Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

03-APR-2017
da pag. 18
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'inchiesta

Solo nel 2016 milioni di euro dalle aziende verso le organizzazioni dei pazienti. E uno studio Usa denuncia: troppi conflitti d'interesse

Così Big Pharma finanzia le associazioni dei malati

L'obiettivo dell'industria: "Conseguire decisioni politico-sanitarie a tutela di chi non sta bene"

La difesa: "Con i soli soldi pubblici chiuderemmo E quelli privati decidiamo noi come usarli"

MICHELE BOCCI

FIRENZE. Un contributo secco da 210mila euro da una sola industria a una associazione che sostiene di tutelare gli interessi delle persone in là con gli anni, Federanziani. Tanti soldi, 215mila e 95mila euro, alle due associazioni di pazienti con epatite C, Epac e Nadir, da chi sta per lanciare in Italia un nuovo farmaco contro quella malattia. Poi 315mila euro a Cittadinanzattiva, oppure 50mila consegnati a Federasma dall'azienda che fa prodotti contro le allergie. E gli esempi potrebbero andare avanti all'infinito, grazie ai dati 2016 da poco pubblicati sui siti di molte industrie. Dalle compagnie del farmaco ogni anno arriva una pioggia di soldi alle associazioni che rappresentano i malati, facendo temere che alcune battaglie di queste ultime siano eterodirette.

Di queste relazioni pericolose ha parlato un recente studio del *New England journal of medicine*. «I conflitti di interessi sono diffusissimi», sostengono i ricercatori che hanno preso in considerazione le 107 più grandi associazioni di malati Usa. L'87% di queste riceve finanziamenti dalle industrie ma solo il 12% ha pubblicato la loro politica in fatto di gestione dei conflitti di interessi. In Italia la situazione è simile anche se nessuno ci ha ancora fatto una ricerca scientifica.

La gran parte delle associazioni di pazienti non vanno avanti con le quote dei soci o il 5 per mille ma grazie alle donazioni di Big Pharma. E così chi rappresenta i malati può diventare uno strumento di pressione su chi amministra la cosa pubblica in sanità. Le aziende lo sanno e pagano.

Fosse per la gran parte delle associazioni nostrane, il nome di chi contribuisce a tenerle in vita non sarebbe noto nei bilanci, così come spesso non è dato sapere il numero degli associati. Nei loro siti internet si parla genericamente di "proventi istituzionali", "fondi e liberalità da società private" o "proventi da contributi su progetti". L'industria invece ora è obbligata alla trasparenza: deve rendere noti non solo i nomi di medici e delle loro società scientifiche che ricevono soldi ma anche quelli delle associazioni di malati.

Accanto ai contributi versati, di solito i produttori specificano per quali progetti servono. E leggere queste giustificazioni permette di capire la politica delle aziende. Sanofi Genzyme giustifica così i 50mila euro dati l'anno scorso a Federasma e allergie: «Erogazione liberale a sostegno delle iniziative di awareness (consapevolezza, *ndr*) nell'elaborare e divulgare informazioni rivolte al paziente e a promuovere iniziative di advocay (sostegno, *ndr*) volte a sensibilizzare le istituzioni e conseguire decisioni politico-sanitarie a tutela dei pazienti». Ovvio che per i dirigenti di Sanofi quella tutela sia migliore se passa dai suoi farmaci.

Tra chi riceve alti contributi da più industrie c'è Federanziani, una realtà molto attiva nel prendere posizione sui vari temi del dibattito sanitario italiano. Dal sito non è chiaro quanti anziani siano iscritti e nemmeno chi versi i soldi. Abbvie è una casa farmaceutica che sta facendo uscire proprio in questo periodo nuovi farmaci anti epatite C. Visto che il mercato fino a ora era in mano alla concorrente Gilead, lo scorso anno ha investito molto nei contributi per le associazioni. E tra queste c'è Epac, una potenza in fatto di raccolta fondi (ha avuto 215mila euro solo da Abbvie) ma pure Nadir, una realtà che si occupa anche di Hiv. Poi, riceve tanti soldi Cittadinanzattiva. Sempre da Abbvie l'anno scorso ha avuto 300mila euro, 200mila dei quali destinati a una ricerca «sullo stato del supporto ai malati sul territorio». Tonino Aceti è il coordinatore dell'associazione. «Ogni sostegno che riceviamo è di tipo non condizionato - spiega - disciplinato dalle nostre linee guida. Prima ideiamo un progetto e solo dopo, quando è pronto, lo proponiamo a una casa farmaceutica, che non ha voce in capitolo su quella attività. Poi nei rendiconti diciamo con chi abbiamo collaborato. Noi abbiamo anche finanziamenti pubblici, ma non potremmo vivere solo di quelli perché spesso i soldi arrivano molto in ritardo. E se non ci piace una casa farmaceutica, interrompiamo subito i rapporti. È successo ad esempio con Novartis».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

03-APR-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

>IL COMMENTO

Più controlli su quei regali

DANIELA MINERVA

COSA dovrebbero fare i malati che non hanno le risorse necessarie per aiutare se stessi, far valere i loro diritti, finanziare studi utili? I duri e puri magari penseranno: tutto, ma non chiedere a Big Pharma. Eppure i piatti della bilancia traballano. Pensiamo a cosa ha realizzato per le donne malate di tumore al seno un'associazione come Europa Donna, fondata da Umberto Veronesi, che si batte per migliorare i luoghi di cura in Italia. Pensiamo all'Arisla, che ha finanziato ricerche importantissime per i malati di Sla. Esisterebbero senza i finanziamenti delle industrie? Ne dubitiamo.

Sull'altro piatto della bilancia, però, pesa una sostanziale opacità del settore. Ci sono associazioni che sono di fatto scatole vuote: raccolgono e nessuno sa né chi rappresentano né dove mettono i soldi. Accumulano denaro senza dire quanta parte è destinata agli stipendi e ai viaggi dello staff, e quanta ai progetti. Anzi spesso lo staff è pletorico, i progetti ben miseri.

Ma non è tutto. Il più delle volte le donazioni delle aziende rientrano sotto la voce di bilancio della *social responsability*, che non è, come malignamente si potrebbe pensare, la foglia di fico. È un'idea molto radicata nella cultura anglosassone, la cultura di Big Pharma: la società ci dà tanto e noi dobbiamo restituire qualcosa. Virtuoso. Poi, però, nelle dinamiche del mondo reale le virtù si appannano. Perché è ovvio che la prima cosa che vogliono i pazienti è l'accesso veloce ai farmaci e ai *device* (dalle strisce per misurare la glicemia alle protesi d'anca) rimborsati dal Ssn, che è anche quello che vogliono le industrie. Quanto i malati diventino una clava che Big Pharma usa sulla politica per ottenere il massimo dipende dalla qualità dell'associazione. E anche degli uomini e donne delle istituzioni sanitarie, ministro in testa.

