speso circa 100 milioni di euro in risarcimenti. In proporzione sull'intero territorio italiano si sfiora il miliardo di euro. A dispetto delle politiche di *spending review*.

La certezza è che il rapporto degli italiani con la Sanità è complicato. E ognuno ha una sua verità. La controversia è in agguato per quanto piccolo o grave sia il caso. Ancora un dato tratto dall'ultima relazione della Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari del 2013. È quantificato in 10 miliardi di euro l'ammontare di prestazioni terapeutiche e diagnostiche - quelle non strettamente indispensabili alla salute del paziente - prescritte per evitare addebiti di responsabilità in caso appunto di contenzioso. Non solo: molti medici si lamentano di essere esposti al rischio di essere presi di mira, dal loro punto di vista, sulla base di motivazioni infondate e pretestuose.

Dalla parte del paziente ci sono innumerovoli associazioni. Ma da quella del medico? Per difenderli è stata creata una struttura di assistenza che ricorda anche nel nome le società operaie di mutuo soccorso, esperienze pionieristiche di mutualità del mondo del lavoro nate nell'Ottocento.

La società Mutuo Soccorso Medici, indipendente da vincoli associativi e assicurativi è formata da legali, consulenti tecnici e tutor che affiancano e consigliano il medico nel momento in cui deve affrontare una denuncia penale e l'intero iter processuale che ne consegue quando il paziente decide di rivalersi sulla sua presunta condotta scorretta.

La nuova società di consulenza, ha sede a Milano ma opera a livello nazionale. «Ci affidiamo ad un team di professionisti che hanno il compito di restituire al medico la serenità e la tranquillità professionali di cui ha bisogno in questi casi», spiega Calogero Caponetto, fondatore del Mutuo con Fabrizio Fossati. «Esperti in grado di offrire aiuto attraverso consulenze assicurative, patrimoniali e di pronto soccorso legale, sia nella difesa legale penale in un contenzioso per tutti i gradi di giudizio».

Il tema è delicato ed è al centro di un intenso dibattito etico che riguarda il diritto inviolabile alla salute. «Oggi però la categoria è sempre più esposta ad attacchi di tipo legale» aggiunge Caponetto. «Specie da quando il ricorso alla causa è diventato il sistema più semplice e veloce per ottenere risarcimenti. Noi garantiamo l'aiuto di cui il dottore ha bisogno, accompagnandolo nei passi immediatamente successivi all'avviso di garanzia. Nel contenzioso penale, per esempio, è sufficiente che il medico conferisca il mandato ad uno dei nostri legali, lasciando a quest'ultimo la gestione dell'iter burocratico e giudiziario». ■

+

LA PAGINA DEL SITO DI MUTUO SOCCORSO LEGALE MEDICI CHE, VISTI I CASI IN AUMENTO, FORNISCE ASSISTENZA AI MEDICI ALLE PRESE CON **CONTROVERSIE** CON I PAZIENTI PER QUESTIONI DI MALASANITÀ

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

11-NOV-2016
da pag. 31
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il personaggio

L'intervento. L'ultimo testo del professore scritto per la giornata organizzata da "Repubblica" sull'umanizzazione delle cure

"Basta chiamarli malati nella medicina del futuro ci siano solo persone"

UMBERTO VERONESI

Nessuno è la sua patologia
Il buon medico di domani
è quello che saprà condividere
il peso psicologico con il paziente

La medicina di domani sarà Medicina della Persona. Non dovremmo più parlare di malati o pazienti, ma di persone. Nessuno è la sua malattia, quasi perdesse improvvisamente la sua identità perché è malato, e nessuno deve pazientemente e passivamente aspettare che il medico lo curi quando capita un problema di salute. Le parole sono importanti per correggere il comportamento di molti medici e indirizzarlo a dare peso, quando incontra un "paziente", anche al suo pensiero, e non solo al suo organo ammalato. Ripeto da anni ai medici di ricordare sempre che la malattia si sviluppa in un organo o in un apparato, ma viene percepita, elaborata e vissuta dalla mente. Per questo la stessa malattia può apparire più o meno grave a seconda di chi la vive e la pensa. E il medico può influenzare positivamente questa percezione solo se entra in contatto empatico con la persona che ha di fronte. Come? Attraverso il dialogo profondo con la sua carica di umanità. Una frase che ripeto sempre ai miei collaboratori all'Istituto Europeo di Oncologia è: quando un "paziente" vi chiede qualcosa nei corridoi, anche se siete di fretta, fermatevi e rispondete. Certo, forse perderete un po' di tempo. Ma di tempo ne abbiamo tanto.

È vero che la tecnologia ha accelerato tutta la nostra vita e anche in medicina oggi riusciamo ad effettuare diagnosi e terapie con precisione e rapidità impensabili solo fino a qualche decennio fa. Ma noi dobbiamo conoscere e saper utilizzare al meglio la tecnologia, non farci dominare. L'empatia non si crea con nessun *device* di ultima generazione, ma solo con l'umanità e l'amore solidale nei confronti del "paziente". Il buon medico di oggi, e soprattutto di domani, è quello che sa condividere il peso psicologico della malattia, senza perdere ovviamente la lucidità del sapere scientifico e la capacità, come abbiamo detto, di dominare le tecnologie. Ho definito la medicina moderna come un insieme di tre componenti: scienza, arte e magia, dove la scienza è il pensiero ideativo, il saper risolvere; l'arte è il saper fare, l'uso della tecnologia; e la magia è la capacità di influenzare la mente del paziente perché lo si conosce e lo si ama.

