ANSAit

25-01-2017

http://www.ansa.it

Rischio menopausa precoce maggiore se mestruazioni a 11 anni

Anche l'assenza di figli è un fattore di rischio

ROMA - Una pubertà precoce può essere un fattore di rischio per una menopausa altrettanto precoce: le donne che hanno avuto il primo ciclo mestruale a 11 anni o anche prima hanno infatti maggiori probabilità di andare prima incontro alla menopausa, e se non hanno figli, ancora di più. E' la conclusione di uno studio pubblicato sulla rivista Human Reproduction, coordinato dall'università del Queensland e condotto su oltre 50mila donne di Gran Bretagna, Australia, Giappone e Scandinavia.

In particolare la ricerca ha verificato che le donne che hanno avuto il primo ciclo (o menarca) a 11 anni o prima hanno l'80% in più di rischio di entrare in menopausa prima dei 40 anni, e del 30% in più tra i 40 e 44 anni, rispetto a chi è entrata nella pubertà a 12 e 13 anni. Coloro che non sono mai rimaste incinte o non hanno mai avuto figli hanno un rischio doppio di menopausa prematura e del 30% in più di menopausa tra i 40 e 44 anni. Se si combinano entrambi i fattori, cioè menarca precoce e assenza di figli, il rischio di menopausa aumenta ulteriormente, di 5 volte rispetto a chi ha avuto il ciclo dai 12 anni in su, e doppio rispetto a chi ha avuto due o più figli.

Nei paesi ricchi la menopausa prima dei 40 anni colpisce il 2% delle donne, e quella tra i 40 e 44 anni il 7,6%. L'insieme di pubertà precoce e mancanza di figli fanno aumentare questo rischio rispettivamente al 5,2% e 9,9%. "Il messaggio è di pensare al momento della menopausa come un marcatore biologico dell'invecchiamento riproduttivo, che ha implicazioni per la salute e il rischio di malattie croniche. Se vogliamo migliorare la salute nell'età avanzata, dobbiamo pensare ai fattori di rischio per le donne, come questi", commenta Gita Mishra, coorinatore dello studio.

ANSAit

25-01-2017

http://www.ansa.it

Più rischio nascite pretermine con dieta vegana

Per carenza vitamina b12, soprattutto senza integratori

ROMA - Una dieta troppo povera di cibi da fonti animali può aumentare il rischio di nascite pretermine. Particolarmente vulnerabili sono in particolare coloro che seguono una dieta vegana e in parte quella vegetariana, soprattutto se non riescono a integrare un elemento chiave, la vitamina b12, la cui carenza può portare proprio ad un maggiore rischio di nascita del bambino prima del termine. Lo evidenzia una ricerca guidata da Tormod Rogne, dell'Akershus University Hospital, in Norvegia, pubblicata su American Journal of Epidemiology.

La ricerca ha monitorato oltre 11mila gravidanze (11.216) in 11 Paesi.

"Abbiamo rilevato che la carenza di questa vitamina è stata associata con un 21 per cento in più di rischio di parto prematuro", spiega Rogne. Oltre a sottolineare come una carenza di vitamina B12 possa anche essere dovuta a malnutrizione e povertà, gli studiosi evidenziano differenze sostanziali di cui tenere conto tra vegani e vegetariani, dando anche alcuni consigli.

"I vegani non mangiano tutti gli alimenti di origine animale e possono quindi diventare carenti di vitamina B12 se non prendono integratori - spiega Vibeke Videm, della Norwegian University of Science and Technology - mentre questa stessa carenza non è comune nei vegetariani che consumano latticini o uova, perché possono facilmente soddisfare le dosi raccomandate attraverso questi alimenti".

Ma di quanti latticini c'è bisogno? Secondo Videm, una combinazione di 30 centilitri di latte e 50-75 grammi di formaggio (5-8 fette) vanno bene al di fuori della gravidanza. Il formaggio può essere sostituito con quattro cucchiai di ricotta. Ma in gestazione meglio aggiungere un bicchiere di latte, 3-4 fette extra di formaggio o una buona porzione di yogurt.

quotidianosanità.it

Mercoledì 25 GENNNAIO 2017

Studio USA. Le e-cig non allontanano gli adolescenti dal fumo

Le e-cig fanno effettivamente fumare meno sigarette, ma non aiutano a smettere. Non solo; tra gli adolescenti questi device elettronici possono avere un appeal maggiore delle sigarette tradizionali, inducendo a svapare anche chi non sarebbe propenso ad accendere una "bionda".

(Reuters Health) – Uno studio statunitense sostiene che le sigarette elettroniche non sono legate a un calo nel fumo tra gli adolescenti. Non solo: le e-cig potrebbero allettare alcuni giovani che probabilmente non sarebbero attratti dalle sigarette tradizionali. Il fumo nei giovani è costantemente calato nell'ultimo decennio e non è stata osservata alcun incremento nella diminuzione dopo l'ingresso sul mercato delle sigarette elettroniche, almeno per quanto riguarda gli Stati Uniti.

"Vi sono forti evidenze negli adulti, e alcune più limitate nei giovani, che le sigarette elettroniche siano associate a un minor consumo di 'bionde', ma non a una maggiore disassefuazione del fumo", afferma il coautore dello studio, **Stanton Glantz**, direttore del Center for Tobacco Control Research and Education dell'Università della California di San Francisco."Il fatto è che fra i giovani, come accade con gli adulti, la maggior parte dei fumatori di sigarette elettroniche sono'doppi consumatori', fumani sia sigarette tradizionali che elettroniche", precisa Glantz. Tutte le grandi aziende di tabacco statunitensi stanno sviluppando sigarette elettroniche, dispositivi alimentati a batteria con un elemento riscaldante che trasforma la nicotina liquida e aromatizza una nuvola di vapore che i fruitori inalano. Negli ultimi dieci anni gli esperti di salute pubblica hanno dibattuto se questi oggetti potessero aiutare a smettere di fumare o se potessero costitutire un'alternativa più sicura al fumo delle tradizionali sigarette combustibili.

Lo studio
Nello studio pubblicato da Pediatrics, i ricercatori hanno analizzato dati raccolti su più di 140.000 studenti delle scuole medie e superiori tra il 2004 e il 2014. Durante il periodo di osservazione, la percentuale generale di adolescenti che hanno riferito di aver fumato è calata dal 40% al 22%. La percentuale di giovani che si sono identificati come fumatori è scesa dal 16% al 6% durante lo stesso periodo. Tuttavia, li tassi di fumo di sigarette tra gli adolescenti non è calato più rapidamente dopo l'arrivo delle sigarette elettroniche negli USA tra il 2007 e il 2009. Lo studio ha riscontrato che l'uso combinato di sigarette elettroniche e tradizionali negli adolescenti nel 2014 risultava maggiore rispetto al consumo totale di sigarette nel 2009. I ricercatori hanno anche esaminato le caratteristiche che potrebbero rendere gli adolescenti più a rischio di contrarre il vizio del fumo, come vivere con un fumatore o indossare indumenti con prodotti o loghi relativi ai brand del tabacco. Anche se gli adolescenti fumatori nello studio rispondevano spesso a questo profilo, quelli che usavano solo sigarette elettroniche non mostravano questi fattori di rischio.

Fonte: *Pediatrics 2017*

Lisa Rapaport

(Versione Italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

26-GEN-2017
da pag. 35
foglio 1
www.datastampa.it

FOCUS SALUTE E BENESSERE

MEDICINA

ASSOSALUTE

Obiettivo numero uno: ridurre la spesa sanitaria Con più informazione

L'importanza di una corretta automedicazione a partire dai giovani. Le abitudini degli italiani

Fabrizio de' Marinis

■ Cultura della salute ed educazione sanitaria sono gli elementi fondamentali per avere un cittadino consapevole e responsabile sulle proprie scelte di benessere. Abituare i giovani a una maggiore attenzione alla propria salute e a uno stile di vita sano è la scommessa, da fare oggi, per avere una popolazione più sana domani. Temi, questi, che possono pesare in modo non indiretto sull'abbattimento della spesa sanitaria nazionale, valutata nel corso del 2016, da Cergas Bocconi, con un risparmio vicino ai 900 milioni di euro l'anno.

