

http://www.pharmastar.it

Ca al seno HER2+, polimorfismi del gene FCGR3A predittivi del beneficio di trastuzumab

Nelle donne con un carcinoma mammario ERBB2/HER2-positivo (HER2+) i polimorfismi del gene FCGR3A sembrano essere correlati con l'entità del beneficio di trastuzumab. È quanto emerge da un'analisi dello studio B-31del National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP), pubblicata da poco su Jama Oncology.



Nelle donne con un carcinoma mammario ERBB2/HER2-positivo (HER2+) i polimorfismi del gene FCGR3A sembrano essere correlati con l'entità del beneficio di trastuzumab. È quanto emerge da un'analisi dello studio B-31del National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP), pubblicata da poco su Jama Oncology.

L'efficacia di trastuzumab si fonda su diversi meccanismi, ma uno di essi è la capacità dell'anticorpo di attivare il sistema immunitario stimolandolo a uccidere le cellule tumorali. "Questa risposta immunitaria, nota come citotossicità cellulo-mediata anticorpo-dipendente (ADCC), si avvia quando il recettore FC-gamma (FCGR) sulle cellule natural killer (NK) si lega alla porzione Fc di trastuzumab" spiegano gli autori, guidati da Kay L. Pogue-Geile, del NSABP Operations Center di Pittsburgh.

Studi preclinici precedenti, aggiungono i ricercatori, hanno suggerito che i geni che codificano per questi recettori (FCGR1 A/B/C, FCGR2 A/B/C e FCGR3 A/B, localizzati sul cromosoma 1) siano correlati alla forza della risposta immunitaria e che i loro polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) siano correlati all'efficacia di trastuzumab.

In particolare, studi in vitro sull'ADCC hanno evidenziato un'ADCC mediata da trastuzumab superiore con il genotipo FCGR3A- valina 158 (V/V) e una tendenza verso una correlazione positiva con il genotipo FCGR2A- istidina 131 (H/H).

Il nuovo studio è un'analisi retrospettiva su 1251 pazienti arruolate nello studio randomizzato di fase III NSABP B-31 su donne con un carcinoma mammario ERBB2/HER2-positivo, condotto fra il 2000 e 2005. Le partecipanti erano state assegnate al trattamento con doxorubicina e ciclofosfamide seguito da paclitaxel (regime ACT) o allo stesso regime seguito da un trattamento per un anno con trastuzumab una volta alla settimana (ACTH).

In questo campione, ricercatori hanno confrontato i risultati a seconda dei polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) dei geni FCGR3A e FCGR2A e hanno analizzato questi due genotipi in tutti i prelievi ematici disponibili pre-trattamento, in particolare per valutare se le pazienti con i genotipi FCGR3A-158 V/V e FCGR3A-158 V/F traessero un beneficio maggiore da trastuzumab rispetto a quelle con il genotipo a FCGR3A-158 F/F.

Il 46% delle pazienti aveva il genotipo FCGR3A-158 F/F, il 42% il genotipo V/F e il 12% il genotipo V/V.

Gli SNP di FCGR3A-158 non sono risultati associati con lo stato dei linfonodi, la positività o meno ai recettori degli estrogeni o del progesterone, le dimensioni del tumore o la razza, anche se le donne con il genotipo V/V tendevano ad essere più anziane rispetto a quelle con gli altri due genotipi.

Le pazienti con i genotipi V/V e V/F sono quelle che hanno avuto risultati peggiori con il regime di ACT e sono quelle che hanno ottenuto il beneficio maggiore dall'aggiunta di trastuzumab (per quanto riguarda la sopravvivenza libera da malattia.

Nell'analisi multivariata, l'HR per la sopravvivenza libera da malattia è risultato pari a 0,31 nei gruppi con genotipo V/V e V/F (IC al 95% 0,22-0,43; P < 0,001), mentre in quello con genotipo F/F la differenza tra i due gruppi di trattamento è risultata meno pronunciata, con un HR pari a 0,71 (IC al 95% 0,51-1,01; P = 0,05).

Tendenze simili sono state osservate per gli SNP del gene FCGR2A, ma in questo caso il test di interazione col trattamento non ha evidenziato una differenza significativa fra i diversi genotipi in termini di efficacia di trastuzumab.

"Studi sulle terapie mediate dalle cellule NK suggeriscono che la regione Fc su anticorpi monoclonali come trastuzumab potrebbe essere ri-progettata in modo da aumentare l'affinità per una varietà di allelotipi del gene FCGR inibitori e attivanti" osservano i ricercatori nella discussione "Cambiamenti di un singolo aminoacido nel sito di legame dell'anticorpo potrebbero influenzare fortemente la forza di tale legame. Questo concetto va approfondito in ulteriori studi clinici".

Gli autori concludono poi che "questo studio rafforza l'ipotesi che l'attività dell'ADCC svolga un ruolo importante nel determinare l'efficacia di trastuzumab. Tuttavia, nel determinare l'attività della ADCC è coinvolto un gran numero di molecole diverse; perciò, potrebbe essere utile raccogliere i monociti del sangue periferico delle pazienti che parteciperanno ai prossimi studi clinici in modo da valutare l'attività dell'ADCC funzionale e correlarla con l'efficacia del trattamento con trastuzumab e altri anticorpi monoclonali".

Riccardo Dolcetti, del Diamantina Institute presso la University of Queensland di Brisbane, in Australia, nel suo editoriale di commento sostiene che questi risultati aprono la strada alla progettazione e all'avvio di ampi studi prospettici, attentamente controllati, volti a confermare il possibile valore predittivo dei polimorfismi del gene FCGR nelle pazienti trattate con trastuzumab.

Inoltre, l'esperto sottolinea come il lavoro appena pubblicato evidenzi la possibile rilevanza di biomarcatori immunogenetici adeguati per indirizzare la stratificazione delle pazienti, al fine di offrire loro trattamenti personalizzati a seconda del background immunogenetico. "Se questi studi prospettici di convalida fossero positivi, questa possibilità potrebbe diventare una realtà concreta" sottolinea Dolcetti.

Infine, conclude l'editorialista, "in un'epoca in cui l'immunoterapia sta mostrando benefici concreti per i pazienti oncologici, biomarcatori immunogenetici affidabili potrebbero costituire strumenti utili per personalizzare in modo più preciso le opzioni di trattamento".

Alessandra Terzaghi

P.G. Gavin, et al. FCGR3A With Degree of Trastuzumab Benefit in the Adjuvant Treatment of ERBB2/HER2-Positive Breast CancerAnalysis of the NSABP B-31 Trial. JAMA Oncol. 2016; doi:10.1001/jamaoncol.2016.4884.

PANORAMA

Q

y

g+

You Tube **y**

ACCEDI

ABBONA



ULTIME

Albero di Natale, 5 regole per rispettare l'ambiente Mobilita condivisa, con 70mila download e Urbi l'app piu scaricata Farmaci: 'Fabbriche aperte' Assogenerici fa tappa da Lachifarma a Influenza, 260mila italiani a letto. Il picco e previsto a fine gennaio Tassa sui rifiu Campania la r cara

Salute

Salute: <u>Lorenzin</u>, bene Giornata violenza donne ma agire nella quotidianità









25 novembre 2016

Panorama / Scienza / Salute / Salute: Lorenzin, bene Giornata violenza donne ma agire nella quotidianita



ADNKRONOS

Roma, 25 nov. (AdnKronos Salute) - "Ritengo che questa giornata internazionale contro la violenza

sulle donne è fondamentale per richiamare l'attenzione di tutti su questo problema, ma è attraverso la quotidianità degli interventi che i nostri servizi sanitari, sociali, giudiziari, di pubblica sicurezza, lavorando in rete con gli enti territoriali e i centri antiviolenza, mettono in campo per e con le donne, che si può fare la differenza". A scriverlo in un post su Facebook il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nella Giornata contro la violenza sulle donne.

"La violenza contro le donne - ricorda - rappresenta un problema di salute di proporzioni globali enormi, come anche riportato in un rapporto Oms. L'abuso fisico e sessuale è un problema sanitario che colpisce oltre il 35% delle donne in tutto il mondo e, cosa ben più grave, è che ad infliggere la violenza sia nel 30% dei casi un partner intimo. La rete di interventi può funzionare in modo ottimale solo se ogni soggetto è consapevole del proprio ruolo e viene adeguatamente formato; quindi accanto a protocolli di intervento mirati il ministero ha messo in campo specifiche iniziative di formazione degli operatori a supporto dell'attivazione presso i pronto soccorsi del 'percorso di tutela per le vittime di violenza' per offrire assistenza dal punto di vista fisico e psicologico e informazioni sotto il profilo giuridico, nel fondamentale rispetto

Scienza, le news

Albero di Natale, 5 regole per rispettare l'ambiente

Mobilità condivisa, con 70mila download è Urbi l'app più scaricata

Farmaci: 'Fabbriche aperte' Assogenerici fa tappa da Lachifarma a Zollino

Influenza, 260mila italiani a letto. Il picco è previsto a fine gennaio

Tassa sui rifiuti, è la Campania la regione più cara

Salute: troppo peso alleato ossa fragili e infertilità per lui

Salute: lo studio, caffè in 'capsule' potenziale veicolo di ffalati

Psicologia: stress da sciopero in agguato, come sopravvivere al venerdì nero

Influenza: la tastiera del bancomat 'distribuisce' anche virus e batteri

Arriva l'Albero di Natale (sostenibile) in piazza San Pietro

HairClinic



La nuova rivoluzionaria cura della calvizie è nelle Gellule Staminali

Audi



Con Audi verso una nuova Next Destination.

Walking On The Moon



Scopri il sistema Sensorflex di Timberland, ora anche nella collezione Westmore

Panorama Academy



La scuola online che crea eccellenze

della riservatezza".

"Inoltre, per la prevenzione e una quanto più precoce intercettazione del fenomeno della violenza domestica - conclude Lorenzin - è fondamentale una stretta collaborazione tra tutti i servizi e le figure sul territorio dai consultori familiari, ai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici competenti del lavoro, farmacisti. Dobbiamo continuare a lavorare per una vera integrazione delle politiche sulla salute delle donne, investendo anche nell'ambito educativo e della comunicazione, perché gli episodi di violenza degli uomini contro le donne, anche in ambito domestico, non sono soltanto un problema individuale, privato e isolato, ma una questione di difesa del bene comune, dei diritti fondamentali e delle libertà civili; un impegno che richiama tutti ad un'assunzione di responsabilità collettiva e condivisa".

© Riproduzione Riservata

DVD in edicola



Warcraft - L'inizio di Duncan Jones

Concorso



Partecipa al concorso Piccini Orange Moments: in palio una Jeep Renegade!

