Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 125.801
Diffusione 12/2016: 65.889
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

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

L'INTERVISTA Mario Alberto Battaglia

«Ora le donne malate di sclerosi multipla potranno curarsi anche in gravidanza»

Il presidente Aism commenta i risultati di uno studio clinico europeo

Gestazione

I bambini sono nati a termine e sani

Enza Cusmai

■ Duemila donne affette da sclerosi multipla hanno trascorso la gravidanza e dato alla luce dei figli sani senza mai smettere di curarsi con il Copaxone, della Teva Pharmaceutical Industries. E sulla base degli incoraggianti risultati di questo studio clinico, ora in tutta Europa, Italia compresa, è stata eliminata la controindicazione in gravidanza del principio attivo glatiramer acetato, impiegato per contrastare la forma recidivante di sclerosi multipla. Una notizia che Mario Alberto Battaglia, presidente della Fondazione italiana sclerosi multipla (Aism) accoglie con soddisfazione.

«È un bene che ci siano degli studi sistematizzati che confermino la mancanza di rischio di un farmaco sulla gravidanza di donne affette da sclerosi multipla. Finalmente c'è la conferma di una cosa che sosteniamo da molti anni».

Professore vuol dire che non ci sono mai stati rischi anche in passato?

«Diciamo che non siamo al corrente di problematiche connesse tra l'uso dei farmaci e la gravidanza. Ma era una valutazione casuale: se delle donne rimanevano incinte per sbaglio durante la cura, i feti non registravano danni. Però ora c'è la dimostrazione scientifica che ci conforta anche se personalmente non conosco la ricerca effettuata».

Quindi ora le giovani donne colpite da questa malattia possono stare più tranquille?

«Certamente, anche se lo stadio della malattia è importante da analizzare. E quindi è sempre fondamentale che terapia e farmaco vengano concordati tra il paziente e il suo medico».

Questa malattia colpisce solo i giovani?

«Ogni anno rileviamo circa 3.400 nuove diagnosi. Nella maggioranza dei casi sono giovani tra i 20 e i 40 anni. C'è una nuova diagnosi ogni tre ore. E attualmente circa 110 mila italiani convivono con la sclerosi multipla, un 10% sono molto gravi, un 30% sono disabili».

Le donne sono più a rischio?

«Sì, risultano colpite in numero doppio rispetto agli uomini. La sm è più comune tra le donne in età fertile rispetto a qualsiasi altra età; secondo studi europei l'età media della diagnosi è intorno ai trent'anni e circa il 43% delle donne desidera una famiglia dopo la diagnosi».

Esattamente cos'è la sclerosi multipla?

«È la seconda malattia neurologica nel giovane adulto e la prima di tipo infiammatorio cronico».

Quali sono i primi campanelli d'allarme?

«Un calo della vista rapido e significativo o uno sdoppiamento della vista, disturbi della sensibilità come formicolii, intorpidimento degli arti o perdita di sensibilità al tatto, difficoltà a percepire il caldo e il freddo. Infine fatica e debolezza, perdita di forza muscolare».

I farmaci quanto sono importanti?

«I farmaci rallentano la progressione della malattia e impediscono di raggiungere la forma grave di disabilità. Fino agli anni '70, cioè prima dell'avvento dei farmaci, una persona aveva sette probabilità su dieci di arrivare ad una forma grave. Adesso le probabilità si sono ridotte a due-tre casi su dieci».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.306
Diffusione 12/2016: 27.904
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

07-APR-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

Il Vicariato di Roma contro la Regione Lazio

«No alla pillola abortiva negli ambulatori»

La Chiesa di Roma - la Diocesi del Papa - contesta il progetto annunciato dalla Regione Lazio che, assieme alla Toscana, si appresta a distribuire la pillola abortiva Ru486 senza necessità di ricovero, quindi anche in ambulatorio, in via sperimentale. Il Vicariato infatti, in una nota diffusa ieri, parla di «sconcerto» per questa decisione che «veicola il messaggio dell'aborto facile». Indica che sono altre le priorità della sanità del Lazio e chiede all'amministrazione guidata da Nicola Zingaretti di fare un passo indietro. Per il Vicariato il ricovero ospedaliero, soprattutto, non è un «fatto ideologico», ma è necessario per la sicurezza della donna.

La pillola abortiva Ru486 in ambulatorio e non più in ricovero è quanto previsto da due progetti, uno della Regione Lazio (ancora in corso di approvazione) e uno più avanzato in Toscana, che è stata la prima regione a far entrare la Ru486 nel suo sistema sanitario, attraverso l'importazione del medicinale dall'estero caso per caso . Tutto questo finchè l'Aifa (l'Agenzia Italiana del Farmaco) nel 2009 non ha approvato il medicinale e ha dato il via libera per l'utilizzo anche in Italia.

