Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale HiQPdf Evaluation 12/14/2016 ABBONATI ACCEDI

Sanità24 Il Sole 24 ORE

14 dic 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG
Farmaci
Aziende sanitarie locali - ASL
Ospedale
Ricetta medica

DAL GOVERNO

Interruzioni di gravidanza in calo del 9,3% nel 2015. L'effetto pillola abortiva. Ecco la Relazione della Salute

di *Rosanna Magnano*

PDF La Relazione del ministero della Salute sulla legge 194/78

L'uso più «facile» della pillola abortiva limita il ricorso all'aborto chirurgico. Nel 2015 il numero di interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) è infatti sceso del 9,3% rispetto al 2014 passando da 96.578 (già in calo del 6% rispetto al 2013) a 87.639, con un decremento maggiore tra il secondo e il terzo trimestre, motivato in parte dall'eliminazione dell'obbligo di ricetta - previsto dall'Aifa per le maggiorenni - sull'uso della «pillola dei 5 giorni dopo». I carichi di lavoro per i ginecologi non obiettori (1,6 Ivg a settimana per 44 settimane lavorative) sono mediamente compatibili con un adeguato accesso alla prestazione ma sono molto disomogenei tra le varie regioni, con punte di criticità concentrate in alcune Asl: ad esempio in Puglia, dove in una Asl il ginecologo non obiettore è costretto a effettuare 15,8 Ivg a settimana (media regionale di 3,5) , in Piemonte o in Sicilia. È il quadro che emerge dalla Relazione del ministero della salute sull'attuazione della legge 194/78).

Il dato complessivo sul numero di aborti è dimezzato rispetto al picco rilevato nel 1983 (234. 801 interventi). Anche il tasso di abortività (numero di Ivg per mille donne tra i 15 e i 49 anni) italiano è tra i più bassi a livello internazionale (pari a 6.6 per 1.000). A ricorrere più frequentemente all'aborto volontario sono le donne tra i 25 e i 34 anni, prevalentemente nubili (56,9%) tra le italiane e prevalentemente coniugate tra le straniere (48,3%) . Trend in diminuzione anche per le minorenni, con il tasso di abortività che è passato da da 3.7 per mille nel 2014 a 3,1 nel 2015. Le diminuzioni maggiori del tasso di abortività si registrano in Puglia, in Molise, nelle Marche, in Emilia Romagna e in Umbria.

In gran parte positive le conclusioni del ministero della Salute: «La prevenzione dell'Ivg - si legge nelle osservazioni finali della ministra Lorenzin - è obiettivo primario di sanità pubblica; dal 1983 l'Ivg è in diminuzione in Italia e attualmente il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi dei paesi occidentali». Tuttavia, osserva il ministero «rimane elevato il ricorso all'Ivg da parte delle donne straniere, a carico delle quali si registra un terzo delle ivg totali in Italia».

In generale sono in diminuzione i tempi di attesa, anche se persiste una notevole variabilità tra regioni. E riguardo la presenza dei ginecologi obiettori, il ministero assicura che «non emergono criticità nei servizi di Ivg». In particolare emerge che «le interruzioni di gravidanza vengono effettuate nel 59,6% delle strutture disponibili, con una copertura adeguata, tranne che in Campania, Molise e Pa di Bolzano». E la ministra sottolinea che mentre il numero di Ivg è pari al 20% del numero di nascite, il numero di punti Ivg è pari al 74% del numero dei punti nascita. In conclusione «Il numero dei ginecologi non obiettori nelle strutture ospedaliere sembra quindi congruo rispetto alle Ivg effettuate».

Interessante il dato sul trend del tasso di abortività nel trentennio 1981-2010 legato al livello di istruzione. La tendenza al calo del tasso riguarda infatti solo le donne con il diploma di scuola superiore o laurea, mentre dal 1991 è rimasto stabile tra le donne con

titolo di studio basso e con valori in aumento nell'ultimo anno disponibile. Le variazioni sono spiegate dal fatto che «le donne con istruzione più elevata - si legge nel report - sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e i loro comportamenti sul controllo della fecondità».

HiQPdf Evaluation 12/14/2016

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015

Epatite C: innovazione sostenibile per il Ssn entro 5 anni

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015

Hcv tra sostenibilità di sistema e accesso alle cure

IMPRESE E MERCATO
03 Settembre 2015

Vendite in farmacia in salita del 4,8% nel 2015

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale HiQPdf Evaluation 12/15/2016 ABBONATI ACCEDI

Sanità24 Il Sole 24 ORE

14 dic 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Gravidanza, parto e puerperio

Prestazioni sanitarie

IN PARLAMENTO

Nuovi Lea, dalle commissioni parlamentari via libera con condizioni. Servono risorse e un delisting "competente"

di *Barbara Gobbi*

PDF Il parere della commissione Salute della Camera

PDF Il parere della commissione Igiene e Sanità del Senato

PDF L'atto del Governo 358 sui nuovi Lea

Anteprima. Risorse adeguate - con il ripristino delle cifre per il Fondo sanitario nazionale indicate nel Patto per la Salute e nella nota di aggiornamento del Def - e un delisting condotto con rigore sulla base delle evidenze scientifiche. Questo chiedono, sostanzialmente, le commissioni Affari sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato nel parere favorevole, con condizioni, al Dpcm di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, trasmesso dal Governo il 9 novembre scorso. Un provvedimento che l'esecutivo attuale potrebbe definire al prossimo Consiglio dei ministri utile, senz'altro entro l'anno. In ogni caso, il Dpcm vedrà attuazione a partire dal prossimo anno.
«È un risultato enorme, gigantesco, sono molto soddisfatta», ha incassato il risultato la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**. Che, ottimista, assicura come i Lea «saranno operativi ormai a breve, entro l'anno o inizio del 2017». E ricorda come l'obiettivo sia anche «garantire un accesso uniforme alle nuove prestazioni su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla regione in cui si vive».
«La fase dell'attuazione è cruciale e va sottoposta a un monitoraggio continuo e competente», è il più cauto commento a caldo della senatrice **Nerina Dirindin**, relatrice del parere della XII del Senato. Mentre la senatrice **Emilia Grazia De Biasi**, presidente della XII a Palazzo Madama, esprime «grande soddisfazione. «Dopo 15 anni quello previsto dal decreto è un aggiornamento importante - ha precisato la senatrice - un grosso risultato, i Lea sono il cuore del Servizio sanitario nazionale». Tra le osservazioni proposte dalla commissione, la senatrice ha voluto sottolineare che, venga «mantenuto il sistema tariffario» per l'acquisto di dispositivi audioprotesici, in considerazione delle «loro caratteristiche e delle necessità del percorso individualizzato cui devono fare fronte».

Queste le condizioni poste dal Senato:
1) è necessario che, nell'ambito dello schema, sia espressamente previsto che di quest'ultimo costituiscono parte integrante le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi monouso (di cui all'allegato A dell'Intesa summenzionata, allegato che dovrebbe essere trasposto all'interno dello schema);
2) nell'ambito delle premesse dello schema occorre siano espressamente menzionate le leggi in materia di screening neo natali (n. 167 del 2016) e di cure palliative (n. 38 del 2010);
3) nell'articolo 38 dello schema, in tema di parto-analgesia, è necessario sia inserito un riferimento espresso e non equivocabile alla analgesia epidurale;
4) è necessario che sia espressamente contemplata, nell'ambito dello schema,

l'assistenza podologica ai pazienti diabetici.