Ovvio che Big Pharma abbia un rapporto coi malati: sono i suoi stakeholder. Sono la sua stessa ragion d'essere. Perché anche ai più accaniti cacciatori di conflitti di interessi non potrà sfuggire che le case farmaceutiche fanno farmaci, i quali spesso funzionano e fanno star bene le persone. Non stupisce che si crei un'alleanza, stupisce piuttosto che spesso le associazioni sposino acriticamente le istanze delle aziende e chiedano a gran voce farmaci e presìdi senza una concreta valutazione di efficacia e di utilità dei prodotti. Ci piacerebbe, invece, che usassero i soldi delle aziende per scoprire se una medicina è utile sul serio, se un *device* migliora davvero la loro vita.

Per questo chiunque raccoglie denari e fa lobby in materia sanitaria dovrebbe pubblicare sul web i bilanci dettagliando chi sono i donatori e come sono spesi i soldi, che elenchi i progetti in campo, dicendo quanto costano e chi sono i fornitori, e magari esponendoli al giudizio delle persone con malattia. Poi vorremmo sapere per ogni associazione quanti malati rappresenta, chi sono i clinici e i ricercatori che la sostengono. Diradando la nebbia che copre il settore sarà chiaro chi prende soldi per servire le industrie, chi per darsi uno stipendio e fare qualche gita, e chi, invece, per combattere malattia e disabilità.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

03-APR-2017
da pag. 25
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Università &lavoro
Medicina

Uno studio lungo e pesante, l'impatto con il Servizio sanitario nazionale, le politiche sbagliate e i tagli più consistenti: ma il motto per chi vuol fare il dottore è "non arrendersi"

Non fate i burocrati ascoltate i pazienti

Lettera ai giovani: "Primo, la competenza"

Diventare medico tra glamour e realtà

S'iscrivono 10mila studenti l'anno, ma un laureato su tre spesso vaga di ateneo in ateneo nella attesa di specializzarsi

L'Anaao: "Sistema da rivedere, i posti nella specialistica vanno alzati a 7700 e il numero chiuso annuale abbassato a 8mila unità"

DANIELA MINERVA

Sembra di vedervi, nativi digitali; giovanotti e ragazze col palmare in mano, usciti da un liceo spesso complicato, ancor più spesso dispersivo e lontano dal mondo reale. A 18 anni non sei mai stato malato (a parte alcune e dolorosissime eccezioni), sei stato in ospedale solo a trovare la nonna, con l'aria da pulcino triste, senza capire bene cosa succede nei letti accan-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

03-APR-2017
da pag. 25
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

to. Chi ha voluto conoscere la medicina si è beato delle meraviglie dell'innovazione, quelle raccontate dal fido palmare, o ha aperto il suo cuore alla gioia dell'empatia, della solidarietà, della speranza di fare del bene. E allora sembra di vedervi, calati brutalmente nella pochezza dei test d'ammissione: se ci state leggendo, probabilmente, ci siete passati e li avete odiati. Ma sono necessari e inevitabili per mettere ordine nel personale del servizio sanitario nazionale rispondendo alle reali esigenze dei malati, è la ratio che vi viene detta per rendere tollerabile un test che decide della vostra vita. Poi leggete dei pasticci del ministero che non riesce a valutare in termini prospettici quei bisogni, che vi fa sudare lacrime e sangue.

Lacrime e sangue per sei anni e poi vi lascia in stand by: si iscrivono circa 10mila studenti l'anno, ma i posti disponibili nelle scuole di specializzazione (l'unica porta d'ingresso del Ssn) sono il 35 per cento in meno circa. Un laureato su tre vaga per anni da un ateneo all'altro in attesa di approdare a una scuola di specializzazione, che spesso non è quella desiderata. L'Anaao (la principale associazione di medici ospedalieri) ha redatto un rapporto mettendo insieme pensionamenti, blocchi del turn over e molte altre variabili, e concludendo che sin da oggi i posti nelle scuole di specializzazione dovrebbero essere portati ad almeno 7700, ma anche, e soprattutto, che si dovrebbe chiudere il tetto delle iscrizioni a 8mila.

Già, questo caos di cifre, che c'entra così poco con la vostra vocazione e le vostre ambizioni, è il primo assaggio delle quotidiane frustrazioni che vi aspettano: il Ssn italiano è la più bella architettura sanitaria del mondo, ma è in mano a un gruppetto di burocrati con la calcolatrice in mano. Ogni giorno avrete la sensazione che siano lì col solo scopo di complicarvi la vita e danneggiare i pazienti. Ma, per parafrasare Bogart: «È la sanità pubblica, bellezza», prigioniera della politica e dei budget. Eppur funziona. E sta a voi metterci tutto l'entusiasmo e la competenza necessari a mantenerla viva.

Ecco infatti, a nostro parere, la grande scommessa di chi oggi sale per la prima volta le scale di una scuola di medicina. I medici sono il cuore del sistema, le casseforti della competenza, della capacità, del sapere clinico (l'unico che cura), ma sono anche i pungiball dell'infrastruttura burocratica che tiene su il Ssn. I malati vogliono un rapporto coi medici, e poi si trovano in fila per pagare il ticket. Cercano risposte al dolore e alla paura della morte e sentono il disco del Cup che dice loro di "restare in attesa del primo operatore libero". Vogliono empatia e raccolgono cartacce. Voi, se ci state leggendo, che state per entrare in quel sistema siete l'unica interfaccia tra questi due poli inconciliabili: il bisogno di salute e accoglienza dei malati e la stolidità dei paladini del budget. Ce la farete? Pensateci quando affollerete le aule dei primi mattoni: anatomia, anatomia patologica, fisiologia.... Siete cresciuti con la narrazione epica della guerra biotech al cancro, dei robot in sala operatoria che salvano vite, dei sistemi intelligenti che combattono la degenerazione dei cervello.... E poi, eccovi lì a dover memorizzare tutte e 28 le ossa del piede, le decine di affezioni del sistema digerente, le articolazioni della mano, le degenerazioni dell'occhio. Pensateci perché se è vero che la narrazione della medicina oggi è avveniristica e glamour, la realtà della malattia è spesso molto molto più opaca. Vi troverete a combattere con un esercito di gastriti, mal di schiena a milioni, cataratte, artrosi, appendici, ipertensioni. E se incontrerete i big killer - i tumori, gli ictus, l'Alzheimer, le Sla - assaggerete più il fiele dell'impotenza che il glamour dell'hi-tech. Ma attenzione, oggi è questo il vostro mestiere: ascoltare il malato, e curarlo.