L'aborto farmacologico, ossia la somministrazione della pillola Ru486, è un'opzione non chirurgica per le donne che intendono interrompere la gravidanza entro la settima settimana. Non deve essere confusa con la cosiddetta "pillola del giorno dopo", non è un contraccettivo ma un abortivo. La pillola del giorno dopo è infatti solo un contraccettivo ad alto dosaggio.

«Non capiamo lo sconcerto del Vicariato, in tutta Europa funzione proprio così, cioè vi somministrata senza ricovero», commenta Laura Garavini del Pd. Per Maurizio Gasparri di Forza Italia, invece, «somministrare la pillola abortiva Ru486 nei consultori è una scelta illegale». Anche per Giorgia Meloni, presidente dei Fratelli d'Italia, «incentivare l'aborto facile viola la legge 194 e mette a rischio la salute delle donne. Il ministero della Salute intervenga subito e fermi questa follia». Il Movimento per la vita annuncia: procedimento illegittimo, ricorreremo al Tar.

C.MA.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

OCCHIO AL FALSO BOTULINO

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

07-APR-2017
da pag. 15
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Pillola abortiva, la Chiesa: non va data senza ricovero

▶La Diocesi di Roma contro la Regione Lazio che somministrerà il farmaco nei consultori

▶Il Vicariato: è sconcertante, in questo modo viene messa in pericolo la salute della donna

ANCHE LA TOSCANA DA FINE MESE CAMBIERÀ SISTEMA PER L'INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA FARMACOLOGICA

IL CASO

ROMA Prima la Toscana e poi il Lazio. La somministrazione della pillola abortiva Ru486, utilizzata in Italia dal 2009, si trasferisce dal reparto di ginecologia all'ambulatorio della Asl.

A Firenze la data di inizio è fissata per il 18 aprile, al più tardi entro la fine del mese. Sarà la prima volta che, nella regione, il servizio di interruzione di gravidanza farmacologica avviene fuori dalle corsie. È stato individuato l'Iot, un ex ospedale, dove ci sono i letti del day hospital per le interruzioni chirurgiche. Quindi, anche con sale operatorie.

IL DOCUMENTO

Nella Regione Lazio si sta preparando il documento per sperimentare, in alcune Asl, fin dalla prossima estate. «In questi anni abbiamo lavorato responsabilmente per mettere in campo politiche attive a favore della maternità - commenta il presidente Nicola Zingaretti - I dati dimostrano che gli aborti nel Lazio sono diminuiti, nel 2015 le cifre si muovono intorno ai novemila casi, la metà rispetto a dieci anni fa».

La decisione delle due Regioni non è passata sotto silenzio. E le polemiche sono rimbalzate dalla Toscana (qui la pillola abortiva è stata introdotta nel 2005 con l'acquisto all'estero caso per caso) al Lazio. Dove si era appena placata la bufera sul concorso, all'ospedale San Camillo di Roma, per ginecologi non obiettori.

Dal Vicariato è partito immediato un appello: «La Regione ci ripensi». Sconcerto per la Ru486 senza ricovero. Secondo la Diocesi di Roma «si veicola il messaggio dell'aborto facile in un contesto di finta umanizzazione, di chiusura all'accoglienza della vita umana e della deresponsabilizzazione etica». La previsione, da parte del Vicariato, è quella che i consultori «verranno ridotti a uffici di mera distribuzione di farmaci abortivi». Un rimando alla legge 194 che regola l'interruzione di gravidanza: «Prevede che l'aborto avvenga in regime di ricovero a tutela della salute della donna. Il ricovero non come "fatto ideologico" ma necessario per la sicurezza».

In molti Paesi europei il farmaco viene somministrato in ambulatori protetti. Da noi, fino ad oggi, solo in ospedale. «Esclusivamente in regime di ricovero, in linea con il parere del Consiglio superiore di sanità e dell'Agenzia italiana del farmaco», recita la legge. Accertato con un'ecografia che la gravidanza è sotto le sette settimane, completate tutte le procedure, il medico prescrive il farmaco a base di mifepristone. La molecola blocca i recettori del progesterone sulla muscolatura dell'utero favorendo, così, la dilatazione del collo. Nel 70% dei casi l'aborto avviene entro le quattro ore dalla somministrazione del primo medicinale, nel restante 30% entro le 24 ore successive. Quando sono trascorse 24-36 ore, viene assunta la prostaglandina che induce contrazioni e alla conclusione del processo. Nel 2% dei casi è necessario anche un intervento chirurgico.