HiQPdf Evaluation 12/15/2016

Di seguito, le condizioni della Camera:
1. all'articolo 4, comma 2, lettera d), sia previsto espressamente il diretto coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia nella predisposizione del percorso assistenziale;
2. sia garantita alle persone con disabilità la continuità assistenziale di cui all'articolo 5 attraverso il progetto individuale previsto dall'articolo 14 della legge n. 328 del 2000, che integri interventi sanitari, sociali e di tutela; 3. nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'articolo 15, con riferimento alle prestazioni elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4, per una migliore interpretazione delle tabelle sia premessa la legenda e sia riconsiderato il sistema per branche specialistiche, in quanto si ravvisa il rischio di generare dubbi interpretativi, nel senso che gli operatori potrebbero erroneamente considerare non incluse determinate prestazioni sanitarie ai fini dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa per i pazienti;
4. siano modificati l'articolo 17, comma 1, e tutte le parti dello schema di dPCM in cui la disabilità viene intesa come sinonimo di “minorazione, affezione, patologia” e non come interazione tra le persone con minorazione e barriere comportamentali ambientali che impediscono la piena ed effettiva partecipazione alla società sulla base del principio di uguaglianza;
5. al medesimo articolo 17, sia mantenuto il sistema tariffario in luogo delle pubbliche procedure previste dallo schema di decreto in esame, per l'acquisto di dispositivi audioprotesici e di alcuni ausili di serie di cui all'allegato 5, elenchi 2A e 2B (Carrozzina ad autospinta con due mani sulle ruote posteriori, superleggera, a telaio rigido e a telaio pieghevole; carrozzina a spinta con telaio basculante e sistema di supporto posturale a configurazione regolabile; carrozzina ad autospinta sulle ruote posteriori pieghevole, leggera, a verticalizzazione manuale oppure a verticalizzazione elettrica; carrozzina elettronica a prevalente uso interno e ad uso esterno; Modulo posturale per capo, per bacino, per tronco, per tronco/bacino; Seggiolone a configurazione fissa e a configurazione regolabile; Stabilizzatore per statica prona/eretta - modello per assistiti in età evolutiva; stabilizzatore mobile per statica eretta e per statica supina, con inclinazione regolabile; Passeggino riducibile; Emulatori di mouse a Joystick, con il capo e con lo sguardo) che per le loro caratteristiche e per le specifiche necessità funzionali dell'utenza cui sono destinati necessitano di un percorso prescrittivo individualizzato e di un appropriato percorso valutativo condotto da un'équipe multidisciplinare nonché di un adeguato training all'uso, al fine di garantire la massima personalizzazione e aderenza alle esigenze degli utenti, obiettivi difficilmente raggiungibili mediante procedure di gara;
6. all'articolo 38, comma 2, dopo le parole: “inclusa la terapia del dolore e le cure palliative”, siano introdotte le seguenti: “e gli interventi riabilitativi”;
7. al medesimo articolo 38, si modifichi il comma 3, nel senso di prevedere che il parto in analgesia (farmacologica o non) debba essere garantito in tutte le strutture in cui ci sia un punto nascita; 8. nell'ambito delle malattie croniche di cui all'articolo 53, che rinvia all'allegato 8, sia inserita un'esenzione per patologia cronica per i disturbi di condotta e di personalità (codici ICD9-CM 301, 312 e 314);

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO
05 Agosto 2015

Chiamenti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto

AZIENDE E REGIONI
05 Agosto 2015

Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi

IN PARLAMENTO
05 Agosto 2015

Via libera alla prima legge sull’autismo, svolta per pazienti e famiglie. Soddisfatta la Lorenzin, polemico il M5S

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 91.773
Diffusione 09/2016: 38.667
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

15-DIC-2016
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

PRESTAZIONI GARANTITE

Sanità, nei nuovi Lea ausili hi-tech e fecondazione

FECONDAZIONE assistita eterologa e omologa, nuovi vaccini, screening alla nascita, esenzione dal ticket per chi soffre di endometriosi. Ma anche supporti hi -tech, trattamenti per la celiachia e per altre malattie rare: sono alcune tra le nuove prestazioni che dovranno essere garantite su tutto il territorio italiano secondo quanto previsto dai nuovi Livelli essenziali di Assistenza (Lea) che ieri hanno avuto il via libera dalla commissione Affari sociali della Camera e dalla commissione Sanità del Senato (hanno espresso parere positivo sulla bozza di decreto della presidenza del Consiglio). Tra i trattamenti che quindi dovranno essere omogenei e assicurati su tutto il territorio, anche il trattamento dell'autismo: dalla diagnosi precoce alla cura e al trattamento individualizzato, fino all'integrazione nella vita sociale e al sostegno per le famiglie. Negli elenchi dei dispositivi previsti anche ausili informatici e di comunicazione, come quelli per i malati di Sla nonché apparecchi acustici digitali e carrozzine a tecnologia avanzata.

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

15-DIC-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ, I NUOVI LEA

Eterologa rimborsata in tutte le Regioni

PAOLO RUSSO
ROMA

Eterologa rimborsata in tutte le Regioni, Lombardia compresa. Accertamenti gratuiti per i celiaci, scooter a quattro ruote per i disabili, 110 nuove malattie rare curabili a carico dello Stato. E poi, ancora: epidurale anche per le donne che partoriscono naturalmente, screening neonatali, vaccinazioni gratuite ovunque per varicella, pneumococco, meningococco e papilloma virus. Ma anche stop alle analisi inutili, quelle fatte alla ceca, senza verificare prima se ce ne sia effettivamente bisogno. Sono i nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza, l'elenco aggiornato delle oltre seimila prestazioni mutuabili, in standby da ben 15 anni, annunciati come cosa fatta e poi rimessi in freezer non si sa quante volte, ma ieri approvati in via definitiva da Camera e Senato, pronti per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Tra le novità il cosiddetto «meccanismo reflex». Tradotto: gli accertamenti a raffica, tipo quelli per verificare un tipo di infezione, si rimborsano solo se preceduti da quello che accerta la presenza di un qualche stato infettivo. Si allentano invece i vincoli per i medici di famiglia: la maggior parte delle limitazioni prescrittive, su oltre 200 accertamenti considerati a rischio di uso «inappropriato», diventano semplici indicazioni terapeutiche per i dottori, che potranno continuare a prescrivere «in scienza e coscienza».

Per il resto tanti nuovi ingressi nel paradiso della rimborsabilità. I nefropatici cronici non dovranno più pagare di tasca propria i prodotti dietetici a basso contenuto di proteine e quelli addensanti. Ausili informatici e per la comunicazione di persone disabili con gravissime limitazioni non saranno più a pagamento, così come gli apparecchi acustici per chi ha seri problemi di udito. E poi, ancora: apparecchi per l'incentivazione dei muscoli respiratori, la barella per doccia, le carrozzine con sistema di verticalizzazione, lo scooter a quattro ruote, i sollevatori fissi e per vasca da bagno, i sistemi di sostegno nell'ambiente bagno (maniglioni e braccioli),i carrelli servoscala per interni. Tutti ausili spesso a pagamento per i disabili.