Commenti -

PANORAMA

News Sport Economia Mytech Musica Cinema Televisione Cultura Scienza Società Magazine Blog Foto Video Archivio Icon







Condizioni di partecipazione · Scrivici · Gruppo Mondadori · Pubblicita · Note Legali · Privacy Policy · Cookie Policy · Codice di autoregolamentazione
© 2008 Arnoldo Mondadori Editore Spa - riproduzione riservata - P.IVA 08386600152

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidianosanità.it

Scienza e Farmaci

Quotidiano on line di informazione sanitaria Venerdì 25 NOVEMBRE 2016

Home

Cronache

Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Archivio

Cerca

segui **quotidianosanita.it**











Q

Tweet 📇 stampa

Gemelli cercasi. L'Iss arruola 30 coppie di gemelli per uno studio su sovrappeso, dimagrimento, danno e riparazione del Dna

Trenta coppie di gemelli monozigoti (cioè identici), ma di peso diverso saranno i protagonisti dello studio. Nei campioni biologici si cercherà di individuare le differenze associate ai diversi stili di vita e verificare così se, dopo l'adozione di un'alimentazione e uno stile di vita più equilibrati, queste differenze si saranno attenuate. In particolare, i ricercatori studieranno il danno al Dna e la sua riparazione.



25 NOV - Trenta coppie di gemelli monozigoti (cioè identici), ma di peso diverso saranno i protagonisti di uno studio, il primo del genere, che l'Istituto Superiore di Sanità intende avviare per analizzare i fattori che determinano la differenza di peso laddove c'è un patrimonio genetico identico.

Punto di partenza un check-up iniziale, ovvero un semplice prelievo di campione biologico (sangue, urine, feci). Poi il gemello sovrappeso/obeso farà un percorso di riequilibrio dietetico di 6-12 mesi al termine del quale verrà ripetuto il check-up ed eseguito un nuovo prelievo.

Proprio nei campioni biologici si cercherà di individuare le differenze associate ai diversi stili di vita e verificare così se, dopo l'adozione di un'alimentazione e uno stile di vita più equilibrati, queste differenze si saranno attenuate. In particolare, i ricercatori studieranno il danno al DNA e la sua riparazione, le molecole che segnalano una situazione d'infiammazione e la salute metabolica dei gemelli

Questi potranno verificare anche da soli gli effetti del percorso proposto attraverso il profilo di lipidomica, un'analisi all'avanguardia del tipo e della quantità di grassi presenti nelle membrane cellulari, fornito gratuitamente all'inizio e alla fine dello studio insieme con consigli sullo stile dell'alimentazione.

Per partecipare allo studio è indispensabile: essere gemelli identici, uno di peso normale (normopeso) e l'altro sovrappeso oppure obeso, avere una differenza tra indici di massa corporea* uguale o superiore a 3, avere un'età compresa tra 18 e 60 anni.

*L'Indice di Massa Corporea (IMC) si calcola dividendo il peso (in kg) per l'altezza (in metri) elevata al quadrato. Esempio: l'IMC di una persona di 78Kg, alta 1,80m, è 78kg/(1,80m)2 = 78/3,24 = 24. Sono di peso normale (normopeso) le persone con IMC compreso tra 18,5 e 24,99; sovrappeso con IMC tra 25 e 29,99; obese con IMC maggiore di 30.

Come iscriversi

¹ Chi volesse partecipare a questo studio, deve scrivere a registro.nazionale.gemelli@iss.it o telefonare dal lunedì al venerdì allo 06 4990 4173.

Il check-up gratuito avrà luogo presso il "Centro di eccellenza per la cura dell'obesità" del Policlinico Tor Vergata a Roma. Le eventuali spese di viaggio, vitto e alloggio sostenute dai gemelli saranno rimborsate.

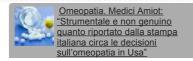
Altre info sono disponibili su www.iss.it/gemelli o sulla pagina facebook del registro nazionale gemelli.

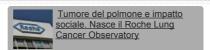
Lo studio è finanziato dal Ministero della Salute, ed è organizzato e condotto dai ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità (Dipartimento Ambiente e Prevenzione Primaria e Registro Nazionale Gemelli), dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata (Dipartimento di Medicina Interna) e del CNR (Istituto per la sintesi organica e la fotoreattività).

25 novembre 2016

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Scienza e Farmaci





Snewsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di
Quotidiano Sanità.



iPiùLetti (ultimi 7 giorni)

- 1 Infermieri e medici. È ora che si affronti sul serio il "chi fa che cosa"
- 2 Cartella clinica. Cassazione: "Se incompleta scatta nesso causale con presunta colpa del medico"
- 3 Diabete. Individuati i tre fattori di rischio che portano i pazienti alla dialisi in pochi anni
- 4 Referendum. Solo poco più di 2 italiani su 10 sanno che si vota anche per la riforma del Titolo V. L'indagine Doxa
- 5 Intervista al neo segretario della Fimmg Silvestro Scotti. "Fondamentale un ricambio generazionale". Dubbi su specializzazione: "Mestiere si impara in studio". E su H16: "La medicina generale non si misura ad ore"
- 6 Omeopatici da banco. Negli Usa obbligo di scrivere sulle confezioni che "non esistono evidenze scientifiche sulla loro efficacia"

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati **Tiratura** 04/2013: 25.000

Diffusione: n.d Lettori: n.d.

Quotidiano - Ed. nazionale



Dir. Resp.: Gaetano Pedullà

26-NOV-2016 da pag. 14 foglio 1 www.datastampa.it

Svolta nella cura del cancro Con l'ago che brucia la massa

La termoablazione scioglie i piccoli tumori Buoni risultati sulle neoplasie addominali

Poco invasivo

Lo strumento si infila attraverso un'incisione di 2 millimetri Bastano 5 minuti per eliminare le cellule neoplastiche

di SIMONA DE SANTIS

n ago incandescente, solo pochi minuti, senza anestesia e nessun intervento invasivo. Si chiama termoablazione ed è la nuova frontiera per combattere i tumori localmente. Grazie

al calore generato da onde radio o microonde che, portando la temperatura oltre i 60 °C, causano in pochissimo tempo la morte dei tessuti tumorali trattati. Come è già accaall'ospedaduto le di Chioggia a un paziente di 65 anni, colpito da una grave lesione metastatica al

fegato. La nuova metodica intraoperatoria è efficace soprattutto nei tumore del rene, polmoni, tiroide e fegato. La termoablazione, è una tecnica che necessita di un generatore di microonde e di un terminale chiamato antenna che, mediante guida ecografica, viene inserita direttamente nella lesione. Il trattamento, grazie a un aumento di temperatura rapido, controllato e localizzato, provoca la distruzione della massa tumorale con estrema precisione. "Possiamo intervenire in maniera mininvasiva, con una piccola incisione di 2-3 millimetri, e calibrare il tipo di risposta a seconda della neoplasia", hanno spiegato il team di medici di Chioggia. Si agisce localmente, delimitando e colpendo solo l'area specifica dalla malattia.

PARAMETRI VARIABILI

L'intensità di calore e la durata dell'intervento sono, infatti, misurate in base alla grandezza del tumore da distruggere. In questo particolare trattamento ci sono, però, alcune indicazioni da seguire. La tecnica non può essere, ad esempio, utilizzata su tutti i pazienti, perché la massa tumorale dev'essere raggiungibile, non nascosta e non superare determinate dimensioni.

QUANDO SI UTILIZZA La termoablazione percutanea dei tumori del fegato è indicata in presenza di una sola lesione di dimensioni inferiori ai 5 centimetri, o di lesioni multiple di diametro inferiore ai 3 cm oppure in caso di tumori in fase precoce o di piccole dimensioni; tumori altrimenti inoperabili, su pazienti che non possono essere sottoposti ad anestesia generale e in alcune metastasi epatiche. L'innovativa tecnica con gli

aghi si può effettuare il trattamento in day hospital. Con buone prospettive di sopravvivenza a lungo termine. "Nonostante le recidive siano più frequenti, rispetto all'approccio chirurgico tradizionale, la termoablazione percutanea dei tumori del fegato è associata a una minore mortalità, e a un tasso di complicanze ridotto".





Venerdì 25 NOVEMBRE 2016

Terra dei fuochi, un piano per voltare pagina. Con 33 mln per screening e controlli a tappeto

In arrivo nei Comuni e nelle Asl della Terra dei fuochi una prima tranche da 17 milioni destinati agli screening. Al via anche i registri tumori, da anni a bagnomaria nella palude della burocrazia ma che ora dovranno scaldare i motori per procedere a tappe forzate a rilevamenti epidemiologici minuziosi e puntuali.

Prevenzione e diagnosi precoce dei tumori: nei Comuni e nelle Asl della Terra dei fuochi arrivano i primi fondi (17 milioni su 33) destinati agli screening. L'assegnazione s'inserisce nel più ampio piano oncologico regionale che rivoluziona l'assistenza ai pazienti affetti da cancro sul territorio regionale. In pista per la prima volta i Gruppi oncologici multidisciplinari (Gom), specifici per singola patologia (un radioterapista, un chirurgo e un oncologo medico) cui spetterà prendere in carico i pazienti e rendere omogenei i trattamenti.

Gli organi costitutivi della Rete sono i Centri oncologici di riferimento Polispecialistici (Corp) con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche, riabilitative e di follow-up. Ci sono poi i Centri oncologici di Riferimento regionali con attività specifica in campo oncologico (Corpus), i Centri per le cure di l° livello e gli Hospice per la Terapia del dolore. Infine i Centri provinciali di Oncofertilità per la crioconservazione dei gameti e la preservazione della fertilità.

Si tratta di un vero e proprio piano sanitario cucito su misura per più di un milione e mezzo di abitanti che risiedono nel popoloso e sterminato territorio che si estende in 90 Comuni delle province di Caserta e Napoli (Asl Na 1, Na 2 nord, Na 3 sud e Caserta) interessate da fenomeni di inquinamento ambientale. L'area metropolitana è coinvolta con 5 quartieri (Fuorigrotta-Bagnoli, Soccavo-Pianura, Chiaiano-Piscinola, San Giovanni-Barra e Miano-Secondigliano) dove maggiore è l'incidenza del rischio di tumori e più acuto il disagio sociale. Una strategia d'intervento inedita per estirpare un male esteso: 33 milioni nel piatto da spendere per rafforzare l'offerta e l'adesione di programmi di screening oncologici da sempre al palo e garantire interventi clinici a tappeto senza alcun ticket o compartecipazione a carico dei cittadini.

Un programma, quello messo a punto dalla Regione, in linea con quanto previsto nel Piano di Prevenzione 2014-2018 finora inattuato. Decine di centri medici territoriali e periferici saranno potenziati per definire percorsi di diagnosi e cura in grado di accompagnare per mano i cittadini e indirizzarli, in caso di necessità, nei centri clinici e chirurgici di eccellenza. A cominciare dal Pascale e le due Università, per finire alle aziende ospedaliere provinciali di alta specializzazione. Un Piano per scovare in fase precoce tumori e altre malattie a elevato impatto sociale.

I medici di famiglia e i pediatri di base le figure individuate come porta di accesso alle cure sul territorio anche con compiti educativi della popolazione a rischio e di valutazione dei fattori ereditari e di esposizione agli inquinanti, protagonisti di azioni d'informazione e comunicazione che mirano a incidere su abitudini dannose (fumo, alcol sedentarietà) e stili alimentari errati (obesità e diabete) che al pari dei veleni ingoiati dalla terra e diffusi nell'aria sono fattori di rischio importanti per le malattie tumorali e non e che rendono conto della maggiore mortalità evitabile per i cittadini campani che disegna asimmetrie rispetto al resto del paese rubando in media circa 3 anni rispetto alla vita media dei cittadini italiani che risiedono al nord.