COMPLICAZIONI

«Fa specie che ancora una volta il Vicariato colga l'occasione per entrare a gamba tesa nel dibattito che riguarda esclusivamente la salute delle donne e il loro diritto all'autodeterminazione sull'interruzione di gravidanza» commentano le deputate di Mdp, bersaniane, Marisa Nicchi e Giovanna Martelli. Mentre per Maurizio Gasparri, vicepresidente del Senato (FI), «somministrare la pillola abortiva nei consultori è una scelta illegale. Ci sono stati casi, anche in Italia, di donne che dopo l'assunzione della pillola chimica hanno avuto serie complicazioni che in alcuni casi le hanno portate alla morte».

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

07-APR-2017
da pag. 15
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 24.464
Diffusione 09/2016: 11.274
Lettori Ed. I 2016: 157.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

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

ANP: "BASTA FARE GLI INTERESSI DELLE MULTINAZIONALI DEL FUMO"

STOP FUMO IN TV

Per fumo, alcol e gioco d'azzardo non c'è prevenzione e si ignora la scienza in Italia. Mentre in Australia, Canada e Nord Europa si attuano strategie di eradicazione del tabagismo, come la vendita di un pacchetto di sigarette a 18 euro, nel nostro Paese persistono i distributori automatici dove le sigarette si comprano con la "tessera della salute" e dove un colosso come la British American Tobacco finanzia la fondazione Open. A questo si aggiunge una spudorata promozione del fumo mediante cartoni animati e tv. Tra fiction e reality va in scena un atto-fumo ogni 7 minuti, secondo quando evidenziato da una indagine Garaffa e Coll. in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Nel contesto in cui è ambientato Gomorra (dove su 24 episodi oltre un'ora di girato vede l'ingombrante presenza delle sigarette) si può pensare sia "normale" che gli attori fumino, ma la presenza di sigarette e fumatori è eccessiva: "È normale – dice il prof. Giacomo Mangiaracina, presidente ANP e direttore della rivista Tabaccologia – che il protagonista fumi costantemente una sigaretta elettronica? È normale che ne spieghi il funzionamento alla madre? È normale che si dichiari niente affatto interessato alla salute e che riprenda poi a fumare sigarette? Se i minori di 18 anni non possono acquistare un pacchetto di sigarette dal tabaccaio o dal distributore automatico", continua Mangiaracina, "perché poi devono subire passivamente in televisione, da parte di star del cinema che diventano per loro modelli di vita, un processo di normalizzazione del fumo?". Molti adolescenti iniziano infatti a fumare prima dei 14 anni. Ciò è assurdo se, per legge, chi ha meno di 18 anni non dovrebbe neanche poter accedere a tali prodotti. Fatto è che il tabacco continua a uccidere 80mila italiani ogni anno nonostante le evidenze della ricerca scientifica. Che sia colpa di product placement? "In questo caso – conclude Mangiaracina – il marketing occulto deve prevedere che il prodotto venga preceduto da un avviso rivolto ai telespettatori. Di certo si finisce col proporre una subdola forma di behavioral placement. Abbiamo molte testimonianze di accordi tra produttori, registi e compagnie del tabacco. Non importa che sia o meno visibile il brand, l'importante è che si fumi e che il comportamento ne esca normalizzato".

Roberta Maresci

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori Ed. III 2016: 657.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LEGGO

Dir. Resp.: Alvaro Moretti

07-APR-2017
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

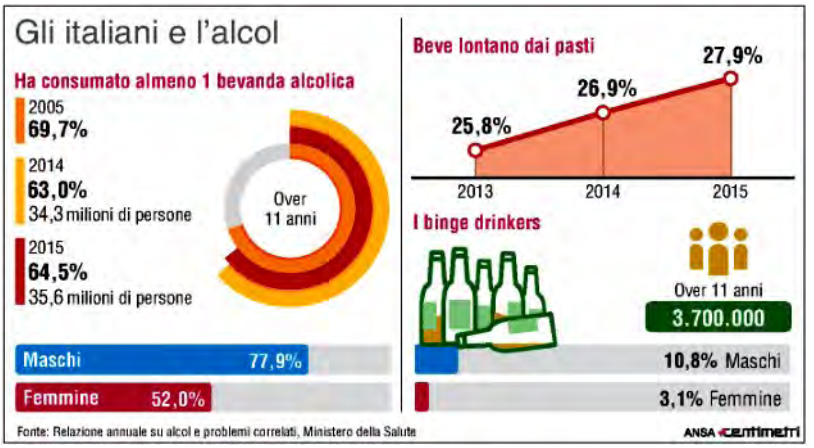
ALLARME GIOVANI, BOOM APERITIVI

La Generazione Alcolica beve fuori pasto e fuma

Fabbroni a pagina 5

Giovanissimi nel bicchiere boom di alcolici e aperitivi

Un italiano su tre si colloca tra i "grandi bevitori" al di fuori dei pasti. In aumento le donne



