Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

31-GEN-2017
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

A PAG. 12

Risk

Progressi in ginecologia adottando linee guida e accertamento tecnico preventivo

Il contributo delle società scientifiche sulla legge per la gestione di rischio e responsabilità professionale

Risk, passi avanti per la ginecologia

Meno ricorsi con l'accertamento tecnico preventivo e l'applicazione delle linee guida

Recuperato il ritardo in Europa

Le Società scientifiche dei ginecologi-ostetrici sono scese in campo per dare il loro competente e responsabile contributo e far giungere in porto la prima legge sulla sicurezza delle cure, gestione del rischio clinico e disciplina della responsabilità in sanità. A partire dal 2008 i Governi e Parlamenti che si sono alternati non sono riusciti a elaborare una legge equilibrata per adattare l'organizzazione del lavoro al miglior percorso assistenziale possibile e per coniugare valori non negoziabili etici e civili con le esigenze sociali ed economiche.

Le Società scientifiche dei ginecologi-ostetrici sono sempre state impegnate a sanare il conflitto tra il principio economico dell'efficienza e la finalità solidaristica del Welfare. Hanno sempre ritenuto che assicurare processi celeri per i pazienti danneggiati e far conseguire loro giusti risarcimenti, o irrogare sanzioni penali ai medici e ai sanitari, dovesse costituire l'inevitabile epilogo di vicende cliniche e giudiziarie di estrema gravità, dovendosi agire innanzitutto a monte, con l'introduzione obbligatoria di un sistema preventivo, che identifichi le cause dei rischi e introduca i dovuti correttivi al fine di evitare la reiterazione dei danni ai pazienti. L'11 gennaio 2017 Palazzo Madama ha mantenuto le sue promesse e ha licenziato il testo della legge 2224.

Un obiettivo fondamentale nell'ambito del Ddl è stato quello di puntare l'attenzione sulla improcrastinabilità dell'istituzione in Italia di un vero e proprio sistema di gestione dei rischi ed eventi avversi. L'intento primario è prevenire il contenzioso medico legale mediante misure volte ad identificare le fonti dei rischi e dei danni ai pazienti, predisponendo presidii adeguati nelle singole strutture, ma anche linee guida e raccomandazioni da parte delle Società scientifiche per garantire un omogeneo ed elevato standard di assistenza. Un simile sistema è già presente dagli anni 2000 in Regno Unito, Francia, Belgio e in altri Stati europei. Non era stato mai introdotto in Italia, seppur il Ccnl avesse compiuto sforzi in tal senso. Ancora da attribuire al contributo tecnico giuridico delle Società Scientifiche dei ginecologi-ostetrici è tutta una serie di novità veicolate tramite proposte ben articolate, ad esempio la giurisdizione della Corte dei conti, che offre garanzie di terzietà con la possibilità di valutare i profili organizzativi della struttura e i carichi di lavoro dei sanitari quando deve stabilire la sussistenza della colpa grave.

Non potendo suggerire una "depenalizzazione" che sarebbe stata incostituzionale, si è concentrato l'impegno sull'introduzione di utili deflattivi del contenzioso medico legale affinché siano sottoposti a processo (Civile, Penale, Corte dei Conti) solo quei casi realmente meritevoli del vaglio del giudizio e non le pretese infondate, pretestuose e strumentali a ottenere risarcimenti non dovuti. Sul versante delle novità segnaliamo la disposizione che diversifica la responsabilità dei medici dipendenti pubblici, che sarà di natura extra contrattuale, con il vantaggio di una prescrizione più breve (5 anni anziché 10 anni) e l'onere della prova a carico del paziente, quando siano coinvolti i medici, mentre quella della struttura resta contrattuale.

Fondamentale è poi la previsione dell'obbligo in capo alla struttura di informare necessariamente il medico qualora sia citata in giudizio civile dal paziente o addivenga ad un risarcimento dei danni in via bonaria, stragiudiziale. In difetto non potrà essere esercitata l'azione di rivalsa. Questo importante presidio impedirà che il medico, all'oscuro di un processo perso dall'azienda o del pagamento di un risarcimento al paziente da parte dell'ente a sua insaputa, si veda esposto a rimborsare ingenti somme al suo ospedale senza aver avuto alcuna opportunità di contestare l'addebito, difendersi e portare prove a sua discolpa.

Del pari, l'accertamento tecnico preventivo deflazionerà il giudizio civile. L'esclusione di responsabilità in caso siano se-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

guite le linee guida e buone pratiche e sia contestata l'imperizia, deflazionerà il giudizio penale. La legge da molti anni auspicata, finalmente introduce una normativa di riferimento in un settore nel quale il vuoto legislativo ha lasciato campo libero ad orientamenti giurisprudenziali spesso aprioristicamente severi e anche contrastanti tra loro. Pregio sicuro del testo di legge è di aver voluto delineare dei punti fermi da cui partire, innanzitutto prevedendo un profilo specifico di reato colposo in ambito sanitario nel riconoscimento della peculiarità legata alle finalità sociali dell'esercizio professionale. Inoltre aver disposto in legislazione che la sicurezza delle cure sia parte costitutiva del diritto alla salute, dando rilevanza agli indirizzi organizzativi e oneri preventivi dei danni ai pazienti, mediante un corretto e obbligatorio risk management.

Giovanni Scambia
presidente Sigo
Vania Cirese
ufficio legale Aogoi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 30 GENNNAIO 2017

Responsabilità professionale. Lo stato maggiore del Pd assicura: “Entro fine mese sarà legge. Il 13 febbraio in aula alla Camera”

A dare l’annuncio, nel corso di un incontro oggi al Senato, il presidente del Pd Orfini, insieme al capogruppo dem al Senato Zanda, alla vice capogruppo alla Camera Maturani che hanno fatto il punto sul ddl con i due relatori del provvedimento alla Camera, Gelli e al Senato Bianco. Tutti riuniti a Roma in un convegno promosso dal Pd alla vigilia dell'ultimo decisivo passaggio della legge

Il prossimo 13 febbraio il ddl sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure è stato iscritto all’aula della Camera, in terza lettura. E salvo soprese dell’ultima ora entro febbraio dovrebbe finalmente tagliare il traguardo. Nessuna novità invece sui contenuti del testo, che rimarrà quello licenziato dal Senato.

A dare l’annuncio **Federico Gelli**, responsabile nazionale sanità del Pd e relatore del disegno di legge per la commissione Affari Sociali, nel corso dell’incontro che si è tenuto oggi al Senato a Palazzo Giustiniani promosso dai gruppi parlamentari del Pd in vista proprio dell'ultimo passaggio parlamentare del ddl. Un confronto che ha visto protagonisti politici, medici, infermieri, Direttori generali di Aziende sanitarie chiamati a celebrare quello che viene considerato un passaggio molto importante per la sanità italiana.

“Una riforma fondamentale che non solo i medici, ma il Paese in generale, attendeva da venti anni” ha infatti sottolineato la senatrice **Giuseppina Maturani,** Vice Presidente del Gruppo dem aprendo il confronto. “Auspichiamo che il percorso alla Camera sia il più breve possibile proprio perché sappiamo quanta e quale sia l’attesa – ha aggiunto Maturani – ma oggi possiamo dare il riscontro di un lavoro che abbiamo portato avanti in questi anni. Dobbiamo però sottolineare un punto: questa non è una legge che, come sostiene qualcuno, favorisce i medici o le professioni sanitarie; è invece una riforma che serve al Paese per riconnettere la relazione tra cittadini, sanità e professionisti. È una legge che tiene dentro le ragioni di tutti”.

E ora il traguardo è vicino. Il 1 febbraio gli emendamenti al testo approvato dal Senato saranno votati in Commissione Affari Sociali. E non dovrebbero esserci sorprese: il testo, ha infatti ricordato Gelli, non dovrebbe subire cambiamenti e porterà nuove importanti novità non solo per gli operatori del settore ma anche per i pazienti. “Sono molti i punti qualificanti contenuti in questo provvedimento – ha ricordato Gelli – finalmente si sancisce un principio fondamentale: il diritto alla sicurezza delle cure diventa parte integrante del diritto alla salute. Si attua inoltre un percorso di semplificazione e di trasparenza delle cure. È stata riscritta la parte della responsabilità civile ed anche quella sull’azione di rivalsa, una vittoria non solo politica, che ha richiesto un lungo lavoro di confronto su un argomento molto complicato e delicato. Così come sono state migliorate la disciplina del fondo di garanzia di solidarietà e quella sulla parte assicurativa. Importante anche il ruolo che avranno le società scientifiche nell'elaborazione delle linee guida”.

C’è un unico punto che ha lasciato un “piccolo risentimento” ha aggiunto Gelli: quello sulla conciliazione obbligatoria. “Lasciare spazio alla mediazione rischia di inficiare un po’ la portata di questa azione. Ma se in futuro ci dovessero essere difficoltà faremo sempre in tempo ad apportare dei cambiamenti attraverso la legge ordinaria. Poi se se riuscissimo ad approvare anche la legge sul consenso informato in discussione alla Camera – ha chiosato – potremmo dire di aver compiuto un salto di qualità enorme”.

“Un provvedimento di tutti e per tutti” l’ha definito **Amedeo Bianco,** che è stato il relatore alla Commissione Sanità del Senato. **“**Il Disegno d legge approvato in Senato – ha sottolineato – è un testo di larghissimo consenso, a testimonianza che sono state accolte tutte le attese, le speranze e preoccupazioni dei vari soggetti coinvolti su questo tema. Naturalmente nessuna legge è perfetta e quindi vedremo nell’applicazione concreta cosa emergerà. Certamente cambia il clima. Questo provvedimento servirà a ricostruire un clima di

fiducia tra istituzioni, cittadini e professionisti. E noi abbiamo lavorato proprio in questa prospettiva”

“Abbiamo mantenuto la parola e ora stiamo per portare una casa una legge tanto attesa. Una grande norma di civiltà” ha detto il senatore **Luigi Zanda**, Presidente del Gruppo Partito Democratico. “Questa legislatura si è caratterizza per aver portato a termine in un lasso temporale molto stretto tanti importanti provvedimenti – ha detto – penso a quello sulla Pa e sulla scuola, sulla sicurezza e sulla corruzione. Ma credo che sarà ricordata soprattutto per le norme di civiltà che sono state approvate, come quella sulle unione civili, e sul “dopo di noi”, ora anche per quella sulla responsabilità professionale”.