Questa medicina dunque non potrà più curare una persona senza sapere chi è, cosa pensa, in cosa crede, e in cosa spera. Cioè senza considerare il malato nella sua complessa unità di corpo e mente. Bisogna tenere presente che mentre il dolore che la malattia provoca nel corpo, fortunatamente sempre più spesso ha una durata molto limitata. La sofferenza, nella mente, può rimanere presente a lungo. Non possiamo quindi considerare un malato guarito solo quando esce dall'ospedale e la sua malattia è regredita, scomparsa o comunque sotto controllo; dobbiamo fare in modo che possa ritrovare anche la sua dimensione di vita dopo la malattia. In un certo senso è sorprendente che la medicina abbia atteso tanto tempo ad orientarsi in questa direzione.

A dire il vero la medicina olistica, che non distingue tra corpo e mente, da Platone in poi è stata l'unica forma di medicina, fino al '600-'700. Poi con la comparsa dell'anatomia patologica, cioè lo studio del corpo in necroscopia, si è iniziato a considerare il corpo come un insieme di organi racchiusi in un involucro, la pelle. È nata quindi la medicina d'organo e le specializzazioni mediche: la cardiologia, l'urologia, l'epatologia, la neurologia e così via. Lo scoppio del progresso tecnologico ha poi aumentato esponenzialmente le performance del medico. Oggi possiamo operare con un robot chirurgico, trattare lesioni con precisione millimetrica con fasci di protoni, fare diagnosi molecolari, conoscere il profilo genetico di una malattia. La medicina specialistico-tecnologica ha portato a risultati straordinari, sino al trapianto d'organo, ma

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

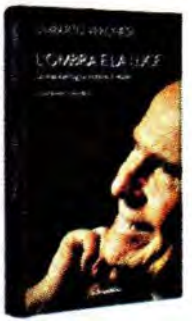
11-NOV-2016
da pag. 31
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

ha polarizzato l'attenzione sull'area malata, dimenticando quasi la persona che è portatrice della malattia. Ed eccoci alla persona, ancora. La medicina del futuro non potrà che recuperare l'antica dimensione olistica, accogliere i vantaggi del progresso scientifico e tecnologico e diventare Medicina della Persona.

Questo testo era stato scritto dal professor Umberto Veronesi per presentare "Secondo Natura", la giornata organizzata da RSalute domani a Bologna , sul tema dell'umanizzazione della medicina

©RIPRODUZIONE RISERVATA

IL LIBRO



CON REPUBBLICA
L'esperienza della guerra, la vocazione della medicina, i primi interventi e il rapporto con i malati, sempre affrontato con grande umanità.
Ne *L'ombra e la luce. La mia battaglia contro il male* (a cura di Dario Cresto-Dina, in uscita con Repubblica dal 16 novembre) Umberto Veronesi racconta la sua lotta contro i tumori, aprendo un dibattito lucido sulla percezione del benessere e del dolore attraverso la mente e il corpo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

11-NOV-2016
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

La scelta di Veronesi "Non ha voluto continuare le cure"

Il figlio: ha scelto di andarsene. Migliaia alla camera ardente

Grazie professore per avermi indicato la strada per vincere il cancro, non ti dimenticherò mai

Flavia I.
Una delle pazienti di Veronesi

Abbiamo conosciuto un grande uomo e un grande scienziato Grazie di tutto, guidaci ancora

Gli allievi

Reportage

FABIO POLETTI
MILANO

Ci sono soprattutto le sue donne. Le sue pazienti di tutte le età, molte con un fiore in mano, che si avvicinano alla bara del «Professore» con riverenza e tanto affetto. Milano saluta Umberto Veronesi nella sala Alessi di Palazzo Marino. Marmi lucidi, statue importanti e arabeschi, un barocchismo che non gli sarebbe piaciuto assicura chi lo conosceva bene. Ma oggi c'è la processione degli uomini e soprattutto delle donne che a lui devono tanto, anche la vita. Una signora con gli occhiali, al braccio del marito, ha gli occhi lucidi: «Era un uomo unico. Non ci trattava da malati ma da persone speciali. Una carezza, una parola gentile, facevano parte della cura». La fila di gente in attesa di entrare gira attorno alla statua di Leonardo e arriva fino all'ingresso della Scala. La bara è coperta da un cuscino di rose rosse e da tanti piccoli mazzi di fiori. Ci sono due foto di Umberto Veronesi. Le corone di Sergio Mattarella, Pietro Grasso, Laura Boldrini e Matteo Renzi. Carabinieri in alta uniforme e gonfaloni.

Sono migliaia i signori nessuno che riempiono i 4 registri per le condoglianze all'ingresso. Scrive una Flavia I. : «Buon viaggio professore. Grazie per avermi indicato la strada per combattere e vincere contro il tumore al seno. Non la dimenticherò mai». La famiglia B. è una riga più sotto: «Grazie per sempre. Per tutto quello che hai fatto e ci hai lasciato». Rosangela è qui per sua madre: «Grazie Prof. Hai dato 10 anni in più alla mia mamma». Lo stesso un'altra donna: «Avevi salvato la mia mamma, quando nel 1978 un tumore maligno al seno era considerato una condanna a morte».

Poi ci sono i suoi allievi, generazioni di medici che sono cresciute imparando quanto fosse importante una chirurgia non invasiva: «Grazie Prof. per quello che ci hai insegnato. Con te abbiamo conosciuto un grande scienziato e un grande uomo. Guidaci ancora».