Dati allarmanti per impatto sociale e costo delle cure

Mario Fabbroni

Allarme nel bicchiere, che sempre più giovani fanno tintinnare di continuo senza aver una vera e propria "coscienza alcolica". Altro che bere responsabile: cresce il consumo di aperitivi, amari e superalcolici in Italia e aumenta soprattutto l'assunzione lontana dai pasti, che poi si traduce nell'evento più dannoso per la salute. Dati in aggiunta ai "grandi bevitori" (i cosiddetti "binge drinker"), che che fuoripasto ingurgitano invece grandi quantità di bevande ad alto tasso di alcolicità. Un esercito che oramai tocca quota 3,7 milioni.

L'ultima "Relazione su alcol e problemi correlati", trasmessa dal Ministero della Salute al Parlamento, lancia un vero e proprio sasso nello stagno visto che l'indice è puntato contro i giovanissimi presa dei fu

mi dell'alcol. Nel corso del 2015, infatti il 64,5% degli italiani di 11 anni e più - ovvero 35,6 milioni di persone - ha consumato almeno una bevanda alcolica, con prevalenza maggiore tra i maschi (77,9%) rispetto alle femmine (52%). Un gesto, quello del bere continuato e spesso "inconsapevole", che è in ascesa visto che nel 2014 aveva consumato almeno una bevanda alcolica il 63% degli italiani, pari a 34,3 milioni. Il trend è però in calo se si guarda al decennio 2005-2015, in cui c'è stata una diminuzione della quota di consumatori dal 69,7% al 64,5%. Ma non c'è da stare tranquilli, anzi. La preoccupazione sale vertiginosamente se si considera un dato a dir poco raccapricciante per le conseguenze che possono derivarne, non ultima quella degli incidenti stradali. Il numero di italiani che beve lontano dai pasti sembra inarrestabile: nel 2013 erano il 25,8%, nel 2014 avavano raggiunto quota 26,9% mentre nel 2015 risultano essere addirittura il 27,9%. Come dire che un italiano su tre beve lontano dai pasti, esponendosi quindi in modo "integrale" agli effetti collaterali di drink, aperitivi alcolici, mix di bevande senza moderazione.

Resta allarmante, infatti, il fenomeno del "binge drinking", ossia l'assunzione di molto alcol al di fuori dei pasti e concentrato in breve arco di tempo: nel 2015 è stato pari a 10,8% tra gli uomini e 3,1% tra le donne, con oltre 3.700.000 "binge drinker" oltre gli 11 anni d'età. «L'alcoldipendenza - ricordano al Ministero della Salute - è un fenomeno che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano».

riproduzione riservata ®

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSAit

03-04-2017

LETTORI

137.040

http://www.ansa.it

Nel mondo almeno un miliardo di fumatori, seconda causa di morte

In aumento il numero assoluto, in Cina quello maggiore

Nonostante gli sforzi nel mondo c'è ancora quasi un miliardo di fumatori, e una morte su dieci è imputabile a questa causa. Lo afferma uno studio pubblicato da Lancet, secondo cui metà dei 6,4 milioni di morti l'anno si trovano in quattro paesi, Russia, Usa, Cina e India. Lo studio si basa sui numeri del Global Burden of Disease, un rapporto internazionale che ha vagliato i dati dal 1990 al 2015.

La percentuale di fumatori è calata, sottolineano gli autori, ed è passata da un uomo su tre a uno su quattro e da una donna su 12 a una su 20, ma per effetto della crescita della popolazione mondiale il numero assoluto di fumatori è aumentato da 870 milioni a quasi un miliardo. "Gli sforzi fatti negli ultimi anni hanno portato a qualche progresso - sottolinea Emmanuela Gakidou dell' Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), tra gli autori dello studio - ma molto di più deve essere fatto. La crescita del numero assoluto di fumatori continua a superare il declino nei tassi, e questo indica che dobbiamo prevenire che più persone inizino e incoraggiare chi fuma a smettere".