Parla di “piccolo miracolo parlamentare” **Matteo Orfini,** Presidente del Partito Democratico. “Approvare una legge di iniziativa parlamentare è quasi un miracolo – ha affermato – la possibilità di portare avanti questo genere di provvedimento è molto limitata e riuscire ad approvarli ancora di più. Un percorso costruito sulla condivisione tra parlamentari e cittadini. La perfezione è sempre un nostro obiettivo, ma credo che abbiamo raggiunto un punto di equilibrio che consentirà al Paese di fare un passo avanti. Questo provvedimento è un esempio di come dovrebbe funzionare il rapporto tra politica, istituzioni e cittadini. Rimane un po’ di rimpianto per una riforma costituzionale che è stata legittimamente rigettata, ma che avrebbe consentito di accelerare molti iter parlamentari”.

Ester Maragò

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

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

31-GEN-2017
da pag. 30
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

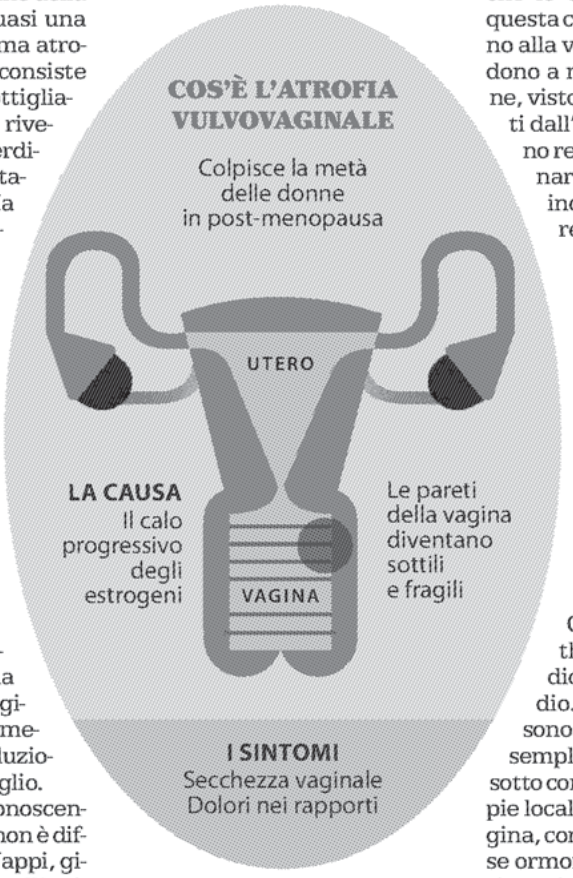
IL RAPPORTO

Sesso over 50 Rinunciare mai il tuo medico ha le soluzioni

Per rigenerare i tessuti si usano anche laser e radiofrequenza

FA MALE, ma in poche sanno il perché. Avere un rapporto sessuale dopo la menopausa, infatti, per alcune donne può essere una vera e propria sofferenza: dolore, bruciore, fitte lancinanti durante la penetrazione, dovute a una condizione che, con la fine della fase fertile, colpisce quasi una signora su due. Si chiama atrofia vulvovaginale, e consiste nel progressivo assottigliamento dei tessuti che rivestono la vagina, con perdita di elasticità e di idratazione della mucosa. Ma sono in poche a riconoscerla, e a sapere come affrontarla. Lo studio Women's Empower, appena pubblicato dalla North American Menopause Society, basato su interviste online a quasi duemila donne in post menopausa, conferma quello che era emerso da almeno altri sei studi precedenti. E cioè che la stragrande maggioranza (oltre l'80%) delle intervistate non ha idea che la secchezza vaginale sia una condizione medica, né che esistano soluzioni per affrontarla al meglio.

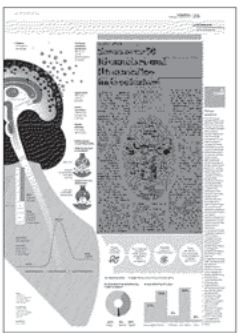
«Anche in Italia la conoscenza di questo fenomeno non è diffusa - spiega Rossella Nappi, ginecologa e sessuologa all'università di Pavia e all'Irccs Fondazione San Matteo - perché tra donne e ginecologi si crea una sorta di collusione di silenzi: le prime non parlano di questo problema, i secondi non chiedono». Dobbiamo imparare, continua la ginecologa, ad affrontare anche temi scomodi durante la visita medica, infrangendo il tabù che vieta di parlare di sesso con una donna sopra i cinquant'anni.



Tra i problemi della menopausa, infatti, si segnalano più facilmente i disturbi ritenuti più gravi, come osteoporosi e aumento del rischio cardiovascolare, o che più impattano sulla qualità della vita, come vampate o sudorazioni notturne. Ciò che invece rende il sesso doloroso e a volte impossibile, invece, viene trascurato, per pudore o ignoranza. Per questo – continua Nappi – stiamo lavorando sulle pazienti, ma anche sui medici, affinché nelle domande di rito che aprono una visita medica ci siano anche quelle sulla vita sessuale. Anche perché le conseguenze dovute a questa condizione non si fermano alla vita intima, ma si estendono a molte attività quotidiane, visto che i bruciori provocati dall'atrofia vaginale possono rendere doloroso camminare, andare in bicicletta o indossare pantaloni aderenti.

«I risultati dello studio Women's Empower dimostrano che, a dispetto di tutte le campagne di comunicazione e di formazione su donne e medici, molto resta da fare per far conoscere questa condizione, insieme alle soluzioni esistenti», scrive Michael Krychman del Southern California Center for Sexual Health and Survivorship Medicine e autore dello studio. Le soluzioni ci sono. E sono - continua Nappi - più semplici di quelle per tenere sotto controllo le vampate: terapie localizzate a livello della vagina, con creme, gel e ovuli a base ormonale o non ormonale, o sistemiche da prendere per bocca. Oppure il trattamento laser per la rigenerazione dei tessuti, o la radiofrequenza. Infine, dice Nappi, è sempre valida l'affermazione "use it or lose it": l'attività sessuale regolare (un rapporto a settimana) promuove la circolazione e la produzione di ormoni, mantenendo in forma la vagina. *(e. m.)*

©RIPRODUZIONE RISERVATA



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

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

31-GEN-2017
da pag. 30
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

I ginecologi in campo

Ne sanno poco, ma vorrebbero saperne di più: per le donne italiane la menopausa è ancora una fase misteriosa, nella quale il proprio organismo è coinvolto in fenomeni non del tutto chiari. Alcuni sono immediatamente percepibili: aumento di peso, secchezza vaginale, disturbi del sonno. Altri, però, restano nascosti, almeno fino a che non si manifestano in tutta la loro gravità, come l'aumento del rischio oncologico e cardiovascolare. Per rispondere a questa esigenza di maggiore informazione, la Società italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) ha promosso la campagna *Menopausa Meno...Male. Scopri come Viverla al Meglio*. «L'obiettivo - commenta Paolo Scollo, che era presidente nazionale dei ginecologi quando è partita la campagna - è far comprendere come devono essere affrontati i cambiamenti di questo periodo della vita femminile». Promuovendo la prevenzione e combattendo gli stereotipi: «i chili di troppo – aggiunge Enrico Vizza della Sigo - sono una delle conseguenze più temute della menopausa, ma solo il 24% delle donne afferma di praticare regolarmente sport». Poco diffusa anche l'abitudine agli esami: un'italiana su tre non controlla annualmente la pressione arteriosa e il livello di colesterolo nel sangue, il 29% non fa la mammografia per la diagnosi precoce del tumore del seno. «La menopausa è un argomento di cui si parla molto poco nel nostro paese», conclude Giovanni Scambia, presidente Sigo. Una lacuna che i ginecologi vogliono provare a colmare.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSAit

30-01-2017

http://www.ansa.it

Cancro all'ovaio diagnosticato con l'esame del sangue

'Biopsia liquida' apre nuova frontiera per diagnosi e terapie

Il tumore all'ovaio può essere diagnosticato con un semplice esame del sangue, la cosiddetta 'biopsia liquida' che, affermano i ricercatori, apre una nuova frontiera per la diagnosi e la terapia dei tumori. Lo dimostra uno studio pubblicato sulla rivista Cancer Letter, attuato in gran parte attraverso finanziamenti dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) e realizzato da ricercatori italiani di diversi Centri clinici con il coordinamento dell'Irccs Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

La ricerca ha consentito di identificare una 'firma molecolare' (miRNA) nel sangue delle pazienti affette da tumore maligno dell'ovaio. I miRNA sono delle piccole molecole di RNA che hanno importanti funzioni regolatorie. Sono molecole molto stabili e per questo si è scoperto che vengono utilizzate dal tumore e dai tessuti dell'organismo come importanti messaggeri intracellulari. In breve, funzionano sia all'interno della cellula sia dopo essere rilasciati in circolo come messaggeri di un processo tumorale o infiammatorio. Si tratta di un campo di ricerca "ancora largamente inesplorato - spiega Maurizio D'Incalci, Capo Dipartimento di Oncologia del 'Mario Negri' - per cui i dati vanno presi con cautela e validati in ulteriori studi. L'analisi comparativa dei profili di miRNA serici di 168 pazienti affette da tumore ad alto grado e di 65 donne di età simile, ma non affette dalla stessa malattia, ha tuttavia evidenziato delle differenze importanti e riproducibili. In particolare vi erano delle differenze nell'espressione di tre miRNA denominati miR1246, miR595 e miR2278". Lo studio pone dunque le basi per successive ricerche mirate a valutare se la misura di questi miRNA possa essere utilizzata per una diagnosi più precoce del tumore ovarico. Inoltre, successivi studi serviranno a stabilire se gli stessi

biomarcatori sono potenzialmente utili per misurare l'efficacia della terapia in modo più sensibile e precoce rispetto alle valutazioni tradizionali di tipo radiologico. "La possibilità di rintracciare nel sangue di un paziente le molecole che sono rilasciate dai tumori - conclude D'Incalci - rappresenta oggi un nuovo, valido strumento, anche meno invasivo, per migliorare i percorsi diagnostici e terapeutici".