La cerimonia è laica. Anche oggi non ci sarà alcun segno religioso. La camera ardente verrà riaperta alle 8. Alle 11 Alberto Veronesi, suo figlio, direttore d'orchestra, suonerà arie della Turandot al piano. Poi prenderanno la parola il sindaco di Milano, Giuseppe Sala, ed Emma Bonino, entrambi suoi pazienti, e le nipoti Elena e Gaia. Tutte qui con la sua famiglia anche oggi, a stringere mani e ricevere le condoglianze di Milano. Alberto Veronesi ricorda ancora una volta il padre: «Non ha voluto essere ricoverato nè continuare le cure, ha voluto andarsene. Speravamo di festeggiare i suoi 91 anni il 28 novembre e invece siamo qui».

In mezzo alla gente comune, in fila c'è più di un volto noto: Stefania Sandrelli, il sovrintendente alla Scala Alexander Pereira, Carla Fracci, il manager Chicco Testa, lo chef stellato Peter Leeman, il governatore della Lombardia Roberto Maroni, don Antonio Mazzi, Rita Pavone che è stata anche sua paziente: «Umberto Veronesi era una persona sempre disponibile e cortese. C'era sempre per tutti. Per me ha fatto molto, ma preferisco tenerlo per me». Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin si ferma qualche minuto davanti alla bara: «Le sue battaglie devono diventare quotidianità». Leo ed Ettore hanno appena 15 anni, sono qui perché la loro nonna era una sua paziente: «Lo abbiamo ammirato anche per le sue battaglie. Dalla legalizzazione della cannabis alla lotta contro il cancro». Ma sono le sue pazienti, famose e no, a ingrossare la fila. Letizia Gilardelli era assessore a Milano: «Lo conosco da 40 anni. Mi ha operato 8 anni fa. Mi ha guarito anche il suo modo di fare gentile, importante come una medicina».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

90 anni
L'oncologo Umberto Veronesi avrebbe compiuto 91 anni il 28 novembre prossimo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

11-NOV-2016
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

La povertà sanitaria è in crescita

In 577mila aiutati dal Banco farmaceutico: + 37% dal 2015

Il rapporto

La spesa per medicine: 682 euro Ma tra i poveri cala a quota 123

ROMA

Gli esperti la chiamano «povertà sanitaria». Una definizione quasi asettica per individuare una realtà drammatica e, purtroppo, in crescita. Perché sono sempre di più le persone che non hanno soldi abbastanza per curarsi quando serve: un fenomeno che coinvolge il 6,1% delle famiglie italiane (l'anno scorso erano il 5,7). A rivelarlo è il rapporto 2016 del Banco farmaceutico *Donare per curare. Povertà sanitaria e donazione di farmaci*, uno studio che si è avvalso del contributo del comitato scientifico composto da Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute Cei, Acli, Associazione Medicina e Persona, Unitalsi e Caritas Italiana.
Secondo i dati nel 2016 è aumentata dell'8,3% la richiesta di medicinali da parte dei 1.663 enti assistenziali sostenuti dall'organizzazione: le confezioni di farmaci richieste in occasione della Giornata di raccolta (che si è svolta il 13 febbraio) sono state 994mila. Gli utenti complessivi sono cresciuti nel 2016 del 37,4%. Quest'anno gli enti sostenuti da Banco Farmaceutico hanno aiutato oltre 557mila persone, il 12% dei poveri italiani.

«Le famiglie che hanno problemi ad affrontare le cure aumentano con un passo superiore alla nostra capacità di rispondere – sottolinea Paolo Gradnick, presidente della Fondazione Banco farmaceutico onlus – e serve quindi uno sforzo in più per un vero salto di qualità. L'auspicio è che i recenti provvedimenti adottati dal Parlamento per favorire la donazione dei farmaci di recupero risultino realmente efficaci». Ogni famiglia spende in media 682 euro l'anno per curarsi, ma tra i poveri la cifra scende a 123. Non sono solo i poveri (4,6 milioni) a tirare la cinghia sulla salute: oltre 12 milioni di italiani hanno infatti limitato il numero di visite e accertamenti. I problemi di accesso alle cure si fanno sempre più evidenti anche tra le organizzazioni caritatevoli, come sottolinea Monica Tola di Caritas italiana. «Anche tra le persone che si rivolgono ai nostri sportelli abbiamo registrato un incremento di interventi in ambito sanitario – afferma la responsabile – e molto spesso arrivano al centro di ascolto senza esplicare il bisogno, ma i nostri operatori riescono a intercettarlo». Tra le cure troppo care, quelle dentistiche e pediatriche: «Famiglie ricorrono al "prestito della speranza" della Cei solo per poter curare i propri figli». Tra i migranti, per Silvano Cella dell'Osservatorio donazione farmaci, crescono «le famiglie in fuga dai conflitti: tra i bambini infezioni respiratorie e gastrointestinali, spesso per le condizioni alloggiative. Tra gli adulti malattie croniche e endocrino-metaboliche». **(L.Liv.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 60.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

L'OSSERVATORE ROMANO

Dir. Resp.: Giovanni Maria Vian

11-NOV-2016
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Appello del segretario di Stato per le persone colpite da malattie rare e neglette

Ingiustizie e povertà negano la salute

È una vera e propria campagna «per una cultura della salute accogliente e solidale a servizio delle persone affette da patologie rare e neglette» quella che, a nome di Papa Francesco, ha aperto il cardinale segretario di Stato Pietro Parolin dando il via, giovedì mattina 10 novembre, alla trentunesima conferenza internazionale, promossa in Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari. I lavori si concluderanno sabato 12.

Le questioni delle malattie rare e delle malattie neglette «a seconda delle aeree geografiche, sono strettamente connesse» ha spiegato il porporato. Infatti «se anche nei Paesi con medicina avanzata le malattie rare costituiscono un ambito di cura che può registrare scarsa attenzione, nei Paesi dove il servizio sanitario è carente o del tutto insufficiente la mancanza di cure coinvolge sia le malattie rare che le malattie tropicali molto comuni».