I tre paesi con la maggior percentuale di fumatori maschi nel 2015 erano Cina, con 254 milioni, India con 91 milioni e Indonesia con 50 milioni. Per le fumatrici al top ci sono invece gli Usa, 17 milioni, la Cina e l'India con circa 14 milioni. Fra i paesi virtuosi il rapporto indica il Brasile, che ha ridotto i fumatori con un mix di aumento delle tasse, adozione di pacchetti con indicazioni sui rischi e campagne di educazione. "Il fumo - sottolinea l'esperta - è la seconda causa di morte e disabilità grave nel mondo".

HiQPdf Evaluation 04/06/2017

Parlamento Ue, via libera a norme per protesi più sicure

Tracciabilità e più controlli. Norme anche per dispositivi vitro

05 aprile, 19:23

Parlamento Ue, via libera a norme per protesi più sicure

STRASBURGO - Per evitare nuovi scandali, come quello delle protesi all'anca e quello delle protesi mammarie PIP, il Parlamento Ue ha approvato oggi norme più severe per garantire che i dispositivi medici siano rintracciabili e più sicuri. Strasburgo ha anche approvato una normativa più stringente in termini di sicurezza sui dispositivi medico-diagnostici in vitro, utilizzati ad esempio per i test di gravidanza e del DNA. Le norme approvate introducono l'obbligo di ispezioni a campione delle strutture dei produttori e controlli più severi per le procedure di certificazione. Prevista anche una "Tessera per il portatore di impianto", che consentirà a pazienti e medici di monitorare il prodotto impiantato e una procedura supplementare di controllo sulla sicurezza dei dispositivi ad alto rischio, quali impianti o test HIV. Una legge separata garantirà che le nuove norme si applichino anche ai dispositivi medico-diagnostici in vitro, vale a dire quelli non a contatto diretto con il paziente, ma che forniscono informazioni sulla salute, come ad esempio i dispositivi HIV, DNA o di analisi del sangue.

(Segui ANSA Europa su Facebook e Twitter)

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

PIAZZA EUROPA

Migranti: Pe, si permetta richiedere asilo in ambasciate Ue
Aprire corridoi umanitari per far fronte gravi crisi rifugiati

Ue, nessun rinvio stop roaming, multe per chi non adegua
Dg Viola della Commissione conferma fine extracosti da 15 giugno

Vai alla Rubrica:

EUROPA DELLE REGIONI

- Lombardia: Cattaneo, legge innovazione modello per l'Europa
- Ue, 4 progetti italiani vincono Europa Nostra Awards 2017

VAI ALLA RUBRICA

Disegniamo il futuro del Paese LEONARDO

I NOSTRI SPONSOR

TIM Telecom Italia

Banca Monte Paschi Belgio

enel Enel

European University Institute

#EUFACTOR

ANSAViaggiArt

VOTA IL SONDAGGIO

60 anni Trattati di Roma: l'Ue sarà capace di riformarsi?

SI 56%
NO 44%

Mediatore europeo

I GRUPPI POLITICI

PPE S&D
ALDE/ADLE VERDI/ALE
ECR GUE/NGL

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 35.851
Diffusione 12/2016: 11.550
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

07-APR-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

RAPPORTO CENSIS

Corruzione endemica nella sanità e «costa» il 6% del budget annuale

25,7 è la percentuale delle Aziende sanitarie coinvolte in episodi di corruzione e favoritismi negli ultimi 12 mesi. Nelle Regioni del Sud il dato sale al 37,3 per cento

51,7 è la percentuale delle Asl e delle Ao che hanno adottato piani anticorruzione (record negativi in Calabria e Puglia) ma spesso non sono messi in pratica.

RACHELE GONNELLI

Sbagli reparto, apri una porta e scopri una stanza piena di macchinari sanitari nuovi, mai usati, accatastati in un intrico di fili elettrici. Si fa presto a dire «spreco». A volte la parola giusta è «corruzione» oppure, a forza di tagli e blocco del turn-over, manca semplicemente il personale per metterli in funzione: in questo caso si parla di spreco passivo o «inefficienza».

Un'indagine presentata ieri, curata dal Censis per il progetto coordinato da Trasparency international Italia «Curiamo la corruzione», evidenzia come in una Asl su quattro si è verificato almeno un episodio di corruzione negli ultimi dodici mesi. La ricerca prende in esame 136 strutture sanitarie da Nord a Sud (nel Sud la corruzione dal 25,7 % passa al 37,3%) attraverso un questionario inviato ai dirigenti responsabili dei piani anti-corruzione. Questi piani, attivati dal 2012, ad oggi sono stati adottati dal 51,7% delle aziende per controllare spese e procedure d'appalto, ma spesso - dice l'indagine,- sono un pro forma, redatti con la tecnica del copia-incolla.