Perché dico "oggi"? Non è sempre stato questo il mestiere del medico? Vero, ma oggi questo "mestiere" è diventato l'unica ancora di salvezza del Ssn. Strangolato dai tagli di bilancio e dalla burocrazia, incalzato dai lupi che lo depredano e da quelli che vogliono "affiancarlo" per assistere i malati ricchi, mal sopportato dai cittadini che si sentono spesso respinti, sempre incompresi. Tocca ai medici mettere insieme tutte quelle informazioni accumulate ne sacri testi che studierete per sei anni (e sono un'infinità), la forza epica della narrazione moderna della medicina che salva armata dalla scienza trionfante, le necessità degli amministrativi, il potere ostativo dei burocrati e di impacchettare il tutto in un'offerta di cura che sia degna del compito che il ssn si prefigge.

La sanità italiana si salverà se i medici sapranno farlo, a partire da una rinnovata alleanza coi pazienti che vogliono essere ascoltati e nessuno potrà impedirvi di farlo: non chi vuole contingentare il vostro tempo, ma anche chi vi vuole dei freddi aspiranti Paperoni o premi Nobel. Scrollatevi di dosso la pessima immagine che vi hanno appiccicato: voi non ruberete, non imbroglierete, non sarete pigri né ignoranti. Ma non sarete nemmeno dei burocrati, né dei robot. Un tempo si sarebbe detto "la patria lo vuole". Oggi diciamo: voi ve lo meritate, dopo sei anni di lacrime e sangue, e altrettanti di notti in corsia e pantofole dei baroni da baciare, non potete aspirare a niente di meno che essere dei buoni medici, nonostante tutto.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE NORME E TRIBUTI

Dir. Resp.: Guido Gentili

03-APR-2017
da pag. 17
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

DIRITTO

Errori medici, scatta la conciliazione

Con la nuova legge sulla responsabilità di medici e ospedali, in vigore da sabato 1° aprile, diventa obbligatorio il passaggio della conciliazione preventiva prima di intentare la lite per il risarcimento degli errori dei sanitari.

Operative anche nuove esimenti per gli errori sanitari in caso di fedeltà alle linee guida e i limiti all'azione di rivalsa. Cartelle cliniche da consegnare in sette giorni.

▸ pagina 17

Risarcimenti. Più gravate le aziende con il debutto della responsabilità contrattuale nei confronti del paziente danneggiato

Errori medici, conciliazione al via

In vigore da sabato la riforma che introduce l'obbligo di tentare l'accordo con l'aiuto del Ctu

IL PERSONALE

Alleggerita la posizione degli operatori sanitari che possono contare anche su nuovi limiti all'azione di rivalsa

PAGINA A CURA DI
Filippo Martini

Dalla responsabilità a "doppio binario" alla conciliazione obbligatoria affidata al Ctu, dall'esimente per i medici che sbagliano per imperizia ai limiti all'azione di rivalsa contro gli stessi operatori sanitari. È oggi il primo giorno di concreta operatività di alcuni dei punti più innovativi della riforma della responsabilità sanitaria. La legge 24 del 2017 è infatti entrata in vigore sabato 1° aprile.

Non tutte le novità debuttano da subito. Alcune di esse, infatti, partiranno solo dopo che saranno emanati i decreti attuativi, attesi nei prossimi mesi (si veda il servizio a fianco).

Tra le norme già operative c'è l'articolo 4 della legge, che obbliga le aziende sanitarie, nel rispetto del dovere di trasparenza, a fornire ai diretti interessati, entro sette giorni dalla richiesta, la documentazione sanitaria disponibile e relativa alla vicenda clinica che ha coinvolto il paziente. Le eventuali integrazioni non potranno essere fornite oltre 30 giorni dalla presentazione della richiesta.

Le novità di maggiore impatto già in vigore riguardano la disciplina della responsabilità penale e civile. L'articolo 6 prevede un'ipotesi di non punibilità del medico per imperizia, se ha rispettato le raccomandazioni contenute nelle linee guida che dovranno essere emanate entro il prossimo 30 giugno; nel frattempo, l'esimente si applica ai medici che si siano uniformati alle buone pratiche clinico-assistenziali.

L'articolo 7 introduce quello che è stato definito il "doppio binario" della responsabilità civile, distinguendo sul piano pratico tra la natura contrattuale del vincolo che si instaura tra azienda sanitaria e paziente e, dall'altro, la natura extracontrattuale della responsabilità imputabile all'operatore dipendente o comunque inquadrato nella struttura. È fatta salva solo l'ipotesi che il medico abbia assunto espressamente un impegno contrattuale con il proprio cliente, verso il quale, nel caso, resta obbligato a rendere una prestazione sanitaria qualificata e ben specificata.

Sono di immediata applicazione anche le norme che riguardano le nuove regole procedurali del giudizio risarcitorio intentato dal paziente. L'articolo 8, infatti, rende obbligatorio, prima di avviare una causa, il tentativo di conciliazione giudiziale con lo strumento dell'accertamento tecnico preventivo (Atp) nel quale un consulente medico nominato dal giudice è chiamato a valutare i profili di responsabilità e di danno, invitando le parti a una conciliazione.

Resta valida la strada alternativa della mediazione: tentare di trovare un accordo di fronte a un organismo di mediazione soddisfa la condizione di procedibilità in giudizio della domanda di risarcimento del danno.

Scattano da subito anche i limiti all'azione di rivalsa contro il medico, previsti dall'articolo 9 della riforma. Si tratta di vincoli sul piano dei tempi (entro un anno dal pagamento del danno), dell'entità massima di esposizione economica del sanitario (tre annualità retributive lorde) e delle condizioni di perseguibilità del medico, circoscritte ai casi di dolo o colpa grave.

Sabato sono anche entrati in vigore gli obblighi di comunicazione a carico delle strutture sanitarie e dell'assicuratore, che devono avvisare il medico dell'avvio di una controversia su una vicenda clinica che lo riguarda. La comunicazione deve avvenire in tempi molto brevi (dieci giorni dall'inizio della causa o della trattativa) a pena della perdita per l'azienda o l'assicuratore del diritto di agire contro il medico per rivalsa, se dovessero emergere dei suoi profili di coinvolgimento per dolo o colpa grave. Questo vincolo obbligherà soprattutto le aziende sanitarie a una gestione celere e oculata dei sinistri, a pena di un pregiudizio economico costituito dalla decadenza dell'azione di rivalsa che varrà anche nel caso di azione per responsabilità amministrativa da danno erariale di competenza del pubblico ministero presso la Corte dei conti.