Ecco allora il primo Forum sull'Automedicazione, destinato a ripetersi negli anni a venire, promosso da Federchimica Assosalute, con la partecipazione di aziende, istituzioni, mondo della ricerca e con la presenza di Cittadinanzattiva, e delle federazioni di categoria, Federfarma, Fenagifar, Fimmg, Fnpi, Fofi e Simg. Presentati, per l'occasione, un documento programmatico, il nuovo portale, rivolto ai cittadini, sull'automedicazione *(www.semplicementesalute.it)* e una ricerca molto articolata, che ha fotografato le abitudini di salute e auto-cura di un campione di popolazione compresa tra 18 e 28 anni. Una scelta non casuale quella di indagare il mondo dei giovani, in quando saranno i cittadini del futuro sui quali investire, per un appropriato e sostenibile sviluppo del nostro sistema sanitario.

E i giovani non sono affatto insensibili al problema. Il 60% degli intervistati afferma di risolvere i comuni disturbi o sintomi lievi in autonomia, ricorrendo ai farmaci senza obbligo di ricetta, e riconoscendo nel medico e nel farmacista dei professionisti cui chiedere consiglio in caso di bisogno. È stata, inoltre, rilevata una elevata tendenza a informarsi su argomenti relativi alla salute (64% del campione).

«Il Forum di Milano - spiega Agnès Regnault, presidente di Federchimica Assosalute, associazione nazionale farmaci di automedicazione, che riunisce aziende italiane e internazionali operanti in Italia - vuole diventare un appuntamento annuale che rafforzi il dialogo con tutti i protagonisti del sistema salute. Ci auguriamo di poter costruire una collaborazione di valore, con tutti gli attori coinvolti, che conduca a una posizione congiunta a favore della corretta automedicazione. Sono certa che i punti contenuti nel documento di programma presentato, possano divenire progettualità concrete che aiutino i cittadini a operare scelte informate e guidate e rappresentare un passo importante, verso la valorizzazione economica e sociale del settore a sostegno della salute individuale e del sistema nazionale italiano». Un settore, questo, che vale 5,6 miliardi e che, se razionalizzato, può portare molti vantaggi nella gestione della spesa.

I giovani non sono insensibili al problema. Il 60% degli intervistati afferma di risolvere i comuni disturbi o sintomi lievi in autonomia, con farmaci senza obbligo di ricetta

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 25 GENNNAIO 2017

Si accelera sulla responsabilità professionale. Testamento biologico in Aula entro metà febbraio. È invece in stallo il ddl Lorenzin

I provvedimenti sono tutti e tre all'esame della Camera. Ma mentre per responsabilità professionale e testamento biologico i lavori sembrano procedere celermente, per il disegno di legge sulle sperimentazioni cliniche e il riordino degli Ordini professionali ci sono dei problemi soprattutto per il riconoscimento di nuove professioni sanitarie. Al momento una sola cosa è certa: il testo verrà modificato.

La commissione Affari sociali della Camera in queste settimane è al lavoro su diversi provvedimenti di grande rilievo: dal disegno di legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure al testamento biologico, fino al ddl Lorenzin sulla riforma degli Ordini e le sperimentazioni cliniche. Proviamo a fare il punto della situazione sull'andamento dei lavori.

Priorità al ddl Gelli. Dopo l'approvazione in seconda lettura da parte del Senato, il ddl sulla responsabilità professionale è stato incardinato la scorsa settimana in XII commissione. Il termine per la presentazione degli emendamenti è stato fissato per le ore 14 di giovedì 26 gennaio. Dalla prossima settimana inizierà quindi - probabilmente da mercoledì - l'esame delle proposte di modifica che dovrebbe concludersi rapidamente entro il 2 o il 3 febbraio. Il testo, che rimarrà quello licenziato dal Senato, dovrebbe sbarcare in Aula tra la metà e la fine di febbraio per una rapida approvazione.

Testamento biologico. Per quanto riguarda il ddl sul testamento biologico, l'asse Pd-M5S già la scorsa settimana ha provato ad accelerare i tempi per riuscire a portare in Aula il Testo unico entro la scadenza inizialmente calendarizzata per il prossimo 30 gennaio. I tempi stringono e, data la difficoltà di riuscire a concludere l'esame dei 265 emendamenti ammessi dall'Ufficio di presidenza, è stata già chiesta una proroga di due settimane per la presentazione in Assemblea. Il dibattito dovrebbe quindi anche in questo caso iniziare verso la fine del prossimo mese.

Il 'nodo' ddl Lorenzin. In ordine di tempo, il ddl Lorenzin sulla riforma degli Ordini e le sperimentazioni cliniche verrà per ultimo. Una scelta dettata anche dalle difficoltà registrate in commissione Affari sociali sul testo approvato dal Senato. Il percorso si preannuncia tutt'altro che semplice e, al momento, come riferito da fonti parlamentari Pd, una sola cosa sembra certa, il testo subirà delle modifiche: verrà eliminato il riferimento all'aggioramento dei Lea, ormai superato dall'approvazione del Dpcm, e ci saranno cambiamenti sulle questioni riguardanti gli Ordini e le professioni. I problemi principali, infatti, verterebbero proprio sul riconoscimento di nuove professioni. La questione è stata già affrontata la scorsa settimana in un incontro tra i due presidenti delle commissioni Sanità di Camera e Senato, rispettivamente Mario Marazziti ed Emilia Grazia De Biasi.

Il testo, dunque, difficilmente approderà in Aula prima del prossimo aprile. L'approvazione definitiva del provvedimento dipenderà poi anche dall'odierna sentenza della Consulta sulla legge elettorale, e quindi dalla tempistica del prossimo ritorno alle urne. In caso di elezioni prima dell'estate, infatti, considerando che mancherebbe un ulteriore passaggio parlamentare al Senato dopo le modifiche che verranno apportate a Montecitorio, diventerebbe molto difficile riuscire ad approvare per tempo la riforma.

Giovanni Rodriquez

InQuad Evaluation 01/25/2017

25 gen 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Ricerca
Giovani ricercatori
Malattie e disturbi dell'occhio
Medicina generale

MEDICINA E RICERCA

Senza investimenti la ricerca italiana continuerà a fare le valigie

di *Mario Stirpe (presidente Irccs Fondazione G.B.Bietti)*

L'importanza della ricerca scientifica per lo sviluppo culturale e sociale di una nazione non è stata sufficientemente compresa dalle competenti autorità Politiche e Amministrative del nostro Paese e conseguentemente dall'opinione pubblica che non è mai stata sufficientemente sensibilizzata. L'Italia risulta essere tra i paesi europei nelle posizioni più arretrate per quanto riguarda la percentuale del prodotto interno lordo investito nella ricerca scientifica. Questo investimento a medio e lungo termine, coinvolgendo i vari campi del sapere, non mancherebbe di fornire brillanti risultati se i programmi di ricerca fossero giustamente e sapientemente finalizzati.
L'esperienza ha dimostrato che non può esservi progresso in una società se non vi è ricerca scientifica. È vero che ogni Paese può avvalersi dei risultati ottenuti da altri, ma questo atteggiamento di sapore parassitario ha un prezzo elevatissimo ed è motivo di giudizi squalificanti da parte delle altre comunità. Il denaro che non viene investito in ricerca sarà poi necessariamente speso in misura molto maggiore per l'acquisto di brevetti o per l'importazione di strumenti, metodiche, ed altro risultato della ricerca altrui.
Per realizzare una pubblicazione scientifica degna di tal nome, occorrono alcuni ingredienti essenziali: i cervelli per pensare, le motivazioni e non ultimi i mezzi finanziari. Senza l'opportuna disponibilità finanziaria qualsiasi idea, anche se geniale, rimane solo un protocollo di ricerca che non verrà mai utilizzato.
In Italia i cervelli non mancano ma quando un giovane ricercatore ha idee e prova un'intensa motivazione per realizzarle è costretto a rivolgersi a chi gli fornisce i mezzi per realizzare i suoi progetti. È inutile ripetere che molto spesso tali mezzi vengono forniti oltreconfine, e cosi il nostro Paese continua a perdere gli elementi che avrebbero dovuto rinnovare la struttura portante dello Stato.