Esenzione dai ticket, infine, per sei nuove patologie: broncopneumopatia cronica ostruttiva, rene policistico, endometriosi (limitatamente agli stadi 3 e 4), osteomielite cronica, malattie renali croniche e sindrome da talidomine, la grave malattia provocata dall'omonimo sedativo negli anni '50 e '60.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

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

15-DIC-2016
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

ROMA

Al Gemelli, il primo centro multidisciplinare contro la dipendenza provocata dal Web

Aiutare i giovani e i giovanissimi che fanno un uso eccessivo e scorretto delle nuove tecnologie. È nato con questo intento il Centro Pediatrico Interdipartimentale per la Psicopatologia da Web, inaugurato a Roma all'inizio del 2016 per iniziativa della Fondazione Policlinico Gemelli e della facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica. Questo perché pc, tablet e smartphone nascondono seri rischi non solo sul fronte dello sviluppo cognitivo, della salute psichica e del comportamento, ma anche sul piano fisico, in particolare ortopedico e della vista. Primo in Italia, il Centro intende fornire un presidio clinico multidisciplinare mediante un modello di intervento basato sulla collaborazione tra la psichiatria, la neuropsichiatria infantile e la pediatria. (Per info: 06.30154122)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Il Messaggero.it

15-12-2016

Lettori
41.007

http://salute.ilmessaggero.it/

Londra, madre a 24 anni dopo la chemioterapia grazie al tessuto ovarico congelato da bambina

Intervento senza precedenti a Londra, dove una donna di 24 anni è diventata madre dopo che i medici le avevano restituito la fertilità perduta grazie a del tessuto ovarico asportatole quando era bambina e poi congelato. La donna, Moaza Al Matrooshi, di Dubai, aveva dovuto subire una chemioterapia durante l'infanzia, con conseguente danno alle ovaie, prima d'essere sottoposta - sempre a Londra - a un vitale trapianto di midollo. Ma i medici avevano provveduto all'epoca a conservare il tessuto ovarico, che nei mesi scorsi hanno usato per «renderla di nuovo fertile», riporta la Bbc. L'intervento ha avuto successo e ieri Moaza ha dato alla luce un maschietto al Portland Hospital, un istituto privato londinese.

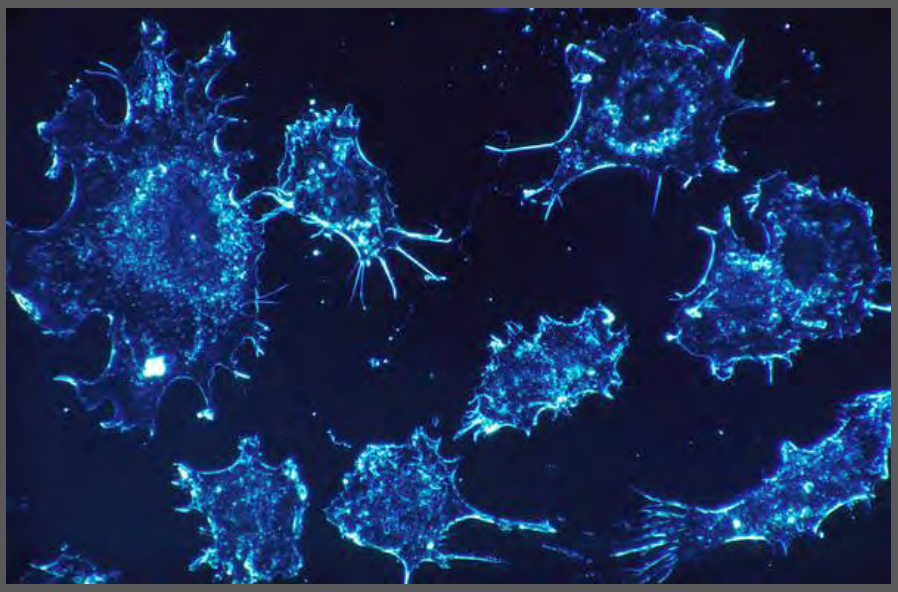
ANSAit

15-12-2016

http://www.ansa.it

Tumore seno, svelata origine precoce delle metastasi

Nuovi scenari cura, anche per melanoma e pancreas



Le metastasi del cancro della mammella possono nascere da cellule impazzite che si diffondono nel corpo ancora prima che si sviluppi il tumore

Le metastasi del cancro della mammella possono nascere da cellule impazzite che si diffondono nel corpo ancora prima che si sviluppi il tumore vero e proprio nel seno: questo meccanismo estremamente precoce e 'silenzioso', che potrebbe verificarsi anche nel melanoma e nel tumore del pancreas, è descritto per la prima volta su Nature da due gruppi di ricerca indipendenti, guidati da Julio Aguirre-Ghiso, della Icahn School of Medicine at Mount Sinai di New York, e da Christoph Klein, dell'Università di Ratisbona, in Germania.

Nuovi scenari di cura

Secondo gli autori degli studi, la scoperta potrebbe aprire nuovi scenari di cura. I due studi, condotti su topi e biopsie da paziente, dimostrano che alcune cellule anomale iniziano a migrare ancor prima che il tumore abbia preso forma nella mammella: una volta entrate nel sangue raggiungono vari

organi, dove possono rimanere quiescenti per periodi molto lunghi (risultando 'immuni' alla chemioterapia), fino a quando si risvegliano per generare metastasi molto aggressive e perfino letali.

Risultati potrebbero fare luce su fenomeni finora inspiegabili

Secondo Aguirre-Ghiso, i risultati ottenuti "potrebbero fare luce su fenomeni giudicati finora inspiegabili, come ad esempio il fatto che il 5% dei pazienti oncologici nel mondo presenti metastasi pur non avendo un tumore originario e, soprattutto, potrebbero spiegare perché sia così difficile trattare il cancro una volta che si è diffuso. Da un punto di vista biologico - afferma l'esperto - questo nuovo modello fa incrinare le certezze che pensavamo di avere sulla diffusione del cancro. E' probabile che dovremmo rivedere la nostra idea di metastasi".

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

15-DIC-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Rene al posto della milza trapianto record a Torino

▶Intervento riuscito alle Molinette: la tecnica usata per la prima volta al mondo su una bimba affetta da una grave malformazione

LA PICCOLA DI 6 ANNI NON POTEVA NÉ BERE NÉ URINARE. LA GIOIA DEI GENITORI: «È UN MIRACOLO, TORNERÀ FINALMENTE A VIVERE»

NUOVE FRONTIERE

ROMA - Per la prima volta al mondo è stato trapiantato un rene al posto della milza in una bambina di 6 anni. L'intervento record è stato eseguito con successo all'ospedale Molinette di Torino, da un team multidisciplinare di specialisti. Ora la piccola paziente sta bene e non vede l'ora di ricominciare una nuova vita. Prima dell'intervento, avvenuto nella notte tra il 9 e il 10 dicembre, la bimba infatti non poteva né bere e né urinare. A impedirglielo era una rara anomalia congenita dello sviluppo del rene, associata a una malformazione dei vasi sanguigni e addominali. Un sorso d'acqua avrebbe potuto ucciderla, così come saltare una seduta di dialisi, a cui è stata costretta fin dalla sua nascita. «La sua era una non vita», spiega Renato Romagnoli, il chirurgo che ha gestito la complessità dell'intervento. «Ma ora potrà finalmente avere una vita normale», aggiunge.