ANSAit

30-01-2017

http://www.ansa.it

Tumore: seno, studio italiano cambia linee guida cure Usa

Nuova chemio del Gruppo Mammella guidato da genovese Del Mastro

(ANSA) - GENOVA, 30 GEN - Uno studio dei ricercatori del "Gruppo Italiano Mammella" (Gim) modifica le linee guida dell'American Society of Clinical Oncology per la scelta degli schemi di chemioterapia più efficaci da utilizzare nel carcinoma mammario. Lo rende noto l'istituto San Martino-Ist di Genova con la sua ricercatrice Lucia Del Mastro. L'American Society of Clinical Oncology (Asco) è considerata una delle società scientifiche più prestigiose, tra quelle che indirizzano la pratica clinica degli oncologi. Lo scorso luglio l'Asco ha reso note le linee guida per la scelta degli schemi di chemioterapia adiuvante più efficaci nel carcinoma mammario, ma non ha preso in considerazione i risultati del Gim. Questo studio ha dimostrato la maggiore efficacia di uno schema di chemioterapia adiuvante "dose-dense", somministrato ogni due settimane, rispetto a quello standard ogni tre settimane. La Del Mastro ha quindi segnalato lo studio italiano all'editore della rivista che ha pubblicato le linee guida e Asco ha inserito lo schema.

CORRIERE DELLA SERA.it

27-01-2017

Lettori
57.304

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

forum di esperti a gerusalemme

Cellulari,una ricerca italiana rilancia **l'ipotesi della loro pericolosità**

Presentati dall'Istituto Ramazzini di Bologna, i primi dati di uno studio sui ratti «Ripensare la classificazione sugli effetti cancerogeni dei campi elettromagnetici»

di Ruggiero Corcella

«Entro l'anno renderemo pubblici i nostri dati definitivi sui rischi del telefonino. Nei nostri studi c'è la conferma della pericolosità dei campi elettrici». L'annuncio, al Forum di esperti organizzato dal Ministero della Salute di Israele, è di quelli destinati a riaprire un argomento di salute pubblica controverso e dibattuto: i cellulari possono essere cancerogeni? Tanto più che a rilasciare la dichiarazione è la biologa Fiorella Belpoggi, direttrice dell'Area Ricerca del Centro di Ricerca sul Cancro Cesare Maltoni, che fa parte dell'autorevole Istituto Ramazzini di Bologna. Se i dati del Ramazzini dovessero confermare quelli pubblicati a maggio scorso dal National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS) degli USA, che rilevava un aumento di tumori del cervello e di rari tumori del cuore nei ratti esposti a queste onde, secondo gli esperti le agenzie regolatorie dovrebbero prendere in seria considerazione provvedimenti restrittivi sull'esposizione alle onde della telefonia mobile.

Dodici anni di studio

Nel 2005 sia il National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS, l'Istituto Nazionale per la salute ambientale) degli USA , con il suo ramo di ricerca che è il National Toxicology Program (NTP) , sia l'Istituto Ramazzini hanno iniziato in parallelo uno studio sulle radiazioni a radiofrequenza (RFR) in uso nel sistema di comunicazione della telefonia cellulare (Gsm) utilizzando come cavie i ratti da laboratorio. «I colleghi americani hanno studiato le onde elettromagnetiche della telefonia mobile,

correlate però al campo vicino, cioè alle onde emesse dall'antenna del telefonino e dal telefonino stesso — spiega la dottoressa Belpoggi — . Noi invece abbiamo studiato l'esposizione ambientale, cioè quella che deriva dalle antenne delle stazioni radio-base, cioè le antenne che vediamo disseminate praticamente su tutto il territorio in tutto il mondo».

Pericoli per cervello e cuore

Risultato? «Innanzitutto — dice la direttrice — è stato comunicato che i campi magnetici generati dal flusso della corrente elettrica (CEMBF), somministrati da soli sembrano non costituire un aumento di rischio per i tumori. Quando però gli stessi vengono associati alla contemporanea somministrazione di un agente chimico o fisico, si ottiene un effetto di sinergia e un aumento dell'incidenza di alcuni tumori maligni. Questi risultati impongono un'urgente revisione della classificazione fatta dall'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro (IARC), in quanto la situazione di possibile sinergia fra miscele di composti/agenti è la situazione in cui si trova la popolazione generale. Per quanto riguarda i campi RFR della telefonia mobile, a maggio scorso il NIEHS ha pubblicato i primi dati sull'aumento di tumori del cervello e di rari tumori del cuore nei ratti esposti. È stata anche notata una diminuzione del peso dei neonati partoriti da mamme esposte a RFR. Questo risultato è stato confermato anche dallo studio dell'Istituto Ramazzini, mentre la valutazione dei tumori del cervello e del cuore è ancora in corso e si conta di raccogliere entro l'anno i fondi necessari per concludere lo studio e pubblicare i dati. Nel frattempo raccomandiamo la massima precauzione nei bambini e nelle donne in gravidanza».

Le conclusioni dell'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro

Gli esperti dunque chiedono maggiore prudenza nell'uso dei cellulari, dunque, ma sollecitano anche una nuova presa di posizione da parte dell'Agenzia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dedicata al cancro che ha sede a Lione. «Già negli anni '80 — spiega Fiorella Belpoggi — alcuni studi epidemiologici, sia negli Stati Uniti che in Europa, hanno messo in evidenza un aumento di rischio di ammalarsi di linfoma e leucemie nei bambini esposti a campi magnetici generati dal flusso della corrente elettrica . Sulla base di questi studi l'Agenzia IARC ha classificato i campi magnetici dell'elettricità come possibili cancerogeni (classe 2 B). Non esistevano infatti sufficienti risultati sperimentali su animali di laboratorio per classificare i CEMBF come probabili cancerogeni (cioè in classe 2A). Altrettanto avveniva nei primi anni 2000 a proposito dei campi generati dalla telefonia mobile, per i quali è stato però messo in evidenza nell'uomo un aumento nei forti utilizzatori da almeno dieci anni, di tumori del cervello e dei nervi cranici. Per mancanza di dati sperimentali, seppure l'evidenza epidemiologica fosse sufficiente, i campi RFR sono stati classificati come possibili cancerogeni (2 B). Per chiarire l'effettivo pericolo correlato ad esposizioni a campi magnetici di qualsiasi natura, sia il National Institute of Environmental Health Sciences degli USA sia il nostro Istituto Bologna hanno dato via al programma di studi sperimentali su queste onde, somministrate da sole o in combinazione con agenti chimici o fisici a dosi considerate sicure. Alla luce dei risultati chiediamo che adesso i CEMBF siano riclassificati da "possibili" a "probabili" e vengano dunque prese le misure adeguate».

Cosa dovrebbe fare l'industria

Quali? «L'industria dovrebbe produrre sistemi che possano essere meno invasivi , cioè che proteggano maggiormente chi parla al telefono e questo può accadere solo se si obbligano le persone a mantenere una certa distanza dall'apparecchio. Allo stesso tempo occorre evitare che ogni compagnia installi le sue antenne e che ci sia una diffusione così massiccia di onde elettromagnetiche , oltre ad altri accorgimenti che in qualche modo diminuiscano l'esposizione delle persone ». Un libro dei sogni? Pretese da "estremisti ambientali"? «Non siamo dei fanatici che dicono di no alla telefonia mobile — risponde Belpoggi — ma informiamo la popolazione che vanno evitate esposizione esagerate là dove non serve. Non si tratta di abolire una tecnologia che per molti aspetti è irrinunciabile, ma di rendere le tecnologie più sicure e nel contempo di educare i cittadini ad un utilizzo più sicuro».

Le raccomandazioni degli esperti

Il Forum di esperti internazionali riunitosi a Gerusalemme pubblicherà a breve una serie di raccomandazioni e di consigli correlati ad un uso responsabile del telefonino e del Wi-Fi, per evitare che a partire dalla nascita le nuove generazioni si trovino esposte quotidianamente e senza necessità a onde elettromagnetiche per le quali esistono già innumerevoli studi che ne mettono in evidenza il pericolo. L'Istituto Ramazzini è portavoce del Forum di Gerusalemme in Italia e già nei prossimi mesi inizierà una campagna di educazione nelle scuole e di informazione sul territorio. L'Istituto ha lanciato una campagna di raccolta fondi per concludere lo studio attraverso la NGO Environmental Health Trust; hanno finora contribuito a coprire i circa 10 milioni di Euro per questo studio i Soci dell'Istituto Ramazzini, l'ARPA della Regione Emilia Romagna, il Ministero della Salute, L'Inail, le Fondazioni bancarie del Monte di Bologna e Ravenna e della Cassa di Risparmio di Bologna, oltre che donazioni liberali di cittadini e filantropi, fra le quali l'associazione inglese Children with Cancer e Environmental Health Trust.

quotidianosanità.it

Lunedì 30 GENNNAIO 2017

Sanità italiana al 22° posto in Europa. “Pesano differenze regionali”. Al top Paesi Bassi. I numeri dell’indagine dei consumatori europei

Pubblicata l’ultima edizione dell’indagine annuale di Health Consumer Powerhouse che valuta i sistemi sanitari in base al mix di dati statistici sanitari ufficiali e il livello di soddisfazione dei cittadini. Italia si conferma al 22° posto seppur con un piccolo miglioramento nel punteggio rispetto all’anno scorso. Il problema sono le differenze regionali: “Da Roma in su sanità di qualità al sud livello molto basso”. L’INDAGINE

Il sistema sanitario italiano si conferma al 22° posto in Europa anche nel 2016 secondo l’Euro Index Consumer Health 2016 (EHCI) pubblicato oggi dalla Health Consumer Powerhouse che dal 2005 valuta i sistemi sanitari di 35 paesi del continente europeo.
Ricordiamo che l’indice è il risultato di un’analisi che in base a 48 indicatori suddivisi in 6 aree (Diritti dei pazienti e informazione, accesso alle cure, risultati trattamenti, gamma servizi,prevenzione e l'uso di prodotti farmaceutici) analizza i dati statistici sanitari ufficiali e il livello di soddisfazione dei cittadini.