I registri tumori

A fare da cornice ci sono i registri tumori, da anni a bagnomaria nella palude della burocrazia e che ora dovranno scaldare i motori per procedere a tappe forzate a rilevamenti epidemiologici minuziosi e puntuali per tracciare una mappa dettagliata dei casi clinici e stabilire una volte e per tutte quanti e quali casi di cancro si verificano ogni anno e così incrociare anomalie e picchi di patologia con lo studio delle cause – ambientali e familiari, ovvero legate alle abitudini di vita – su cui intervenire in maniera mirata e puntuale. Per ciò che concerne l'oncologia pediatrica sarà potenziata la sorveglianza epidemiologica, anche attraverso il registro

tumori e malformazioni congenite con un occhio di riguardo alla anomala abortività delle donne e alla infertilità delle coppie, efficaci spie ambientali.

Rafforzamento dei programmi di screening oncologico, attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie tumorali, sorveglianza della Salute respiratoria e cardiovascolare, percorsi per l'infarto miocardico, percorso nascita e tutela della salute riproduttiva, monitoraggio dello stato di salute della popolazione gli obiettivi specifici del piano cui fanno da spalla l'integrazione tra sanità pubblica e accreditata riguardo alle dotazioni tecnologiche, formazione, comunicazione e connessione con le associazioni di pazienti sul territorio.

La sorveglianza sanitaria

In aree dove maggiore è la pressione ambientale c'è la necessità di avviare una prevenzione primaria e programmi innovativi di sorveglianza sanitaria individuando sistemi organo-funzionali estremamente precoci e sensibili alle nocivi ambientali, come l'apparato riproduttivo, organo sentinella per eccellenza, fondamentale, al fine della salvaguardia attiva della salute pubblica. Ovviamente, in entrambi i sessi, la fase adolescenziale è una fase biologica e comportamentale particolarmente vulnerabile (finestra espositiva), dove oltre alla maggiore suscettibilità alle cause ambientali, più facilmente si acquisiscono cattivi stili di vita, pertanto, in questa fase, sarebbe importante avviare programmi sistematici di sorveglianza sanitaria per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce per patologie non solo riproduttive. Tutte azioni peraltro già previste nel Piano di prevenzione regionale.

Il gruppo di lavoro

Un programma ambizioso da rendere operativo a stretto giro di boa già sulla rampa di lancio entro poche settimane grazie alla spinta decisiva impressa del presidente della Regione **Vincenzo De Luca** che, da mesi, segue personalmente i lavori di un'apposita commissione regionale costituita in seno alla struttura commissariale coordinata da Tiziana Spinosa, direttore dell'area assistenza di base del distretto di Bagnoli-Fuorigrotta, designata quale rappresentante della Regione Campania in seno alla Commissione nazionale che lavora al piano per le bonifiche.

Il Punto di partenza è in salita: in Campania si registrano bassa adesione della popolazione agli screening, basso impatto delle Campagne di informazione intraprese, difficoltà nella accessibilità ai servizi offerti e nelle prenotazuoni, tempi di attesa lunghi per prenotazioni e per le relative comunicazioni dei referti (strutture pubbliche), scarsa integrazione tra I e Il livello assistenziale in caso di positività ai test. La proposta è in pratica di potenziare e ottimizzare tutti gli snodi del percorso diagnostico-terapeutico del paziente neoplastico, attraverso un collegamento in rete dei professionisti coinvolti e l'elaborazione di protocolli condivisi.

Il cronoprogramma

L'intero Piano dovrà realizzarsi entro il 31 dicembre 2017 ma già dal prossimo dicembre è prevista la diffusione dei protocolli clinici condivisi, entro novembre ci sarà il via agli screening di mammella, utero e colon-retto, con l'indicazione dei centri di II e III livello per ciascuna Asl e la riorganizzazione dei centri di III livello della rete oncologica. La verifica intermedia è fissata a fine dicembre 2016, quella finale il 31 dicembre del 2017. Intanto gli ospedali dovranno potenziare le attività diagnostiche, Pet-Tac, Radioterapia e di terapia metabolica razionalizzando l'offerta sul territorio per terapie appropriate e personalizzate in grado di dare immediata risposta all'esigenza dei pazienti nell'intento di abbattere le liste di attesa e tirare il freno alla mobilità passiva.

Un piano che parte da alcune certezze epidemiologiche e altrettante verità: in Campania ci si ammala di tumore come in altre regioni d'Italia nel Nord Est ad elevata industrializzazione ma si muore di più. Perché i fumi della Campania non sono quelli delle industrie, accompagnati da posti di lavoro e benessere sociale, ma di rifiuti smaltiti illegalmente dalle attività in nero e dalla camorra, che inquinano e aumentano i tassi di malattia a fronte di ospedali e centri di cura per la prevenzione, la diagnosi precoce e le terapie che non funzionano a dovere.

Ettore Mautone

Venerdì 25 NOVEMBRE 2016

Orario lavoro europeo. Anaao: "Legge compie un anno, ma festa è rimandata. Applicata poco e male"

A distanza di un anno dalla sua entrata in vigore la direttiva risulta applicata "poco e male, da nord a sud". "Il Governo italiano si faccia garante di una corretta applicazione della normativa europea, impedendo atteggiamenti elusivi da parte delle Regioni e favorendo una nuova stagione di assunzioni in sanità".

Il primo compleanno della legge che recepisce la direttiva europea sull'orario di lavoro europeo non cade in un clima di festa. A distanza di un anno dalla sua entrata in vigore, risulta applicata poco e male, da nord a sud, e la cronica carenza di organici viene rimpiazzata aumentando turni e straordinari o tagliando i servizi ai cittadini.

"Il nostro Paese - commenta il Segretario Nazionale Anaao Assomed, **Costantino Troise** - fatica ad adeguare l'orario di lavoro alla normativa europea, lasciando emergere in modo eclatante come i modelli di organizzazione del lavoro sono stati pensati ed imposti sull'idea di una deroga perpetua all'applicazione di regole vigenti da anni in Europa. Regole che certo non nascono per ridurre l'orario dei medici, ma per aumentare la sicurezza delle cure per pazienti ed operatori. Ed in Italia hanno portato alla luce una quantità di lavoro in eccesso, che calcoliamo in circa 10 milioni di ore l'anno, ore non retribuite o recuperate".

"Neppure l'Università applica la legge: dalle quasi cinquecento segnalazioni ricevute dagli specializzandi in un sondaggio Anaao Giovani, emerge che nel 47% dei casi la normativa non viene rispettata in nessuno dei suoi articoli, mentre se consideriamo il mancato rispetto di almeno uno di essi la percentuale sale ad un poco onorevole 67%. Alla vigilia di una legge di bilancio che dimentica i medici ed i dirigenti sanitari del Ssn e la gravosità e rischiosità del loro lavoro - prosegue - ribadiamo che questa legge può essere applicata nella sua interezza solo se si assumono almeno seimila medici per coprire le carenze di dotazione organica e se si avvia un confronto in sede contrattuale per disciplinare eventuali deroghe. Altrimenti di fronte ad una diffusa e persistente disapplicazione rimane solo il contenzioso presso le Direzioni Territoriali del Lavoro".

L'Anaao Assomed chiede al Governo italiano di farsi "garante di una corretta applicazione della normativa europea, impedendo atteggiamenti elusivi da parte delle Regioni e favorendo l'unica soluzione affinché le richieste della Commissione Europea siano rispettate e la sicurezza delle cure garantita: una nuova stagione di assunzioni in sanità".

Venerdì 25 NOVEMBRE 2016

Intitolata a Umberto Veronesi la bilioteca della direzione scientifica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

La biblioteca scientifica dell'Istituto Nazionale dei Tumori da ieri porta il nome di Umberto Veronesi, che all'Istituto di Via Venezian iniziò la sua carriera negli anni '50, da medico volontario fino a divenirne Direttore. Ieri, durante la cerimonia di commemorazione del professore, scomparso l'8 novembre scorso, la moglie Susy ha scoperto la targa in sua memoria

La biblioteca scientifica dell'Istituto Nazionale dei Tumori da ieri porta il nome di **Umberto Veronesi**, che all'Istituto di Via Venezian iniziò la sua carriera negli anni '50, da medico volontario fino a divenirne Direttore. Ieri, durante la cerimonia di commemorazione del professore, scomparso l'8 novembre scorso, la moglie Susy ha scoperto la targa in sua memoria, insieme all'Assessore Regionale al Welfare **Giulio Gallera**, alla presenza dei vertici e dei dipendenti dell'Istituto e di una folta rappresentanza di autorità cittadine e regionali.

"Umberto Veronesi — ha sottolineato il presidente dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, **Enzo Lucchini**— è stato figlio di questo istituto per diventarne padre, sapendo come associare la ricerca e la clinica a garanzia della migliore terapia e, peraltro, decretandola tale solo quando capace di soddisfare i bisogni a tutto tondo della persona malata. Insomma, in questa culla di giganti, quale era e continua ad essere l'INT, ha predetto ciò che oggi è in atto nel Sistema Sanitario Lombardo: il passaggio epocale dal 'curare' al 'prendersi cura' del paziente".

Alla cerimonia era presente anche il figlio Paolo, che ha tracciato un ricordo di **Umberto Veronesi**; il Prefetto di Milano **Alessandro Marangoni**, il Questore della Polizia di Stato **Antonio De Iesu** e tanti medici, ricercatori, infermieri e collaboratori che hanno affiancato il professore nel suo percorso di scienziato e chirurgo lungimirante all'Istituto Nazionale dei Tumori. Lo hanno ricordato, tra emozione e racconti di vita vissuta insieme, il Direttore Scientifico **Giovanni Apolone**, **Ugo Pastorino**, **Maria Grazia Daidone** e **Cristina Sonzogni** con **Leandro Gennari**, **Maria Ines Colnaghi** e a **Giuseppe Spinelli**.

Venerdì 25 NOVEMBRE 2016

Ema. Un'italiana alla presidenza del Comitato per i medicinali a base di erbe. Eletta Marisa Delbò

Delbò, già vicepresidente del Comitato e responsabile della funzione di Risk Management presso Aifa, è stata eletta per il prossimo triennio. "Incoraggerò un aperto dibattito scientifico tra i membri del Comitato in un ambiente costruttivo e collegiale".

Marisa Delbò, responsabile della funzione di Risk Management presso l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), è stato eletto nuovo presidente della (EMA) dell'Agenzia europea per i medicinali comitato per i medicinali a base di erbe (HMPC) nella riunione di novembre. Maria Delbò era in precedenza vice-presidente del HMPC (2013-2016), e anche vice-presidente del dell'HMPC gruppo di lavoro sulle monografie Unione Europea e Lista dell'Unione Europea (MLWP) (2011-2016). Ha esperienza in una vasta gamma di settori, avendo lavorato nel campo della ricerca, valutazione delle domande e di buone pratiche di fabbricazione (GMP) ispezioni.

"Nel mio mandato triennale, farò in modo ogni membro dell'HMPC abbia pari opportunità per contribuire al nostro lavoro e incoraggerò un aperto dibattito scientifico tra i membri del Comitato in un ambiente costruttivo e collegiale", dice Marisa Delbò.