Un primo tentativo di cambiare la vita della piccola paziente era stato fatto nell'agosto del 2014, ma purtroppo era fallito. Qualche giorno fa l'intervento che ha cambiato tutto e che per la prima volta è stato effettuato su un paziente in età pediatrica. Ci sono stati dei precedenti nell'adulto, ma la tecnica è stata usata sporadicamente per poi essere abbandonata. «L'intervento è stato possibile grazie a un incastro unico: prima l'individuazione di un donatore pediatrico compatibile e poi l'identificazione di un'area adatta in cui trapiantare l'organo di dimensioni leggermente superiori a quelle della ricevente», racconta Romagnoli. «Abbiamo così asportato la milza - continua - e abbiamo impianto il rene del donatore sui vasi splenici della stessa milza, lungo il loro decorso dietro al pancreas». L'uretere del rene trapiantato è stato poi impiantato direttamente sulla vescica. «A pochi giorni dall'intervento - riferisce il chirurgo - la bambina sta bene. Subito dopo l'intervento ha chiesto un bicchiere d'acqua e ora i suoi valori sono nella norma». Ricoverata in terapia intensiva, nel reparto trapianti di fegato delle Molinette, verrà a breve trasferita nel Centro trapianti renale del Regina Margherita.

FELICITÀ

Ma la bimba è già molto felice, così come la sua famiglia. «Un miracolo, mia figlia ha avuto il regalo di Natale più bello, ora può finalmente cominciare a vivere», dice mamma Laura che vive con la piccola a Mondovì in provincia di Cuneo. «Adesso mia figlia potrà essere una bambina normale, cosa che in sei anni non è mai stata», aggiunge, incoraggiando anche ai genitori che vivono situazioni simili alla sua. «A loro dico di non perdere la speranza. I miracoli accadono», sottolinea la donna.

Un «miracolo» che è stato possibile grazie anche al lavoro di Bruno Gianoglio, direttore di Nefrologia dell'ospedale infantile Regina Margherita, del chirurgo vascolare Maurizio Merlo, dell'equipe di urologi del professor Paolo Gontero, di Licia Peruzzi, responsabile clinica del trapianto renale pediatrico. Senza dimenticare gli anestesisti del dottor Pier Paolo Donadio. «Questo intervento conferma che il sistema dei trapianti in Italia è un'eccellenza», commenta Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro Nazionale Trapianti. «Aver dimostrato la fattibilità e la sicurezza di questo intervento potrebbe essere di grande utilità in futuro anche per altri bambini con lo stesso problema della prima paziente sottoposta a questo complesso intervento», conclude.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

14-12-2016

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Istat: lieve calo vita media italiani ma restiamo fra i più longevi

Si arresta l'aumento della vita media degli italiani, mentre continua a calare la mortalità precoce. Il quadro che emerge dalla quarta edizione del Rapporto sul benessere equo e sostenibile elaborato dall'Istat mostra come l'Italia si conferma uno tra i Paesi più longevi d'Europa, anche se la qualità della sopravvivenza - misurata con la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni - seppure in miglioramento, resta sotto la media europea.

Nel 2015 la vita media alla nascita è scesa leggermente, da 82,6 a 82,3 anni. Le cause di questo fenomeno - spiega l'istituto di statistica - vanno ricondotte tuttavia a una combinazione di elementi: oscillazioni demografiche e fattori congiunturali di natura epidemiologica e ambientale che hanno comportato un aumento dei decessi nella popolazione più anziana, peraltro osservato in diversi paesi europei. L'incremento della mortalità, fortunatamente, non ha avuto conseguenze sulla qualità degli anni da vivere. Se rimane stabile la speranza di vita in buona salute alla nascita (58,3 anni), migliora sensibilmente la speranza di vita priva di limitazioni nelle attività a 65 anni (da 9,2 del 2013 a 9,7 del 2015).

L'Istat segnala come la mortalità infantile continua a diminuire (da 30 decessi ogni 10 mila nati vivi del 2012 a 29,6 del 2013), soprattutto tra i bambini di genitori stranieri. La riduzione è il frutto di andamenti diversi a livello territoriale: il tasso si riduce nel Mezzogiorno, mentre aumenta nel Centro e in particolare nel Lazio e nelle Marche.

Diminuiscono anche la mortalità dei giovani per incidenti da mezzi di trasporto (da 0,8 ogni 10 mila residenti di 15-34 anni del 2012 a 0,7 del 2013) e la mortalità per tumore nelle fasce centrali d'età (da 8,9 a 8,6 ogni 10 mila residenti tra i 20 e i 64 anni), in particolare tra gli uomini. Infine, il tasso di mortalità per demenza e malattie del sistema nervoso delle persone anziane, molto più alto al Nord che nel resto d'Italia, cala per la prima volta (da 27,3 a 25,8 per 10 mila persone di 65 anni e più).

I segnali provenienti dagli indicatori sugli stili di vita rimangono ambivalenti. Se da un lato si riduce la quota di adulti in sovrappeso (da 44,6% del 2014 a 43,2% del 2015) e aumenta lievemente il consumo adeguato di frutta e verdura, dall'altro rimangono stabili le quote di sedentari (39,7%) e di fumatori (20,2%) e aumentano i casi di binge drinking (episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni) tra i giovani (da 6,9% nel 2014 a 7,8% nel 2015).

Proprio in base a quest'ultimo punto, essendo la formazione dell'acrilammide favorita dalla presenza di zuccheri e proteine ad alto contenuto di asparagina e che i tempi e le temperature di cottura sono fattori essenziali per l'innesco della reazione, "possiamo dedurre che una delle criticità da tenere sotto controllo, rispetto alla riduzione del valore di acrilammide, debba essere rivolta proprio alla gestione dei momenti di produzione, alle scelte di processo, alle attrezzature utilizzate e alle specifiche di fase messe in atto dalle aziende. Va posta attenzione durante la frittura, ossia nella scelta dell'olio da utilizzare e nel controllo del punto di fumo, nel cambio frequente dell’olio utilizzato", concludono nell'indagine.

quotidianosanità.it

Mercoledì 14 DICEMBRE 2016

Spesa del Ssn inferiore del 36% rispetto a quella dell'Europa occidentale. E il gap si allarga anche tra le Regioni: tra Calabria e Bolzano una forbice del 40%. Crea "Il Ssn regge ancora ma non potrà più essere l'attore unico del sistema"

La Sanità tra equilibri istituzionali e sociali questo il titolo dell'XIIª edizione del rapporto curato dal team di economisti di Tor Vergata. Il focus di quest'anno si concentra sull'equità in tempi magri di risorse. E la strada degli esperti è chiara: "Va governata la transizione del SSN, da attore unico capace di fornire una risposta globale, ad attore compartecipe e integrato di un sistema complesso composto da offerte diversificate". SCHEDE DI SINTESI - EXECUTIVE SUMMARY

Si amplia il gap tra la nostra spesa sanitaria rispetto all'Europa occidentale, sia per la spesa pubblica (-36%. Nel precedente rapporto la forbice in negativo era del 28,7%) che complessiva, pubblica+privata, (-32,5%). Permane l'estrema differenza tra le Regioni (che non è però colpa del federalismo sanitario). Cresce indomita la spesa privata e aumentano le iniquità nella Penisola. Questi alcuni dei macro dati contenuti nel Rapporto Crea 2016 (giunto alla dodicesima edizione) pubblicato oggi. Ma nonostante tutto, come afferma il presidente di Crea Sanità, Federico Spandonaro "il sistema sanitario italiano è stato capace di governare la transizione, ponendosi oggi fra quelli certamente considerabili maggiormente "sostenibili".