In generale il rapporto evidenzia come “la sanità europea è in costante miglioramento su: mortalità infantile, tasso di sopravvivenza malattie cardiache, ictus e cancro. E le risultanze rimarcano anche come si stia potenziando il coinvolgimento dei paziente”.

Nota dolente invece la persistenza di “inefficienza” in troppi paesi. E poi un auspicio: “Se tutti copiassero i sistemi europei di maggior successo si potrebbero risparmiare risorse da investire per salvare vite umane e migliorare le prestazioni”.

Al top i Paesi Bassi. Osservando la classifica si confermano al vertice i Paesi Bassi (927) seguiti dalla Svizzera (904). E da notare come per la prima volta due paesi superino la soglia di eccellenza. Sul terzo gradino del podio la Norvegia (865) seguita da Belgio (860)e Islanda (854). Al sesto posto il Lussemburgo (851) che precede Germania (849) e Finlandia (842). La Francia è undicesima e il Regno Unito al quindicesimo posto.

Per Italia lieve miglioramento nel punteggio ma posizione invariata. L’Italia si conferma nel 2016 al 22° posto come nel 2015. Ma rispetto all’anno scorso si registra un lieve miglioramento di 15 punti (dai 667 del 2015 si è arrivati a 682 nel 2016). Da notare come nel 2006 (quando i paesi misurati erano 26) l'Italia era all'11° posto. Ricordiamo che il colore ‘verde’ significa un livello alto. Il colore ‘giallo’ indica un livello medio e il colore ‘rosso’ la pessima qualità.

“L'Italia – si legge nell’indagine - ha la più grande differenza riferita al pro capite tra le regioni di qualsiasi paese europeo. Il PIL della regione più povera è solo 1/3 di quello della Lombardia (la più ricca). Anche se in teoria l'intero sistema sanitario opera sotto un ministero centrale della salute, il punteggio dell’Italia è un mix tra il verde (livello alto) da Roma in su e il rosso (livello più basso) per le regioni meridionali e per questo su molti indicatori i punteggi sono gialli”.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

31-GEN-2017
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

AIFA: IL CHECK DI NOVE MESI DI SPESA

Rosso da 1,5 mld in corsia con uno scarto dell'1,8%

Il rosso della spesa farmaceutica totale scende, ma sale quello in corsia. Un rosso totale di 1,56 mld per la spesa farmaceutica totale, di cui 1,51 mld tutti per l'ospedaliera. Uno scostamento complessivo sempre elevato che però è in diminuzione rispetto alle rilevazioni di agosto (1,69 mld). Mentre il rosso dell'ospedaliera sale da 1,28 mld di agosto a 1,51 mld appunto. Il monitoraggio Aifa dei primi nove mesi del 2016 - gennaio/settembre - conferma le cattive previsioni. Con la convenzionata netta a -240 mln e la territoriale che nell'insieme registra uno scostamento assoluto pari a 51,2 mln. Intanto la compartecipazione totale (ticket per ricetta più eventuale compartecipazione sul prezzo del farmaco a brevetto csaduto rispetto al prezzo di riferimento) vale 1,15 mld mld in salita dell'1,5% rispetto al 2015, con un incremento del 3% della quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento (pari a 764 mln). E la distribuzione diretta sale a 4,10 mld con un balzo all'insù del 19% sui primi nove mesi del 2015.

L'ottovolante della spesa totale, Sardegna in coda. L'asticella della spesa totale in nove mesi s'è assestata in media al al 16,7% (in discesa rispetto ad agosto quando era al 17,1%), contro un tetto complessivo del 14,85% . Tutte le Regioni sono in rosso, con l'eccezione di Veneto (14,8%), Valle d'Aosta (14,3%), Trento (13,7%) Bolzano (13,6%). Sardegna (20,8%), Puglia (18,9%) e Campania (18,4%) hanno la spesa farmaceutica totale più alta.

In ospedale uno scostamento dell'1,8% sul tetto. La farmaceutica ospedaliera, con un rosso da 1,5 mld, ha toccato il 5,3% di incidenza, contro un budget del 3,5%, con uno scarto dell1,8%. Soltanto Trento col 3,2% è rimasto sotto l'asticella. Le altre Regioni tutte sopra. Peggio di tutte Toscana (6,8%, praticamente il doppio), poi Umbria (6,2%) e Calabria (5,8%).

Distribuzione diretta in salita del 19,1%. La farmaceutica territoriale si attesta in media all'11,4% (era all'11,9% in agosto) contro l'11,35 di tetto. Come convenzionata invece la spesa netta perde 240 mln rispetto ai primi nove mesi del 2015. Le ricette calano dell'1,9%. Esplode ancora la distribuzione diretta di fascia A, in crescita di 658,53 mln (+18i9,1%) rispetto ai primi nove mesi del 2015.

Ro.M.

Riepilogo dell'andamento dei consumi (n. di ricette) (gennaio-settembre 2016)

Regione	Gen.-sett. 2016	Var. %	Regione	Gen.-sett. 2016	Var. %	Regione	Gen.-sett. 2016	Var. %
Bolzano	2.227.741	0,0%	Molise	2.501.984	-4,8%	Piemonte	32.204.010	-1,8%
Trento	3.312.986	-1,5%	Campania	45.415.990	-0,3%	Sardegna	14.130.596	-4,1%
Marche	12.832.256	-0,4%	Abruzzo	11.446.646	-2,4%	Toscana	27.531.311	-2,4%
Umbria	7.964.832	-0,7%	Puglia	34.124.930	-0,8%	Calabria	16.775.498	-4,6%
Friuli V.G.	8.609.102	-0,9%	Liguria	11.611.956	-2,7%	Emilia R.	29.935.194	-2,6%
V. Aosta	712.931	-12,1%	Veneto	27.033.031	-1,5%	Lazio	46.510.849	-2,4%
Basilicata	4.724.968	-2,0%	Sicilia	41.495.606	-1,3%	Lombardia	57.976.831	-2,1%
						Italia	439.079.248	-1,9%

Spesa farmaceutica ospedaliera individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco e verifica del tetto di spesa del 3,5% (gennaio-settembre 2016)

	A Fen gen.-set. 2016	B Tetto 3,5%	C Spesa tracciabilità	D Distribuzione diretta di fascia A	E Spesa medicinali fascia C e C bis	F Payback	G = C-D-E-F Spesa ospedaliera	H = G-B Scostamento assoluto	I = G/A% Inc. %
Italia	82.775.661.622	2.897.148.157	8.599.561.714	3.728.946.749	370.069.103	92.854.485	4.407.693.177	1.510.545.020	5,3%

Spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera e verifica del tetto di spesa del 14,85% (gennaio-settembre 2016)

	A = B/14,85% Fen gen.-set. 2016	B Tetto 14,85%	C Spesa territoriale	D Spesa ospedaliera	E = C+D Spesa complessiva	F = E-B Scostamento assoluto	G = E/A% Inc. %
Italia	82.775.661.622	12.292.185.751	9.446.197.183	4.407.693.177	13.853.890.360	1.561.704.609	16,7%

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

31-GEN-2017
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

La dieta continua del personale

Continua la dieta del Servizio sanitario nazionale. Sfogliando il Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato in un solo anno, tra il 2014 e il 2015, il personale è dimagrito di 10.444 unità (-1,6%) passando da 663.795 a 653.352 addetti.

DIFFIDENTI A PAG. 13

La Ragioneria generale dello Stato pubblica i dati 2015: persi altri 10mila posti di lavoro

Conto annuale, il Ssn a dieta

Stipendi fermi: ai medici aumenti di 1,9 euro al mese, 9 agli infermieri

Continua la dieta del Servizio sanitario nazionale. Sfogliando il Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato in un solo anno, tra il 2014 e il 2015, il personale è dimagrito di 10.444 unità (-1,6%) passando da 663.795 a 653.352 addetti. Si tratta della riduzione più significativa degli ultimi anni: nel confronto con il 2009, anno con il massimo numero di occupati nella sanità pubblica, a fine 2015 risultavano impiegate 40.364 persone in meno.

Tra questi, i medici hanno perso 1.797 professionisti nel 2015 (-1,7% rispetto all'anno prima) passando da 112.741 a 110.850 unità dei quali 65.540 uomini e 45.310 donne. Rispetto ai medici gli infermieri perdono mille unità in più: nel 2015 sono stati 2.788 i posti di lavoro andati in fumo, il 27% del calo totale e -1% rispetto ai dodici mesi precedenti. Gli infermieri rappresentano quasi la metà del personale non dirigenti del Ssn: 266.363 dipendenti (erano 269.151 un anno prima) rispetto al totale di 522.861 unità.

La stretta sul personale ha investito anche il "ruolo tecnico" che ha dovuto rinunciare a 1.873 unità (-1,5%) tra cui assistenti sociali e operatori sociosanitari e quindi sempre con un danno diretto sull'assistenza alla persona. In ogni caso, secondo il ministero dell'Economia, il trend potrebbe già essersi invertito. «Per il 2016 - spiega - si ipotizza una riduzione sostanzialmente dell'occupazione nel pubblico impiego, in linea con quella osservata negli ultimi anni, con la sola eccezione del comparto della sanità che sembra aver arrestato la riduzione del numero di dipendenti».