Non è possibile infatti condurre una seria indagine scientifica senza una adeguata disponibilità economica. Gran parte dei protocolli di ricerca specie se finalizzati a problematiche di natura bio-medica necessitano di strumentazione costosa ed in continua evoluzione, di personale tecnico, di laboratori, stabulari e altro il cui allestimento e la cui manutenzione richiedono una spesa consistente e spesso protratta nel tempo.
Nell'erogazione dei finanziamenti lo Stato è da tempo molto carente oltre che per l'entità delle somme destinate soprattutto per le modalità con cui queste vengono distribuite.
Per mantenere il bilancio le risorse dell'Università, dalle quali dovrebbe provenire gran parte della ricerca scientifica, sono spesso deviate verso un'attività di carattere eminentemente ospedaliera.

Il ruolo degli Irccs
Nelle materie mediche in Italia vi è un numero limitato di Istituti controllato dal ministero della Salute: gli Irccs alcuni dei quali di diritto privato. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico adempiono a funzioni del tutto peculiari nell'ambito del Sistema sanitario nazionale in quanto identificano nel malato un soggetto da curare ma nel contempo da sottoporre a studi ed indagini di carattere squisitamente scientifico. La stessa ricerca di base deve avere una finalità "traslazionale", cioè propedeutica alla soluzione del problema clinico-terapeutico del paziente. L'Irccs Fondazione Bietti da me

HiQPdf Evaluation 01/25/2017

presieduto è tra questi ed è dedicato alla ricerca e allo studio delle patologie oculari e fra queste predilige quelle che provocano i danni più devastanti e che costituiscono pertanto un problema di rilevanza socio-economico.
È un esempio di eccellenza non solo di tipo scientifico e clinico, per la sua attività nel settore dell'oftalmologia, ma anche di tipo gestionale per il modello di integrazione con il Servizio nazionale sanitario. In seguito ad un accordo raggiunto con l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata la Fondazione ha investito, nel corso di questi anni presso l'Ospedale Britannico una ingente quantità di risorse economiche per lo sviluppo e il mantenimento delle attività a totale favore del Servizio sanitario regionale. L'importante contributo economico finanziario è stato possibile grazie alla notevole capacità di attrazione di capitali privati da parte della Fondazione Bietti per il riconoscimento della sua attività scientifica oltre che assistenziale. In tale contesto l'unione con la Fondazione Roma presieduta da Emmanuele Emanuele, oggi presidente onorario della Fondazione Bietti stessa è risultata elemento determinante per l'espansione dell'Istituto.

La Fondazione Roma ha sostenuto tutte le attività sia di tipo scientifico che assistenziale dell'IRCCS Fondazione Bietti dotandolo di un patrimonio strumentale non secondo a quello dei più importanti Istituti Internazionali.
L'organizzazione strutturale della Fondazione Roma grazie alla quale, con opportune scelte, vengono supportate in maniera continuativa attività nel campo dell'arte, della ricerca e della assistenza costituisce un modello adottato in maniera diversa da Istituzioni, non molte, di diritto privato localizzate per lo più nell'Italia del nord. È questa la chiave di comprensione della preponderante presenza degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico proprio in questa parte dell'Italia che rimane maggiormente privilegiata.
Dopo tante esperienze sarebbe illusorio pensare ad un ravvedimento dello Stato, ma sarebbe almeno augurabile che lo Stato stesso rendesse meno difficili le meritorie attività non lucrative oggi spesso ostacolate da una burocrazia divenuta frequentemente ostativa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

LAVORO E PROFESSIONE
14 Settembre 2015
Osteopati, non sono figli di un Dio minore

IMPRESE E MERCATO
16 Settembre 2015
Le frontiere e le sfide della salute nell'era delle tecnologie

EUROPA E MONDO
07 Gennaio 2016
Ricerca, l'Italia è ancora nella top 10. Ma perde talenti

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2016: 25.000
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

IL FOGLIO
inserto

Dir. Resp.: Claudio Cerasa

26-GEN-2017
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Quella medicina (non amara) che si chiama ricerca

FARMACI, SALUTE E CULTURA SCIENTIFICA. COSA FA IL MARIO NEGRI. FORUM COL PROF. GARATTINI

Duro con i pediatri che si oppongono le vaccinazioni: "Sono da espellere dal'Ordine dei medici". Sarcastico con un sistema (europeo) che mette sul mercato farmaci sicuri, per qualità, efficacia e sicurezza (come prevede la legge), ma senza un vero valore aggiunto terapeutico. Preoccupato per lo smog sottovalutato, "c'è relazione tra aumento dell'inquinamento e mortalità". E soprattutto rottamatore del pensiero unico dell'ovvio: contro chi non usa lo zucchero, contro chi non dà la carne ai bambini, contro, addirittura, chi diffonde la cultura dell'oroscopo, "una tv di stato non dovrebbe proporli, così ci allontaniamo dalle verità". Contro, soprattutto, una cultura e una pratica informativa ancora molto antiscientifiche, che spacciano opinioni false come fossero dati misurabili: dall'ostracismo sugli ogm al veganesimo, ai vari casi Stamina. Silvio Garattini, classe 1928, al Forum del Foglio. Garbato e polemico sul futuro, forte sostenitore del Servizio sanitario nazionale, "da preservare e tutelare". Un testimone dell'eccellenza della ricerca milanese, tutt'altro che rivolto al passato.

E' il 1957 quando il fondatore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri ha la possibilità di visitare ospedali e laboratori farmaceutici negli Usa. Una folgorazione. "Sono rimasto stupito. In Italia la ricerca era considerata un'attività accessoria, negli Stati Uniti una vera professione. Avevo due scelte: rimanere là o ritornare in Italia e cambiare le cose". E' nato così l'Istituto farmacologico Mario Negri nel 1963. L'incontro tra il gioielliere milanese Mario Negri, filantropo con la passione della medicina, e il giovane medico ricercatore Silvio Garattini, nei corridoi della facoltà di Medicina, è stato determinante per la vita di questi due visionari. L'imprenditore nel '60 scopre di avere un tumore e pochi mesi di vita. All'apertura del testamento, Garattini scopre che Negri gli ha lasciato 100 milioni di lire e le azioni di una ditta farmaceutica. Nel 1963 Garattini inaugura l'Istituto di ricerca. "Da allora ci occupiamo di ambiente, malattie rare, tumori e tante altre cose. Facciamo formazione, informazione e ricerca. Oggi la ricerca in Italia non va bene. Abbiamo dei bravissimi ricercatori, ma sono pochi, la metà della media dei ricercatori europei. In media l'Europa investe il 2,3-2,4 per cento del pil, noi ci avviciniamo all'1,2. Ma nemmeno è un dato corretto, perché il 50 per cento dei fondi pubblici delle universitari nominalmente a vantaggio della ricerca sono molto meno. Dovremmo avere il doppio di ricercatori". La ricerca in Italia è stata abbandonata. Non a Milano, non in Lombardia, ma sul totale del paese la media si abbassa fortemente. E pensare che – dati Ue – con un euro speso in ricerca ritornano alla collettività 23 euro in innovazione, in pil. Senza ricerca non c'è futuro. "A Milano non bastano moda e design". Un dato in controtendenza, a Milan: "Abbiamo invece tanti donatori. Basta pensare alla Airc, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro. Lo stesso Mario Negri è stato ed è sostenuto dai donatori. Settecento dipendenti e tre istituti non sono pochi". Con la stridente contraddizione, comune ad altre istituzioni simili, di 280 mila euro di Imu pagati allo stato. "Una botta e una beffa". Garattini sogna una Milano piena di laboratori con giovani in camice bianco al microscopio. E spera che l'Ema, l'Agenzia europea del farmaco, traslochi da Londra a Milano. "Sarebbe fantastico. Mille dipendenti, tanti posti di lavoro nuovi, formazione. Ma bisogna trovare subito una location adatta. Il Pirellone andrebbe benissimo", dice – anche se Giovanni Azzone, che ora guida Arexpo, ha in mente il Palazzo Italia. L'Ema attirerebbe a Milano tutte le aziende farmaceutiche europee. Una rivoluzione e un'opportunità per il mercato e la ricerca. Ma la concorrenza è forte.