HMPC è comitato scientifico di EMA che è responsabile della preparazione dei pareri dell'Agenzia sulle erbe medicinali. Il suo lavoro sostiene l'armonizzazione delle procedure e delle disposizioni in materia di erbe medicinali negli Stati membri dell'UE e l'integrazione di questi prodotti nel quadro normativo europeo. Tra i compiti futuri della commissione c'è quello snellire il processo di revisione e la revisione per mantenere gli standard armonizzati UE up-to-date e migliorare la qualità dei documenti. Il comitato si concentrerà anche sulla valutazione dei prodotti di combinazione a base di erbe e farmaci vegetali tradizionali non UE.



http://www.ansa.it

Dopo calo del 2015, quest'anno casi di morbillo in aumento

Iss, nel 2016 ne sono stati segnalati 650, e 27 di rosolia



ROMA - Nel mese di ottobre sono stati segnalati 58 casi di morbillo e nessun caso di rosolia. Complessivamente, dall'inizio dell'anno sono stati registrati 650 casi (possibili, probabili o confermati) di morbillo, segnando un aumento dopo il calo avuto nel 2015, e 27 di rosolia, come segnala il bollettino Morbillo e Rosolia news dell'Istituto superiore di sanità (Iss).

Sulla base dei dati, emerge che l'85% circa dei casi proviene da sole sei Regioni: Campania, Lombardia, Calabria, Emilia-Romagna, Sicilia, e Lazio. La Calabria è quella che ha riportato il tasso d'incidenza più elevato (3,8 casi/100.000 abitanti), seguita dalla Campania (2,6 casi su 100mila abitanti) e l'Emilia-Romagna (1,7 su 100mila). Per quanto riguarda il morbillo, dall'inizio del 2013 sono stati segnalati 4.862 casi, di cui 2.258 nel 2013, 1.696 nel 2014, 258 nel 2015 e 650 nel 2016.

Nel 2016 il morbillo ha colpito soprattutto giovani, con un'età media di 18 anni, mentre il 27% dei casi è stato in bambini sotto i 5 anni. Nel 44% dei casi ci sono state delle complicanze, come stomatite, diarrea, polmonite, otite, epatite, insufficienza respiratoria, encefalite, convulsioni. Nel caso della rosolia, dall'inizio del 2013 sono stati segnalati 142 casi, di cui 65 nel 2013, 26 nel 2014, 24 nel 2015 e 27 nel 2016. Dall'1 settembre 2015 al 31 agosto 2016, sono stati segnalati 2.266 casi di morbillo in 30 Paesi dell'Unione europea e l'Area economica europea. Oltre all'Italia (647 casi), anche la Romania (554), il Regno Unito (475), e la Germania (241), hanno segnalato un numero elevato di casi. La Romania è quella con il tasso di incidenza più elevato (27,9/milione di abitanti), seguita da Italia (10,2/milione) e Irlanda (8,9/milione). Attualmente ci sono epidemie di morbillo in Danimarca, Romania e Regno Unito.





http://www.pharmastar.it

Dolore da cancro, analgesia paragonabile dopo somministrazione di idromorfone, ossicodone o morfina

Una recente revisione Cochrane ha evidenziato che idromorfone, ossicodone e morfina hanno un effetto analogo in pazienti con dolore da cancro. I risultati sono però da confermare in ulteriori analisi visto l'elevato rischio di bias e la non completezza dei dati derivanti dagli studi considerati.



Una recente revisione **Cochrane** ha evidenziato che idromorfone, ossicodone e morfina hanno un effetto analogo in pazienti con dolore da cancro. I risultati sono però da confermare in ulteriori analisi visto l'elevato rischio di bias e la non completezza dei dati derivanti dagli studi considerati.

Il dolore da cancro è un sintomo importante e angosciante che tende ad aumentare in frequenza e intensità con l'avanzare della malattia. Per le persone con patologia oncologica avanzata, la prevalenza del dolore può essere alta, fino al 90%.

E 'stato stimato che il 30%-50% delle persone soffrono di dolore da cancro da moderato a grave, e tra il 75% e il 90% delle persone con cancro parlano di un notevole impatto sulla loro vita quotidiana.

Studi epidemiologici suggeriscono che circa il 15% delle persone con dolore da cancro non

riescono a provare sollievo accettabile dal dolore con la gestione convenzionale.

ll dolore non controllato può portare a stress fisico e psicologico e può, di conseguenza, avere un effetto drastico sulla qualità della vita delle persone.

Per determinare l'efficacia analgesica dell'idromorfone nell'alleviare il dolore del cancro, così come l'incidenza e la gravità di eventuali eventi avversi è stata effettuata una revisione della letteratura.

I ricercatori hanno analizzato il Registro Centrale Cochrane degli studi clinici controllati, le banche dati MEDLINE, EMBASE e i registri di sperimentazione clinica fino ad aprile 2016. Sono stati inclusi studi clinici controllati randomizzati (RCT) che avessero confrontato l'idromorfone al placebo o ad altri farmaci antidolorifici attivi nel dolore oncologico in adulti e bambini.

I quattro risultati principali erano già stati selezionati in precedenza come importanti per le persone con il cancro; il dolore non è peggio di dolore lieve, e l'impatto del trattamento sulla coscienza, l'appetito e la sete.

Due autori hanno estratto in modo indipendente i dati. Per risultati binari, è stato calcolato il rapporto di rischio (RR) e l' intervallo di confidenza (CI) al 95%, su base intention-to-treat.

Per i dati continui, è stata stimata la differenza media (MD) tra i gruppi e il suo Cl al 95%. E' stato utilizzato un modello a effetti casuali e valutato il rischio di bias per tutti gli studi inclusi. La meta-analisi non è stata completata per tutti gli esiti primari a causa della mancanza di dati e per la valutazione degli studi è stata utilizzata la scala GRADE.

Sono stati inclusi quattro studi (604 partecipanti adulti), due che hanno confrontato l'idromorfone all'ossicodone e altri due che lo hanno confrontato alla morfina.

Nel complesso, gli studi inclusi erano a rischio basso o poco chiaro di bias, valutato poco chiaro a causa del non conosciuto stato di accecamento della valutazione dei risultati.

In totale l'analisi ha incluso dati relativi a 504 partecipanti, nel dettaglio i dati erano relativi all'endpoint intensità del dolore segnalato dal partecipante e misurato su una scala analogica visiva (VAS) (media ± deviazione standard (SD): idromorfone 28.86±17.08, n=19; ossicodone 30.30±25.33, n=12; scala da o a 100 in cui il punteggio più alto indica il dolore peggiore), e attraverso il Brief Pain Inventory (BPI) misurando il dolore peggiore provato nelle 24 ore (media ± SD: idromorfone 3.5±2.9, n=99; morfina 4.3±3.0, n=101, su una scala da o a 10, in cui il alto punteggio indica il dolore peggiore).

I dati hanno dimostrato un effetto simile tra i gruppi in entrambi i confronti. I dati di intensità del dolore hanno mostrato che i partecipanti in tutte e quattro le prove hanno raggiunto un dolore non peggiore di quello lieve.

Sono stati evidenziati diversi eventi avversi: alcuni erano collegati all'uso degli oppioidi, quali

nausea, costipazione e vomito; altri non erano tipici effetti collaterali degli oppioidi (ad esempio, diminuzione dell'appetito, capogiri e piressia), ma generalmente non è stata osservata alcuna differenza tra i gruppi.

Ci sono stati tre decessi nel gruppo trattato con morfina durante il periodo dello studio; che i ricercatori hanno attribuito alla progressione della malattia e non correlati al farmaco.

In tre studi c'è stato oltre il 10% di abbandono, ma la ragione e la percentuale di interruzioni è stato equilibrato tra i gruppi.

La qualità complessiva degli studi è stata molto bassa principalmente a causa dell'alto rischio di bias, dell'imprecisione delle stime degli effetti e dei bias di pubblicazione.

Non c'erano dati disponibili per i bambini o per alcuni endpoint per qualche paziente come sollievo dal dolore segnalato dal partecipante e impatto del trattamento sulla coscienza, l'appetito o la sete.

Come hanno precisato gli autori, questa revisione indica poca differenza tra l'idromorfone e altri oppioidi in termini di efficacia analgesica. Dai dati analizzati emerge che l'idromorfone ha un effetto simile a ossicodone e morfina sull'intensità del dolore segnalato dal partecipante. I partecipanti hanno generalmente raggiunto un dolore non peggiore di quello definito come lieve dopo l'assunzione di idromorfone, paragonabile con gli altri farmaci.

Il farmaco produce un effetto analgesico costante per tutta la notte e potrebbe essere considerato per l'uso in persone con dolore da cancro che hanno anche disturbi del sonno. Tuttavia, la qualità complessiva degli studi è stata molto bassa a causa principalmente del rischio di bias, delle imprecisioni delle stime degli effetti e dei bias di pubblicazione. Questa review ha incluso solo quattro studi con dimensione limitate del campione. Pertanto, gli autori sottolineano di non essere in grado di dimostrare la superiorità o l'inferiorità di idromorfone in confronto ad altri analgesici. E', dunque, consigliabile eseguire ulteriori ricerche con campioni di dimensioni più grandi e con raccolte di dati complete.

Bao YJ et al. Hydromorphone for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Oct 11;10:CD011108.

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



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

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



dulcis in fundo

di Enrico Negrotti

Trapianti e gene suicida un successo italiano

l trapianto di midollo osseo (ricco di cellule staminali) è la terapia che ha rivoluzionato le cure delle leucemie, ma si è rivelato utile anche per patologie del sistema immunitario. A limitarne l'efficacia è la compatibilità immunologica del donatore con il ricevente, il quale rischia di subire gravi danni (talvolta fino alla morte) dalla aggressività delle cellule trapiantate. Nel caso il paziente sia un bambino e manchi del tutto un donatore, si può ricorrere al trapianto di midollo da un genitore, che condivide la metà del patrimonio genetico con il figlio. Questo però non evita del tutto i rischi di fallimento della terapia.

Ora un grande passo in avanti è stato compiuto dai ricercatori dell'ospedale pediatrico «Bambino Gesù» di Roma, coordinati da Franco Locatelli, direttore del dipartimento di Oncoematologia. La soluzione adottata consiste nel prelevare cellule linfocitarie del sangue del genitore donatore, manipolarle con l'inserimento di un gene (iC9) detto «suicida» e iniettarle nel bambino due settimane dopo il trapianto. Se compare la complicazione della malattia del trapianto contro l'ospite (Gvdh, la sigla inglese di Graft versus host disease) con un'ulteriore iniezione viene attivato nel ricevente il gene che interviene a «spegnere» l'aggressione nei confronti dell'organismo del paziente. I risultati su 20 bambini affetti da immunodeficienze primitive si sono dimostrati eccellenti: guarigioni del 100 per cento, senza complicazioni. I dati verranno illustrati sabato 3 dicembre a San Diego (California) all'annuale appuntamento della Società americana di ematologia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





dal 1980 monitoraggio media





http://www.askanews.it/

Nelle piazze italiane tornano le Stelle di Natale Ail

Dall'8 all'11 dicembre per la tradizionale raccolta fondi



Roma, 25 nov. (askanews) - Si rinnova il tradizionale appuntamento di solidarietà promosso dall'Associazione Italiana contro le Leucemie, i linfomi e il mieloma. Nei giorni 8, 9, 10 e 11 dicembre è in programma la 28° edizione dell'iniziativa Stelle di Natale AIL, posta sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica. La manifestazione è realizzata grazie all'impegno di migliaia di volontari che offriranno una piantina natalizia a chi verserà un contributo minimo associativo di 12 euro. Le Stelle di Natale sono tutte caratterizzate dal logo AIL.