I settori dove risultano più frequenti i rischi di corruzione sono: la violazione delle liste d'attesa, con favoritismi ai pazienti che si rivolgono a prestazioni a pagamento intramoenia o in cliniche private collegate, la segnalazione dei decessi alle imprese funebri e le prescrizioni di farmaci sponsorizzati tramite inviti a convegni e regalie ai medici che li prescrivono.

E i tagli? come incidono nella dinamica della clientela, del favoritismo agli amici degli amici? «Non molto è cambiato dal 17 febbraio di 25 anni fa quando proprio dalla sanità, dal Pio Albergo Trivulzio e dal "mariuolo" Mario Chiesa prese avvio Tangentopoli, anche due giorni fa nell'ultimo scandalo, all'ospedale Santobono di Posillipo, si è parlato di una tangente del 5%, sempre per un appalto sulle pulizie, stessa quota del Trivulzio. Ciò che è cambiato nel frattempo è che le risorse pubbliche ora scarseggiano e così la corruzione va direttamente a incidere su una ulteriore diminuzione delle prestazioni. Non è un caso che nel 2016 per la prima volta dal 1978 l'aspettativa di vita degli italiani ha invertito il trend, cioè è diminuita». Chi risponde così è Francesco Macchia, il presidente dell'Ispe-Sanità, istituto no profit per la promozione dell'etica nella sanità che nel 2013 ha redatto il primo Libro bianco sulla corruzione nel settore, sviluppando un modello di analisi. È in base a questo studio che si può fare una stima del danno al sistema sanitario: la corruzione vale il 5% delle spese correnti del comparto più pesante della spesa pubblica, la sanità appunto . Calcolando la spesa sanitaria 114 miliardi di euro (nel 2013) l'Ispe valuta che 3,2 miliardi finiscono in inefficienze, 14 miliardi in sprechi e 6,4 miliardi in corruzione, per un totale di 23 miliardi di *corruption*, il fenomeno totale. Nel più ottimistico rapporto del Censis la corruption viene invece stimata in un *range* di 4-9 miliardi di euro.

In ogni caso nella relazione della Corte dei Conti di due giorni fa al Senato è stato calcolato come dal 2009 al 2015 lo Stato abbia ridotto le spese per la sanità di un punto percentuale l'anno. Ciò significa che in Italia la spesa sanitaria pubblica pro capite è di 1.900 euro, contro i 2.500 euro della Francia. «È chiaro che in questa situazione - continua Macchia - l'impatto di 5-6 miliardi sprecati nella corruzione diventa del tutto insostenibile e incide direttamente non solo nel taglio dei servizi ma nella tenuta stessa del sistema».

Anche per l'ong Trasparency Italia l'indice di percezione della corruzione nelle corsie e negli ambulatori risulta stabile «da almeno otto anni». In aggiunta c'è però il fenomeno nuovo, almeno nelle dimensioni, della «burocrazia difensiva»: i dirigenti pubblici, incluso nelle Asl e nelle aziende ospedaliere, preferiscono non assumersi responsabilità per timore di finire denunciati o penalizzati per non aver coperto i corrotti. Ecco perché il progetto «Curiamo la corruzione» punta sulla formazione etica permanente dei dipendenti seguendo codici di condotta e corsi.

Tap in Salento, la mattanza degli ulivi può attendere
25,7
51,7

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 04/06/2017

Lorenzin, sanità settore ad alto rischio corruzione

CRONACA

Tweet

Il ministro alla salute Beatrice Lorenzin (Fotogaramma)

Pubblicato il: 06/04/2017 18:05

"La sanità è un settore ad alto rischio di corruzione, ma nonostante ciò garantisce standard elevatissimi di qualità delle prestazioni agli assistiti". Lo ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in un messaggio inviato in occasione della seconda Giornata nazionale contro la corruzione in sanità, al Tempio di Adriano a Roma. "Il tema della corruzione in sanità - ha aggiunto il ministro - lo abbiamo affrontato in maniera concreta fin dall'inizio del mio mandato e abbiamo promosso e attuato ogni iniziativa per contrastare comportamenti criminosi perché quando in sanità si commette un reato, si ruba e si attraggono risorse che sarebbero destinate all'assistenza e cura delle persone più fragili".

"L'eliminazione di sprechi e inefficienze e la riduzione delle disuguaglianze sono sicuramente tra gli obiettivi principali che stiamo perseguendo" ha sottolineato il ministro, che ha osservato ancora: "Soprattutto in questo momento storico l'importanza risiede tutta nella qualità ed efficienza delle cure erogate, e per migliorare la qualità e l'efficienza del sistema sanitario è necessario disporre di dati e di elementi di misurazione certi ed omogenei". Dunque, per Lorenzin "la parola d'ordine deve essere semplificazione e 'misurazione', misurare per incidere sulle criticità prima che arrivino a pregiudicare la qualità, la sicurezza, l'equità nell'accesso alle cure, attraverso attività di audit clinici, organizzativi e gestionali".