L'Isituto Mario Negri fa molte cose, per la città non solo. E sforna metodologie di ricerca che poi vengono copiate nel mondo. Ad esempio ha studiato il fenomeno inquinamento attraverso il controllo delle fogne. I ricercatori hanno cercato residui di salbutomolo, un principio chimico contenuto negli spray per i malati di asma. Risultato? A un aumento delle polveri sottili a Milano corrisponde un aumento di salbutomolo. Lo studio delle acque fognarie era già stato utilizzato per monitorare l'utilizzo di droghe: cocaina, cannabis, anfetamine. "Abbiamo esportato il know how. Dal punto di vista scientifico un successo dei ricercatori del Mario Negri. Si può raccontare una città partendo dalle fogne. Inutile dire che Amsterdam è risultata la città europea più a rischio droghe". Il Mario Negri, ama precisare Silvio Garattini, non brevetta. È tutto a disposizione. Programmi, studi, ricerche. Un'assoluta trasparenza lontano dalle sirene delle aziende farmaceutiche. "Così siamo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2016: 25.000
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

IL FOGLIO
inserto

Dir. Resp.: Claudio Cerasa

26-GEN-2017
da pag. 2
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

più liberi. Ci devono spiegare come mai un farmaco sotto brevetto costa più di un altro di medesima resa? I farmaci incidono nella spesa sanitaria per il 17,1 per cento nel 2016. Prima eravamo al 14,85 per cento. Un miliardo e 600 milioni in più. E' troppo, è eccessivo".

Un istituto indipendente come il Mario Negri potrebbe fare da modello sul ruolo che potrebbe svolgere un'autorità terza, se venisse istituita. La realtà e che l'Ema, così come l'Aifa, non sono autorità terze e possono svolgere tale ruolo. Eppure: "Serve più appropriatezza sulla prescrizione – dice il professore – prendiamo gli antitumorali, che stanno facendo lievitare la spesa farmaceutica. Si immette sul mercato un farmaco che non ha in generale un valore aggiunto: ad esempio, una volta assunto non allunga la vita. Che senso ha? C'è una spesa esagerata e una informazione in mano ai 20 mila informatori farmaceutici. Certo, abbiamo fatto passi da gigante. Negli anni '50 per l'approvazione di nuovi farmaci bastava la firma di cinque primari d'ospedale". Al fondo c'è un problema culturale, che Garattini evidenzia parlando di un tema assai dibattuto oggi, i vaccini. Se le organizzazioni mondiali e nazionali della salute sostengono che è' una follia non vaccinarsi, non vedo perché si debba aprire un dibattito. E' sbagliato. Certo, non c'è l'obbligatorietà della vaccinazione, ma è anche vero che per avere l'immunità generalizzata si deve vaccinare il 95 per cento della popolazione". Garattini offre un ordine di grandezza per capire il problema: in Europa , l'Italia ha avuto il più alto numero di bambini malati di morbillo. "Si, credo sia un problema culturale. Lo ripeto. Come per gli ogm. Dobbiamo capire i fattori di rischio. Dobbiamo essere più scettici, critici. Non più creduloni". Infine, il sistema della Sanità. che ne pensa della riforma sanitaria lombarda targata Maroni? Garattini individua i due nodi: le liste d'attesa e i pronto soccorso. "L'idea di far lavorare insieme i medici di Medicina generale e quelli dell'ospedale, è giusta. Ad esempio sulle cronicità. Bisogna liberare gli ospedali dai malati cronici con lievi patologie e trasferire gli interventi alla Medicina generale sul territorio". Su questo, il giudizio è positivo. Poi c'è la faccenda delle liste da accorciare. Qualcosa si sta facendo, ma Garattini ha da sempre una posizione critica su un aspetto che, a suo avviso, complica anche questo aspetto.: "Io eliminerei l'intramoenia".

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

26-GEN-2017
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

èVita

«NUTRIZIONE ASSISTITA? NON È UNA TERAPIA» I MEDICI DI FRONTE AL NODO DELLA NORMA

«Nutrizione assistita? Non è una terapia»

Neurologi, palliativisti e oncologi a confronto sul nodo centrale (e più discusso) del progetto di legge sulle Dat

di Enrico Negrotti

Uno dei punti più controversi del disegno di legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento in discussione alla Commissione Affari sociali della Camera è la norma che permette – «in previsione di una propria futura incapacità di autodeterminarsi» – di rifiutare nutrizione e idratazione artificiali, peraltro senza indicare con precisione in quali circostanze. Il dettato dell'articolo 3 comma 1 del testo unificato all'esame dei deputati della commissione riprende la specificazione dell'articolo 1 comma 5 che – richiamando il dettato costituzionale – ricorda il diritto del paziente a rifiutare qualunque tipo di cura, «ivi incluse la nutrizione e l'idratazione artificiali».

Un tema che è stato richiamato lunedì anche dal cardinale **Angelo Bagnasco**, nella sua prolusione al Consiglio permanente della Cei: «Ci preoccupano non poco le proposte legislative che rendono la vita un bene ultimamente affidato alla completa autodeterminazione dell'individuo, sbilanciando il patto di fiducia tra il paziente e il medico. Sostegni vitali come idratazione e nutrizione assistite, ad esempio, verrebbero equiparate a terapie, che possono essere sempre interrotte». Dubbi sull'equiparazione della nutrizione artificiale a un trattamento medico sono state espresse, ancora pochi giorni fa su *Avvenire* da **Paolo Maria Rossini**, direttore dell'area di Neuroscienze al Policlinico Gemelli di Roma, che puntualizzava come le attuali sacche alimentari per la nutrizione artificiale non siano altro che un'evoluzione dei vecchi «siringoni» con cui i familiari somministravano frullati di cibo e acqua ai loro cari: «Il principio di considerare la somministrazione di cibo e acqua come un intervento medico mi lascia molto perplesso».
Dello stesso parere è **Umberto Tirelli**, primario oncologo dell'Istituto dei tumori di Aviano (Pordenone), che opera una distinzione: «In generale credo che idratazione e alimentazione debbano essere date a tutti. Ma non è la stessa cosa avere a che fare con un paziente con una malattia evolutiva, come un tumore cerebrale, e una persona in stato vegetativo persistente». Piuttosto che affidarsi a un testo di dichiarazioni anticipate redatte quando si sta bene e non si può prevedere il futuro «trovo preferibile affidarsi a un medico di fiducia, cui far sapere i propri orientamenti. Del resto anche le proprie opinioni possono variare molto con il tempo». «Molto diverso – sottolinea Tirelli – è somministrare morfina a un paziente terminale, che può morire qualche giorno prima, rispetto a sottrarre idratazione e alimentazione a una persona in stato vegetativo: la facciamo morire, pur non sapendo come si sta in quelle condizioni. E ignoriamo anche se appartiene a quella quota di