Infine, sono di immediata applicabilità le norme, contenute nell'articolo 15, che pongono criteri e regole per la nomina dei consulenti medici del giudice, tanto nel procedimento civile che in quello penale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ebook dell'Esperto risponde
In regalo il volume sulla responsabilità medica tra riforma e giurisprudenza
www.ilsole24ore.com/espertorisponde

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 29.861
Diffusione 12/2016: 22.346
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

03-APR-2017
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

MERCOLEDÌ INCONTRO CON IL MINISTRO LORENZIN: L'ABOLIZIONE TOTALE VALE TRE MILIARDI, MA SI PUNTA A SOLUZIONI MISTE

Riforma ticket sanitari, tre ipotesi

Le Regioni temono un taglio alle risorse del Fondo e chiedono aggiustamenti

● **ROMA.** L'obiettivo è, in ogni caso, una maggiore attenzione alle fasce più deboli della popolazione. Si fonda anche su questa premessa la partita che mercoledì si aprirà al ministero della Salute, con il primo incontro tra il ministro Beatrice Lorenzin e le Regioni, per arrivare ad una revisione del sistema dei ticket sanitari, già prevista nel Patto per la Salute 2014. Tre sono, al momento, le ipotesi sul tavolo, sulle quali ministro e Regioni avvieranno il confronto.

I ticket incidono per 3 miliardi di euro sui 113 del Fondo Sanitario Nazionale e, come ha già ipotizzato di recente la stessa Lorenzin, potrebbero essere aboliti agendo ad esempio sulla Spending review. Ma se in generale la cifra che si ricava è bassa, per alcuni territori potrebbe essere difficile sopperire a un taglio netto. Tre dunque, al momento, le possibili strade percorribili già indicate da Lorenzin: una revisione della compartecipazione alla spesa, ovvero i ticket, sulla base dei componenti familiari o della perdita del lavoro, ma a parità di gettito; un recupero di risorse attraverso la Spending review che consenta, eliminando gli sprechi, di immettere più fondi nel sistema, con il risultato di arrivare all'abolizione dei ticket; una revisione delle modalità di raccolta dei ticket con una formula più proporzionale al reddito, vincolando le risorse alle fasce fragili e in difficoltà. L'ipotesi della totale abolizione dei ticket, tuttavia, suscita perplessità sul fronte delle Regioni: «Sottrarre 3 miliardi al Fondo sanitario, ovvero l'importo derivato dai ticket - afferma il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, Antonio Saitta - per le Regioni rappresenterebbe un problema, perchè vorrebbe dire dover ridurre l'attività nell'ambito dello stesso Fondo per la Sanità». Ad ogni modo, sottolinea, «la priorità è anche approfondire il tema partendo dalla necessità di arrivare ad una omogeneizzazione del sistema su tutto il territorio nazionale. Certamente - aggiunge - l'attuale crisi economica ed i problemi legati alla povertà impongono oggi di porre l'attenzione sulle fasce più deboli della popolazione, e su questo concordiamo con il ministro».

Altro nodo è quello dei ticket sugli esami diagnostici: «Sono alti e ciò porta ad una concorrenza del privato che offre prezzi più bassi. E' un punto - conclude Saitta - su cui intervenire».

Manuela Correra

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

03-APR-2017
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

La spesa dello Stato

Ticket, revisione formato famiglia

▶Via alla trattativa tra governo e Regioni per riformare la compartecipazione dei cittadini alla sanità pubblica

▶Tra le ipotesi allo studio nuovi criteri che tengano conto del numero dei componenti di un nucleo

L'OBIETTIVO È CANCELLARE GLI ATTUALI SQUILIBRI TERRITORIALI SALVAGUARDANDO LE FASCE DEBOLI

NEL 2015 I CITTADINI HANNO SPESO 1,4 MILIARDI ALTRI 1,1 SE NE VANNO PER LE PRESTAZIONI INTRAMOENIA

L'INCONTRO

ROMA Ticket sanitari, primi passi verso la revisione. Per arrivare, come ha annunciato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, ad una possibile abolizione. In arrivo, dunque, l'ennesima riforma per la tassa su esami, analisi e visite mediche introdotta nel 1982.

LA TRATTATIVA

Mercoledì, dopodomani, appuntamento tra il ministro e le Regioni. Avvio delle trattative. Obiettivo: tutela delle fasce deboli della popolazione. Quei 12 milioni di italiani che, secondo l'ultimo rapporto del Banco Farmaceutico (ente assistenziale che dà medicine a chi non se lo può permettere) nel 2016 hanno dovuto limitare il numero degli accertamenti per motivi economici. In un anno le richieste di aiuto per le cure al Banco sono aumentate dell'8,6%. Le visite specialistiche ambulatori Asl e ospedali hanno subìto un calo del 10% negli ultimi due anni.

LE RISORSE

Tre le ipotesi sul tavolo: la revisione della compartecipazione in base ai componenti della famiglia o alla condizione lavorativa (disoccupazione), il recupero di sprechi, senza tagli, accompagnato da una migliore applicazione della spending review oppure vincolare le risorse per le famiglie numerose, gli anziani fragili, gli invalidi.
La settimana scorsa è stata avviata, in tutta Italia, la petizione popolare per l'abolizione del ticket. Che incidono per tre miliardi di euro sui 113 del fondo sanitario. Un cifra considerata bassa dalla casse dello Stato ma importante come l'ossigeno nelle Regioni dove la compartecipazione permette di organizzare i servizi base. Senza la tassa, dicono gli amministratori in difficoltà, potrebbero essere necessari dei tagli. Lo squilibrio tra le diverse realtà regionali ha sicuramente portato ad un forte gettito da parte di alcune come la Valle d'Aosta e un magro gettito da altre come la Sicilia. Cifre che, per le famiglie, vogliono dire 50 euro a persona in Valle d'Aosta, 40 nel Lazio, 36 in Toscana 10 in Campania e 9 in Sicilia. La media nazionale è di 23 euro a testa. Come documenta il rapporto Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari.

LE ESENZIONI

Circa 1,4 i miliardi di euro sborsati dagli italiani nel 2015 per i ticket. Cifra alla quale vanno aggiunti gli 1,1 miliardi pagati per l'intramoenia.
Qualunque strada decidano di seguire durante l'incontro di mercoledì certo è che le esenzioni dovranno essere messe sotto la lente. Proprio in questi giorni, nella maggior parte delle Regioni, stanno scadendo le autocertificazioni per reddito. Questo significa che coloro che nel 2016 avevano presentato l'autocertificazione ora sono invitati a verificare la correttezza della nuova posizione economica, che è stata assegnata, invece, in base all'incrocio dei dati con l'Agenzia delle entrate.
L'ipotesi è che le regioni del Sud si trovino zavorrate dalle esenzioni che sono per patologia, invalidità o reddito-età. Riguardano chi ha meno di 6 anni o più di 65 e un reddito familiare sotto i 36mila euro all'anno. In alcune zone del Sud circa l'80% di coloro che si rivolgono al servizio sanitario hanno un certificato di esenzione.