Ma non è oro tutto ciò che brilla, infatti se ad un elevato gap di spesa non corrisponde una differenza nei servizi, i segnali per il futuro sono poco incoraggianti, a partire dall'equilibrio della spesa farmaceutica che si è rotto (con tetti sfondati ogni anno per miliardi di euro) e dal calo delle vaccinazioni che rischia di farci tornare indietro di anni.

Ed è proprio per questo che il Rapporto Crea mette in risalto come vi sia "la necessità di definire nuove strategie di sviluppo del SSN" anche perché in futuro sarà sempre più difficile per il Ssn "mantenere (o forse più correttamente di raggiungere) la globalità della risposta assistenziale pubblica".

Le indicazioni del Rapporto. Non solo fotografia, come ogni anno il Rapporto offre anche alcuni suggerimenti. In primis "la capacità di governare la ricerca attraverso una coerenza fra aspettative e risorse, salvaguardando allo stesso tempo l'equità complessiva delle risposte pubbliche; per ottenere ciò va governata la transizione del SSN, da attore unico capace di fornire una risposta globale, ad attore compartecipe e integrato di un sistema complesso composto da offerte diversificate. Questo pone la necessità di una diversa vision sul ruolo del SSN e nuove regole per governare l'integrazione dei diversi attori che si affacciano sul mercato. Da ultimo, ma non per importanza, è poi necessario integrare nei processi decisionali le istanze di cui i diversi stakeholder del sistema sanitario sono portatori, utilizzando processi valutativi multi-prospettiva, e reintroducendo elementi di flessibilità nelle scale di valutazione della meritorietà sociale".

Spesa sanitaria: sempre più bassa rispetto a quella dell'Europa occidentale
La spesa sanitaria italiana è complessivamente inferiore del 32,5% rispetto a quella dell'Europa Occidentale. In rapporto al PIL l'Italia è al 9,4%, contro il 10,4% dell'Europa Occidentale. Negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica italiana è cresciuta dell'1% medio annuo contro il 3,8% degli altri Paesi dell'Europa Occidentale: un quarto, peraltro come il PIL; questo porta la spesa sanitaria pubblica italiana ad essere inferiore del 36% a quella degli altri Paesi considerati. La crescita della spesa privata (2,1% medio annuo) è stata invece leggermente inferiore a quella europea (2,3%), ma pari a oltre il doppio rispetto a quella pubblica.

Spesa sanitaria: grandi differenze a livello regionale

A livello regionale le differenze di spesa sono allarmanti, anche standardizzando il dato per le diverse demografie e per la mobilità dei pazienti: nel 2015, fra la Regione in cui si spende di più (Provincia Autonoma di Bolzano) e quella dove si spende meno (Calabria), il divario pro-capite ha superato il 50,0% (quasi il 40% per quanto concerne la spesa pubblica).
L'incidenza della spesa privata pro-capite su quella totale è pari al 30,5% in Valle d'Aosta e del 16,0% in Sardegna.
Le differenze di spesa sono andate progressivamente riducendosi fino al 2009, ma hanno poi ricominciato ad allargarsi nel periodo successivo, in corrispondenza dell'azione dei Piani di Rientro e dei Commissariamenti, tesi al risanamento dei deficit.

Sempre maggiore la quota di spesa privata

Nel 2014 la nuova indagine Istat sulla 'Spesa delle famiglie' ha fatto emergere circa € 4,5 mld. di spesa sanitaria Out of Pocket (OOP - spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie), presumibilmente sfuggiti alla precedente modalità di rilevazione. La spesa sanitaria privata ha quindi raggiunto € 36,0 mld., di cui l'89,9% out of pocket, e solo il 10,1% intermediata dai fondi sanitari integrativi e complementari, nonché dalle Compagnie di assicurazione. Quest'ultima pur in crescita rimane marginale.
La spesa privata sanitaria rappresenta mediamente il 26,9% della spesa nel Centro-Nord (valore massimo del 30,5% in Valle d'Aosta seguita dal Veneto con il 29,5%) e solamente il 18,9% nel Sud (valore minimo del 16,0% in Sardegna).

Spesa sanitaria privata ed equità

Nel 2014 il 77,0% delle famiglie ha effettuato spese sanitarie OOP (58,0% nel 2013); la maggiore frequenza del ricorso a spese private, è però "compensata" dalla riduzione della spesa effettiva procapite.

Il 5,0% delle famiglie residenti in Italia, soprattutto quelle del Centro e del Sud, nonché quelle dei quintili di consumo medio-bassi, ha dichiarato di aver ridotto, tanto da averle annullate, le spese sanitarie private: configurando così "nuove" rinunce alle spese sanitarie. Si spende prevalentemente per farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90% delle spese socio-sanitarie OOP). Sardegna e Sicilia risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di disagio economico per spese sanitarie (11,0% e il 9,6% delle famiglie); all'estremo opposto troviamo l'Emilia Romagna e il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,6% ed il 2,1% sono in condizioni di disagio economico. Sono 316.402 (1,2%) i nuclei familiari impoveritisi per spese sanitarie OOP; si tratta soprattutto di famiglie residenti nel Mezzogiorno (2,7%). Calabria, Sicilia e Abruzzo sono le Regioni più colpite (3,5%, 3,4% e 3,7%), mentre Trentino Alto Adige, Piemonte ed Emilia Romagna sono le meno esposte (0,2% le prime due e 0,3% la terza).

Quasi 800.000 (781.108) sono invece le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche (3,1% delle residenti). Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione maggiormente esposta al fenomeno (5,5% delle famiglie ivi residenti).
I fenomeni dell'impoverimento per spese sanitarie out of pocket e della catastroficità non sembrano quindi essersi modificati sostanzialmente, senza però sottovalutare che ci sono quasi 280.000 famiglie (l'1,4% di quelli che sostengono spese sanitarie OOP) ad alto rischio di impoverimento. Di conseguenza in prospettiva c'è il rischio che il fenomeno del disagio raddoppi la sua portata.

Il governo della spesa privata e la sanità integrativa. La spesa sanitaria privata intermediata rappresenta solo il 10,1 % della spesa privata: una quota inferiore alle medie europee, che implica forti sperequazioni nelle possibilità di accesso.
Per il 4,0% si tratta di spesa per polizze individuali e il restante 6,1% per polizze collettive (Fondi sanitari integrativi e complementari, Società di Mutuo Soccorso, etc.).
Cresce la diffusione delle polizze collettive, inserite ormai nella maggior parte dei rinnovi contrattuali aziendali: sebbene ciò determini una maggiore equità, in assenza di una vision nazionale sul tema della Sanità integrativa e complementare, il minore svilu ppo di tale componente nelle Regioni del Mezzogiorno rischia di esasperare ulteriormente le differenze già esistenti. Infatti, mentre la componente intermediata rappresenta il 13,4% della spesa privata nel Nord (17,3% nel Nord Ovest e 8,0% nel Nord Est), e il 10,7% nel Centro, nel Sud e Isole è appena il 3,3% (ovvero circa un quarto di quella delle altre ripartizioni).
Il Meridione, in assenza di politiche di sensibilizzazione e incentivazione, rischia quindi di rimanere escluso dallo sviluppo del secondo pilastro di Welfare sanitario, rendendo sempre meno sostenibile l'assistenza.