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

26-GEN-2017
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

persone che si risveglieranno, magari dopo qualche anno».
Chiede di evitare confusioni **Augusto Caraceni**, direttore della Struttura complessa di Cure palliative dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano: «Bisogna evitare di far credere che sia necessaria una legge sull'eutanasia perché stiamo introducendone alcune fattispecie, perché non è vero. Rispettare la volontà del paziente, anche per trattamenti salvavita, è coerente con le norme deontologiche mediche, oltre che con la Costituzione. E quindi anche in caso di incapacità di intendere e volere. La sospensione delle cure è cosa molto diversa dal prevedere l'eutanasia: non è corretto nemmeno confonderla con la sedazione terminale». Anche perché occorre fugare altri dubbi: «Se un paziente è incosciente e non ha lasciato dichiarazioni anticipate di trattamento considerare terapia la nutrizione e l'idratazione potrebbe far sorgere il dubbio al medico se considerarli trattamenti futili. In realtà, deve prevalere un ragionamento che tenga in conto sempre la proporzionalità del trattamento, non se deve essere considerata nutrizione o terapia».
Preoccupato **Giovanni Battista Guizzetti**, responsabile da oltre vent'anni del reparto Stati vegetativi del Centro Don Orione di Bergamo, che contesta alla radice la logica della legge: «È molto diverso decidere adesso che voglio rifiutare una cura piuttosto che dire che la rifiuterei se fossi in una determinata condizione ma nell'incapacità di intendere e di esprimermi, e quindi nell'impossibilità di far sapere la mia volontà». Sullo specifico della nutrizione e idratazione può vantare una lunga esperienza di cura: «In tanti anni nessuno è mai venuto a chiederci di sottoporre il proprio parente a una scelta tanto inumana. Abbiamo la certezza che si tratti di persone che percepiscono il dolore: stiamo cercando di far operare un uomo che soffre di calcoli renali, vediamo come reagiscono alle carezze e alle voci dei loro cari». «Noi – conclude Guizzetti – cerchiamo di svolgere il nostro compito di medici, che operano in scienza e coscienza per il bene del nostro paziente. E queste gravi disabilità interpellano nel profondo anche noi medici sul senso del nostro lavoro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

26-GEN-2017
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Oms. L'Italia resta fuori dalla terna finale

Flavia Bustreo era tra i candidati alla direzione generale dell'Organizzazione mondiale della sanità: «Continuo a lottare per l'accesso alle cure»

EMANUELA CITTERIO

Non ce l'ha fatta per un soffio Flavia Bustreo, prima candidata italiana della storia alla direzione generale dell'Organizzazione mondiale della sanità. Cinquantacinque anni, medico, epidemiologa originaria di Camposampiero in provincia di Padova, era tra cinque candidati in lizza, ma ieri il comitato esecutivo dell'agenzia Onu con sede a Ginevra, al termine di un lungo processo di selezione, non l'ha inserita tra i tre finalisti.

A fine maggio l'Assemblea generale dell'Oms dovrà scegliere fra Tedros Adhanom Ghebreyesus (Etiopia), David Nabarro (Regno Unito) e Sania Nishtar (Pakistan) il nuovo direttore generale che il primo luglio sostituirà la cinese Margaret Chan.

Bustreo, che dal 2010 è vicedirettore generale per la Salute della famiglia, delle donne e dei bambini presso l'Oms, è una che però vede il bicchiere mezzo pieno. «Lavoro in questo campo da vent'anni e ho assistito a progressi straordinari, soprattutto nella lotta alla mortalità infantile e materna nel mondo. La prima si è ridotta di oltre il 50 per cento dal 1995 ad oggi, anche se c'è ancora molto da fare». Restano in effetti molte sfide aperte. Una su tutte, afferma Bustreo, è l'equità dell'accesso alle cure. «Era tra i punti principali del mio programma e sono ancora convinta che su questo l'Italia abbia qualcosa da insegnare», afferma. «Il diritto alla salute è nel nostro Dna, c'è nella Costituzione e siamo riusciti a tradurlo in realtà attraverso la nostra riforma del sistema sanitario del '78. È un principio che andrebbe tutelato sempre, ma purtroppo in molti Paesi questo concetto non è accettato, e la salute è un privilegio di chi può permetterselo».

Il nuovo direttore generale, chiunque sarà, dovrà affrontare anche la riforma organizzativa dell'Oms, per rendere l'agenzia più agile nella risposta alle emergenze. «L'epidemia di Ebola in Sierra Leone, Guinea e Liberia del 2014, per fare un esempio, ha evidenziato la debolezza del sistemi sanitari dei tre Paesi coinvolti ma anche della risposta internazionale, tra cui la capacità dell'Oms di reagire tempestivamente nel coordinare la risposta», sottolinea Bustreo.

«Questa priorità è importantissima perché nel mondo in cui viviamo la salute non è più solo di interesse di ciascun Paese: le epidemie possono sorgere in aree remote e, con la mobilità delle persone, trasferirsi in maniera molto rapida in altre parti del mondo. Servono quindi capacità di sorveglianza, rapida identificazione e capacità di risposta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Flavia Bustreo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 338.556
Diffusione 09/2016: 285.200
Lettori Ed. II 2016: 1.369.000
Settimanale - Ed. nazionale

FAMIGLIA CRISTIANA

Dir. Resp.: Antonio Rizzolo

29-GEN-2017
da pag. 28
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

TUTELARE IL DIRITTO ALLA SALUTE È GIUSTO. MA PER TUTTI

CON I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA IL GOVERNO RITOCCA LE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. MA FECONDAZIONE ETEROLOGA E CURA DELLE LUDOPATIE SUSCITANO DUBBI

di **Alberto Bobbio**

Si chiamano Lea, acronimo di Livelli essenziali di assistenza, e servono per garantire a tutti i cittadini le prestazioni e le cure del Servizio sanitario nazionale, in via gratuita o pagando un ticket. Sono il pilastro sul quale si regge il diritto alla salute, tutelato, primo caso nel mondo, dalla Costituzione italiana all'articolo 32.

I Lea sono come un paniere e dentro ci sono i servizi e le prestazioni (oltre seimila tipologie!) che si possono ricevere per curare le malattie. Naturalmente cambiano, si aggiornano, si precisano. Ma era da molto tempo che non avveniva. O meglio, ci avevano provato Prodi e poi Monti, ma tutto si era arenato per divergenze sui costi e per i soliti ingarbugli politici. I Governi Letta, Renzi e, ora, Gentiloni, sulla base di quanto hanno fatto i predecessori, sono finalmente riusciti ad aggiornare il paniere: dentro nuove malattie, in soffitta prestazioni vetuste, attenzione maggiore a quelle con costi alti, accertamenti più appropriati e meno risorse per esami inutili.

Doveva essere fatto prima? Sicuramente. Vero è che non è facile mettere d'accordo i tecnici della salute e poi gli arcigni controllori dei conti pubblici del ministero dell'Economia e delle finanze e delle magistrature contabili. Il ministro per la Salute Lorenzin ce l'ha fatta e ha promesso che i Lea d'ora in avanti saranno rivisti periodicamente, come per altro una legge dello Stato già stabiliva anni fa. In gioco c'è la garanzia del diritto alla salute, che dall'entrata in vigore della Costituzione (e non, come spesso si è sentito affermare, dalla riforma del titolo V del 2001) è materia concorrente dello Stato e delle Regioni. Nel senso che entrambe devono concorrere ad assicurarla, lo Stato disegnando la cornice e le scelte fondamentali, le Regioni gestendo la sanità e facendola funzionare. Si è visto che è difficile.

Ci sono Regioni virtuose e altre meno, si sprecano risorse e si scivola sulla garanzia dell'articolo 32, cosicché

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 338.556
Diffusione 09/2016: 285.200
Lettori Ed. II 2016: 1.369.000
Settimanale - Ed. nazionale

FAMIGLIA CRISTIANA

Dir. Resp.: Antonio Rizzolo

29-GEN-2017
da pag. 28
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

il Censis calcola che i cittadini, non trovando risposte nel Sistema sanitario nazionale, abbiano speso 34 miliardi di euro di tasca propria o abbiano deciso di non curarsi. L'Italia rischia di cambiare sistema e di tradire la Carta?