I PREZZI

La Campania incassa circa 56 milioni di euro l'anno dalla piccola tassa su visite ed analisi mentre l'Emilia Romagna, che ha un milione di abitanti in meno, conta su un ticket di 159 milioni annui.
«Togliere tre miliardi al fondo sanitario - sono le parole di Antonio Saitta coordinatore degli assessori regionali alla Sanità - potrebbe rappresentare un problema. Vorrebbe dire dover ridurre l'attività nell'ambito dello stesso fondo per la sanità. Importante è arrivare ad una omogenizzazione del sistema su tutto il territorio nazionale. I ticket sugli esami diagnostici sono alti e questo porta ad una concorrenza del privato che offre prezzi sempre più bassi. E un punto sul quale dobbiamo intervenire presto».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

03-APR-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

L'intervento

Cannabis, il costoso fallimento del proibizionismo

Benedetto Della Vedova*

Voglio legalizzare la cannabis. Voglio farlo per regolamentare una sostanza che oggi è liberalizzata nel mercato criminale, accessibilissimo e completamente privo di regole e controlli. Eppure, a differenza di quanto pensa Roberto Mineo, conosco l'art.32 della Costituzione e non voglio offendere la memoria di nessuno, tantomeno del giudice Borsellino. Avendo lavorato da volontario in quella direzione, ho da sempre grande attenzione per il lavoro delle comunità che si occupano del recupero e del reinserimento delle persone colpite dalle tossicodipendenze.

Nel 1995 venni arrestato e poi condannato per una disobbedienza civile radicale con Marco Pannella, Rita Bernardini e altri: denunciavamo l'assurdità di una legge proibizionista che portava in carcere ragazzi, rei soltanto di essersi passati di mano uno spinello. Allora ci dicevano che, nonostante il proibizionismo sulla cannabis avesse già decenni alle spalle, in futuro le politiche repressive avrebbero consentito di stroncare il traffico e azzerare il consumo di sostanze che "fanno male". Nessuno di noi ha mai detto che le canne facciano bene (ma alcool e tabacco, legali, invece sì?) o incentivato il consumo non terapeutico, ovviamente: vogliamo però che si prenda atto del totale, assoluto e costoso fallimento del proibizionismo. In questi ultimi 22 anni (io non opero in una comunità ma studio i dati ufficiali italiani e internazionali sulla cannabis e seguo l'evoluzione legislativa sul tema), ho visto inasprimenti delle pene (alcuni mitigati o cancellati dalla Consulta), spese ingenti per la repressione (oltre diecimila operazioni di polizia sulla cannabis nel 2015), processi e detenzioni per reati connessi a questa sostanza. Il risultato di tutto questo è nullo: l'Istat ci spiega che i consumatori, abituali e non, in Italia sono 6.1 milioni, per un mercato stimato almeno in 4-7 miliardi all'anno. Apriamo i giornali e vediamo sempre più frequenti le notizie di grandi piantagioni o serre per la coltivazione abusiva della cannabis in mano alle mafie: i narcos li abbiamo in casa ormai. Sappiamo che le sostanze in circolazione non sono in alcun modo controllate. E potrei continuare.

Stando alle parole che Roberto Mineo usa contro la legalizzazione, chi è che "accetta l'inaccettabile"? Chi vuole proseguire il costoso e fallimentare proibizionismo sulla cannabis o chi vuole cambiare registro, legalizzare, sottrarre alla criminalità, controllare e tassare un mercato a cui si rivolgono milioni di italiani? Dove la cannabis è stata legalizzata, come in molti stati Usa, non si è raggiunto un paradiso che nessuno aveva promesso, naturalmente. Ma la situazione è decisamente migliorata sotto i punti di vista più critici: le sostanze sono controllate, la polizia si occupa di reati più pericolosi per la libertà e la salute, il contrasto al consumo minorile è più efficace, i profitti tolti alla criminalità sono divenuti risorse pubbliche per sistemare le scuole e finanziare campagne di informazione e dissuasione dall'uso e dall'abuso di tutte le sostanze, cannabis compresa.

Infine, la memoria del Giudice Borsellino che Roberto Mineo ritiene offesa dalla sola idea di legalizzare la cannabis: non credo abbia molto senso scagliare quel giudizio negativo di Borsellino, eroe e martire della legalità di una stagione la cui memoria va coltivata senza strumentalizzazioni, contro chi oggi, in modo non superficiale ma argomentato, si batte per cambiare le leggi proibizioniste anche come modo per contrastare le mafie. Può darsi che quel giudizio oggi sarebbe confermato, visto che ci sono magistrati che restano proibizionisti. Ma ce ne sono moltissimi che suggeriscono di cambiare e di regolamentare. La stessa Direzione Nazionale Antimafia, che certamente porta nel cuore i giudici martiri della lotta a Cosa Nostra, si è espressa con un parere articolato e sostanzialmente positivo indirizzato al Parlamento sulla legalizzazione della cannabis.

**Senatore, coordinatore dell'Intergruppo parlamentare "Cannabis Legale"*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Infezioni in corsia per 6 ricoverati su 100, arriva il Piano Lorenzin

CRONACA

Tweet

Immagine d'archivio (FOTOGRAMMA)

Pubblicato il: 02/04/2017 13:02

Italia tra gli ultimi della classe in Europa sui **contagi in corsia**. Ogni anno si verificano, in media, **sei infezioni ogni 100 ricoverati in ospedale**, come confermano le stime delle società scientifiche. Una media simile agli altri Paesi del continente ma con una differenza fondamentale: i batteri di casa nostra sono 'più cattivi', ovvero resistenti ai farmaci anche 10 volte di più rispetto ai Paesi più virtuosi. Le differenze regionali (come in molti altri settori della sanità) sono notevoli: difficile avere dati precisi ma le stime variano dal 5% al 10% di ricoverati contagiati, con diverse Regioni che non rilevano nemmeno i dati. Manca, inoltre una strategia nazionale per il controllo delle infezioni ospedaliere e dell'antibioticoresistenza. Un 'buco' quest'ultimo che potrebbe essere colmato a breve, con il Piano ad hoc, a cui sta lavorando una commissione ministeriale, voluto dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin.