Intanto, secondo il Conto annuale è già aumentato nel 2015 il lavoro "flessibile" (+9% circa) cresciuto da 28.273 a 30.686 unità: un andamento in controtendenza rispetto agli altri comparti pubblici che rappresenta, ormai, il 5,7% del totale degli occupati nel Ssn con una spesa in progresso del 10%.

Le note dolenti, invece, continuano a riguardare le retribuzioni, pressoché in stallo ad una quota media di circa 38.621 euro. In sostanza sono aumentate, sempre in media, per tutto il Ssn di 51 euro in un anno, +0,1% (4,3 euro al mese). Per i medici l'incremento è stato di appena 23 euro passando da 73.027 a 73.050 euro (meno di due euro al mese), per gli infermieri di 93 euro, +0,3% (7,7 al mese): nemmeno il valore della vacanza contrattuale. E questo contro una perdita di potere di acquisto dovuta alla mancanza di contratto ormai da sette anni che da sola ha eroso circa il 25% della busta paga.

La spesa complessiva del Ssn è scesa di 170 milioni (-0,2%) passando da 39,133 a 38,964 miliardi di euro, un quarto della spesa complessiva a carico dello Stato.

Secondo Ipasvi per gli infermieri l'analisi diventa più preoccupante, al di là del dato nazionale, se si guarda alle singole Regioni. Le perdite maggiori, infatti, sono quasi tutte nelle otto Regioni in piano di rientro, quelle con organici già al di sotto dei livelli accettabili per un'assistenza appropriata che da sole comprendono il 70% circa dell'intera perdita di professionisti e fanno registrare situazioni che, ad esempio, contro il calo medio dell'1% a livello nazionale, registrano il -3% in Molise e oltre il -2% nel Lazio e Campania.

Nel servizio sanitario nazionale l'età media è di 52 anni per gli uomini 49,1 per le donne con una media pari a 50,1 destinata a salire, secondo le previsioni del ministero dell'Economia, nel 2020 a 55,8 anni per gli uomini, 53,6 per le donne con una media di 54,6.

Gli occupati nel pubblico impiego sono concentrati per oltre due terzi in soli tre comparti: scuola (30,87%), sanità (21,35%) e Regioni ed autonomie locali (14,71%).

Ernesto Diffidenti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

31-GEN-2017
da pag. 30
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Epatite C. Spazzare via il virus. Si può fare curando 250.000 italiani. Ma i costi sono troppo alti

E il direttore dell'Agenzia del farmaco promette battaglia

"È ora che Big Pharma abbassi i prezzi"

Su Repubblica.it trovate il videoracconto di uno dei sempre più numerosi viaggi di italiani che vanno a curarsi in India

MICHELE BOCCI

Eradicare l'epatite C, curando circa 250 mila persone nei prossimi tre anni. Cioè molte di più delle 65mila che hanno avuto i farmaci gratis nel biennio 2015-2016. E' l'obiettivo del ministero e di Aifa ma per raggiungerlo è necessario che le industrie produttrici, «rinuncino a logiche esclusivamente finanziarie e siano parte attiva nella risposta al bisogno di salute dei cittadini», dice il direttore dell'Agenzia del farmaco (Aifa) Mario Melazzini. I prezzi sostenuti dal sistema pubblico (secondo certe stime 15mila euro in media a trattamento), anche alla luce di quanto avviene in India, dove i nostri concittadini vanno a comprare il farmaco con 600 euro, sono ormai inconcepibili, anche perché migliaia di persone sono ancora senza terapia.

Dottor Melazzini, le trattative con i produttori, Gilead in testa, per rideterminare i prezzi dei medicinali sono ancora in corso, quando le concluderete?

«A fine febbraio vorremo chiudere. Il ministro Lorenzin ci ha chiesto di eradicare l'epatite C, per farlo è le aziende ci devono venire incontro. Se in India hanno dato la possibilità di produrre a quelle cifre, allora facciano maggiori sconti anche a noi».

Pensa che basti un appello del genere ad ottenere riduzioni dei prezzi?

«L'industria deve anche ragionare in un'ottica di equità, solidarietà, responsabilità sociale. Ho richiamato più volte le aziende per fare capire loro che partecipano come attori alla risposta di un bisogno di salute del nostro Paese. Non possono guardare esclusivamente all'aspetto finanziario. Stanno uscendo anche nuove molecole, siamo convinti di potere fare leva sulla concorrenza tra loro».

Come progettate l'eradicazione?

«Il governo italiano, unico caso al mondo, grazie al ministro Lorenzin ha stanziato 500 milioni di euro all'anno per i prossimi tre anni per questi farmaci. Stimiamo che le persone con il virus attivo siano tra le 290mila e le 600mila. Circa 65mila le abbiamo già trattate, se ne cureremo circa 80mila l'anno fino al 2019 supereremo il primo dei due dati di prevalenza. Cioè daremo un colpo importante alla malattia. Sarà anche necessario creare finalmente un registro dei malati per conoscere i numeri esatti della prevalenza».

Ce la faranno i centri epatologici a somministrare i farmaci?

«Oggi abbiamo sul territorio italiano 226 centri. I nostri clinici dicono di essere in grado di raddoppiare la capacità di presa in carico dei pazienti, che fino ad ora è stata di 36mila malati all'anno. Stiamo valutando anche di aumentare quei centri».

Il vecchio contratto con l'industria prevedeva 50mila pazienti trattati ad un prezzo medio di 15mila euro. L'accordo è scaduto e le Regioni intanto hanno curato altre 15mila persone. Quanto dovranno pagare per questi farmaci?

«Il nuovo accordo e determineremo il prezzo, spero molto più basso di quello medio del passato contratto,avrà effetto anche per i 15mila trattamenti già anticipati dalle Regioni».

Il suo predecessore, Luca Pani, aveva secretato il contratto con Gilead sul prezzo dei farmaci. Lo farà anche lei?

«Ci muoveremo dopo esserci confrontati con l'antitrust. Comunque credo che alle Regioni saranno resi i noti tutti i termini del nuovo accordo».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

31-GEN-2017
da pag. 4
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Incontro Regioni-Lorenzin sui prossimi step: dal Pnpv 2017-19 all'antibiotico-resistenza

Vaccini, la partita dell'obbligo

Stop and go sul documento degli assessori - Nuovi Lea: il nodo-tariffe

Si prova l'intesa Il no lumbard

Fatto il piano vaccinale, bisogna fare l'attuazione. Parafrasando la famosa frase di Massimo D'Azeglio, a fronte di un Piano vaccini con precise richieste di adempimenti alle Regioni e obiettivi di prevenzione concordati con gli scienziati, bisogna mettersi d'accordo su come fare. E farlo anche in tempi ragionevoli, visto che i primi passi vanno realizzati già quest'anno.

Mercoledì scorso c'è stato un incontro tra la ministra Lorenzin e una delegazione di assessori alla Salute su cui molto si è ricamato. Si è parlato di Nuovi Lea e del programma sull'antibiotico-resistenza *(v. servizio a pag. 9)*. Ma il piatto forte è stato il tema vaccini. Le Regioni hanno portato un documento *(v. testo e articolo in pagina)* con una roadmap per realizzare il Piano vaccinale, con scadenze e richieste di impegni da parte del Governo. A partire dalla realizzazione dell'Anagrafe informatizzata per monitorare l'offerta e gli obiettivi di copertura nazionale.

«Un incontro utile e collaborativo - aveva spiegato ai nostri microfoni il coordinatore degli assessori, Antonio Saitta - a partire dal Piano nazionale vaccini. Con l'obiettivo condiviso di concordare insieme tempi e modalità organizzative». Ossia soldi, personale e magari l'obbligo nazionale per le vaccinazioni. E alla parola "obbligo", come spesso accade quando si parla di vaccini, qualcuno, si è fatto prendere dall'entusiasmo e aveva stappato lo champagne «per l'intesa raggiunta». Sembrava fosse cosa fatta. E i titoli di tutte le testate nazionali avevano fatto il tam-tam: tutti d'accordo, intesa raggiunta, i vaccini saranno obbligatori per frequentare nidi e scuole materne. Ma così non era. Nel giro di poche ore, la storia è stata ridimensionata. Lorenzin con una nota arrivata nella serata di giovedì ha frenato: «Nessuna intesa, ma proficua interlocuzione sul tema». Dunque un'apertura, l'avvio di un ragionamento, ma niente di più. Anche perché per un eventuale obbligo bisogna comunque passare dal Parlamento. Con i tempi che ne conseguono. «Acquisita la posizione delle Regioni» la ministra ha aggiunto di essersi « riservata di portare la questione all'attenzione del ministro dell'Istruzione e della ricerca scientifica e degli altri colleghi di Governo». E non è finita qui, perché sul fronte Regioni, si è sfilata la Lombardia: «Non condividiamo». E così si ricomincia daccapo. Con l'assessore al Welfare di Regione Lombardia, **Giulio Gallera** che sottolinea di aver appreso «con grande stupore dalle agenzie di stampa la conclusione a cui si è giunti nell'incontro» al ministero, «Regione Lombardia non è assolutamente d'accordo perché riteniamo che gli obblighi non producono l'effetto di radicare nei cittadini la consapevolezza dell'utilità dei vaccini».

Nuovi Lea, tariffe prima. Ma al tavolo di questo primo incontro, c'è stato il tema dei temi: l'attuazione dei nuovi Lea, ancora non pubblicati in Gazzetta e in attesa del via libera della Corte dei conti. La necessità ribadita dalla ministra è quella di uniformarne l'attuazione in tutta Italia, senza più buchi neri, cosa che del resto può costare caro alle Regioni e alle aziende. E i governatori a questo punto vogliono vederci chiaro sui costi reali. E per dare strumenti indispensabili al Comitato Lea che consentano di arrivare anche prima della fine di marzo alla definizione di tariffe nazionali per quelle prestazioni che ad oggi non ne hanno. Bisogna fare presto, senza tralasciare la questione del delisting, l'aspetto molto delicato (e doloroso) dell'operazione.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL DOCUMENTO DELLE REGIONI PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE 2017-2019

1. Al fine di garantire una omogenea applicazione del Pnpv in tutto il territorio nazionale e di superare le attuali disuguaglianze di offerta vaccinale alla popolazione - con i necessari adeguamenti dell'organizzazione dei servizi vaccinali - le Regioni, all'unanimità, chiedono che si condivida la proposta di priorità e tempistiche applicative già presentata in sede tecnica (allegato 1), impegnandosi a introdurre l'offerta attiva prevista entro il 2018.