NON SOLO I RICCHI. Se prestazioni, cure e strutture sanitarie mancano di efficienza e appropriatezza, se vi sono larghe disparità tra le Regioni, se le liste d'attesa sono infinite, se gli ospedali sono poco sicuri, ecco che si affaccia il cosiddetto "secondo pilastro", quello privato, quello per cui alla fine solo i ricchi si curano. I Lea dovrebbero essere la garanzia che tutto ciò non accada, che anche nei territori dove tanti servizi pubblici non funzionano o funzionano male almeno l'essenziale delle cure sanitarie si salvi. Ma il loro governo virtuoso è complesso.

I CITTADINI, NON TROVANDO RISPOSTE PUBBLICHE, HANNO SPESO 34 MILIARDI DI EURO DI TASCA PROPRIA O NON SI SONO CURATI

Per esempio Cittadinanzattiva denuncia che aumentano sì le prestazioni, ma anche i ticket, che è giusto mettere ordine ma è sbagliato cancellare dai Lea dispositivi come i plantari solo perché se ne prescrivono troppi. Insomma, se la coperta è corta qualcosa resta al freddo e il diritto alla salute inciampa da qualche parte. Occorre avere invece uno sguardo sull'intero orizzonte della cura, che è fatto non solo di prestazioni sanitarie, **ma anche di prevenzione sociale riguardo ai comportamenti, agli atteggiamenti e ai desideri.**

Nei Lea è stata inserita la fecondazione eterologa. C'è la ludopatia, la cura dei danni provocati dal gioco compulsivo. Ma il Governo intanto non finanzia la legge sulle adozioni e continua a esercitare la lucrosa attività di Stato biscazziere, inconsapevole che prevenire è meglio che curare e che sui desideri, per evitare di essere asserviti alla moda o al mercato, occorre più e non meno sorveglianza.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

25-01-2017

Lettori
57.304

http://www.corriere.it/salute/

IL BILANCIO

Influenza, superato il picco: colpiti 3,4 milioni di italiani, 19 i morti

Continuano ad aumentare le forme gravi e complicate, soprattutto in persone che soffrono di malattie cardiovascolari, respiratorie croniche, diabete e obesità

di Laura Cuppini

3,4 milioni di italiani colpiti, 19 anziani morti: è il bilancio (provvisorio) di questa stagione influenzale, che comincia la fase decrescente. Il picco endemico è stato superato, anche se - secondo il rapporto epidemiologico InfluNet - nella scorsa settimana ha costretto a letto 458mila persone. Il numero di casi è stato pari a 7,55 per mille assistiti, a fronte degli 8,59 della settimana precedente. Le zone più colpite sono Val d'Aosta, provincia autonoma di Trento e Sardegna. Quella infantile è la fascia in cui il virus circola più facilmente: dal 16 al 22 gennaio tra i bambini sotto i 5 anni l'incidenza è stata di 19,27 casi per mille assistiti.

Il virus A/H3N2

Continuano ad aumentare le forme complicate, che hanno causato la morte di 19 anziani: quattro nell'ultima settimana, colpiti dal virus A/H3N2. Dall'inizio dell'epidemia i casi gravi sono stati 96. Quasi tutti i casi gravi (94%) e tutti i decessi (100%) presentavano almeno una patologia cronica pre-esistente, come malattie cardiovascolari (70%), respiratorie croniche (62%), diabete (46%), obesità (17%). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), il virus A/H3N2 è predominante e la maggior parte dei virus circolanti è simile a quelli contenuti nei vaccini. In Europa, conferma l'Oms, l'attività influenzale è stata elevata, e «le persone di età superiore ai 65 anni sono state quelle più frequentemente associate a forme gravi di infezione».

Raffreddore o influenza?

A volte l'influenza può essere confusa anche con un semplice raffreddore: per questo i Centers for disease control statunitensi hanno pubblicato online una guida per imparare a distinguere i sintomi. Il raffreddore si manifesta più gradualmente, mentre l'influenza è improvvisa, spesso accompagnata da dolori, brividi e febbre, che invece sono insoliti o rari nel raffreddore. I sintomi comuni del **raffreddore** sono: starnuti, naso chiuso, mal di gola, tosse secca e a volte un po' di spossatezza. L'**influenza** è di solito accompagnata da febbre (o dal sentirsi febbricitante), con brividi, tosse, mal di gola, naso che cola, dolori muscolari, mal di testa, stanchezza, e in alcuni casi (anche se più comuni nei bambini) vomito e diarrea. Di solito passa in pochi giorni o comunque dura meno di due settimane, ma possono svilupparsi alcune complicazioni, come polmonite, bronchite, sinusite e infezioni dell'orecchio. L'influenza inoltre può far peggiorare i problemi di salute cronica, come l'asma o le insufficienze cardiache.

Quando preoccuparsi

Le persone più a rischio per le complicazioni dell'influenza sono gli anziani dai 65 anni in su, i malati cronici, le donne incinte e i bambini. I segnali di "allarme" dell'influenza per cui è bene rivolgersi al medico sono: nei bambini il respiro più faticoso, il colorito bluastro, poca sete, non interagire ed essere irritabili, febbre con eruzioni cutanee; negli adulti a preoccupare devono essere le difficoltà respiratorie, dolore al petto o all'addome, capogiri improvvisi, confusione, vomito persistente e sintomi che migliorano ma poi ricompaiono, con febbre e tosse peggiorata. Nel caso di neonati si aggiungono l'incapacità di mangiare, le difficoltà respiratorie, il pianto senza lacrime e pannolini meno bagnati del solito.

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
HiQPrd Evaluation 01/25/2017
ABBONATI ACCEDI

25 gen 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Prestazioni sanitarie
Medicina generale
Guardia medica
Gravidanza, parto e puerperio

DAL GOVERNO

Bevere (Agenas): «Ecco le prossime sfide del Programma Esiti»

di *Roberto Turno*

Il Pne come leva per costruire la Sanità del prossimo futuro. È l'ambizioso obiettivo che ci racconta il direttore generale di Agenas, **Francesco Bevere**, in questa lunga chiacchierata. Vediamo come e perché. E quali saranno i prossimi step del Programma nazionale esiti. Con una sfida essenziale da vincere: l'organizzazione dei sistemi di cura.

Dottor Bevere, la sfida del Pne per Agenas va avanti e si arric chisce. Ma cos'è a questo punto il Pne?

Il Programma nazionale Esiti rappresenta un sistema dinamico e incrementale di valutazione delle performance del nostro sistema sanitario. Un programma che è andato via via consolidandosi e che ha ormai acquisito un ampio consenso da parte di quanti operano in sanità. Un consenso che deriva dalle modalità, scientificamente solide e ampiamente condivise, adottate per la scelta degli indicatori, per la loro rappresentazione e per l'attenzione costante alla qualità dei dati utilizzati.

Detto questo, qual è il check dello stato di salute del Ssn che ci consegna il Pne?

L'analisi dei risultati ha consentito di verificare lo stato del Ssn nel suo complesso e ha evidenziato la rilevante variabilità nella qualità dell'assistenza che tuttora esiste "tra e dentro" le Regioni. Ma le Sdo 2015 hanno mostrato un ulteriore miglioramento degli indicatori per i maggiori settori assistenziali: ortopedia, ostetricia e ginecologia, cardiologia e cardio-chirurgia, chirurgia generale. E anche la capacità di alcune regioni del Sud di intervenire efficacemente su molte di queste aree, avvicinandosi ai risultati ottenuti da quelle con migliori performance assistenziali.

Come dire: il Ssn "tiene", nonostante tutto.