Un provvedimento "ad ampio spettro", come lo ha definito la stessa Lorenzin che "affronta - ha anticipato la ministra - innanzitutto il tema della messa in sicurezza degli ospedali, dei meccanismi di igienizzazione anche con ausili innovativi, oltre che il rispetto delle regole base come lavarsi le mani". Nel documento anche "una attenzione maggiore alla diagnostica rapida ", aggiunge all'Adnkronos Salute Stefania Stefani che ha collaborato in rappresentanza della Società italiana di microbiologia (Sim).

E forse, potrebbe accogliere anche la suggestiva proposta della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit) che pure ha partecipato al lavoro sul Piano, di una **'patente' per la prescrizione degli antibiotici più innovativi** e che rappresentano, per alcune infezioni, l'ultima arma a disposizione per vincerle. "Non si tratterebbe di una limitazione alla prescrizione o di qualche forma di divieto - rassicura Marco Tinelli, segretario nazionale Simit - ma di una misura basata sulla formazione periodica, annuale, perché l'epidedomiologia cambia. Insomma una regolamentazione non restrittiva ma intelligente che speriamo sia accolta". Insomma: a prescrivere alcuni farmaci potrebbero essere solo i medici appositamente formati.

Il Piano sollecitato anche dall'Unione europea dovrà **aiutare l'Italia a ridurre il gap con gli altri Paesi** e fornire indicazioni uniformi alle Regioni per controllare il fenomeno. "E' un problema che allarma in tutto il mondo - precisa Tinelli all'Adnkronos Salute - Le infezioni ospedaliere, a causa della resistenza ai farmaci rappresentano un grande rischio. Si calcola che siano 700 mila i decessi ogni anno a livello mondiale. E per i Cdc (Centers for disease control and prevention) americani sono 23 mila i decessi l'anno negli Usa". Purtroppo il trend è in crescita, "secondo alcune stime - continua Tinelli - nei prossimi 25-30 anni si potrebbe arrivare, a livello mondiale, a 9 milioni".

Per quanto riguarda l'Italia "la situazione è a macchia di leopardo. Con **ospedali e Regioni virtuose e altre realtà non altrettanto positive**. In generale - ammette l'esperto - siamo un fanalino di coda nel vecchio continente per quanto riguarda il contrasto alla resistenza ai farmaci". Tra i batteri più 'cattivi', Klebsiella pneumoniae, multiresistente: dal 2012 al 2015 è passata dal 29% al 35 % per quanto riguarda la resistenza ai carbapenemi (antibiotici di ultima generazione, l''ultima spiaggia' insomma). La media è

La carica dei bulldog, raduno record a Brescia

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. Ryanair offre 60mila biglietti a prezzi stracciati: "E non è un pesce d'aprile"
2. Pay tv, come disdire Sky e Mediaset Premium
3. Tagli spesa e lotta evasione: gli ultimi rumors sulla manovra
4. E' boom di cartelle rottamate, Equitalia apre il pomeriggio: ecco dove
5. Volpe vs Magalli, Adriana è una furia: "Fermatelo!"

Video

Revolver, Ak 47 e carabine: arsenale sequestrato in una cantina

La carica dei bulldog, raduno record a Brescia

Balletto e breakdance insieme in un video

dell'8,1% in Europa. Tre volte in meno. E si arriva a 10 volte se si considerano i Paesi più virtuosi. Per lo stafilococco aureo, in controtendenza, la resistenza è passata dal 45% al 34%. "Sembra un buon risultato, ma anche in questo caso la media europea è più bassa, arriva al 16%".

In realtà in Italia, **ad oggi, non esiste un sistema di sorveglianza nazionale**, perché nel nostro Paese non ci sono ancora sistemi di rilevazione attiva dei dati con personale dedicati ma sono stati condotti numerosi studi multicentrici di prevalenza. Ed è sulla base di questi e delle indicazioni della letteratura, che si può stimare - come indica Epicentro curato dal Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità - che nel nostro Paese il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera. Ogni anno, quindi, si verificano in Italia 450-700 mila infezioni in pazienti ricoverati in ospedale (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi). Di queste, si stima che circa il 30% siano potenzialmente prevenibili (135-210 mila) e che siano direttamente causa del decesso nell'1% dei casi (1350-2100 decessi prevenibili in un anno).

Proprio **per far fronte a questa situazione è stato costituito il gruppo ministeriale** che entro la primavera, a quanto si apprende, emanerà il piano di contrasto all'antibiotico resistenza e di cui circola già una bozza. "Fondamentalmente - aggiunge Tinelli - si definiranno misure per la riduzione dell'uso umano e veterinario degli antibiotici, per migliorare l'informazione e per mettere alcuni paletti alla prescrizione", oltre che a favorire, come ribadisce Stefania Stefani, l'uso di test per l'identificazione rapida dei patogeni.

"Finalmente il nostro Paese - ha detto Gaetano Privitera, presidente della Società italiana multidisciplinare per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie (Simpios) - potrà avere quadro normativo nazionale di riferimento su questi temi. Le ultime circolari in materia datavano 1985 e 1997. Alcune indicazioni erano già presenti nel Piano prevenzione. Ma non era abbastanza, considerando che la situazione italiana è la peggiore a livello europeo".

"I professionisti aspettavano da tempo norme di riferimento per riavvicinarci agli standard europei più elevati, in alcune realtà già raggiunti ma serve uniformità e tutela sull'intero territorio". In Italia, continua Privitera, "le percentuali di infezioni ospedaliere sono nella media, intorno al 6%. Ma le infezioni sono più gravi e più a rischio di esiti letali, ci sono più sepsi e infezioni del sangue. C'è un maggior numero di infezioni legate ai cateteri vascolari, non correttamente applicati. Un paziente su due in ospedale riceve almeno un antibiotico, un consumo non giustificato per circa il 50% dei casi" .