Tweet

TAG: sanità, corruzione, Beatrice Lorenzin, Altroconsumo

Commenti

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

Tg AdnKronos, 6 aprile 2017

Cerca nel sito

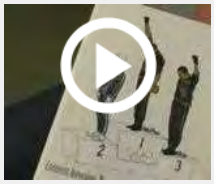
Notizie Più Cliccate

1. Briatore in tv: "Non so come si possa vivere con 1.200 euro al mese". E' bufera
2. Carta d'identità elettronica, tutte le info
3. Facebook accende il razzo, ecco a cosa serve
4. Concorso 800 cancellieri: c'è la data
5. AAA cercasi volontari per stare a letto 2 mesi. Il compenso? 16mila euro

Video

Spacciavano droga nella stazione di Saronno, due giovani arrestati

Stefano Boeri: "Architettura e design per ricostruire Amatrice"



I pugni al cielo di Smith e Carlos, nel libro 'Trentacinque

Questo sito utilizza cookie tecnici e di profilazione propri e di terze parti per le sue funzionalità e per inviarti pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie clicca qui. Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie.
Accetto
HTOPdf Evaluation 04/06/2017

CORRIERE DELLA SERA / SALUTE

GIORNATA NAZIONALE

Corruzione dentro un'Asl su quattro Un virus che colpisce anche i pazienti

Secondo il Rapporto «Curiamo la corruzione» più a rischio appalti, liste di attesa e assunzioni. La corruzione in sanità mette a repentaglio le stesse condizioni dei malati, per esempio se vengono utilizzati presidi scadenti o addirittura pericolosi

di Maria Giovanna Faiella

(Fotolia)

Un'azienda sanitaria su quattro ha registrato almeno un episodio di corruzione nell'ultimo anno, al Sud una su tre. A segnalarlo sono gli stessi responsabili della prevenzione e della corruzione di 136 strutture sanitarie che hanno partecipato all'indagine condotta dal Censis nell'ambito del progetto "Curiamo la corruzione", coordinato da Transparency International Italia, in partnership con lo stesso Censis, l'ISPE Sanità e RiSSC- Centro ricerche e studi su sicurezza e criminalità. I risultati della ricerca sono stati presentati a Roma il 6 aprile, in occasione della seconda Giornata nazionale contro la corruzione. Secondo i responsabili della prevenzione e corruzione (figura prevista dalla legge n. 190/2012), i settori più a rischio di corruzione sono acquisti e forniture - quindi gli appalti -, liste di attesa, assunzioni del personale e nomine dei vertici delle aziende.

Salute a rischio

In base all'analisi dei conti economici effettuata da ISPE Sanità, si stima che circa il 6% delle spese correnti annue del Servizio sanitario nazionale siano riconducibili a sprechi e corruzione. Il rischio di inefficienze è più alto nel caso di acquisto di servizi per le Asl e di acquisto di beni per le Aziende Ospedaliere. Si tratta di soldi sottratti all'assistenza. Inoltre, la corruzione in sanità mette a repentaglio la stessa salute dei malati, per esempio, se vengono utilizzati presidi scadenti o addirittura pericolosi, così come i favoritismi ai pazienti provenienti dalla libera professione potrebbero allungare i tempi di attesa di chi aspetta un intervento chirurgico a volte salvavita.

CORRIERE DELLA SERA

LA PRESIDENZA DELLA COMMISSIONE AFFARI COSTITUZIONALI
Alfano al Pd: «Dicano se vogliono la crisi» | Torrisi lo gela: lasciare? Inconcepibile
di

L'INCIDENTE
Emiliano si fa male durante un ballo: sospetta rottura tendine Achille | Video

TREVISO
«Stato non c'è, giro armato»: giudice convocato dal Csm
di Redazione Online

TRIBUNALE DI BRESCIA
Strage di Erba, accolto il ricorso di Olindo e Rosa: nuovi accertamenti
di Anna Campaniello

HiQPdf Evaluation 04/06/2017

L'indagine

A più di quattro anni dall'entrata in vigore della legge anticorruzione, su 136 strutture sanitarie circa, la metà continua a non avere piani anticorruzione adeguati. Secondo i ricercatori, le Regioni con la qualità media dei piani più bassa sono la Calabria e la Puglia. Ma qualcosa si sta muovendo. «Il 96,3% delle aziende sanitarie ha un sistema interno di raccolta delle segnalazioni di corruzione (*whistleblowing*) e quasi la metà utilizza delle piattaforme informatiche per le segnalazioni in modo da garantire l'anonimato - riferisce Anna Italia del Censis -. L'85% ha predisposto un apposito regolamento per le procedure di acquisto e il 79,4% delle strutture ha adottato i Patti di integrità sottoscritti con le aziende che partecipano agli appalti».