In effetti, è possibile affermare che il sistema sanitario italiano ha saputo reggere anche in una situazione di crisi economica permanente, e che è possibile ridurre il gap esistente fra le diverse realtà regionali. Il quadro che emerge, voglio dire, è quello di una sostanziale tenuta del Ssn, che ha saputo mantenere i buoni risultati per la maggior parte dei settori clinici, con miglioramenti aggiuntivi per settori tradizionalmente critici, come le fratture dell'anziano e i parti cesarei.

Cosa è cambiato nell'ultima versione del Pne?

La versione 2016 del Pne è una notevole evoluzione rispetto a quelle precedenti e mette le basi per quelle che saranno le prossime sfide del nostro sistema di valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali. Infatti, sono già presenti alcuni dei temi che dovranno essere approfonditi ed estesi nei prossimi anni, dall'allargamento del panel di indicatori, all' apertura del Pne a rappresentazioni indirizzate ai cittadini, e non solo ai professionisti. Anche se non sono ancora sufficientemente rappresentati livelli assistenziali esterni al contesto ospedaliero. In questo senso, sarà fondamentale la disponibilità sempre maggiore di dati, la loro qualità e la diffusione omogenea sul territorio.

Quali saranno dunque i prossimi step?

I filoni principali saranno tre. Anzitutto l'aumento degli indicatori a copertura di settori clinici non considerati o ad integrazione di aree scarsamente rappresentate. Lo potremo fare anche grazie alla nuova scheda di dimissione ospedaliera per la costruzione di indicatori con una migliore definizione e capacità di analisi.

AnyPdf Evaluation 01/25/2017

Il secondo passo in avanti?

Sarà lo sviluppo di indicatori per il monitoraggio e l'analisi del grado di integrazione e di continuità dell'assistenza. L'enfasi crescente che viene data a modelli assistenziali fondati sull'integrazione multidisciplinare e multi-professionale richiede infatti il superamento della logica di assistenza per silos verticali.

Con quale obiettivo?

Con l'obiettivo di assicurare un'assistenza centrata su queste figure. Una delle maggiori sfide del prossimo futuro è pertanto quella di sviluppare indicatori in grado di rappresentare correttamente e di valutare l'effettiva capacità del sistema di assicurare che le diverse componenti assistenziali agiscano sinergicamente e sincronicamente. E che vi sia una reale continuità dell'assistenza nel tempo e fra diversi livelli assistenziali.

Terzo filone?

Lo sviluppo di indicatori per la valutazione dell'assistenza territoriale. Questo settore di attività è in parte contenuto e descritto nei punti precedenti, ma riveste un'importanza strategica specifica poiché, in applicazione a quanto stabilito dalla legge di Stabilità dello scorso anno, si prevede che anche le aziende territoriali debbano essere soggette a monitoraggio per verificare l'eventuale necessità di inserimenti in Piani di riqualificazione ed efficientamento nel caso in cui si manifestino criticità sul piano economico-finanziario o su quello assistenziale.

La trasparenza, l'accesso reale e continuo ai dati per i cittadini è non solo utile, ma indispensabile. E doveroso. In questo senso non è che il Ssn sia tra i primi della classe.

La comunicazione e la trasparenza sono elementi indispensabili e devono diventare fatti "costitutivi" del diritto alla salute. Il piano di sviluppo strategico del Pne, tra l'altro, si inserisce in un quadro più ampio che riguarda la realizzazione del Portale della trasparenza, coordinato dalla Regione Veneto e di cui Agenas è l'ente attuatore. Un quadro che prevede una maggiore capacità di rappresentazione e descrizione dei nostri servizi sanitari, sia per misurarci con il contesto sanitario europeo di maggiore e crescente migrazione dei cittadini europei per motivi sanitari, sia per rendere il più possibile visibile e quindi valutabile cosa è in grado di fare il Ssn, con che grado di qualità ed efficienza vengono assistite le persone. E naturalmente se siano rispettati i principi cardine della nostra sanità: l'equità, la solidarietà e l'universalità delle cure. Con un'attenzione all'informazione destinata alle persone, siano esse affette o meno da malattia.

Propositi impeccabili, ci mancherebbe. Che vedremo alla prova dei fatti, naturalmente. Intanto qual è la carta d'identità vera del Piano nazionale Esiti oggi, e cosa vuole diventare da grande?

Uno strumento di analisi e valutazione a 360 gradi, estendendo le valutazioni ai modelli assistenziali integrati e alla continuità assistenziale, ampliando i confini della valutazione alle attività erogate dal territorio, includendo fra i suoi interlocutori i cittadini. Fornendo, questo è lo spirito, elementi conoscitivi e operativi per la costruzione e la programmazione della sanità del prossimo futuro.

Cosa è cambiato in questi anni per la verifica dei servizi sanitari?

È cambiato l'approccio sostanziale. Con la valutazione non tanto o non solo dei volumi di attività in quanto tali, ma del "come" le prestazioni vengono eseguite. E questo pone l'accento sulla qualità. E sull'organizzazione.

Già, l'organizzazione: un vero problema da Roma in giù...

Nella maggior parte dei casi gli esiti delle cure dipendono dall'organizzazione. Per questo il Pne non guarda tanto all'aspetto scientifico, ma all'efficienza e all'efficacia dell'intervento legato all'organizzazione. Spronando tutti a intervenire sulle proprie criticità.

Direttore, la sostenibilità e le diseguaglianze sono le vere grandi sfide dell'oggi e sempre più del domani per il Ssn. C'è tanto da fare per il sistema.

Sicuramente la recessione non s'è completata e la situazione economica non è brillante, ma non solo in Italia. Il Ssn ha tre grandi obiettivi: tenere il sistema sostenibile, ridurre le diseguaglianze, garantire la qualità delle cure e insieme l'accesso e l'efficienza organizzativa. Io credo che in questi anni, nonostante tutto, abbiamo "tenuto" fortemente rispetto ad altri Paesi europei. E l'Agenas ha cercato di fare la sua parte, grazie agli interventi e al costante rapporto con la ministra Lorenzin e col ministero della

Salute. E anche con Anac e con le stesse Regioni.

HiQPdf Evaluation 01/25/2017

Sostenibilità significa non sprecare, utilizzare sempre e costantemente al meglio le risorse a disposizione...

Esatto: un sistema per essere sostenibile deve essere in grado di gestire la sua programmazione. E di farlo non annualmente, ma con una capacità di guardare avanti almeno di 8-10 anni. Il Pne vuole, può e, anzi, deve fare la sua parte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

AZIENDE E REGIONI
05 Agosto 2015

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

IN PARLAMENTO
02 Settembre 2015

Responsabilità, il relatore Gelli: «Si parte la prossima settimana»

DAL GOVERNO
14 Settembre 2015

Prontuario, si tratta per cluster. Un primo test su Sartani e Statine

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

26-GEN-2017
da pag. 17
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

è vita

vita@avvenire.it

Genitori al 100%, lezione da Strasburgo

Confermando il divieto della legge italiana, la Corte europea dei diritti umani ha fermato il tentativo di aggiungere la maternità surrogata a genitorialità biologica e adottiva per diventare mamma e papà

di Marcello Palmieri

Con la pronuncia di martedì, Strasburgo ha lanciato all'Italia (e all'Europa) un terzo segnale, identico ai due precedenti: dopo la presa di posizione del Parlamento europeo in seduta plenaria (dicembre 2015), e dopo il rigetto di una mozione tesa a regolamentare la pratica da parte del Consiglio d'Europa (ottobre 2016), un "no" alla maternità surrogata è arrivato anche dalla Grande Chambre, il massimo organo posto a tutela della Convenzione europea per i diritti dell'uomo. Sul banco degli imputati c'era l'Italia, accusata di aver tolto a una coppia di Campobasso un bimbo di quasi tre mesi. E, ciò solo perché ottenuto in Russia mediante maternità surrogata. Il piccolo era nato a Mosca nel 2011, quando l'uomo (Giovanni Campanelli) aveva 56 anni e la donna (Donatina Paradiso) 44. Egli avrebbe dovuto portare in sé il corredo del ricorrente, ma alla prova dei fatti era risultato estraneo anche a questo. Subito rimpatriato in braccio ai genitori committenti, per i contraenti e il piccolo si era aperta un'odissea giudiziaria. Non avrebbe potuto essere diversamente: la legge 40 vieta in Italia la maternità surrogata, e il nostro Codice civile prevede solo due tipi di filiazione: naturale o adottiva. Nel 2011 vigeva ancora il divieto di fecondazione eterologa, dunque il problema della genitorialità al 50% ancora non si era posto. In ogni caso, la Corte Costituzionale che nel 2014 ha sdoganato questa pratica l'ha ribadito con forza: la maternità surrogata resta sempre vietata.