Tweet

TAG: sanità, corsia, infezioni, Lorenzin

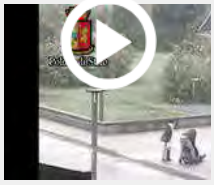
Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI

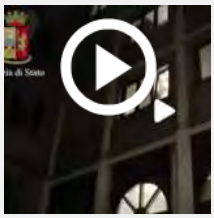
L'identità di un'auto, il linguaggio stilistico Škoda

La poesia del cinema per Giornata mondiale autismo

Come armi e droga: il business degli animali



Monza, pestato per un debito da 50 euro: le immagini



"Se me lo ordinano devo uccidere tutti": le intercettazioni dei terroristi di Venezia

'Tommy e gli altri' primo film italiano sull'autismo

In Evidenza

BioInItaly Investment Forum

CIDA: "Alternanza scuola-lavoro. Una risorsa da costruire insieme"

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

03-APR-2017
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Viagra La rivoluzione ha rotto il tabù

Nel 1998 arrivò in farmacia la pillola che ha cancellato l'andropausa E adesso il 73 per cento degli uomini tra 64 e 75 anni è sessualmente attivo

Effetto negativo

Con il proliferare della pillola blu cambia l'approccio all'intimità: le donne lamentano il venir meno della negoziazione del rapporto

Il parere dell'esperto

«Con l'aiutino gli uomini spesso tornano indietro, rispetto all'intimità nella terza età. Il sesso non è solo meccanica fisica: sotto c'è il desiderio»

di ALESSANDRO BELARDETTI

LA RIVOLUZIONE sessuale degli anziani sta per compiere 20 anni. Era il 1998, infatti, quando nel mondo dei farmaci fece la sua entrata trionfale (e per caso) il Viagra: «La storia si può dividere in un periodo prima della pillola blu e uno dopo – racconta il farmacologo Giuseppe Cirino –. Da quel momento si finì di parlare dell'andropausa. Un settantenne in salute, col Viagra, può avere la vita sessuale di un 40enne fino alla morte».

Il boom di anziani che riscoprono l'intimità non si è arrestato: tra i 64 e i 75 anni si dichiara attivo sessualmente il 73 per cento delle persone e il 39 per cento tra gli over 75 si dà da fare tra le lenzuola, secondo il Censis. Quello che impressiona è la qualità del sesso: sette anziani su dieci giudicano soddisfacente la propria attività, mentre soltanto il 56 per cento dei 30enni si ritiene appagato dei rapporti erotici.

«Sempre più over 70 stanno capendo che l'invecchiamento non è una patologia da combattere – analizza la sociologa Raffaella Ferrero Camoletto – e assumono una visione positiva della vita scoprendo una sessualità profonda, sfaccettata, polisensoriale, votata alla cura dell'altro. Il Viagra ha reso possibile parlare di problemi che prima erano tabù, ma *viagrizzare* il sesso lo rende solamente una questione di prestazione: così gli standard valutativi sono quantitativi e mai qualitativi. Le donne col proliferare della pillola blu lamentano il venir meno della negoziazione del rapporto. Il sesso degli anziani è a 360 gradi, mentre

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

03-APR-2017
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

con l'aiutino gli uomini spesso tornano indietro, oscurano la visione progressiva dell'intimità nella terza età. Non si tratta di fare funzionare la macchina e basta: sotto la sessualità maschile c'è il desiderio».

DUE ANZIANI su dieci sfidano i limiti della natura avendo uno o più rapporti sessuali a settimana, mentre il 30 per cento fa sesso due o tre volte al mese e il restante cinquanta per cento una volta ogni trenta giorni. Il 6 per cento dei 70enni tocca il record: due, tre rapporti a settimana.
«Ora l'intimità non ha più età – prosegue Cirino, già preside della Facoltà di Farmacia dell'università Federico II –. Con il doping del Viagra è anche facile trovare un'amante, se il matrimonio non funziona: sotto questo aspetto è un'invenzione che rovina le famiglie. Gli anziani si vergognano ancora ad ammettere disfunzioni erettili e vanno on line a comprare i farmaci. Su Internet i prodotti arrivano spesso dall'India, sono preparati senza norme di buona manifattura, le sostanze all'interno non sono chiare e non ci sono stati controlli».

L'ALLARME degli esperti mira anche verso le malattie sessualmente trasmissibili, in preoccupante crescita tra gli over 65: patologie come candida, condilomi o herpes sono aumentati del 35 per cento negli ultimi anni.
«Avere un'attività sessuale costante migliora la situazione della prostata e aiuta a livello psicologico – racconta l'urologo Vincenzo Mirone –, ma molti di questi rapporti sono occasionali e ci si espone a varie malattie».
«Stiamo registrando una recrudescenza di candida e chlamydia: molti anziani non usano il preservativo», sostiene Cirino. Il Viagra non è il punto d'arrivo, a livello chimico, dell'esplosione del sesso a settant'anni, anzi, è il punto di partenza.

«LE MOLECOLE Vardenafil, Tadalafil e Avanafil migliorano le potenzialità del Viagra, eliminando l'interazione col cibo e con l'alcol – conclude Cirino –. La prima ha un'emivita di 4 ore; la seconda di 36 ore ed entro il 2018 la pillola del weekend diventerà un farmaco generico con l'abbattimento del prezzo del 50 per cento; il terzo di 12 ore. Il prossimo obiettivo sperimentale è raggiungere tutta la popolazione con la pillola, perché il 40 per cento non risponde a questi farmaci. Ciò significa che non sappiamo ancora tutto del meccanismo di funzionamento dei medicinali».

LE PILLOLE MAGICHE

	Vendute senza ricetta nel 2016	Vendute con ricetta nel 2016	
In Europa	oltre 100 milioni	70 milioni	TOTALE EUROPA QUASI 180 MILIONI
In Italia	19 milioni	14 milioni	TOTALE ITALIA OLTRE 33 MILIONI

Pro e contro

Malattie

L'uso della chimica favorisce comportamenti a rischio: tra gli over 65 patologie come candida, condilomi o herpes sono aumentate del 35 per cento

Miglioramenti

Il Viagra è solo l'inizio: molecole come Vardenafil, Tadalafil e Avanafil migliorano le potenzialità della pillola blu, eliminando l'interazione col cibo e con l'alcol

Progressi

Il prossimo obiettivo sperimentale è raggiungere tutta la popolazione con le pillole, perché il 40 per cento non risponde a questo tipo di farmaci

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

03-APR-2017
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it

Genoma, farmaci, robot Gli scienziati a Roma si confrontano sul futuro

Il convegno

di **Francesco Di Frischia**

ROMA Il nostro cervello sarà capace di controllare lo sviluppo tecnologico? L'intelligenza artificiale ci potrà aiutare? Siamo vicini a modificare il genoma di un embrione per curare molte gravi malattie, ma come si fa a prevenire eventuali distorsioni? E quanto il profitto sui nuovi farmaci, sempre più costosi, deve dominare rispetto al benessere della collettività? Sono alcune delle domande al centro del confronto tra un gruppo di autorevoli scienziati e ricercatori, provenienti da mezzo mondo, organizzato a Roma domani e dopodomani. Tra loro, anche due premi Nobel, Eric Chivian della Harvard Medical School e Mario Capecchi dell'Università di Salt Lake City, e il cardinale Gianfranco Ravasi, presidente del Pontificio Consiglio della Cultura. Si approfondiranno temi come la lotta contro la povertà e la fame, la difesa dell'ambiente dai cambiamenti climatici e dall'inquinamento, le migrazioni, le discriminazioni di genere e la disabilità.