L'insieme di queste malattie colpisce un numero enorme di persone: «le stime sono di circa 350-400 milioni per le malattie rare e di un miliardo di persone per le malattie tropicali neglette». E «già solo questo dato numerico — ha affermato — deve allarmarci e stimolarci a un impegno sempre più consistente perché queste persone non siano abbandonate a un destino di sofferenza e di emarginazione sociale».

«Per le malattie rare — ha fatto presente il segretario di Stato — uno dei temi più rilevanti è costituito dalla ricerca medico scientifica, la quale dovrebbe comprenderne le cause e individuarne le possibili terapie». Ma «l'industria farmaceutica mondiale non investe significativamente in questo genere di ricerca e a volte, pur avendo scoperto farmaci efficaci, cessa di produrli per mancanza di profitti».

Certo, ha aggiunto il cardinale Parolin, «una funzione di promozione della ricerca toccherebbe agli Stati. Ma in questo periodo assistiamo purtroppo a un ridimensionamento dei sistemi di welfare e ciò non consente, anche nei Paesi ricchi, un ampio flusso di investimenti per questo genere di ricerche». E così «sono soprattutto le associazioni dei familiari, le organizzazioni non governative cattoliche e di altre estrazioni, le fondazioni benefiche e le organizzazioni di volontariato a fornire i fondi per finanziare la ricerca».

Però, ha spiegato il cardinale, «nonostante gli sforzi di tutte queste realtà, la ricerca procede a rilento e questo rimane uno dei principali aspetti da considerare nell'ambito di un'azione volta a una cura efficace delle malattie rare».

Per quanto riguarda invece «l'ambito delle malattie tropicali neglette — ha proseguito il porporato — non siamo certamente all'anno zero nell'impegno di cura. In molti casi esse si curano con farmaci già in uso e poco costosi o addirittura donati dalle industrie farmaceutiche».

L'Organizzazione mondiale della sanità «da molti anni ha avviato programmi imponenti per la cura delle persone affette da malattie neglette». Programmi, ha riconosciuto il cardinale, che «si affiancano al forte impegno delle strutture mediche cattoliche sparse in molti Paesi ad alto tasso di malattie tropicali neglette e ai programmi di numerose organizzazioni di volontariato internazionale». Ma «nonostante gli sforzi compiuti finora soltanto una parte della popolazione interessata è adeguatamente curata. In questo caso la ragione principale è data dalla mancanza di reti di servizi medici di prevenzione, di diagnosi e di cura nei Paesi di maggiore diffusione di queste malattie».

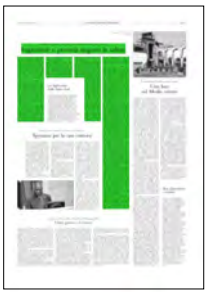
La Chiesa cattolica, «che da sempre considera la cura dei malati come una forma essenziale della carità fraterna, si sente fortemente interpellata dalla condizione di sofferenza di molti milioni di persone» ha assicurato il cardinale Parolin. Del resto «il magistero di Papa Francesco non cessa di ricordarci che fa parte della vocazione cristiana il dovere di solidarietà con i sofferenti e i poveri».

A questo proposito, ha proseguito, «non possiamo dimenticare lo stretto legame esistente tra molte delle malattie tropicali neglette e la condizione di estrema povertà in cui vivono numerose popolazioni. Perciò al tema della cura si aggiunge anche il tema della giustizia. Le disuguaglianze tra chi vive in condizioni di un certo benessere e chi vive in condizioni di grave indigenza non possono rimanere senza risposte».

È infatti «chiaro a tutti gli operatori del settore — ha affermato — che le malattie tropicali nascono spesso in un contesto di estrema povertà e a loro volta generano ulteriore povertà, impedendo ogni forma di promozione sociale dei malati e spesso anche delle loro famiglie». Pertanto «alle cure sanitarie si devono accompagnare programmi assistenziali che favoriscano l'accesso all'acqua potabile, ad abitazioni decenti, alla scolarizzazione dei bambini, alla eliminazione di eventuali forme di stigma causate dalla malattia».

Il segretario di Stato ha confermato che «la Chiesa cattolica lavora e continuerà a lavorare per la realizzazione di questi servizi alle persone malate affette da malattie tropicali neglette, ma in questo cammino desidera trovare la compagnia di tutti gli uomini di buona volontà, che comprendono il bisogno dei nostri fratelli e vogliono anch'essi lavorare per dare risposte efficaci». È infatti «necessario che si uniscano tutte le forze disponibili per studiare a fondo i problemi, valutare le azioni più promettenti da intraprendere per poi realizzarle concretamente».

In questo sforzo, ha concluso il cardinale, «non va dimenticata la necessaria collaborazione con gli Stati, che sono i primi responsabili della salute dei propri cittadini, ma che spesso hanno bisogno di essere aiutati a organizzare la rete dei propri servizi sanitari e socioassistenziali».