2. Di conseguenza si chiede di rivalutare, in sede tecnica, la tabella di cui alla «pagina 13 del Pnpv 2017-2019» e di sottoporla a nuova Intesa all'atto del riparto delle risorse destinate al Pnpv dalla legge di Bilancio 2017.

3. Si chiede di realizzare in tempi brevi l'Anagrafe vaccinale informatizzata nazionale, quale strumento fondamentale per il governo e monitoraggio dei programmi vaccinali.

4. Si chiede il contestuale avvio di una campagna informativa nazionale, promossa dal ministero della Salute in collaborazione con le Regioni, sui benefici e sulla sicurezza delle vaccinazioni e sulla nuova offerta vaccinale del Pnpv, in coerenza alle priorità e tempistiche riportate nell'allegato.

5. Poiché le vaccinazioni contenute nel Pnpv 2017-19 sono parte costituente dei nuovi Lea, si richiede un allineamento normativo che superi l'antistorica distinzione su vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, al fine di porre tutte le vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale sullo stesso piano.

Pnpv 2017-2019 Contenuti concordati tra le Regioni e il ministero della Salute

Il 5 ottobre 2016 e il 24 novembre 2016, ai fini della prossima attuazione del Pnpv 2017-2019 (così, rinominato dallo stesso ministero), le Regioni, le Province autonome e il ministero della Salute concordano per un inserimento progressivo e graduale dei nuovi vaccini nei calendari regionali. Ciò al fine di garantire un'offerta vaccinale uniforme su tutto il territorio nazionale e soprattutto agevolare i Servizi vaccinali delle Asl che altrimenti sarebbero conge-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

stionati dalle numerose sedute vaccinali aggiuntive che il nuovo calendario vaccinale indica.

Condividono altresì l'impegno di inserire entro il 31 dicembre 2018 tutte le nuove vaccinazioni contenute nel Pnpv 2017-2019.

Si ritiene opportuno segnalare la necessità di modificare la tabella Allegato B dell'Intesa Stato-Regioni sui nuovi Lea del 7 settembre 2016 coerentemente con lo schema di introduzione graduale in calendario come sotto riportato.

Di seguito viene elencata nel dettaglio la tempistica di introduzione delle nuove vaccinazioni, in offerta attiva e gratuita, così come è stato deciso dalle Regioni e dalle Province autonome per i prossimi 2 anni.

Anno 2017

- Introduzione della vaccinazione contro il meningococco B ai nuovi nati coorte 2017.
- Introduzione della vaccinazione anti-meningococco ACWY (una dose) nell'adolescente che va a sostituire la vaccinazione anti-menigococco C. La vaccinazione anti-meningococco ACWY deve essere somministrata sia a chi in passato abbia già ricevuto una dose di meningococco C, sia a chi nell'infanzia non abbia mai effettuato tale vaccinazione.
- Introduzione della vaccinazione anti-pneumococco nei soggetti adulti a partire dalla prossima stagionale antinfluenzale 2017-2018. Tale offerta può anche avvenire durante tutto l'anno solare disgiunta dalla campagna antinfluenzale. La coorte target destinataria dell'offerta è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età.
- Introduzione della vaccinazione anti-varicella ai nati a partire dalla coorte 2016, offerta a 13-15 mesi mediante il vaccino combinato quadrivalente MPRV (morbillo-parotite-rosolia-varicella).
- Introduzione della vaccinazione anti-rotavirus ai soggetti a rischio (bambini nati pretermine o piccoli per età gestazionale, bambino viaggiatore in zone a rischio per inadeguata assistenza sanitaria, affetti da patologie croniche dell'apparato circolatorio, nefrourinario, nervoso centrale, respiratorio, metabolico con diagnosi entro il 3° mese di vita che comportano frequenti ospedalizzazioni).

Anno 2018

- Introduzione della vaccinazione anti-rotavirus a tutti i nati a partire dal 1/1/2018, somministrata per via orale, e raccomandata a tutti i bambini a partire dalla 6ª settimana di vita (2 o 3 dosi a seconda del prodotto) in co-somministrazione con le altre vaccinazioni previste in questa fascia di età.
- Introduzione della vaccinazione anti-HPV anche nel maschio a partire dalla coorte dei nati nel 2007.
- Introduzione della 5ª dose di vaccino antipoliomielite nell'adolescente in concomitanza con il richiamo anti difterite-tetano-pertosse.
- Introduzione della vaccinazione anti-Herpes Zoster nei soggetti adulti; la coorte target destinataria dell'offerta è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età.

Le attività sopra elencate comporteranno un carico di lavoro aggiuntivo per i servizi vaccinali delle Regioni, nel 2017 si contano almeno 4 passaggi aggiuntivi dedicati alle vaccinazioni destinate ai soli bambini nel primo anno di vita.

Tutto ciò deve pertanto tradursi nella possibilità da parte delle Regioni di potenziare i servizi vaccinali delle Asl assumendo operatori sanitari dedicati e formati sulla pratica delle vaccinazioni (sia medici che assistenti sanitari e infermieri) e di adeguare le strutture (ambulatori vaccinali, sale di attesa e altro) in base al flusso di utenti determinato dal nuovo Pnpv 2017-2019.

Appare ancora alquanto intempestivo e prematuro pensare a un coinvolgimento diretto dei Mmg e dei Pls nell'offerta vaccinale demandando loro sia le vaccinazioni pediatriche che quelle dell'adulto.

L'offerta vaccinale nel suo complesso è un processo che prevede requisiti organizzativi e strutturali specifici; inoltre vi è la necessità di valorizzare e utilizzare al meglio le professionalità e competenze proprie degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, non separando l'attività di profilassi da quella di sorveglianza e controllo.

L'affidamento dell'offerta vaccinale a Mmg e Pls dovrebbe comportare anche lo svolgimento di compiti organizzativi quali chiamate, registrazione, sorveglianza oltre alla disponibilità degli elementi necessari per garantire la sicurezza del processo (mantenimento catena del freddo, gestione delle reazioni avverse ecc.) che non paiono immediatamente realizzabili; per contro si ritiene importante favorire quelle sinergie che valorizzino il ruolo che il curante, sia medico che pediatra di famiglia, svolge a sostegno dell'offerta vaccinale del Ssn.

Infine si rileva che stante le regole contrattuali vigenti, la loro partecipazione all'offerta vaccinale risulterebbe essere più onerosa rispetto al potenziamento dei servizi vaccinali.

L'implementazione del nuovo Pnpv 2017-2019 e l'introduzione delle nuove vaccinazioni contenute nel rispettivo calendario non possono essere svincolati dalla sicurezza delle risorse economiche da dedicare sia all'acquisto dei nuovi vaccini di prossima introduzione sia alle risorse organizzative (incremento nuovo personale).

Oltre alle risorse economiche aggiuntive, per far fronte all'introduzione del nuovo calendario vaccinale, si chiede al ministero della Salute di assicurare:

- strumenti contrattuali e giuridici che consentano di agire in modo efficace e concreto nei confronti dei sanitari che si oppongono alle vaccinazioni;
- allineamento degli strumenti normativi in tema di offerta vaccinale per superare l'antistorica distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni facoltative: si propone di adottare un unico istituto normativo che, abrogando le norme precedenti, classifichi e definisca in modo univoco tutte le vaccinazioni che il Piano nazionale di Prevenzione vaccinale prevede siano offerte in modo attivo e gratuito sul territorio nazionale come raccomandate;
- attivazione di una campagna di comunicazione a supporto dell'offerta vaccinale da parte del ministero della Salute condividendo con le Regioni obiettivi, contenuti, strumenti e pianificazione che renda evidente, in una logica di sistema, l'univocità dell'offerta ai cittadini su tutto il territorio nazionale. ●

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

31-GEN-2017
da pag. 4
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

LE PROPOSTE REGIONALI

La roadmap del piano vaccinale

Una programmazione condivisa e il calendario con le tappe per i prossimi due anni. Così in tre pagine, le Regioni hanno prodotto un documento con la road map per l'attuazione del Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 *(di cui pubblichiamo il testo integrale in questa pagina)*. La proposta è stata portata mercoledì scorso alla ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. È un "canovaccio" da cui partire per realizzare in concreto l'applicazione del piano vaccinale approvato nei giorni scorsi. Nel dettaglio, la tempistica di introduzione delle nuove vaccinazioni «in offerta attiva e gratuita», si specifica nel documento. Si parte da qui, insomma. Con richieste al Governo scritte nero su bianco. A partire dal dato di fatto che le attività per l'attuazione del piano comporteranno carichi di lavoro aggiuntivi per i servizi vaccinali delle Regioni, visto che già nel 2017 sono previsti almeno quattro passaggi aggiuntivi nelle vaccinazioni per i bambini nel primo anno di vita.