L'iniziativa ha permesso negli anni di raccogliere significativi fondi destinati al finanziamento di progetti di Ricerca Scientifica e di Assistenza Sanitaria e ha contribuito a far conoscere i progressi nel trattamento dei tumori del sangue. I rilevanti risultati negli studi scientifici e le terapie sempre più efficaci e mirate, compreso il trapianto di cellule staminali, hanno infatti determinato un grande miglioramento nella diagnosi e nella cura dei pazienti ematologici. È necessario però continuare su questa strada per raggiungere nuovi obiettivi e rendere leucemie, linfomi e mielomi sempre più guaribili. I fondi raccolti saranno impiegati per sostenere la Ricerca Scientifica; collaborare al servizio di Assistenza Domiciliare per adulti e bambini -l'AIL finanzia oggi complessivamente 51 servizi di cure domiciliari. Il servizio consente ai malati di essere seguiti da personale specializzato nella propria abitazione, riducendo così i tempi di degenza ospedaliera e assicurando nel contempo la continuità terapeutica dopo la dimissione - sostenere le Case alloggio AIL, strutture situate nei pressi dei Centri Ematologici che accolgono i malati e i loro familiari costretti a spostarsi dal luogo di residenza per le cure. Attualmente sono 36 le città italiane che offrono questo servizio a 3.120 persone; supportare il funzionamento dei Centri di Ematologia e di Trapianto di Cellule staminali e sostenere i laboratori per la diagnosi e la ricerca; promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale di medici, biologi, infermieri e tecnici di laboratorio.

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 Awenir

26-NOV-2016 da pag. 4 foglio 1/3 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Sviluppo sostenibile

Obiettivo salute: ridurre la mortalità di mamme e bambini

FULVI A PAGINA 4

La salute, un'impresa mondiale

Primo impegno: ridurre morti e malattie di bambini e mamme

L'iniziativa

Da cinque anni nell'ospedale La Mascota di Managua (Nicaragua) un gruppo di medici italiani porta avanti un progetto per migliorare la qualità della diagnostica e dei servizi di urgenza-emergenza. Creata una rete di collegamento con altre strutture del Paese

16mila 45%
I BAMBINI LA QUOTA DI SOTTO I 5 ANNI MORTI INFANTILI CHE MUOIONO CHE AVVIENE OGNI GIORNO NEL 1° MESE

FULVIO FULVI

n cinque anni, nell'ospedale per bambini Manuel de Jesus Riveira-La Mascota di Managua grazie al progetto della Sip (Società Italiana di Pediatria) sono stati assistiti oltre 7mila piccoli pazienti. Ma l'iniziativa, avviata nel 2011 per migliorare la qualità dell'urgenza-emergenza pediatrica in tutto il Nicaragua, ha avuto come

obiettivo soprattutto la creazione di una rete tra il centro specializzato presente nella capitale, l'unico del Paese (270 letti, quindici reparti, quattro sale operatorie, più pronto soccorso e terapia intensiva), e le strutture sanitarie periferiche. Il bacino d'utenza, che coincide con l'intero territorio nazionale, è di circa due milioni di bambini di età inferiore ai 14 anni (con una mortalità infantile che supera di poco il 3%).

La Sip ha prima di tutto fornito attrezzature per eseguire esami diagnostici e di monitoraggio, quindi ha sviluppato quindici diverse linee guida per la cura delle principali patologie e infine ha creato un sistema informatico che collega i vari ospedali, distanti anche 400 chilometri tra loro. Adesso anche la più piccola struttura sanitaria nicaraguense può ottenere in tempo reale consulenze o assistenze pediatriche dai medici che operano alla Mascota. E si sta creando un database specifico per la registrazione della casistica e la valutazione dei risultati clinici. Non esistono ancora, però, informazioni precise sulla riduzione dell'impatto della mortalità infantile nel Paese del Centro America. È ancora troppo presto, dunque, per tracciare un bilancio di questa iniziativa umanitaria.

«La situazione esistente prima del nostro arrivo - commenta Liviana Da Dalt, direttore del Pronto soccorso pediatrico e del reparto di Pediatria d'urgenza dell'ospedale di Padova – era disastrosa: tra i vari centri operanti sul territorio non esisteva comunicazione, cooperazione e collaborazione. Inoltre in queste strutture - prosegue - spesso mancano risorse e macchinari adeguati per affrontare le varie emergenze: i giovani pazienti muoiono dopo poche ore dal loro arrivo nella capitale. Troppo spesso infatti la loro identità si perde nelle nebbie dei centri di "acco-







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



26-NOV-2016 da pag. 4 foglio 2 / 3 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

glienza" e di smistamento e inoltre molti sfuggono o evadono dai centri in cerca di fortuna, spariscono, spesso senza lasciare alcuna traccia». Fare rete, favorire sinergie tra pubblico e privato, coinvolgere enti di ricerca e formazione: ecco gli altri obiettivi del progetto della Sip che vanno raggiunti entro breve tempo.

Ma rimane ancora assai grave la situazione della mortalità infantile nel mondo. «Oggi ben 16 mila bambini muoiono ogni giorno prima del quinto compleanno per cause che potrebbero essere evitate» ricorda Giovanni Corsello, il presidente della Società italiana di pediatria (in carica fino al primo dicembre quando gli succederà Alberto Villani). Corsello mette in evidenza un bersaglio mancato da governi e istituzioni: l'obiettivo n. 4 per lo Sviluppo del millennio delle Nazioni Unite. «Non è stato possibile - fa notare il numero uno della Sip – ridurre di due terzi la mortalità infantile entro il 2015. È vero che dal 1990 ad oggi è stata dimezzata passando da 12,7 milioni a 5.9 milioni. Una riduzione epocale, ma non ancora sufficiente». E

> la sfida più impegnativa, spiega, «rimane la mortalità neonatale, con il 45% dei decessi tra 0 e 5 anni che si concentra nei primi 28 giorni di vita». Prematurità, polmonite, complicazioni durante il travaglio e il parto, diarrea, sepsi, malaria sono le cause principali della mortalità infantile. Ed è vero anche che «quasi la metà di tutti i decessi sono in qualche modo associati a uno stato di malnutrizione». Gli Stati che dispongono di risorse limitate hanno bisogno di supporto e iniziative concrete in ambito sanitario. Secondo gli esperti, rappresentano misure urgenti, per esempio, l'edificazione di nuove strutture specialistiche attrezzate, la fornitura di farmaci e vaccini, la dotazione di personale sanitario esperto e con competenze cliniche moderne e aggiornate. E poi bisogna istruire gli operatori sanitari e migliorare le capacità di quelle popolazioni di affrontare le emergenze sanitarie più

acute (anche per evitare che diventino croniche). E inoltre devono essere promossi percorsi integrati e condivisi di formazione sul campo, con spostamenti di personale nelle due direzioni in tempi e momenti diversi in rapporto alle tipologie professionali e alle realtà locali.

Non va dimenticato, infine, il fenomeno dei minori migranti non accompagnati. Un dramma, lo definiscono i camici bianchi dei bimbi, «di cui non conosciamo bene i numeri reali». Un'emergenza che, peraltro, non sembra arrestarsi, essendo strettamente legata ai continui flussi migratori che dall'Africa e dal Medio Oriente si concentrano soprattutto, con cadenza quasi quotidiana, nel bacino del Mediterraneo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA
ra i 17 obiettivi da raggiungere entro il 2030, che compongono l'Agenda globale per lo sviluppo sostenibile approvata dalle Nazioni Unite, il goal numero 3 (assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età) è certamente uno dei più difficili da conseguire. Un obiettivo che dovrà impegnare i governi locali, la comunità internazionale e l'industria farmaceutica (con l'attività di ricerca, produzione e commercializzazione dei farmaci) a unire le forze e le volontà pere tentare di debellare croniche e annose emergenze planetarie. Il goal 3 presenta una nutrita serie di specifici (si fa per dire, vista l'ampiezza e l'imponenza delle relative problematiche) sotto-obiettivi. Ma quali? Riguardo soprattutto ai Paesi in via di sviluppo, si punta a ridurre il tasso di mortalità sia materna sia neonatale e, al-

meno di un terzo, la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e la cura, promuovendo la salute mentale e il benessere. A falciare moltissime vite ci sono poi pesanti epidemie di Aids, tubercolosi, malaria e malattie tropicali, nonché l'epatite e le malattie legate al-

l'uso dell'acqua laddove l'accesso è problematico, se non proibitivo. Tra i sotto-obiettivi dell'Onu c'è quindi la lotta alle conseguenze dell'uso di stupefacenti, alcool e tabacco. Ed

è di fondamentale importanza sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono soprattutto i Pvs, favorendo l'accesso a prezzi accessibili. E viene qui citata la Dichiarazione di Doha sul Trade Related Aspects of Intellectual Pro-

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

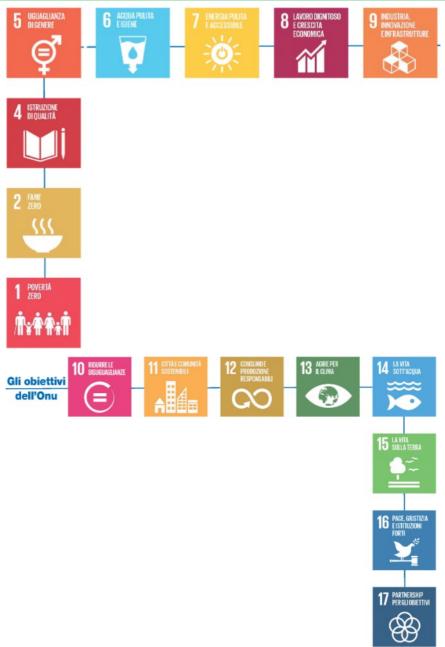


26-NOV-2016 da pag. 4

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

foglio 3 / 3 www.datastampa.it

perties Rights perché il costo dei farmaci non sia tale da impedire di fatto la tutela della salute pubblica nei Paesi più poveri. Correlato a questo, vi è inoltre l'obiettivo di conseguire una copertura sanitaria universale aumentando, in particolare, il finanziamento della sanità e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento del personale sanitario soprattutto nei Pvs. Ma intanto nuove pandemie minacciano la salute pubblica anche nei Paesi ricchi, dall'obesità (anche infantile) al diabete, dallo scompenso cardiaco alle patologie respiratorie causate da inquinamento e smog.





Dir. Resp.: Virman Cusenza

26-NOV-2016 da pag. 2 foglio 1/4 www.datastampa.it

Stop alla riforma degli statal

▶La Corte Costituzionale boccia una parte dei decreti Madia: «Serve l'accordo con le Regioni» A rischio stretta sui dirigenti e norme anti-furbetti. Renzi: Paese bloccato, ecco perché cambio

> ROMA La Corte Costituzionale mette in discussione una delle principali riforme del governo Renzi, bocciando una parte di quella della pubblica amministrazione che porta il nome del ministro Marianna Madia. Secondo la Consulta il governo non ha tenuto nella giusta considerazione le prerogative dei governatori. Con questo parziale stop sono a rischio la stretta sui dirigenti e le norme anti-furbetti. Renzi: Paese bloccato, ecco perché cambio la Costituzione. Intanto il contratto degli statalièalla stretta finale.