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

10-11-2016

http://www.healthdesk.it/

SANITÀ

Farmaci oncologici innovativi: più risorse per garantire l'accesso equo a tutti i pazienti

È forse la peggiore delle ingiustizie: nuove speranze di cura disponibili per qualcuno e non per altri. Trovare il modo di conciliare i costi dell'innovazione e il diritto universale alla salute è la principale sfida della sanità

La buona notizia è che in Italia ogni anno il numero dei survivor oncologici aumenta di 90 mila persone: ad eccezione dei tumori della cute, il 55 per cento degli uomini e il 63 per cento delle donne sopravvive nei cinque anni successivi alla diagnosi della malattia (dati AIiom/Airtum 2016). Merito di strategie di prevenzione sempre più efficaci, di diagnosi precoci e delle terapie innovative. La cattiva notizia è che i farmaci capaci di fare la differenza per i pazienti costano caro e che ancora non si è trovato il modo di garantire a tutti i cittadini, dalla Val d'Aosta alla Sicilia, le stesse possibilità terapeutiche.

Il dilemma per gli esperti di politica sanitaria è sempre lo stesso: come conciliare le limitate risorse finanziarie con il diritto universale alla salute? Una risposta va trovata, e anche presto. Potersi curare con i farmaci anticancro innovativi significa guadagnare anni di vita.

Come si può accettare che questa opportunità venga data a qualcuno e non ad altri? È con questa domanda che si è aperto a Milano il Corso di Formazione Professionale Continua "Innovazione, sostenibilità, accesso ai farmaci: le nuove sfide dell'informazione in Oncologia" promosso dal Master "La Scienza nella Pratica Giornalistica" della Sapienza Università di Roma con il supporto non condizionante di Pfizer e di Roche.

Gli ostacoli da rimuovere

Con 52 mila nuove diagnosi stimate per il 2016, il tumore del colon-retto è al primo posto in Italia tra le patologie oncologiche più diffuse. Segue quello della mammella (circa 50 mila nuovi casi) e del polmone (41 mila nuovi casi).

I risultati migliori si sono ottenuti per il tumore alla mammella che registra la sopravvivenza più alta a cinque anni (85,5%). Per il tumore del colon si sono comunque raggiunte percentuali incoraggianti (60,8%), così come per quello del retto (58,3%). E la sopravvivenza per il tumore del polmone è pari al 14,3 per cento, la più elevata rispetto alla media europea.

Dai laboratori della ricerca farmaceutica negli ultimi anni sono uscite promettenti terapie innovative per tutte queste patologie. In alcuni casi si stratta di strategie di cura a bersaglio molecolare, in altri di immunoterapia. Ma non bastano i progressi degli scienziati a salvare vite umane. Serve un sistema che trasformi quelle conquiste in concrete opportunità terapeutiche. E per farlo bisogna superare un grosso e apparentemente inamovibile ostacolo della nostra società: la burocrazia, sadicamente capace di far perdere tempo proprio a chi contro il tempo combatte la sua battaglia per la sopravvivenza.

Secondo i dati di Cittadinanzattiva, i tempi per l'immissione in commercio di un farmaco oncologico arrivano fino a 1.070 giorni, contro i circa 400 previsti dalla normativa, senza considerare cosa accade quando la palla passa alle Regioni. I Ptor (Prontuari Terapeutici Ospedalieri Regionali), infatti, rallentano o razionano l'accesso ai farmaci effettivamente disponibili ai cittadini, determinando disparità di accesso sul territorio sia come tempi sia come requisiti.

Le soluzioni

L'annuncio dell'inserimento nella Legge di Bilancio di un Fondo di 500 milioni dedicato ai farmaci oncologici innovativi è un primo segnale, ma non basta.

«L'oncologia - ha detto Giuseppe Curigliano, Direttore S.C. Divisione Sviluppo di Nuovi Farmaci per Terapie Innovative dello Ieo di Milano - rappresenta un capitolo di spesa rilevante per i sistemi sanitari di tutto il mondo, ma il problema non può essere ridotto solo

al costo delle terapie, che va affrontato a partire dall'appropriatezza e da una valutazione nell'ambito delle strategie di controllo della specifica patologia neoplastica».

Gli americani ricorrono alla definizione di "financial toxicity" per descrivere l'impatto devastante dei farmaci oncologici innovativi sulle finanze pubbliche e private. E i conti sembrano giustificare il termine allarmistico: nel 2013, in tutto il mondo per i farmaci oncologici sono stati spesi oltre 91 miliardi di dollari (Ims -Institute for Healthcare Informatics). In Italia la spesa è passata da circa un miliardo di euro nel 2007 a 2 miliardi e 900 milioni nel 2014 (OsMed). Il tasso annuo di crescita dei costi è del 15 per cento.

Tutte le strategie per contenere la spesa pubblica sono passate al vaglio durante il corso di formazione "Innovazione, sostenibilità, accesso ai farmaci: le nuove sfide dell'informazione in Oncologia". Dai tetti di spesa farmaceutica alle misure di regolazione dei prezzi dei farmaci, al monitoraggio dell'impatto terapeutico ed economico dei farmaci ad alto costo. Senza trascurare il l'impatto degli sprechi che secondo il Gimbe, Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze, incidono per il 20 per cento nella spesa sanitaria.

Una soluzione possibile è quella proposta dall'Emilia Romagna dove la Rete Oncologica ha messo a punto un modello di verifica della qualità dei servizi in rapporto alle risorse impiegate. Applicato al carcinoma mammario, il modello ha permesso di individuare inappropriatezze e risorse "male allocate" sui percorsi di cura di oltre 3 mila donne con diagnosi di tumore al seno, verificando il contenimento dei livelli di inappropriatezza in chirurgia (al di sotto del 2,5% dei casi) e l'accesso alle terapie farmacologiche precauzionali entro 60 giorni dall'intervento per l'84,7 per cento delle pazienti candidate.