Finanziamento dei Ssr e demografia. Le previsioni sull'evoluzione della struttura per età della popolazione al 2035 indicano che le Regioni del Sud diventeranno presto più vecchie di quelle del Nord: questo implica che in prospettiva riceveranno, in costanza delle normative attuali, un finanziamento pro-capite maggiore. Ma

contemporaneamente l'incremento della popolazione sarà molto più rilevante nel Nord e, come conseguenza, il finanziamento si sposterà ulteriormente verso il Nord: dalle simulazioni effettuate, la quota delle risorse per la Sanità attribuita al Nord, che attualmente è pari al 46,1%, raggiungerà il 47,8%; di contro, quella del Sud dal 33,8% si contrarrà al 31,7%.
Senza, quindi, una ulteriore drastica riallocazione dell'offerta, o in alternativa una rivisitazione delle regole di riparto, non sarà possibile mantenere gli attuali equilibri di bilancio.

Federalismo e risanamento finanziario. Il disavanzo sanitario, dopo l'intervento dei Piani di Rientro regionali, si è ridotto di circa il 78,0%, realizzando di fatto il risanamento finanziario che era il primo obiettivo delle riforme in senso federalista dello Stato. Essendo anche in miglioramento gli indici di adempimento regionale sui LEA, il giudizio sugli effetti del Federalismo in Sanità è tendenzialmente positivo.

La fine dell'equilibrio nella farmaceutica. Con il 2015 si è rotto l'equilibrio che ha permesso anni di sostanziale costanza della spesa
farmaceutica: equilibrio finora garantito dalla compensazione degli incrementi della spesa ospedaliera, con la riduzione di quella territoriale. La spesa pro-capite per farmaci in Italia, nel 2015, è risultata pari a € 475,8 (ovvero all'1,9% del PIL), con un incremento di € 37,6 (+8,6%) rispetto al 2014. Sul fronte ospedaliero, dove si concentra ormai l'impatto economico dell'accesso dei farmaci innovativi, la spesa è aumentata del 9,3%. Rispettano il tetto di spesa solamente le due Province Autonome di Trento e Bolzano, la Valle d'Aosta e il Veneto; lo sforano maggiormente, Sardegna di € 104,6 pro-capite, e Puglia di € 71,6 procapite.

Il rispetto dei tetti, però, è reso possibile dalla crescente quota di farmaci rimborsabili che le famiglie decidono di pagare di tasca propria: qualora considerassimo tale spesa, anche il Veneto sforerebbe il tetto, la Provincia Autonoma di Bolzano andrebbe a pareggio e quella di Trento si manterrebbe comunque al di sotto. Liguria, Lazio e Friuli Venezia Giulia sono le Regioni che vedrebbero aumentare maggiormente il proprio sforamento. Serve quindi una nuova governance per il settore, ed è auspicabile un superamento degli attuali tetti (al di là delle proposte di rimodulazione in discussione), che appaiono ormai non più sostenibili.

Spesa farmaceutica privata. La spesa farmaceutica a carico dei cittadini ha registrato un incremento del 2,8% rispetto al 2014. Crescono tutte le voci della farmaceutica privata: spesa per i medicinali di automedicazione +4,7%, medicinali di fascia A acquistati direttamente +3,1%, medicinali di classe C con ricetta +2,0%, e compartecipazione da parte del cittadino +1,4%. Si evidenzia quindi una crescente complementazione a carico delle famiglie della spesa farmaceutica, non più riferibile tanto all'inasprimento dei ticket, quanto al ricorso a farmaci non inclusi nei LEA o alla decisione di non avvalersi del rimborso da parte del SSN.

La spesa per la prevenzione. Il dato sulla spesa per programmi di prevenzione pubblica in Italia fornito dall'OECD cambia ancora una volta: secondo le ultime stime, per l'anno 2014 siamo al 4,9% della spesa pubblica corrente, un valore molto prossimo al 5%, quota attribuita al LEA dell'Assistenza collettiva. Sebbene il dato sia da considerarsi con le dovute cautele (per problemi di confrontabilità fra i Paesi e anche per discontinuità nella serie storica), l'Italia sembrerebbe investire in prevenzione una quota maggiore rispetto agli altri Paesi dell'Europa Occidentale: ma in termini pro-capite, la spesa (€ 88,9) resta inferiore a quella di altri Paesi quali Regno Unito, Germania, Lussemburgo, Danimarca, Olanda e Svezia.

Con riferimento alla spesa per vaccini, secondo OsMed, in Italia nel 2015 sono stati spesi € 317,9 mln., pari a € 5,2 pro-capite: in leggero aumento rispetto al 2014 (€ 4,8). Per confronto a livello internazionale (osservando i dati, provenienti da varie fonti, con le dovute cautele), si va da € 19 procapite della Svezia (dato 2013) a € 2,3 dell'Ungheria.

Il problema delle coperture vaccinali. I dati sulle coperture vaccinali pediatriche diffusi dal Ministero della Salute confermano, per il 2015, una diminuzione sia delle vaccinazioni obbligatorie sia di quelle raccomandate; tuttavia, in queste ultime il calo è meno marcato rispetto a quanto registrato nei due anni precedenti. Le uniche coperture vaccinali a mostrare un incremento sono quelle contro pneumococco e meningococco C. A livello nazionale per nessun antigene le coperture a 24 mesi raggiungono la soglia del 95,0%.
A livello territoriale, raggiungono e superano il 95,0% di copertura contro Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib solo Lazio, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sardegna. Sono invece 14 le Regioni con una copertura inferiore al 95,0% per tutti gli antigeni.
Con riferimento alle coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani over65, nella stagione 2015-2016 si registra a livello nazionale un aumento di 1,3 punti percentuali (arrivando a 49,9%) rispetto alla stagione precedente, valore ancora distante dal 55,4% registrato nel 2013-2014. Nessuna Regione raggiunge comunque la soglia di copertura minima perseguibile del 75,0%.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 247.453
Diffusione 09/2016: 169.614
Lettori Ed. II 2016: 1.203.000
Settimanale - Ed. nazionale