Fatto sta che i due coniugi si erano visti porre il bimbo in adozione, e contro di loro era stato aperto un procedimento penale. Quello che più contestavano era il definitivo allontanamento del minore, tanto da trascinare in giudizio l'Italia davanti alla Corte europea dei diritti dell'uomo (Cedu). Qui il 27 gennaio 2015 era arrivata per loro una sentenza positiva: l'Italia era stata condannata a risarcirli in quanto il suo sistema giudiziario avrebbe violato l'articolo 8 della Carta, quello che tutela la vita privata e familiare. Ma il Governo aveva fatto ricorso alla Grande Chambre, istanza d'appello (e definitiva). Si è arrivati così al verdetto dell'altro giorno, che ha ribaltato quello del 2015. Recita il comunicato della Cedu: «Avendo riguardo all'assenza di qualsiasi legame biologico tra il bimbo e i ricorrenti, alla breve durata della loro relazione con il bimbo e all'incertezza dei suoi legami con loro, nonostante l'esistenza di un progetto genitoriale e di legami emotivi, la Corte ha ritenuto che non è mai esistita una vita familiare tra i ricorrenti e il bimbo». Non solo. «I provvedimenti contestati – si legge ancora – hanno perseguito il legittimo scopo di prevenire disordini e proteggere i diritti di tutti». La nota non lo specifica, ma qui è chiaro il riferimento ai "soggetti deboli" della ma-

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

26-GEN-2017
da pag. 17
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

ternità surrogata: certamente il bimbo, ma anche la gestante che viene sfruttata con contratti-capestro. Fatto sta che «con l'intento di proteggere i bambini» – così ha deciso Strasburgo – è «lecito riaffermare l'esclusiva competenza dello Stato a riconoscere un legame di filiazione».

Parole chiarissime, che ora non possono non orientare legislatore e giurisprudenza italiani. Il Parlamento, in primis: perché il divieto penale di maternità surrogata già esiste, ma per renderlo effettivo bisogna prevedere che chi tenta di aggirarlo all'estero non possa mai essere riconosciuto come padre o madre, anche nei casi di genitorialità genetica al 50%. Il nostro Codice consente infatti al giudice – in casi gravi – di pronunciare la decadenza dalla responsabilità genitoriale, e come potrebbe non esser ritenuta giuridicamente "grave" la commissione di un reato (quello di maternità surrogata), posto congiuntamente a tutela del piccolo stesso e della sua madre naturale (la partoriente)? Altro che auspicare «una legge dello Stato che regolamenti la pratica della gestazione per altri al fine di tutelare pienamente i diritti e la serenità di tutte le parti coinvolte», come dichiarato poche ore dopo la sentenza di martedì dalle associazioni radicali Luca Coscioni e Certi diritti: l'utero in affitto porta al mondo bimbi con un quadro genitoriale modificato già in partenza, togliendo loro il più naturale e umano dei diritti, quello di avere una mamma e un papà certi. Ma la Grande Chambre ha chiarito un importante principio anche per i giudici italiani, che spesso hanno invocato precedenti pronunce di questa stessa Corte per introdurre nel nostro ordinamento pratiche o principi non contemplati o addirittura vietati: quando si muove per proteggere i bambini – così si è espressa Strasburgo – lo Stato è pienamente sovrano. In questa visione non dovrebbero più dunque trovare posto sentenze che elevano due "committenti" al rango di genitori, o che assolvono chi ha tentato di eludere le norme penali con l'artificio dell'espatrio. I magistrati molto spesso sono arrivati a ciò invocando il "diritto vivente", quello stesso che ora dai vertici giuridici d'Europa li obbliga a riaprire i Codici. E ad applicare sul serio le leggi vigenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

26-GEN-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

è vita

vita@avvenire.it

L'Italia sposta in avanti la guerra alla Sla

La Fondazione Arisla seleziona e finanzia sei progetti di ricerca per mettere a fuoco i meccanismi di una malattia che deve rivelare molti misteri per cure più efficaci

di Francesca Lozito

Ottocentottantamila euro per la lotta alla Sla. Obiettivo: contribuire a vincere la battaglia attraverso la ricerca. È questa la cifra erogata da Arisla, l'agenzia per la ricerca che ha lanciato come ogni anno la "call for projects": la fondazione ha incrementato le risorse stanziate fino a oggi a sostegno della ricerca scientifica, arrivando a investire oltre 10,6 milioni di euro dal 2009. Da allora sono stati supportati 62 progetti e 260 ricercatori su tutto il territorio nazionale. Obiettivo degli studi, l'avanzamento della conoscenza scientifica sulla sindrome del motoneurone e l'elaborazione di nuove terapie. 157 sono state le domande presentate, con un raddoppio di richieste di finanziamento rispetto all'anno precedente. Sei i progetti scelti. «È per noi fondamentale ottimizzare il trasferimento dei risultati al paziente, avendo come priorità quella di migliorare la qualità di vita di chi è affetto dalla malattia. Perseguendo questi obiettivi – afferma il presidente della Fondazione Arisla, Alberto Fontana – gli esperti del Comitato scientifico internazionale di Arisla hanno selezionato i progetti meritevoli di finanziamento per il bando Arisla 2016, ritenendoli fortemente innovativi e volti allo sviluppo di nuovi approcci terapeutici. Il successo della call – conclude – e la crescita delle domande confermano la vitalità della ricerca scientifica in ambito Sla nel nostro Paese». Cosa vogliono approfondire i progetti finanziati? Due delle sei ricerche hanno l'obiettivo di verificare il coinvolgimento di due proteine (Tdp-43 e Fus) nell'alterazione della risposta allo stress dei motoneuroni, rendendoli più vulnerabili alla degenerazione. Altri due progetti si occupano maggiormente degli approcci biologici alla lotta contro la malattia: il primo (ExoAls) vuole studiare l'effetto neuroprotettivo degli esosomi, piccole vescicole responsabili della comunicazione tra le cellule. Il secondo (SumAls) esplorerà il ruolo della "sumoilazione", un meccanismo che va ancora una volta a incidere su una specifica proteina, la Tdp-43,che ha un ruolo in molte forme sporadiche e familiari di Sla.
Le ricerche finanziate sono state selezionate dopo un processo di valutazione in "peer-review": esperti revisori internazionali hanno analizzato e giudicato le proposte secondo criteri di scientificità, oggettività e merito, escludendo ogni conflitto di interesse. Questo modello non solo dà garanzia di terzietà nella scelta dei progetti da finanziare ma, in particolare, mira a valorizzare e premiare la ricerca d'eccellenza, effettuata con metodi rigorosi, I sei progetti hanno una durata che varia da 12 a 36 mesi e un valore economico che va da 55.000 a 299.628 euro. Si tratta di tre "full grant" – ovvero progetti che sviluppano ambiti di studio promettenti e fondati su un solido background – e tre "pilot grant" – ossia studi che hanno l'obiettivo di sperimentare nuove strade di ricerca. I progetti coinvolgono 8 nuovi gruppi di ricerca, operativi su Milano, Verona, Padova e Roma, che si aggiungono ai 105 gruppi sostenuti dalla Fondazione sin dal 2009.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media