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

IHQI d/ Evaluation 11/10/2016

10 nov 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Finanziamenti

Prestazioni sanitarie

LAVORO E PROFESSIONE

Risorse per i contratti, i convenzionati chiedono un incontro urgente a Lorenzin in vista del rinnovo

Un "incontro urgente" alla ministra della Salute Beatrice Lorenzin per chiarire l'impegno del Governo sul tema del finanziamento per il rinnovo dei contratti del personale convenzionato con il Ssn. A chiederlo i sindacati Fimmg, Fimp e Sumai, rappresentativi dell'area della medicina territoriale.

In una lettera inviata oggi al ministro le sigle sindacali chiedono di conoscere "quale raccordo sia stato previsto e, ove non presente, sia possibile prevedere nell'attuale percorso di approvazione della legge di Bilancio attualmente in discussione in Parlamento circa il finanziamento per il rinnovo dei contratti dei medici convenzionati. Tale confronto - aggiungono Silvestro Scotti (Segretario generale nazionale vicario Fimmg), Giampietro Chiamenti (Presidente nazionale Fimp) e Antonio Magi (segretario generale Sumai-Assoprof) - ha particolare urgenza per chiarire le azioni utili non solo a parificare i termini dell'investimento economico previsto per il personale convenzionato che per prassi consolidata contrattualmente è assimilato al pubblico impiego, ma anche per aspetti ordinamentali quali indirizzi normativi di equilibrio tra la stabilità delle aree professionali e il ricambio generazionale, entrambi aspetti non più procrastinabili per rendere realizzabile un rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale del personale convenzionato".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

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

LAVORO E PROFESSIONE
02 Settembre 2015
Mutui Enpam da 100 mln: il 22 settembre è click day. Ecco il vademecum

SENTENZE
02 Settembre 2015
Sblocca-debiti, finanza locale a rischio buco da 20 miliardi

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

11-NOV-2016
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

RICERCA DIABETE

Passi avanti in direzione del pancreas artificiale

Luisa Romagnoni

■ Sempre più vicini al traguardo di un pancreas artificiale. Ovvero di un sistema tecnologico che consenta di controllare i livelli di glucosio 24 ore al giorno, 7 giorni su 7 e che eroghi automaticamente l'esatta quantità di insulina necessaria. Un risultato straordinario, che potrà ridurre per le persone con diabete di tipo 1 (circa 250mila in Italia di cui 20mila di età giovanissima), il peso della gestione della loro condizione. Se n'è parlato di recente a Roma nel corso dell'incontro scientifico «Meet the Scientist. La rivoluzione tecnologica nel diabete». Tappa intermedia verso l'obiettivo del pancreas artificiale, è la conclusione dell'iter di approvazione di un nuovo sistema ibrido ad ansa chiusa (di Medtronic): consente un controllo automatico dei livelli di glucosio 24 ore al giorno. Appena approvato in USA dalla Food &Drug Administration il dispositivo ha dimostrato in uno studio clinico pubblicato sul Journal of the American Medical Association (Jama), di essere sicuro. Nello specifico: le 124 persone con diabete di tipo 1 arruolate in 10 centri (9 negli USA e 1 in Israele), hanno avuto minor variabilità glicemica, si sono mantenute più a lungo all'interno del range di valori prefissati, sono state meno esposte a fenomeni di ipo o iper glicemia e hanno ottenuto una riduzione dei valori dell'emoglobina glicata- I prossimi passi prevedono l'introduzione di una sempre maggiore automatizzazione del sistema. Il pancreas artificiale sarà composto da tre elementi: un microinfusore di insulina, un sistema di monitoraggio continuo della glicemia (Cgm) e algoritmi avanzati, ovvero formule matematiche all'interno del microinfusore di insulina che calcolino quanta ne va somministrata in modo completamente automatico. Guardando al presente, è già disponibile, il sistema integrato MiniMed 640 G. Si tratta di una soluzione terapeutica, dotata di un'innovativa tecnologia che consente di prevedere l'insorgenza di episodi ipoglicemici ed evitarli, interrompendo preventivamente l'erogazione di insulina per il tempo necessario. Può aiutare a prevenire oltre l'80 per cento degli eventi ipoglicemici. Fenomeni in media bisettimanali.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 75.622
Diffusione 09/2016: 39.883
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

11-NOV-2016
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

IL PUNTO

La rissa sull'olio di palma è come quella sul prossimo referendum

Gli esperti dicono tutto e il contrario di tutto

DI SERGIO LUCIANO

Non c'è solo la rissa sull'incomprensibile, nuovo articolo 70 e la rissa tra il «sì» e il «no» al referendum costituzionale a far sorgere seri dubbi sulla capacità delle masse (cioè di noi tutti, ahimè) a distinguere il vero dal falso: c'è anche l'olio di palma. Quando colossi credibili e prestigiosi, come Barilla e Ferrero, o Coop e Nestlé, si vantano di meriti opposti, usare o non usare l'olio di palma, il signor Rossi che deve pensare?

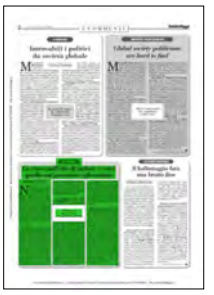
Dovrebbe pensare che lui è un semplice esponente del popolo bue e rassegnarsi a non capire, a non sapere, ciò che non ha mai studiato, limitandosi a sperare che ci sia qualcuno, fra i governanti che ha incautamente mandato al potere, votandoli, che si faccia carico dei suoi interessi e del suo bene e che si regoli di conseguenza e non per rubacchiare voti qua e là o, peggio, quattrini. Ma il signor Rossi queste cose sagge non le pensa o se le pensa non le capisce o se le capisce non le pratica. Quindi l'Italia continua a votare con la pancia e anche a consumare, con la pancia. E questo non dovrebbe far stare tranquillo il premier. Ma torniamo all'olio di palma.