Il nodo organizzativo. Il nuovo piano vaccinale deve tradursi nella possibilità per le Regioni di potenziare i servizi vaccinali delle Asl «assumendo operatori sanitari dedicati e formati sulla pratica delle vaccinazioni» e quindi medici e infermieri e di adeguare le strutture in base all'aumentato flusso di utenti. L'introduzione delle nuove vaccinazioni «non possono essere svincolati dalla sicurezza delle risorse economiche da dedicare sia all'acquisto dei nuovi vaccini di prossima introduzione sia alle risorse organizzative (incremento nuovo personale). Per questo, oltre alle risorse economiche aggiuntive, per far fronte all'introduzione del nuovo calendario vaccinale, le Regioni chiedono al ministero della Salute di assicurare: «strumenti contrattuali e giuridici che consentano di agire in modo efficace e concreto nei confronti dei sanitari che si oppongono alle vaccinazioni». Ma anche «l'allineamento degli strumenti normativi in tema di offerta vaccinale per superare l'antistorica distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni facoltative». Insieme a una campagna di comunicazione efficace. Le nuove vaccinazioni - ha spiegato **Antonio Saitta** (Regioni) - sono comprese nei nuovi Lea e dunque, come è emerso nel colloquio con il ministro, serve una condivisione Stato-Regioni del percorso applicativo». C'è da scommettere che a Lungotevere Ripa ci saranno (molti) altri incontri. *(L.Va.)*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

31-GEN-2017
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

A PAG. 14

Prevenzione

Obesità, killer silente da combattere: il position paper per rilanciare le cure

PREVENZIONE/ Position paper di medici e pazienti per rilanciare le cure antigrasso

Obesità, guarire si può (e si deve)

Ogni anno muoiono 57mila obesi non curati - La patologia costa 28 mld

Da una ricerca sulla percezione del proprio peso svolta in sei Paesi europei, tra cui l'Italia, è emersa una scarsa consapevolezza su sovrappeso, obesità e rischi correlati.

Nonostante in Italia la metà della popolazione sia in sovrappeso od obesa, e ogni anno nel nostro Paese per le complicanze di questa malattia muoiano 57mila persone - mille a settimana, 150 al giorno, una ogni 10 minuti - l'obesità viene ancora vissuta come un problema prettamente estetico e non considerata, invece, come una vera e propria malattia grave ed epidemica.

Per questo motivo, il **Centro di Studio e ricerca sull'obesità** dell'Università degli studi di Milano (Csro), in collaborazione con le principali società e associazioni italiane - la Società italiana Obesità (Sio), la Società italiana di Chirurgia dell'obesità (Sicob), l'Associazione italiana Dietetica e nutrizione clinica (Adi) e l'Associazione Amici obesi Onlus - hanno dato vita a un position paper dal titolo **"L'obesità è una malattia. Curabile"**, che è stato presentato al ministero della Salute.

Il primo aspetto sottolineato nel documento è il fatto che l'obesità aumenta la probabilità di morte: mediamente una persona obesa vive almeno sei anni di meno rispetto a una sana.

Non solo, in media perde anche dodici anni di vita in salute a causa delle patologie conseguenti come quelle polmonari, cataratta, pancreatiti, malattie del fegato, patologie renali, insufficienza venosa, osteoartrosi, infertilità, disfunzione erettile, ipertrofia prostatica, asma e apnee notturne. Si calcola che la spesa per la cura di queste patologie croniche ammonti a circa 28 miliardi di euro all'anno.

Pertanto, prevenire e curare l'obesità comporterebbe, non un aggravio, ma un notevole risparmio economico per il Sistema sanitario nazionale e una maggiore produttività del Sistema Paese.

Date queste premesse, il primo approccio per la cura dell'obesità deve essere di tipo dietetico, basato sul ricorso a un regime ipocalorico, da associarsi a un programma di attività fisica.

Per ottenere risultati duraturi nel tempo, occorre utilizzare anche strumenti psicoterapeutici (terapia cognitivo-comportamentale). Accanto alla modificazione dello stile di vita poi, l'obesità può essere trattata anche attraverso un approccio di tipo farmacologico; grazie all'aiuto dei farmaci è più facile instaurare delle modificazioni durature allo stile di vita del paziente. Alcuni soggetti, infatti, dopo essere dimagriti durante il periodo di trattamento, una volta sospesa la terapia, riacquistano il peso perduto.

Va ricordato che il trattamento farmacologico non deve però essere fine a se stesso. Può essere utile nel promuovere un cambio di stile di vita ma non va considerato come la "pillola magica" che risolve il problema. Nel caso in cui questi strumenti risultino inefficaci, non resta che la chirurgia bariatrica.

Alla luce di quanto esposto nel documento, si può dunque affermare che le soluzioni al problema dell'obesità esistono. Ciò che ancora manca - e diventa sempre più urgente - è un cambiamento culturale che coinvolga tutti gli attori in gioco e che finalmente l'obesità possa essere considerata una vera malattia.

Michele Carrubba
direttore del Centro di studio e ricerca sull'obesità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 01/30/2017

Esami clinici. Sibioc: "In crescita del 20% ogni anno. Troppa inappropriatezza. Dobbiamo riorganizzare la rete dei laboratori"

Incontro a Roma con i dirigenti della Società scientifica dei biochimici clinici. Il Presidente Marcello Ciaccio: "Sotto accusa la mancata appropriatezza e la medicina difensiva. Anche nel Sud d'Italia vi sono eccellenze che vanno valorizzate". Allo studio nuove linee guida, dopo la recente approvazione dei Lea. L'impegno a favore della popolazione migrante e dei Paesi in via di sviluppo.

30 GEN - "Cresce in Italia il numero di esami clinici richiesti ai laboratori del servizio sanitario nazionale. In alcuni settori della medicina, come le malattie cardiovascolari, nel diabete e nell'insufficienza renale, l'incremento annuo arriva al 20%. Questo è dovuto alla deospedalizzazione dei pazienti colpiti da patologie croniche e, talvolta, dal ricorso alla medicina difensiva. Non sempre, però, i test prescritti tengono conto dei criteri di appropriatezza. E' necessario interrompere quanto prima questo boom di prescrizioni non sempre indispensabili, per evitare sprechi all'intera collettività e migliorare l'assistenza sanitaria nel nostro Paese". E' questo l'appello lanciato da **Marcello Ciaccio**, Presidente Nazionale della SIBIoC (Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica), in un incontro con i giornalisti organizzato oggi a Roma.

"Gli esami di laboratorio influenzano il 70% delle diagnosi mediche e quindi dei successivi trattamenti - afferma Ciaccio -. Per questo è necessario riorganizzare le rete di queste strutture in Italia in modo che solo in pochi laboratori ci siano le strumentazioni e siano svolte le attività di secondo e terzo livello, specialistiche e ultra specialistiche. Per esempio, le indagini sofisticate come quelle di genetica molecolare non dovrebbero essere eseguite in tutti gli ospedali. Come spesso accade, le Regioni del Sud sono più penalizzate rispetto a quelle del Nord, anche se nel Mezzogiorno esistono numerose eccellenze. In tal modo, si eviterebbero sprechi e inappropriatezza che può portare risultati falsamente positivi che scatenano a loro volta altre indagini, visite e terapie inutili. Da qui il nostro invito a incrementare le strutture accreditate secondo la normativa del Ministero della salute".

"Ma - sottolinea Ciaccio - va combattuta anche la troppa medicina difensiva. Il disegno di legge sul rischio professionale, recentemente approvato dal Senato, potrà ridurre il ricorso ad analisi svolte solo per evitare controversie legali. Siamo pronti a dare il nostro contributo e a collaborare con tutte le Istituzioni".

Con oltre 2000 specialisti iscritti, la SIBIoC intende offrire al Ministero e alle Regioni il suo apporto per un migliore dialogo con i medici di medicina generale e gli specialisti. "La nostra è una branca in cui l'innovazione rappresenta una componente molto rilevante, grazie ai progressi tecnologici - spiega **Giuseppe Lippi,** coordinatore divisione scientifica della SIBIoC -. Proprio per questo, abbiamo deciso di incrementare la formazione dei giovani specialisti, molto apprezzati anche all'estero. E di intensificare il rapporto coi Paesi emergenti. Per favorire la cooperazione internazionale è stato avviato 'Adotta un professionista dai Paesi Emergenti'. Medici di laboratorio stranieri, provenienti soprattutto da Paesi africani, sono stati accolti in alcuni ospedali italiani per un periodo formativo. Non solo, in collaborazione con l'onlus Docemus, la SIBIoC ha reso operativi alcuni laboratori in ospedali di aree disagiate dell'Africa. Ma è forte anche l'attività nei confronti dell'emergenza migranti in Italia".

"L'ospedale Garibaldi di Catania - aggiunge Ciaccio - ha avviato un progetto patrocinato dalla nostra Società Scientifica e cofinanziato dal Ministero della Salute. I migranti, una volta sbarcati sulle coste siciliane e arrivati all'interno del sistema di accoglienza, sono sottoposti a screening che riguardano soprattutto l'individuazione di alcune pericolose patologie infettive. In tal modo, se una persona risulta positiva viene immediatamente indirizzata in una struttura in grado di assisterla, anche attraverso eventuali isolamenti".

La SIBIoC è stata fondata nel 1969. Nel 2016 ha svolto una gran mole di attività che diventerà anche più rilevante nel 2017. "Vogliamo sostenere nuovi progetti di formazione e aggiornamento - aggiunge **Sergio Bernardini**, Vice Presidente SIBIoC -. Con particolare attenzione al sempre più importante tema dell'utilizzo dei biomarcatori. La recente approvazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza è un risultato positivo che aspettavamo da anni anche perché normano le prestazioni analitiche da considerare indispensabili. Su queste vogliamo aprire una discussione ed emanare delle linee guida e documenti di consenso in modo da rendere omogeno il nostro intervento su tutto il territorio nazionale".