> > Conti e Bassi da pag. 2 a pag. 5

La Consulta boccia metà riforma Madia: i poteri delle Regioni sono stati violati

▶ Secondo i giudici costituzionali per essere valide le norme avrebbero dovuto essere approvate da tutti i governatori

> PREVEDEVA UN ACCORDO NON VINCOLANTE DA ESPRIMERE ENTRO 45 GIORNI

LA LEGGE DELEGA IL RICORSO ERA STATO PRESENTATO DAL VENETO. **ESULTA ZAIA:** «ABBIAMO FERMATO IL CENTRALISMO»

LA DECISIONE

ROMA Ad una settimana dal referendum, la Corte Costituzionale mette in discussione una delle principali riforme del governo Renzi, quella della pubblica amministrazione che porta il nome del ministro Marianna Madia. E lo fa su un tema affrontato proprio nella revisione della Carta voluta dal governo: i rapporti tra lo Stato centrale e le Regioni. Per i giudici costituzionali, nello scrivere le norme sulla pubblica amministrazione, il governo non ha







Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

26-NOV-2016 da pag. 2 foglio 2 / 4 www.datastampa.it

tenuto nella giusta considerazione le prerogative dei governatori. Ha legiferato, insomma, anche su temi e argomenti che sono di competenza delle Regioni. Per farlo, sostiene la Consulta, il governo avrebbe dovuto raggiungere un'«intesa» nella Conferenza Stato-Regioni, e non un semplice parere non vincolante da esprimere, tra le altre cose, in soli 45 giorni. Tutte le parti in cui la riforma si è occupata di questioni di competenza anche regionale

senza l'intesa, sono dunque «co-

stituzionalmente illegittime».

IL TESTO UNICO

Il problema è che ora a rischiare di cadere sono alcuni pezzi essenziali della riforma della Pubblica amministrazione. Il taglio delle società partecipate pubbliche, il cui decreto è già entrato in vigore da tempo. E poi due testi approvati non più tardi di venerdì scorso dal governo, ovvero quello sulla dirigenza e quello sui servizi pubblici locali. Ed infine, anche su un provvedimento attuativo non ancora emanato, considera-

to un'architrave della riforma, sarà necessario mettersi al tavolo con le Regioni e trovare una vera intesa: si tratta del Testo unico sul pubblico impiego, in altre parole la riforma complessiva delle regole che disciplinano il lavoro statale, dalle assunzioni, ai premi fino alla mobilità e ai licenziamenti. Un testo che si intreccia anche con il rinnovo del contratto, in quanto al suo interno dovrà ospitare la revisione delle norme della legge Brunetta che disciplinano l'erogazione dei premi ai dirigenti pubblici e che sono un punto qualificante della trattativa tra i sindacati e il governo.

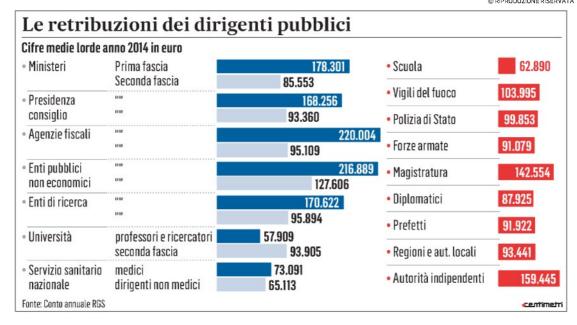
LE REAZIONI

Il commento del ministro Madia è stato che «le sentenze si rispettano». Matteo Renzi ha provato a sfruttare l'inciampo della riforma Madia come un occasione per spezzare una lancia a favore del referendum: «Il Paese è bloccato». Il riferimento è chiaro. La riforma del titolo V nel testo sottoposto al voto referendario, prevede una clausola di supremazia

per lo Stato. Nel caso in cui ci sia un conflitto tra governo e Regioni, Roma può sempre avere la meglio. Una posizione che per il leader della Cgil, Susanna Camusso, è «strumentale». Chi invece ieri ha festeggiato, è stato Luca Zaia, il governatore del Veneto, la Regione che ha impugnato davanti alla Corte Costituzionale la riforma della pubblica amministrazione. «Una sentenza storica», ha commentato. «Il centralismo sanitario governativo», ha aggiunto ancora Zaia, «ha ricevuto un duro colpo e noi, tanto per fare un esempio concreto, continueremo a nominare i direttori generali della nostra sanità invece che doverli scegliere all'interno di una terna nazionale dove poteva esserci anche qualche responsabile di certi sfasci in giro per l'Italia». Non a caso il Fedir, uno dei sindacati dei dirigenti, ha già chiesto al presidente della Repubblica di non firmare il decreto sui dirigenti. Adesso il governo dovrà trovare, rapidamente, una via d'uscita.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

26-NOV-2016 da pag. 2 foglio 3 / 4 www.datastampa.it

I decreti in bilico

I dirigenti sono a tempo e licenziabili se bocciati

Dirigenti a tempo, con incarichi di quattro anni rinnovabili al massimo solo per altri due anni. E poi la possibilità di essere licenziati se si è rimossi a seguito di una valutazione negativa e dopo un anno in «stand by» non si ottiene un nuovo incarico. Sono questi alcuni dei punti principali del decreto sulla dirigenza pubblica che adesso rischia di saltare

I furbetti del cartellino sospesi in sole 48 ore

Tra i decreti che sono finiti tra quelli censurati dalla Corte Costituzionale, c'è anche quello ribattezzato

anche quello ribattezzato
«furbetti del cartellino». Si
tratta delle norme che
permettono alle
amministrazioni pubbliche di
sospendere entro 48 ore i
dipendenti colti in flagranza a
timbrare il cartellino e
disertare il lavoro o a farsi
timbrare da altri il badge

Un nuovo testo unico sui dipendenti pubblici

Il governo ha in preparazione anche una riforma complessiva del pubblico impiego. Si tratta di un Testo unico che, nelle intenzioni, dovrebbe arrivare in consiglio dei ministri entro il prossimo mese di febbraio. In questo caso le perplessità della Corte Costituzionale potrebbero essere superate proprio attraverso un'intesa con le Regioni

Partecipate pubbliche ridotte da 8 mila a mille

La riforma delle partecipate pubbliche è un altro dei pilastri della riforma Madia. L'obiettivo dichiarato è quello di ridurre le ottomila società controllate dagli enti locali a soltanto mille. Il provvedimento è già in vigore. Secondo le stime, grazie alle norme contenute dovrebbe anche consentire una riduzione delle poltrone di 24 mila unità



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

26-NOV-2016 da pag. 4 foglio 1/2 www.datastampa.it

IL CASO

Riforma Madia la Consulta boccia il governo

La Corte Costituzionale: per il ruolo dei dirigenti serve l'intesa con le Regioni Zaia: anche per questo bisogna votare No

Grignetti e Spini

Interviene la Corte costituzionale Affossata la riforma Madia

La Consulta: finché c'è il titolo V, Stato e Regioni devono concertare sui dirigenti Renzi: "Il Paese è bloccato dalla burocrazia, ecco perché serve il Sì al referendum"

FRANCESCO GRIGNETTI ROMA

No, un semplice «parere» non può bastare, occorre una «intesa», almeno finché è in vigore il Titolo V della Costituzione così com'è, assegnando pari dignità allo Stato e alle Regioni. La Corte costituzionale si è espressa sulla riforma della pubblica amministrazione e ha bocciato, come richiesto dal Veneto, il capitolo dedicato ai dirigenti pubblici regionali. La legge Madia vìola dunque la Costituzione. Il principio che la Consulta richiama è che, a Costituzione vigente, certe competenze, come la riorganizzazione della dirigenza pubblica, appartengono sia allo Stato, sia alle Regioni, e non si possono imboccare scorciatoie.

Il governo ci aveva provato a seguire la via del «parere», procedura velocizzata e non vincolante. Secondo i giudici costituzionali, invece, su questa materia (ma chiaramente il principio vale anche su altro: dai dirigenti della sanità alle partecipate, ai servizi locali come trasporti, rifiuti, illuminazione) sarà necessario il più lungo e concertativo iter della «intesa», da raggiungere nella Conferenza Stato-Regioni.

Materia ostica, si dirà. Ed è vero. Ma siccome, il rapporto tra Stato e Regioni, guarda caso, verrebbe modificato proprio dalla riforma costituzionale che porta la firma di Matteo

Renzi, e quindi è un pezzo del referendum del 4 dicembre, questa sentenza della Corte costituzionale piomba come una bomba nella campagna referendaria. Il premier non tarda a esternare. «La Consulta - dice nel corso di un comizio a Vicenza -ha dichiarato parzialmente illegittima la norma sui dirigenti perché non abbiamo coinvolto le Regioni: questo dimostra che siamo un Paese bloccato». E ancora: «Avevamo fatto un decreto per rendere licenziabile il dirigente che non si comporta bene e la Consulta ha detto che siccome non c'è "intesa" con le Regioni, e avevamo chiesto un "parere", la norma è illegittima. E poi mi dicono che non devo cambiare le regole del Titolo V... Siamo circondati da una burocrazia opprimente».

Paese bloccato? Burocrazia opprimente? Di colpo la polemica si sposta su altri piani. Dei dirigenti pubblici regionali non interessa più nulla, quanto del seguente interrogativo: ma Renzi si sta forse sfogando contro la Corte costituzionale? Susanna Camusso, segretaria della Cgil, in campo per il No, ci vede piuttosto una sparata contro i poteri locali: «Questa sentenza - commenta - non c'entra nulla con la riforma del Titolo V. Le affermazioni di Renzi mi sembrano assolutamente strumentali, a meno che non si voglia entrare a gamba tesa sui poteri delle Regioni. Ma se uno è dirigente regionale, rimane tale». A questo punto, conclude, «la normale conseguenza è che devono cambiare la riforma: i poteri delle autonomie locali non possono essere scavalcati. Evidentemente potevano pensarci prima».

I parlamentari grillini, invece, interpretano il comizio di Renzi come un assalto alla Corte costituzionale. «Renzi vuole forse abrogare la Corte costituzionale? Abbia più rispetto per le istituzioni previste da quella stessa Carta costituzionale che vuole azzoppare». Uguale l'interpretazione di Renato Brunetta, Forza Italia: «Un premier che parla così della Corte Costituzionale? Pazzesco. Mattarella intervenga». Gli fa eco Arturo Scotto, Sinistra italiana: «Dichiarazione sbagliata: non si può trattare anche la Corte costituzionale come un covo di frenatori».

© BY NOND ALCHNI DIRITTI RISERVATI







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

26-NOV-2016 da pag. 4 foglio 2 / 2

www.datastampa.it

I provvedimenti nella sentenza



I dirigenti Le caratteristiche di accesso al Ruolo unico dei dirigenti regionali non possono prescindere da una concertazione con gli enti locali, occorrerà quindi la difficile «intesa» nella Conferenza Stato-Regioni



Le municipalizzate

È incostituzionale che manchi la "leale collaborazione" da parte dello Stato nel riorganizzare il lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, le partecipate e i servizi pubblici locali



Il digitale

L'Agenda digitale si estende agli enti locali perché è giusto che lo Stato definisca uno standard per il Pin unico nazionale, ovvero l'elezione di un domicilio digitale da parte di cittadini e imprese



Ministro

Marianna Madia ha promosso la riforma sulla pubblica amministrazione che è stata bocciata dalla Corte costituzionale



Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Tiratura: n.d.