Le abbiamo viste tutti le pubblicità: uno dice «sono palm-oil free» e se ne fregia come se fosse una medaglia d'oro al valore; l'altro dice che usa solo olio di palma buono, e difende la sua scelta. Il consumatore in mezzo, frastornato. L'Organizzazione mondiale della sanità (che dev'essere un carrozzone intrallazzato e inefficiente che nemmeno le Asl della prima repubblica) a chiacchiere denuncia la nocività dell'olio di palma ma nei fatti non si sbilancia, nel senso che non ha gli estremi per alcun intervento intimidatorio, ed effettivamente il sostegno che al prodotto recano multinazionali serissime come Ferrero o Nestlé dovrebbe far testo…

La verità è che tutte le questioni tecniche, tutte (siano esse comparazioni biologiche del cibo di casa o delle riforme costituzionali), possono essere seguite solo centralmente, o comunque da chi ci capisce. Gli altri, noi, o si astengono o votano di pancia, come Salvini in Lega.

Ma più in generale episodi del genere fanno pensare a quanto in Italia siamo in balia della nostra stessa ignoranza, e non solo in materia di business. Non percepiamo forse con chiarezza quanto sia importante dare «tappe italiane» alla catena del valore… Renderci indispensabili al mondo. Recuperando competitività, internazionalizzandoci, digitalizzandoci. È il dilemma cui si trova di fronte la democrazia: con la Rete, tutti sono comizianti ma al di là delle chiacchiere chi davvero capisce e chi ha davvero gli strumenti per intervenire, sapendoli usare? Nessuno di quelli che in questi giorni si vedono nel cantiere della più grande democrazia occidentale…

© Riproduzione riservata



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

11-NOV-2016
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

RISULTATI POSITIVI DI UNA RICERCA EUROPEA

Impiegate cellule staminali embrionali per conoscere i segreti del Parkinson

UNIVERSITÀ DI MILANO
Ricercatori italiani coordinano un progetto europeo

■ Un nuovo studio svedese, del gruppo coordinato da Malin Parmar all'oniversità di Lund, pubblicato su Cell Stem Cells, descrive una analisi retrospettiva su trapianti di cellule staminali embrionali umane in modelli di Parkinson. Grazie a questo studio è stato possibile individuare i geni associati con le cellule capaci di mitigare alcuni segni motori della malattia. Il lavoro perfeziona un protocollo messo a punto dagli stessi ricercatori nel 2014, anno in cui dalle staminali embrionali vengono generati proprio quei neuroni dopaminergici autentici che muoiono nel Parkinson. Il loro trapianto nel modello animale di Parkinson produceva risultati variabili in termini di efficacia e sicurezza. Gli studiosi, confrontando il profilo d'espressione globale dei geni in quelle preparazioni cellulari che producevano trapianti efficaci con quelle che ottenevano effetti meno efficaci, hanno individuato un insieme di marcatori molecolari che consentono di caratterizzare un preparato cellulare prima del trapianto, predicendone l'efficacia. Il nuovo studio compie un importante avanzamento perché mette a disposizione un saggio sperimentale per la valutazione della qualità delle cellule da trapiantare. «Nuovi dubbi e nuove domande hanno portato a introdurre alcune importanti variazioni nei protocolli per la produzione di cellule utilizzabili in clinica», racconta Malin Parmar, a capo del team dell'università di Lund in Svezia, e Partner del Consorzio di ricerca europeo Neurostemcellrepair, coordinato dall'Università degli Studi di Milano, nel cui ambito sono state sviluppate queste ricerche.Lo studio + stato svolto con il team del professor Thomas Perlmann, del Karolinska Institute di Stoccolma.

LC'

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

11-NOV-2016
da pag. 32
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Lettera a Renzi di 5000 ricercatori che lavorano in Gran Bretagna "Sì al merito, ma serve la riforma"

L'ansia da Brexit dei cervelli in fuga "Pronti a tornare se l'Italia chiama"

"Lo shock negativo per la scelta britannica può essere un'occasione d'oro per il nostro paese"

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA. La Brexit può mettere fine alla "fuga dei cervelli", riportando in Italia gli studiosi del nostro paese che oggi insegnano e fanno ricerca in Gran Bretagna. E' il messaggio che l'associazione dei docenti universitari italiani nel Regno Unito manda al premier Matteo Renzi in una "lettera aperta": con un apprezzamento per la recente proposta da parte del nostro governo delle "cattedre Natta", tentativo di creare uno spazio per gli accademici interessati a rientrare in patria, ma anche un'esortazione a una più ampia riforma. Senza la quale i "cervelli" non potranno smettere di fuggire.

Considerato il secondo paese al mondo dopo gli Stati Uniti nel campo dell'eccellenza universitaria, il Regno Unito ha circa 5 mila professori italiani, secondo una stima del Times Higher Education. Una ricerca dell'ambasciata d'Italia presso le 150 più importanti università britanniche li suddivide così: il 50 per cento insegna nelle facoltà di scienze sociali e materia umanistiche (economia, business, scienze politiche, giurisprudenza, lettere, storia e filosofia), il 25 per cento in ingegneria, fisica e chimica, un altro 25 per cento in medicina, biologia e scienze naturali. Per la maggior parte sono dipendenti delle università del Russell Group, come Oxford, Cambridge, University College London (Ucl), Imperial, King's College, London School of Economics, Queen Mary). «C'è un grande numero di italiani che hanno successo negli ambienti accademici più prestigiosi di questo paese e dunque del pianeta, segno che la preparazione di base ricevuta in Italia è molto buona», commenta il professor Roberto Di Lauro, addetto scientifico della nostra ambasciata a Londra. E i docenti italiani sono la comunità accademica non britannica più numerosa dopo quella tedesca, un altro segno di quanto siano riusciti ad affermarsi.