Tra i promotori del convegno, intitolato «Il futuro dell'umanità visto dalla prospettiva della scienza medica», Giuseppe Remuzzi, grande esperto di Nefrologia e trapianti di rene dell'Istituto «Mario Negri»: «La storia dell'evoluzione dall'uomo di Neanderthal a oggi, un viaggio di circa 50 mila anni, non è niente se comparata a quello che noi vedremo nei prossimi 2-3 secoli — spiega Remuzzi — grazie alla bioingegneria, alla capacità delle macchine di imparare e all'intelligenza artificiale». Il sapere, secolo dopo secolo, ha aiutato l'uomo a progredire. «Il nostro pianeta in questo momento deve affrontare problemi più grandi di quanti l'umanità non ne abbia mai avuti di fronte prima d'ora — osserva —. E nessuno sa di preciso che cosa potrebbe succedere». Ma il nostro futuro, secondo l'esperto, dipende da come si affronteranno tre sfide: i cambiamenti del clima, le migrazioni e la povertà.

All'incontro, promosso con il contributo della Fondazione Menarini, partecipano tra gli altri, Richard Horton, direttore di *The Lancet*, John Sweeney della *Mayhooth University* (Irlanda), Walter Ricciardi dell'Istituto superiore di sanità e Lamberto Maffei dell'Accademia nazionale dei Lincei.

A complicare la vita ci si mettono la globalizzazione, che viene oggi vista come una minaccia, guerre, violenza e paura che sostituiscono i concetti di pace, solidarietà e sicurezza, oltre all'intolleranza verso i diversi: «Sta venendo meno lo spirito di collaborazione tra i popoli — aggiunge Remuzzi —. Quindi in un momento di incertezza così grande, ci sono solo due forze alle quali l'umanità ha affidato il suo destino: scienza e religione che hanno un grande obiettivo comune, costruire un futuro migliore per l'umanità». Parole condivise da Silvio Garattini, direttore dell'Istituto «Mario Negri», che aggiunge con preoccupazione: «Negli ultimi decenni il divario tra ricchi e poveri si è allargato: lì bisogna agire. E la scienza è in prima fila per offrire strumenti, metodi e risposte efficaci».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2

Giorni
Quanto durerà il convegno «Il futuro dell'umanità visto dalla prospettiva della scienza medica»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

03-APR-2017
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

Studia il genoma umano

La medicina molecolare sarà il futuro

Attraverso l'analisi del Dna si individueranno le tipologie di malati e poi verranno messe a punto le giuste terapie: mirate e personali

TINA SIMONIELLO

O di precisione. Oppure personalizzata o traslazionale, è la disciplina medica che studia gli aspetti molecolari delle malattie, le mutazioni, le anomalie e permette diagnosi e terapie mirate al singolo paziente. Oggi è soprattutto utilizzata in oncologia, ma in futuro, dicono gli esperti, sarà a al servizio di molte altre branche della medicina: dalla cardiologia alle patologie degenerative. È dottorato, oppure è master, o phD, a seconda degli atenei. Ma in qualsiasi livello di formazione la si collochi, la medicina molecolare è una delle espressioni più recenti della stretta relazione tra ricerca medica di base e medicina applicata nell'era della post genomica.

Si chiama anche medicina di precisione, o personalizzata, qualcuno con un anglismo la chiama traslazionale, da translational medicine, perché trasferisce i risultati della ricerca, immediatamente e velocemente, dal bancone al letto del paziente: from banch to bedside. «Le sue origini risalgono agli anni Novanta – spiega Sergio Abrignani, ordinario di Patologia generale e docente alla scuola di dottorato in Medicina molecolare alla Statale di Milano, «quando il genoma umano è divenuto accessibile. Attraverso l'analisi della sequenza di Dna e Rna e la comprensione dei meccanismi che regolano i geni e la loro espressione, possiamo individuare tipologie di malati, e solo a loro fornire una terapia che sia mirata, diretta contro specifiche mutazioni o molecole di cui quei pazienti sono portatori». Sono le basi della target therapy, degli gli anticorpi monoclonali, dell'immunoterapia in oncologia: cure dirette contro elementi specifici, e praticate solo su chi possa giovarsene. Ecco il senso delle espressioni precisione e personalizzazione.

«Chi fa medicina molecolare», continua Abrignani , «oltre a individuare e interpretare gli aspetti molecolari di una patologia deve saperli integrare con una lunga serie di altri e dati: deve saper fare quella che si chiama big data analisys. Nei nostri corsi c'è molta trasversalità, infatti: si forniscono agli studenti nozioni di statistica, di biologia molecolare, di genetica e di biochimica, di patologia, e tutto questo va integrato con la clinica».

Oggi medicina molecolare significa soprattutto oncologia sperimentale. Basti pensare che grazie alle ricerche degli ultimi 10-15 anni, un paziente oncologico su 10 oggi può ricevere una terapia personalizzata. Ma in pochi anni - giurano gli esperti - non si potrà fare a meno della medicina molecolare in molti campi nei quali è ancora di nicchia da quello cardiologico, alle malattie degenerative dell'anziano alle patologie delle articolazioni.

«Cerchiamo l'ago nel pagliaio. E spesso lo troviamo», descrive così il suo lavoro in ospedale Maria Grazia Daidone, direttore del dipartimento Oncologia sperimentale e medicina molecolare all'Istituto Tumori di Milano, dove è stato istituito un PhD di medicina molecolare. «Il pagliaio sono i campioni di tumore prelevati dai pazienti che noi tipizziamo sequenziando il Dna. In questo modo mettiamo a punto un piano terapeutico mirato, personalizzato in base alle caratteristiche del singolo tumore utilizzando "farmaci intelligenti" contro specifiche alterazioni molecolari. Con la cosiddetta biopsia liquida, cercando elementi rilasciati nel sangue dalla massa tumorale, possiamo seguire nel tempo la malattia, per individuarne l'eventuale evoluzione, capire se risponde alla terapia e, in presenza di nuove alterazioni molecolari, cambiare farmaco».

Qual è il bagaglio culturale essenziale, il corredo per così dire, che il giovane medico deve portare con sé al momento di entrare in una scuola di medicina molecolare? «I giovani medici escono dai corsi di laurea già con una competenza molecolare molto buona. Oggi, a differenza di qualche decennio fa, sono preparati e pronti per affrontare un percorso di ricerca sperimentale alla fine del quale lavoreranno in costante collaborazione con ricercatori preclinici, bioinformatici, oncologi medici, patologi, radioterapisti. Il nostro è davvero un mestiere multidisciplinare», conclude l'esperta.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media