Diffusione 09/2016: 22.216

Lettori: n.d.





26-NOV-2016 da pag. 3 foglio 1 www.datastampa.it

REFERENDUM

La ministra Lorenzin: se passa la riforma la sanità torna in capo allo Stato

«Con il sì al referendum la Sanità avrà la possibilità, con il cambio del Titolo V, di ritornare ad essere materia esclusiva in capo allo Stato». Lo ha detto ieri la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin intervenendo sul referendum a pochi giorni dal voto.

«Attraverso le disposizioni generali - ha spiegato - e cioè quelle linee che riguardano tutti, penso ai piani diagnostici terapeutici, alle reti, al prontuario farmaceutico, in alcuni casi ai modelli sui servizi, lo Stato detterà le linee che dovranno essere realizzati dalle Regioni». «Questo - ha aggiunto - non toglierà che quelle virtuose potranno avere competenze in più». «Quindi si realizza lo spirito di 16 anni fa del legislatore: chi va bene può fare ancora meglio, ma chi non va bene non può far pagare il prezzo ai cittadini», ha concluso Lorenzin.







Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Tiratura: n.d.

Diffusione 09/2016: 22.216

Lettori: n.d.

Quotidiano - Ed. nazionale Dir. Resp.: Sergio Staino



26-NOV-2016 da pag. 5 foglio 1 www.datastampa.it

Intervista a Federico Gelli

«Vaccini e costi: la riforma riduce l'iniquità»



«Il sistema attuale è fallimentare, l'aspettativa di vita in Campania e Calabria è 4 anni meno della media»

Adriana Comaschi

Onorevole Gelli, responsabile Sanità del Pd, molte regioni vorrebbero seguire l'esempio dell'Emilia Romagna sull'obbligo di accedere al nido da vaccinati.IlMovimento5stellecontesta la scelta. Un nuovo fronte di scontro?

«Quello dei vaccini è un tema che non può essere strumentalizzato politicamente. E che interessa il Paese e anche oltre:lemalattieinfettivenonsifermano certo ai confini tra una regione e l'altra, e allora avere una giunta meritoria come quella dell'Emilia-Romagna che fa una leggechiaranon risolve il problema visto che il vicino Veneto hadeciso di eliminare l'obbligo per alcune vaccinazioni. Si tornaquindi al nodo del titolo V della Costituzione: come può lo Stato tutelare la salute dei cittadini, se il suo Piano nazionale per i vaccini viene applicato a macchia di leopardo a causa della legislazione concorrente. I vaccini hanno un valore scientifico riconosciuto a livello internazionale nel debellare malattie come polio e difterite, l'Italia allora deve agire in modo univoco su questo fronte».

Un Sì alla riforma costituzionale permetterebbe un domani al ministero di fare come in Emilia?

«Certo. Quello dei vaccini è esattamente il caso adatto a spiegare cosa cambierebbe sul fronte sanità con la riforma. Lo Statofisserebbe in modoesclusivole "disposizioni generali e comuni" per la tutela della salute pubblica, alle Regioni rimarrebbero programmazione e gestione degli interventi. Ora, io parto da un dato. Se, come detto giorni fa dal presidente dell'Iss Ricciardi, la riduzione delle coperture vaccinali ha reso possibile un caso di difterite dopo anni in cui era sparita (ed è una malattia con esiti spesso mortali) significa che il sistema attualenon funziona. Questo non toglie che se oggi ci sono Regioni virtuose, potranno continuare ad agire virtuosamente».

Altri esempi di cosa cambierebbe per la salute dei cittadini con la riforma costituzionale?

«Si tratta di cambiare un sistema che oggi è totalmente iniquo, con otto Regioni commissariate e i loro 31 milioni di cittadini privati di fatto di servizi essenziali, come gli screening tumorali e l'assistenza domiciliare. Con enormi differenze tra i territori: i residenti di Campania e Calabria ad esempio hanno un'aspettativa di vita di quattro anni inferiore alla media nazionale. Da notare che prima del 2001 l'aspettativa di vita in queste due regioni era abbastanza omogenea rispettoal restodel Paese, un risultatoottenuto nel corso di decenni cambiato con l'applicazione della riforma del titolo V del 2001. Questo è un dato incontrovertibile, scientifico, non politico. Prima del 2001 alcuni indicatori della nostra sanità andavano male, ma non c'era una tale disparità tra territori e tra Nord e

I 5 stelle obiettano che non succederebbe nulla, le Regioni deciderebbero comunque grazie alle competenze specifiche di gestione. E parlano di strumentalizzazione politica...

«Loro sono maestri di strumentalizzazione, come dimostrano i social... Nel merito: vogliamo che chi soffre abbia le stesse possibilità in tutte le regioni d'Italia. Perché ad esempio un malato di diabete può essere curato con un protocollo terapeutico diagnostico in una Regione e in un'altra no? E ancora più nel merito: nell'articolo 117 della riforma è stata inserita una "clausola di supremazia" in base a cui se non rispettano vincoli nazionali lo Stato può intervenire anche sulle competenze esclusive delle Regioni, come programmazione e organizzazione. E allora: se vogliamo dare più forzaalloStatopergarantireildirittoallasalute credo si debba votare Sì, se invece ci vanno bene le disparità attuali No».

Altra obiezione: basterebbe garantire i Lea (livelli essenziali di assistenza sanitaria) del 2003...

«Non è così, perché sono legati a scelte oggi in capo alle Regioni, che le difendono richiamandosi alla propria autonomiagarantitadaltitolo V. Un esempio: in Italia ci sono 32 mila centrali di acquisto, obiettivo del governo è di arrivare a 35. Ma le Regioni hanno risposto che ognunapuò organizzarsi come meglio vuole e nel contenzioso hanno avuto ragione. Così però la stessa garza costa 3 euro in Piemonte e 9 in Sicilia, un sondino naso gastrico 6 euro in Campania ma 12 in Piemonte. Il sistema attuale è fallimenta-





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Tiratura 09/2016: 24.464

Diffusione 09/2016: 11.274

Lettori Ed. I 2016: 157.000

Quotidiano - Ed. nazionale

ILTEMPO

26-NOV-2016 da pag. 10 foglio 1

www.datastampa.it

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

I numeri sono allarmanti

Crollo dei vaccini nel Lazio Il morbillo torna a far paura

Coletti → a pagina 10

Fuga dai vaccini, sos morbillo nel Lazio

Nella nostra regione l'immunità di «gregge» non c'è più. 75 casi da gennaio a ottobre La malattia torna pericolosamente a contagiare anche gli adulti a rischio encefalite

Siamo scesi all'84,47%

Quasi 11 punti sotto la soglia di sicurezza del 95% di vaccinati Grazia Maria Coletti

g.coletti@iltempo.it

■ Addio immunità, il morbillo è tornato a far paura nel Lazio, 75 i casi registrati nei primi 10 mesi del 2016. Sempre meno bimbi vaccinati a tutto vantaggio della malattia infettiva esantematica altamente contagiosa. L'asticella che misura l'immunità dal 2013 è scesa in picchiata di 11 punti sotto la «soglia di gregge», quel 95% che protegge tutti, anche il 5% di persone che non si sono vaccinate. È così che il morbillo sta di nuovo pericolosamente circolando tra grandi e piccini, esponendo entrambi, ma soprattutto gli adulti, ai rischi di pericolose conseguenze, anche mortali, come l'encefalite morbillosa. Che quando non ammazza può causare danni permanenti.

I numeri raccolti dal Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive (Cnesps) con il contributo del Reparto di Malattie Virali e Vaccini Attenuati (Mipi) dell'Istituto Superiore di Sanità. Dal primo gennaio 2016 al 31 ottobre i casi accertati di morbillo nel Lazio sono stati 58 più altri 17 sospetti (in totale 75) che rappresentano più del 10% dei 650 casi di morbillo in Italia nello stesso periodo. «E il numero è sottostimato, anche se c'è l'obbligo di notifica alle Asl» dice Maria Corongiu, segretario regionale Fimmg Lazio (la Federazione dei medici di famiglia) e medico di medicina generale della Asl Rm6, la vecchia Asl RmH dei Castelli. Il morbillo coglie tutti di sorpresa. È Corongiu, una dei 4.600 medici di famiglia del Lazio (quasi 3mila a Roma) a confermare che «mentre prima negli adulti non ne vedevamo più,

negli ultimi tre anni vediamo casi di morbillo nell'adulto, io ne ho curati 4 l'anno scorso». I problemi? «Sono soprattutto le complicanze. Frequentissima la polmonite morbillosa, e laringite e otite. Per arrivare all'encefalite che può causare danni permanenti, sia nel bambino che nell'adulto, o addirittura portare una letalità successiva. Ma negli adulti il rischio è maggiore». Le grandi statistiche su 100mila casi di contagio registrano dai 30 ai 100 decessi.

La fuga dalla vaccinazione per il morbillo (consigliato) è in netto contrasto con i dati sul vaccino esavalente (obbligatorio). Il Lazio, infatti, per quest'ultimo, è una regione virtuosa con una copertura vaccinale che supera la soglia di gregge (95,26%), mentre la media nazionale è sotto (93,43%). Come mai? «Tutta colpa dei webeti, i cantastorie della guerra ai vaccini su internet» sintetizza Roberto Ieraci, dirttore Uoc vaccinazioni della Asl Rm1 - Sono riusciti a far credere ai genitori che l'insorgenza dell'autismo è connessa con il vaccino di morbillo, parotite e rosolia, contenuti nella stessa iniezione». E così nel 2013 solo l'84,47% dei bimbi da 0 a 24 mesi è stato vaccinato contro il morbillo, una percentuale più bassadiquasi 11 punti della soglia che assicura l'immunità a tutti (il 95%) inferiore anche alla già bassa media nazionale (85,29%).

650

I casi in Italia nel 2016 Non siamo più protetti e la malattia infettiva esantematica altamente contagiosa torna a colpire







Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati **Tiratura:** n.d.

Giornale di Sicilia Palermo e Provincia

Diffusione 12/2013: 20.823 Lettori Ed. I 2015: 147.000 Quotidiano - Ed. Palermo

Quotidiano - Ed. Palermo Dir. Resp.: Antonio Ardizzone

26-NOV-2016 da pag. 5

da pag. 5 foglio 1/3 www.datastampa.it

L'INTERVISTA A <u>BEATRICE LORENZIN</u>

di Riccardo Vescovo

«PRECARI ASSUNTI NEI PRIMI MESI DEL₂017

ORA LA SICILIA PUO TAGLIARE LE TASSE»



Il ministro della Salute: per i concorsi aspettiamo che la Regione faccia la sua parte. Non tutti i punti nascita si salveranno

conti della sanità siciliana sono stati risanati. La riforma della rete ospedaliera non è in ritardo, servono i giusti approfondimenti. Entro l'anno Roma e la Regione chiuderanno l'iter per avviare al più presto 1.500 assunzioni». Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che questa mattina inaugurerà a Palermo la nuova area di chirurgia pediatrica all'ospedale Di Cristina.