Ma ora temono le conseguenze della Brexit. «Caro Presidente Renzi», comincia la lettera dell'Association of Italian Scientists in Uk (Aisuk), l'associazione degli scienziati italiani in Gran Bretagna, «l'intenzione del Regno Unito di abbandonare l'Unione Europea potrà avere effetti gravi per l'accademia e il settore della ricerca scientifica». La Ue è stata una straordinaria fonte di finanziamento per la ricerca, a cominciare dalle borse di studio dell'European Research Council, continua la lettera, e non è detto che il governo britannico fornirà un analogo sostegno. Inoltre una politica tesa a ridurre l'immigrazione può ridurre l'afflusso di ricercatori e studenti. La Brexit, tuttavia, «può rappresentare un'occasione d'oro per l'Italia», affermano i nostri docenti all'estero, se ci sarà il coraggio di fare riforme radicali. La creazione delle cattedre Natta, l'accento messo sulla meritocrazia e l'accettazione del principio per cui chi è più bravo guadagna di più («come in una squadra di calcio», spiega il professor Antonio Guarino, docente di economia alla Ucl e presidente dell'Aisuk), sono da elogiare, ma non bastano. La lettera cita la necessità di una riforma complessiva del sistema universitario italiano. In Gran Bretagna, per esempio, i centri di ricerca ottengono finanziamenti in base ai risultati scientifici prodotti, un incentivo alle università a competere per i ricercatori migliori. Se gli inglesi vogliono chiudersi nella loro isola, insomma, alle condizioni giuste gli studiosi italiani potrebbero tornare a casa. La Brexit potrebbe darci una mano a fermare la fuga dei cervelli.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 09 NOVEMBRE 2016

Con Trump il destino dell'Obamacare è segnato

A leggere il programma elettorale del neo eletto presidente degli Stati Uniti non c'è dubbio: la riforma sanitaria fortemente voluta dal suo predecessore potrebbe avere i giorni contati. Al suo posto liberalizzazione tout court accompagnata da una defiscalizzazione delle polizze. Stop anche all'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari. IL PROGRAMMA TRUMP

Contro tutte le previsioni della vigilia sarà Donald Trump il prossimo presidente degli Stati Uniti d'America. E una delle prime mosse della nuova presidenza potrebbe essere l'abolizione dell'Obamacare, la riforma della sanità americana che ha tentato di ampliare la fascia di protezione sanitaria della popolazione amricana e che è costata anni di battaglie congressuali a Barak Obama.

E sì, perché contrariamente a ciò che noi europei possiamo immaginare, la pancia dell'America, quella che ha portato alla Casa Bianca il magnate newyorkese, quella riforma non l'ha mai mandata giù. Troppa intromissione dello Stato nella sfera delle decisioni private, in quell'american way of life che resta, checché se ne pensi, incentrato sulla netta primazia dello spirito d'iniziativa individuale piuttosto che sul welfare, così come lo intendiamo noi del vecchio continente.

E poi, questo va detto, l'Obamacare ha presentato alla fine anche conti salatissimi per l'amministrazione. E proprio dai conti parte la critica del neo eletto presidente Usa che nel suo programma riporta tutta una serie di numeri: I premi sono saliti alle stelle in tutta la nazione, con una media nazionale di quasi il 25%, con alcuni membri che subiscono aumenti dei tassi fino al 70%; Il presidente Obama ha detto che il suo piano di salute avrebbe tagliato il costo dei premi di famiglia fino a 2.500 dollari l'anno e invece, i premi sono aumentati di quasi 5mila dollari.

E la ricetta di Trump sulla sanità si basa proprio sull'abrogazione e sostituzione dell'Obamacare in luogo di una liberalizzazione tout court accompagnata da una defiscalizzazione delle polizze. Inoltre la proposta è quella di consentire alle persone di acquistare l'assicurazione in tutti i 50 stati. Il sistema prevede poi l'utilizzo degli Health Savings Accounts (HSA), attraverso i quali ogni cittadino versa parte dei suoi risparmi (una sorta di libretto), che saranno a loro volta disponibili per gli eredi.

Ma Trump sollecita anche una revisione delle opzioni base del Medicaid (e la revisione del finanziamento federale che dovrà essere fisso agli Stati, che così avranno libertà di creare i loro programmi). Il repubblicano punta poi sulla trasparenza assoluta dei dati relativi alla sanità (medici – ospedali – procedure – esami). Per quanto riguarda i farmaci Trump propone di poi rimuovere le barriere all'ingresso di farmaci dall'estero.

E poi un "No" deciso alla sanità per gli immigrati irregolari. "Fornire assistenza sanitaria agli immigrati illegali ci costa circa 11 miliardi di dollari l'anno – dice Trump -. Se dovessimo rispettare semplicemente le leggi vigenti in materia di immigrazione e limitare la concessione sfrenata di visti a questo paese, potremmo alleviare il costo dell'assistenza sanitaria che preme sui governi statali e locali. Per ridurre il numero di individui che hanno bisogno di accesso a programmi come Medicaid e bambini assicurazione sanitaria programma ci sarà bisogno di creare programmi per far crescere l'economia e portare capitali e posti di lavoro in America. Il miglior programma sociale è sempre stato un lavoro e prendersi cura della nostra economia sarà un lungo cammino verso la riduzione della nostra dipendenza dal pubblico nei programmi di salute".