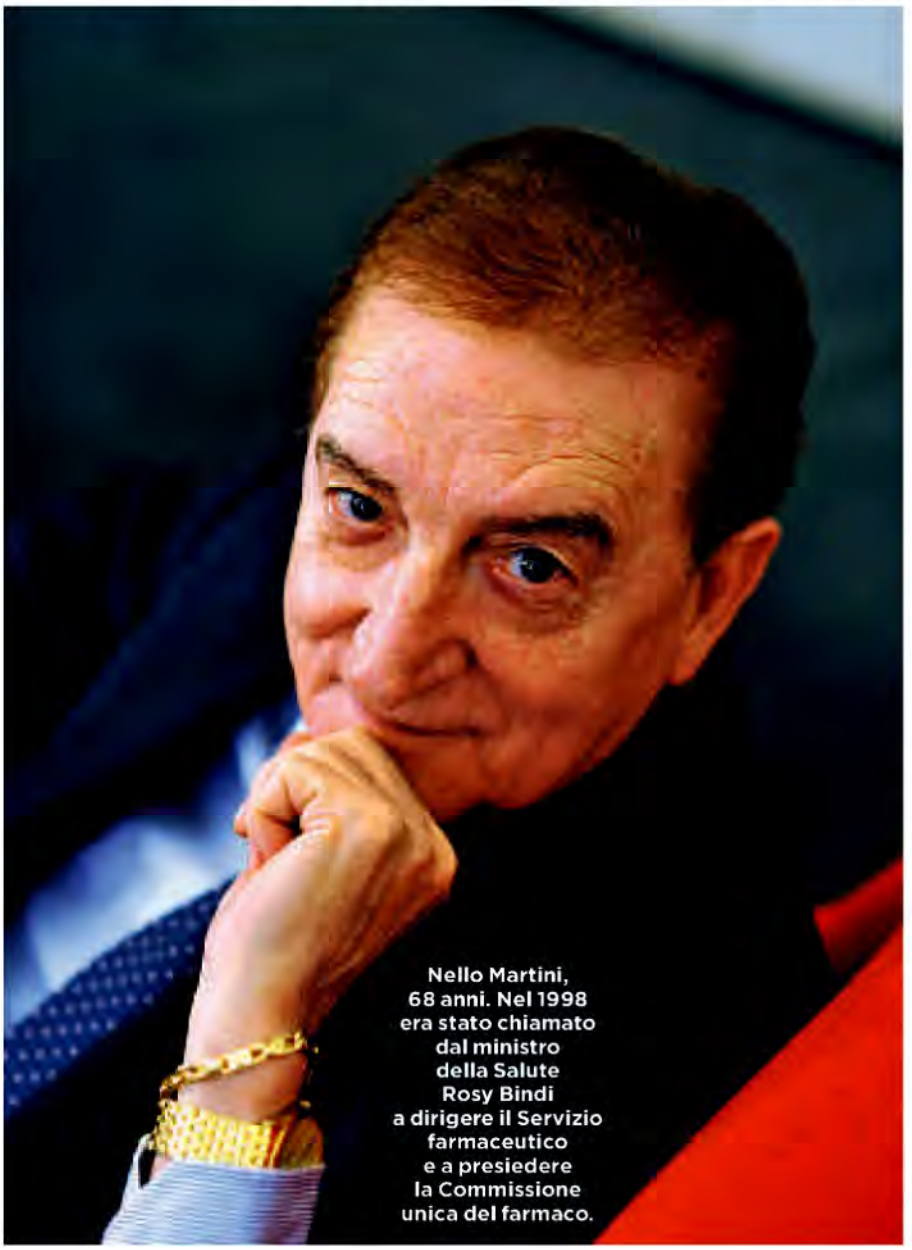
panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

21-DIC-2016
da pag. 81
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA VERITÀ DEI BUGIARDINI

Nello Martini è stato scagionato dall'accusa di avere consentito la vendita di farmaci pericolosi senza aggiornare i foglietti illustrativi esponendo la popolazione a rischi mortali. Dopo sette anni e un calvario mediatico che gli ha distrutto professione e reputazione.



Nello Martini, 68 anni. Nel 1998 era stato chiamato dal ministro della Salute Rosy Bindi a dirigere il Servizio farmaceutico e a presiedere la Commissione unica del farmaco.

di Annalisa Chirico

Per la stampa gazzettiera delle Procure, è stata la «truffa dei farmaci». Per Nello Martini, all'epoca direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, è un macigno che schiaccia, d'un tratto, la sua vita personale e professionale. Maggio 2008: sui giornali rimbalza la notizia della maxi inchiesta sui farmaci, avviata dal procuratore aggiunto di Torino, Raffaele Guariniello. È una sfilza di avvisi di garanzia, che coinvolge dirigenti e vertici dell'Aifa. L'accusa per Martini è pesante: disastro colposo per il ritardato aggiornamento dei foglietti illustrativi, i «bugiardini», di 22 specialità medicinali sulle 15 mila in commercio. Secondo la Procura, il ritardo avrebbe creato «una situazione di rischio, anche grave e talvolta mortale, per la popolazione esposta».

Per Martini, 68 anni, veronese, per venti alla guida della farmacia del Policlinico di Borgo Roma, le conseguenze sono immediate: l'iscrizione nel registro degli indagati, con contestuali perquisizioni negli uffici e nelle abitazioni di Roma e Legnago, il tutto amplificato dalla grancassa mediatica, comporta la sua destituzione dai vertici dell'Aifa e il licenziamento in tronco. «Ho vissuto un incubo lungo oltre sette anni» dice Martini a *Panorama*. «Mi hanno screditato pesantemente malgrado non avessi commesso alcun illecito. Senza contare le sofferenze patite sul piano umano in una vicenda grottesca e surreale che non avrei superato senza l'affetto immenso di mia figlia e il sostegno di tanti amici e personalità del mondo medico-scientifico che non han-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 247.453
Diffusione 09/2016: 169.614
Lettori Ed. II 2016: 1.203.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

21-DIC-2016
da pag. 81
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

no mai messo in dubbio la mia serietà e correttezza».

Nel 1998 Martini era stato chiamato dal ministro della Salute Rosy Bindi a dirigere, dopo lo scandalo Poggiolini, il Servizio farmaceutico e a presiedere la Commissione unica del farmaco. L'Agenzia nasce nel 2004 come ente di diritto pubblico, sotto la direzione e vigilanza del ministero della Salute, competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia. Martini ne è direttore dalla nascita fino allo scoppio dell'inchiesta.

Per l'accusa, avrebbe cagionato un disastro «per avere, per colpa, imprudenza, imperizia, negligenza e inosservanza delle norme relative all'organizzazione dell'Aifa, omesso di organizzare l'area registrazione e farmacovigilanza in modo tale da consentire di provvedere tempestivamente sulle richieste di variazione dell'Aic (*l'autorizzazione di immissione in commercio*, ndr) di tipo I e di tipo II relative a profili di sicurezza del prodotto», al punto da consentire la vendita in farmacia di medicinali «altamente pericolosi per la salute e la vita dei pazienti creando situazioni di rischio, anche grave e talora mortale, per la popolazione esposta, in quanto difettavano di indicazioni terapeutiche originariamente presenti ovvero presentavano problemi di stabilità, nuovi effetti collaterali anche gravi, interazione con altri farmaci».

Martini è accusato anche di non aver provveduto ai «necessari miglioramenti delle strutture dell'Aifa nonostante l'evidente aumentato fabbisogno, soprattutto incrementando il numero di persone effettivamente qualificate a seguire le procedure secondo gli standard europei». La lista dei capi d'imputazione è corposa, il procedimento si trasferisce per competenza a Roma, il ministero della Salute guidato da Maurizio Sacconi istituisce una commissione d'indagine nel cui report finale si legge: «Non sussistono, allo stato attuale, elementi che richiedano l'adozione di specifici interventi amministrativi a tutela della salute pubblica». La commissione evidenzia i «rilevanti traguardi» raggiunti dall'Aifa, nonostante il sottodimensionamento dell'organico, tra questi «l'attuazione di un'ampia e qualificata attività editoriale» (bollettini informatici, guide all'uso dei farmaci, periodici dedicati alla farmacovigilanza...).