30 gennaio 2017

© Riproduzione riservata

QSnewsletter

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

QS gli speciali

I nuovi Lea. Tutto quello che c'è da sapere

tutti gli speciali

iPiùLetti (ultimi 7 giorni)

1 Ecm. Alla Stato Regioni l'Accordo che rinnova la Formazione continua in medicina. Le novità

2 Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi

3 Cancro. Dal Giappone arrivano le cellule killer. Potrebbero essere l'arma letale per combattere il cancro dall'interno colpendo le cellule tumorali

4 Artrosi del ginocchio, il Rizzoli di Bologna cerca pazienti per cura sperimentale

5 Bologna. Pronto soccorso Ospedale Maggiore. "Arriva l'infermiere flussista"

6 Cronicità. Rivoluzione in Lombardia: i pazienti saranno presi in carico direttamente dalle strutture socio sanitarie pubbliche e accreditate in base alla complessità della malattia. Ecco la delibera che sarà presto

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

31-GEN-2017
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

Gli effetti Uno a terra, l'altro in missione: il suo Dna è mutato

I gemelli dello spazio non sono più identici

di **Edoardo Boncinelli**

Due gemelli astronauti: uno è andato nello spazio e ha trascorso 340 giorni in orbita, l'altro è rimasto a terra. Il Dna del primo, Scott Kelly, al ritorno era cambiato. Diverse dal fratello Mark anche le parti del cromosoma della longevità.

a pagina 23 **Virtuani**

L'analisi

Ogni molecola è in continua mutazione. Anche il genoma

di **Edoardo Boncinelli**

Personalmente ho sempre obbiettato all'affermazione che i gemelli identici, detti anche monozigoti, abbiano lo stesso identico genoma. L'avranno avuto certamente all'inizio, ma con il passar del tempo ogni genoma si riempie, anche se con velocità diverse, di modificazioni di vario tipo. Ciascuno di noi paga questo prezzo al passare del tempo — e va bene, molto bene, quando questo non comporta alcun effetto patologico, pure leggerissimo — ma quando si osserva il fenomeno in concreto, non si può fare a meno di stupirsi, anche perché porgiamo di solito un orecchio molto distratto a chi ci parla di scienza. Non c'è dubbio, inoltre, che l'ambiente in cui si vive ha una certa influenza nello spingere e nell'indirizzare i cambiamenti in oggetto, nei geni più diversi. Adesso però il fenomeno sembra che sia stato colto per così dire «in castagna». Due astronauti gemelli della Nasa, i gemelli Kelly, sono stati molto accuratamente analizzati dopo che uno, Scott, ha passato centinaia di giorni nello spazio, mentre l'altro, Mark, è rimasto prevalentemente sulla Terra. I loro genomi sembrano al momento discretamente diversi, anche se non sono ancora disponibili molti dettagli. Oltre a un certo numero di cambiamenti di difficile interpretazione, si è osservato anche un allungamento relativo delle sequenze dei telomeri, che si trovano all'estremità dei cromosomi, e che sono certamente implicate nell'invecchiamento fisiologico dell'organismo. Per un biologo tutto questo non è una grossa sorpresa, ma è pur sempre un fenomeno interessante, perché analisi così accurate non si fanno tutti i giorni, e perché si parla in questo caso anche di possibili effetti della permanenza nello Spazio, qualcosa che nel futuro potrebbe accadere con una certa frequenza. Fermo restando che la cosa si sarebbe verificata comunque, in che cosa, si chiedono gli scienziati, può essere consistito l'effetto specifico della vita nello Spazio? La domanda non è nuova, perché si deve considerare che tale situazione comporta particolari condizioni di stress, come mangiare in un certo modo, dormire in un certo modo e comunque vivere in assenza di gravità, che si sa già che produce almeno un certo grado di demineralizzazione delle ossa. Il Dna del genoma è una molecola come le altre, anche se di grande importanza, e non può sfuggire a certi cambiamenti; anzi, sembra conservarne particolarmente il ricordo, se non la registrazione. Il bello della scienza e delle sue applicazioni tecnologiche è che riservano sempre qualcosa di nuovo, qualcosa da imparare e di cui fare tesoro. Questo, sia per quanto riguarda i processi biologici in generale, sia per osservare l'effetto di questa a quella situazione particolare. Particolarmente interessante sarà comprendere l'effetto sulle sequenze dei telomeri, strane strutture che hanno sollecitato spesso la nostra curiosità. Se qualcuno di voi farà in futuro un viaggio spaziale, si ricordi di questa notizia apparentemente bizzarra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

31-GEN-2017
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

CORTE UE DIRITTI DELL'UOMO

Utero in affitto, serve legame biologico

L'allontanamento del bambino dai genitori che hanno fatto ricorso alla maternità surrogata all'estero è una misura conforme alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Con la sentenza depositata ieri (ricorso n. 25358), la Grande Camera, massimo organo giurisdizionale della Corte europea per i diritti dell'uomo, dà ragione all'Italia e legittima il no al riconoscimento del legame genitoriale col figlio nato con l'utero in affitto all'estero, vietata in Italia dalla legge 40/2004. Strasburgo ha ribaltato il giudizio della Camera.

Questi i fatti. Una coppia di cittadini italiani, dopo aver provato varie volte ad avere un figlio e dopo una lunga attesa per l'adozione, aveva deciso per la maternità surrogata in Russia, dove la pratica è ammessa. Il bimbo era stato registrato a Mosca come figlio della coppia, ma i due ricorrenti, rientrati in patria, non erano riusciti ad ottenere la trascrizione dell'atto di nascita nell'ufficio di stato civile. E il consolato italiano aveva segnalato la presenza di alcuni dati falsi nel fascicolo, facendo aprire un procedimento penale per alterazione dello stato civile. Era stata avviata, dopo l'allontanamento del bimbo, anche la procedura di adozione.

No dei giudici a coppia italiana

Di qui il ricorso a Strasburgo. In "primo grado" la Camera aveva dato ragione alla coppia, ma la Grande Camera ha escluso la violazione dell'articolo 8 della Convenzione, che assicura il diritto al rispetto della vita privata. La Corte, chiarito che al centro dell'esame non è la trascrizione dell'atto di nascita ma l'allontanamento del minore, riconosce che la coppia aveva stretto legami familiari col bimbo immediatamente dopo la nascita (per sei mesi). Ma, tenendo conto dell'assenza di legami biologici, della breve durata del rapporto e della stessa incertezza del vincolo sotto il profilo giuridico, non ci sono le condizioni per configurare un diritto alla vita familiare, anche perché il rapporto non costituiva una famiglia de facto. È vero che conta la qualità dei rapporti e non la quantità, ma la durata è rilevante e va presa in considerazione. I giudici hanno analizzato così la questione solo valutando il diritto alla vita privata. Sotto questo profilo, la Corte ammette che la decisione di allontanare il bimbo è stata un'ingerenza, ma non una violazione della Convenzione. Questo perché l'ingerenza era prevista dalla legge italiana - che vieta la maternità surrogata - e le autorità nazionali hanno deciso solo dopo aver accertato che il bimbo non avrebbe sofferto un danno irreparabile. D'altra parte - osserva Strasburgo - gli Stati hanno competenza esclusiva nel riconoscere i legami sotto il profilo giuridico tra genitori e figli, con possibilità di tutelare il vincolo solo in caso di legami biologici o di adozione.

Rispettati anche gli standard di Strasburgo: i motivi che hanno portato all'ingerenza nel diritto alla vita privata dei genitori erano giustificati, rilevanti e sufficienti nonché necessari in una società democratica. È vero che l'allontanamento e la dichiarazione di stato di abbandono del minore hanno avuto un impatto sui ricorrenti, ma le autorità italiane hanno giustamente messo in primo piano il bambino, escludendo danni irreparabili a seguito dell'allontanamento. Inoltre, lasciare il bimbo coi due ricorrenti avrebbe comportato la legalizzazione di una situazione in contrasto con regole di rilievo nell'ordinamento italiano. È così raggiunto un equilibrio tra gli interessi in gioco ed esclusa la violazione della Convenzione.

La sentenza avrà effetti ad ampio raggio e potrà servire a eliminare divergenze giurisprudenziali interne. Intanto ha suscitato varie reazioni politiche positive in Italia. Vengono prevalentemente dall'area cattolica (tra gli altri, Paola Binetti e Maurizio Lupi), leghista e dell'ex-ministro della Salute, Livia Turco. Evidenziano soprattutto che non esiste un diritto sancito dall'Ue a usare l'utero in affitto e che questa pratica nega la dignità del corpo femminile.

Marina Castellaneta

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

31-GEN-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

L'utero in affitto è il risultato dell'aborto libero

■ «Sono mesi che cerco di avere un bambino e non ci riesco. Sono disperata. Non so cosa c'è che non va dentro di me: perché non ho questo diritto? Che ho fatto di male?». Nina, 29 anni, è ossessionata dal suo desiderio di avere un bambino e soffre terribilmente di non riuscire a realizzarlo. «Per anni ho fatto di tutto per non averne e adesso che lo voglio non arriva!». (...) L'infertilità è estremamente dolorosa per le figlie della mia generazione che vogliono avere un bambino. (...) Hanno fatto credere loro che potevano essere delle divinità, e quindi adesso si sentono responsabili di tutto. Capricciose? Nina lo è. Ma che ci può fare? Non è stata lei a battere il selciato con uno striscione su cui si poteva leggere: «Un bambino, se voglio io, quando voglio io!» Nina non si è battuta per avere il diritto alla contraccezione e all'aborto. È semplicemente cresciuta nell'idea che, quando si vuole, si può. L'imperialismo del desiderio è così assoluto, ai nostri giorni, che a prima vista pare incongruo mettersi a discuterlo.

Perché frustrare il desiderio di avere un figlio quando esistono tecniche medicalmente assistite e, se c'è bisogno, donne disposte a mettere a disposizione il proprio corpo perché si sviluppi il bambino di un'altra? Le procreazioni medicalmente assistite e la gestazione per/da altri sembrano legittime dal momento che il bambino è trasformato in scelta, dal momento che questa scelta è sinonimo di felicità. (...)

«Un bambino, se voglio io, quando voglio io!»: sono le procreazioni medicalmente assistite e la gestazione per altri che realizzano questo slogan. Senza il femminismo militante per il diritto all'aborto e alla contraccezione, il ragionamento ideologico della «gestazione per altri» non sarebbe stato possibile. Esso ha dato le sue armi e i suoi strumenti a una logica liberale incontrollabile. Per arrivare a questo punto, esso ha dovuto prima opporre e poi staccare il corpo dallo spirito, denigrare le esperienze carnali a vantaggio dell'espressione onnipotente della volontà. Riducendo la riproduzione al suo carattere animale, negando l'esperienza umana e spirituale che essa porta in germe e può divenire. Essa ha perduto il suo carattere sacro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media