••• La Sicilia è stata costretta tagli e sacrifici per risanare i conti. Oggi qual è la situazione in Sicilia?

«La situazione oggi è molto migliore rispetto a qualche anno fa. In Sicilia l'opera di risanamento parte da lontano, riguarda almeno l'ultimo quinquennio e fare quadrare i conti e creare le condizioni di un'assistenza di qualità è stato compito difficilissimo. Fino al 2012 gli indicatori ci dicevano che la Sicilia era al di sotto della sufficienza nell'erogazione dei servizi. Dal 2013 in poi le cose sono migliorate e bisogna evitare il rischio di pericolose ricadute in termini di inefficienza. C'è ancora tanto lavoro da fare».

••• Ci sono le condizioni per avviare un taglio delle tasse?

«I bilanci della sanità siciliana in questo momento rispettano l'equilibrio, ma questo è possibile anche per effetto delle addizionali fiscali. Se questo risultato venisse consolidato, nel tempo si potrebbero creare le condizioni per un taglio delle tasse».

••• Quali sono oggi le criticità nella gestione della sanità in Sicilia? Come va la spesa sui farmaci?

«La spesa convenzionata, cioè quella nelle farmacie,

è diminuita del 5,2 per cento rispetto al 2015, correlata anche alla diminuzione delle prescrizioni e dei consumi. La spesa per la distribuzione diretta è incrementata invece del 40 per cento ma ricomprende i nuovi farmaci per la cura dell'Epatite C che rispetto ai primi mesi del 2015, nel 2016 sono andati a regime. Quanto alle criticità maggiori, il problema resta quello della qualità media dei servizi resi al cittadino. I tecnici del ministero hanno già avviato con la Regione Siciliana una interlocuzione per verificare i contenuti delle banche dati, perché vogliamo essere certi che i livelli essenziali di assistenza vengano garantiti. Il rischio è che la qualità media non arrivi alla sufficienza. È qui che la Sicilia deve migliorare ed è la politica che deve farlo, perché ci sono professionisti e strutture di ottimo livello».

••• Qual è invece il fiore all'occhiello dell'Isola nel settore sanitario?

«Non solo uno. Ci sono diverse eccellenze e la buona notizia è che vogliamo implementare e migliorare ulteriormente l'oncologia a Catania e Palermo, le neuroscienze con tutta la parte riabilitativa a Messina e la cura dalle dipendenze a Trapani. Sono stati fatti investimenti importanti che hanno portato già risultati, ma ne saranno fatti altri. La Sicilia deve avere l'ambizione di diventare una grande stazione sanitaria del mediterraneo. Ribadisco che il problema non è la mancanza di eccellenze, ma la possibilità di avere in ogni provincia una buona qualità dell'assistenza e per far funzionare il territorio e l'assistenza sociosanitaria».





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Diffusione 12/2013: 20.823

Lettori Ed. I 2015: 147.000

Quotidiano - Ed. Palermo

Tiratura: n.d.

Giornale di Sicilia Palermo e Provincia

26-NOV-2016 da pag. 5 foglio 2/3

www.datastampa.it

Dir. Resp.: Antonio Ardizzone

••• Sulla rete ospedaliera è scoppiato il caos e il governo ha deciso di approfondire i contenuti. Cosa non ha funzionato?

«La valutazione dei provvedimenti di riorganizzazione della rete ospedaliera è un processo complesso, richiede accurati approfondimenti tecnici tra ministero e Regione. Fare presto non vuol dire fare bene, anche se i tempi devono comunque essere celeri. Il tavolo ministeriale valuta la documentazione presentata e, se necessario, avvia un contraddittorio con la Regione perché il provvedimento di riorganizzazione sia definito in coerenza con decreto ministeriale 70 del 2015. Il provvedimento di riorganizzazione della Regione ha seguito le ordinarie procedure di valutazione. L'attenzione con cui le valutazioni vengono fatte sta producendo gli effetti voluti, quella che può apparire come perdita di tempo è solo il modo migliore per arrivare al risultato: una rete ospedaliera che soddisfi tutti i cittadini siciliani».

••• I tagli previsti stanno comunque agitando le comunità locali, non teme che le scadenze elettorali possano influenzare la buona riuscita del piano di riordino della rete?

«Sarebbe gravissimo se fosse come lei dice. Mi sembra un paradigma antico, un modo di procedere che ci ha portato ad avere in Sicilia, così come in altre regioni, un sistema sanitario da rifare. Io credo che offrire una sanità eccellente sia il modo di vincere le elezioni. I cittadini ti votano se fai funzionare le cose, non se fai cortesie agli amici o se ti lasci governare dai tumulti di qualche comunità locale. La politica deve dare risposte a tutti i cittadini».

••• Sulla chiusura dei punti nascita e sulle richieste di deroga, è cambiato qualcosa rispetto ai mesi scorsi? Ci sono reparti che potrebbero salvarsi?

«Il tema dei punti nascita non è quali di loro può salvarsi ma quali di loro garantisce sicurezza, quali di loro salva mamme e bambini. Il tavolo nazionale del comitato percorso nascite è un organo tecnico che valuta questo: quel punto nascita è sicuro o no? Nello specifico non mi pare a oggi il Tavolo abbia ricevuto novità tale da mettere in discussione quanto già deciso».

••• Ci sono oltre 1.500 precari della rete dell'emergenza in attesa del via libera da Roma per l'assunzione. Quando arriverà?

«Il ministero della Salute ha ultimato la definizione di una metodologia di valutazione dei fabbisogni di personale. Vogliamo guardare e rispettare i bisogni reali di ogni singola realtà. È la prima volta che si fa una cosa del genere in Italia, quindi è stato un procedimento totalmente nuovo. Ministero e Regione, insieme, verificano i reali bisogni in Sicilia. Contiamo di chiudere questa fase entro la fine di quest'anno perché le assunzioni siano avviate quanto prima».

••• Sui concorsi invece tutto l'iter è ricominciato. Ci sono le condizioni per le tremila assunzioni?

«Come ho già avuto modo di chiarire in altre occasioni, le nuove assunzioni di medici e infermieri previste dalla legge di bilancio 2017 si raccordano con le misure della stabilità dello scorso anno che riguardavano l'orario di lavoro. È l'inizio di un'operazione sistemica, grazie alla quale ogni anno, in base ai fabbisogni, le regioni cominceranno ad assumere. La Regione sta arrivando alla definizione dei suoi fabbisogni. Progressivamente arriveremo a tutte le assunzioni di cui la sanità siciliana ha bisogno».

••• Lei è qui in Sicilia anche per la campagna per il Sì al referendum. Se dovesse vincere il No secondo lei Renzi si dimetterà ponendo fine all'esperienza di questo Governo?

«Fino al 4 dicembre la domanda è: volete superare un sistema lento perché Camera e Senato fanno le stesse cose, volete cancellare un sistema burocratico che non funziona, volete eliminare 315 poltrone del Senato, volete cancellare i rimborsi ai gruppi, volete che la Sanità sia eccellente in tutte le Regioni e non solo in alcune? Io credo che gli italiani a questa domanda risponderanno Sì. Voteranno Sì perché sanno che questo è un modo per abbattere i costi della politica e dargli efficienza. E comunque questo è un voto sulla riforma costituzionale, che è di tutti e per tutti. Il voto al Governo i cittadini lo danno alle elezioni politiche». (*RIVE*)



26-NOV-2016 da pag. 6 foglio 1

www.datastampa.it

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Ordine del giorno Ok del governo a votare su spot dell'azzardo

I parlamentari dell'Intergruppo sul gioco d'azzardo hanno insistito sul divieto totale alla pubblicità, attraverso ordini del giorno alla legge di Bilancio. Che sono passati, ma soltanto sotto forma di raccomandazione.

SANTAMARIA A PAGINA 6

Azzardo, passano gli odg. Ma non basta

Camera

I testi presentati da Basso (Pd) e Binetti (Ap) accolti come "raccomandazione" «Serve un atto normativo»

Roma

i hanno riprovato. I parlamentari attivi nell'Intergruppo sul gioco d'azzardo hanno cercato di mettere un punto fermo sulla questione del divieto totale alla pubblicità e sull'organizzazione delle sale slot, attraverso degli ordini del giorno alla legge di Bilancio. Questi sono sì passati, ma soltanto sotto forma di raccomandazione, in blocco con tutti gli altri. Un impegno che ha ottenuto, dunque, un risultato poco più che simbolico. Mentre i Cinque Stelle, che hanno insistito perché l'Aula di Montecitorio votasse sul loro distinto odg in materia, lo hanno visto respingere.

Hanno avuto via libera, invece, quello del deputato dem Lorenzo Basso e quello di Paola Binetti (Ap). Il primo puntava a impegnare il governo a riparare alla "decisione di non decidere" assunta giovedì dalla Commissione Bilancio in materia di pubblicità. Il secondo a fare chiarezza sulla concentrazione di macchinette mangiasoldi in luoghi che si configurano come veri e propri "mini-casinò". Questo mentre con i Comuni il governo discute da tempo di ridurle e di dove dislocarle.

Non si dice pienamente soddisfatto Basso, il cui odg è stato sottoscritto da più di 30 colleghi. L'auspicio, spiega, è che «si arrivi ad approvare un emendamento o una proposta di legge come quella che giace alla Ca-

mera da un anno e mezzo». Come appunto invita a fare l'odg. Insomma, a tradurre il tutto in atti aventi valore di legge.

Binetti giudica l'approvazione sotto forma di raccomandazione un ulteriore rinvio sine die e si chiede come mai il governo, che pure nella manovra ha avuto attenzione per tante situazioni, «sull'azzardo fa come le tre scimmiette: non vede, non sente e non parla. Pier Paolo Baretta (sottosegretario all'Economia, ndr) ogni

giorno dice "faremo", ma alla fine non si arriva mai a decidere».

Ieri sul mancato voto all'emendamento M5S sul divieto di pubblicità sono intervenute anche la Consulta Antiusura e il cartello "Insieme contro l'azzardo", che e-

sprimono «disappunto e sdegno» per quanto avvenuto. Per il presidente della Consulta monsignor Alberto D'Urso «il mondo politico e istituzionale del nostro Paese ancora una volta ha privilegiato gli interessi particolari, affaristi e lobbisti ai diritti delle persone a vivere in un Paese civile e democratico, in cui dignità e libertà personale sono protette e rispettate». Attilio Simeone, coordinatore nazionale di "Insieme contro l'azzardo", denuncia che «al numero esorbitante di vittime dell'azzardo ora si aggiungono quelle create dall'indifferenza della politica». Le associazioni sottolineano come l'azzardo sia il terreno di coltura per l'usura e fonte di dissipazione della ricchezza, rallentando così l'uscita del Paese dalla crisi. A ciò si aggiungono i danni per la tenuta sociale e quelli psicologici, dovuti all'illusione della vincita facile. «Opinione malsana - proseguono le associazioni - che si diffonde soprattutto con una pubblicità pervasiva e martellante che in molti casi viola le fasce orarie in cui non dovrebbe essere reclamizzata, il tutto nel silenzio assordante della politica e delle istituzioni che dovrebbero vigilare».

Gianni Santamaria

© RIPRODUZIONE RISERVATA