I FATTI

22 MAGGIO 2008
Nello Martini, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, riceve un avviso di garanzia dalla Procura di Torino. L'accusa è disastro colposo: avrebbe ritardato la pubblicazone di fogli illustrativi di vari farmaci, con un potenziale pericolo per la salute dei pazienti.

8 LUGLIO 2010
Il giudice di Roma, dove il procedimento viene trasferito per competenza, proscioglie l'imputato perché il fatto non costituisce reato.

20 APRILE 2011
La Cassazione, accogliendo il ricorso del pm, annulla la sentenza d'assoluzione. Martini è nuovamente rinviato a giudizio.

26 OTTOBRE 2015
Il Tribunale di Roma assolve Martini perché il fatto non sussiste. La Procura non ricorre e così il proscioglimento diventa definitivo.

La stessa relazione attesta che Martini «si è fortemente impegnato per ottenere nel tempo sia incrementi nell'organico del personale sia la disponibilità di tecnici con contratti di lavoro temporaneo». Inoltre, «non erano emersi elementi che potessero far temere attuali rischi per la salute connessi alla presenza sul mercato dei 22 medicinali in questione». In molti casi, i nuovi fogli illustrativi precisavano rischi già compresi nella precedente versione. A chiarire il punto interviene, come consulente della difesa, il professore Silvio Garattini dell'istituto Mario Negri di Milano: «Le segnalazioni dei rischi rilevanti per la salute pubblica» si legge nella sua perizia «avviene attraverso una specifica procedura denominata Urgent safety restriction». In questi casi, vista l'urgenza della comunicazione, «l'industria farmaceutica è obbligata a informare ciascun medico, potenziale prescrittore del farmaco, con la Dear doctor letter». Nel caso invece delle variazioni di tipo I (minori) e II (maggiori), «esse non sono informazioni di rischio, tant'è vero che vengono registrate solo sulla scheda tecnica e sul foglietto illustrativo che accompagna le confezioni distribuite al pubblico», senza costituire un riferimento abituale per il medico.

Nel luglio 2010 il giudice di Roma Maria Teresa Covatta proscioglie l'imputato perché il fatto non costituisce reato. «Pensavo fosse tutto finito, invece il sollievo è durato lo spazio d'un mattino» ricorda Martini. Il pm Roberto Felici impugna il proscioglimento davanti alla Cassazione che gli dà ragione, e per Martini è tempo di un nuovo rinvio a giudizio. «La Cassazione annullò per motivi formali» commenta l'avvocato Valerio Spigarelli. «Adesso che c'è un'assoluzione definitiva, e con diversa formulazione (perché il fatto non sussiste), si può dire con certezza che per accuse assolutamente inconsistenti Martini fu ingiustamente allontanato dall'Aifa». Il processo si è chiuso il 26 ottobre 2015: il giudice romano Enrichetta Venneri ha messo la parola fine al calvario giudiziario di Martini. La Procura non è ricorsa in appello. «Oggi sono un cittadino libero dalle accuse, ma le conseguenze di questa odissea, il dileggio mediatico e i danni professionali che ho subito restano ferite aperte». Chissà fino a quando.■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

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

Il paradosso della ricerca italiana Vincono gli scienziati, perde il Paese

Trentotto connazionali si aggiudicano il prestigioso bando Erc di Bruxelles Siamo secondi in classifica, ma la maggior parte degli studiosi lavora all'estero

FABRIZIO ASSANDRI
TORINO

I ricercatori italiani si piazzano secondi, dopo i tedeschi. L'anno scorso erano terzi. Ma l'Italia come Paese non vede il podio nemmeno da lontano: è ottava. È il divario fotografato dall'ultimo bando Erc «consolidator», prestigioso finanziamento assegnato da Bruxelles ai ricercatori eccellenti. Con 38 progetti approvati, ciascuno del valore di 2 milioni spalmati in cinque anni, i ricercatori italiani brillano, ma solo 14 progetti si svolgeranno qui. Gli altri all'Eth di Zurigo, a Berlino o Parigi. Col bando dell'anno scorso c'era stata polemica, quando l'ex ministro Stefania Giannini aveva fatto i complimenti ai 30 italiani premiati. Dimenticando che 17 erano cervelli in fuga. Questa volta l'Italia è riuscita a fare peggio.

Le ricerche vanno dalla cura dei tumori o dei disturbi psichici allo studio del funzionamento dei mercati neri, alla migrazione dell'homo sapiens nell'Europa del Sud, solo il 10 per cento dei progetti viene approvato. Sono riusciti ad aggiudicarsene (due) il Politecnico di Milano, la Bocconi, il San Raffaele e l'Istituto Europeo di Oncologia, l'Iit di Genova, le università di Bologna, Torino, Perugia, Trento, Roma Tre, La Sapienza, l'European University Institute e l'Università di Firenze. Sud non pervenuto. Tanti italiani vengono assunti come collaboratori, spesso all'estero, dai vincitori di premi Erc.

«Una grande scoperta fatta all'estero va a beneficio di tutti i Paesi europei, quindi anche dell'Italia», mette le mani avanti Fabio Zwirner, membro italiano del consiglio scientifico dell'Erc. «Vedere gli italiani secondi, primi se consideriamo solo le ricercatrici, è buono, ma il dato Paese è sconfortante». Anche la Germania esporta cervelli, ma ne attira altrettanti. Dall'Italia ne sono partiti 24, qui ne è arrivato uno. Dal 2007 hanno vinto un bando Erc 348 italiani rimasti qui e 296 all'estero, gli stranieri in Italia sono 29, uno a dieci. È come se l'Italia, che contribuisce per il 10 per cento alla ricerca europea, si fosse persa in questa partita 600 milioni di euro.

C'è chi corre ai ripari. «Abbiamo attivato politiche per attrarre dall'estero e per convincere i nostri a restare - spiega Gianmaria Ajani, rettore dell'Università di Torino - garantendo progressioni di carriera. Se l'Italia è indietro è soprattutto per gli stipendi bassi e perché non tutti gli atenei adottano incentivi».

«Il sistema della formazione funziona - dice Zwirner - poi mancano strutture e sostegno. La politica incomincia a introdurre correttivi». Dalle chiamate dirette per prof stranieri alle iniziative di singoli atenei, alla promessa del Miur di finanziare progetti Erc bocciati per pochi punti. Speranze, sia pure con critiche di merito, le avevano suscitate le cattedre Natta. «Paesi all'inizio poco competitivi hanno introdotto misure drastiche, la scelta sta pagando».

Giacomo Scalari, vincitore di un Erc a Zurigo, lavora a un laser nell'estremo infrarosso. «Sono in Svizzera da 15 anni, realtà molto positiva, c'è un grande rispetto per il mestiere del ricercatore. Non si vede solo dalle retribuzioni. A differenza di quand'ero in Italia sento che la società ci vede come valore aggiunto».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media