Antidoti

Dall'indagine, inoltre, emerge che nove strutture sanitarie su dieci hanno attivato percorsi di formazione e di sensibilizzazione del personale su etica e legalità. E, per un responsabile della prevenzione su due, è proprio la formazione dei dipendenti una delle misure più efficaci per contrastare la corruzione, più dell'aumento dei controlli sulle spese (lo sostiene il 45%) e delle procedure di appalto (37,4%). Nelle Regioni del Sud, però, i responsabili della prevenzione mettono al primo posto i controlli sulle spese, oltre a segnalare maggiori casi di corruzione (registrati in un'azienda su tre).

Ergere un muro

I partner del progetto «Curiamo la corruzione», oltre ad aver promosso una petizione per chiedere al Ministro della Salute e al Parlamento di promuovere una compiuta ed effettiva trasparenza e la massima integrità del settore sanitario, in particolare nell'ambito dei rapporti e delle modalità di interazione tra pubblico e privato, stanno testando strumenti innovativi e modelli organizzativi specifici in quattro Asl pilota di Bari, Melegnano e Martesana, Siracusa e Trento. In occasione della Giornata nazionale anticorruzione, sono stati allestiti - grazie alla collaborazione di Associazione Italiana Medici, Cittadinanzattiva, Segretariato Italiano Giovani Medici e Segretariato Italiano Studenti di Medicina - banchetti presso oltre venti strutture sanitarie dove sono distribuiti i materiali del progetto ed è possibile ergere un muro simbolico contro la corruzione.

6 aprile 2017 (modifica il 6 aprile 2017 | 14:40)
© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUI CORRIERE SU FACEBOOK Mi piace 2,3 mln

ALTRE NOTIZIE SU CORRIERE.IT

Su Living

35 mq con arredi trasformabili

Corriere Calcio

Segui le nostre dirette su Facebook

I PIÙ LETTI I PIÙ COMMENTATI

Doctor33

06-04-2017
LETTORI
15000

http://www.doctor33.it/

Innovatività farmaci, Aifa pubblica i nuovi criteri

Bisogno terapeutico, valore terapeutico aggiunto e qualità delle prove. Su questi tre criteri in base si basa il nuovo approccio proposto dall'Agenzia italiana del farmaco per definire l'innovatività dei farmaci messi in commercio. L'Aifa si è pronunciata in un documento ufficiale così come previsto dall'ultima legge di bilancio, accantonando l'approccio ingegneristico per adottare il sistema già in voga in altri enti di Health Tecnology assessment europei. I tre criteri vengono poi declinati in sottocategorie che vanno dal massimo fino ad assente passando per importante, moderato e scarso. Esistono poi condizioni ed elementi specifici che guideranno il giudizio per ogni nuovo farmaco, come per esempio la presenza di alternative terapeutiche. Il risultato finale della valutazione sul bisogno terapeutico, il valore terapeutico aggiunto e la qualità delle prove porterà al giudizio di innovatività, che sarà formulato in base al profilo derivante dall'insieme delle valutazioni dei suddetti parametri. Potranno essere considerati innovativi i farmaci ai quali siano stati riconosciuti un bisogno terapeutico e un valore terapeutico aggiunto entrambi di livello massimo o importante, ed una qualità delle prove alta. L'innovatività non potrà invece essere riconosciuta in presenza di un bisogno terapeutico e/o di un valore terapeutico aggiunto giudicati come scarso o assente, oppure di una qualità delle prove giudicata bassa o molto bassa. Situazioni intermedie saranno valutate caso per caso, tenendo conto del peso relativo dei singoli elementi considerati.

Esistono poi valutazioni particolari per classi di farmaci specifiche come gli oncologici o quelli per le malattie rare. Nel primo caso il gold standard è rappresentato dalla sopravvivenza globale, mentre nel secondo caso si dovrà tener conto delle difficoltà oggettive che si riscontra per patologie che colpiscono solo pochi pazienti. Il prodotto finale sarà quindi una breve relazione sviluppata sui temi sopraesposti che verrà resa pubblica sul sito dell'Agenzia anche se al netto dei dati sensibili. I possibili esiti della valutazione sono: Innovatività (per 36 mesi) con inserimento nel fondo dei farmaci innovativi, i benefici economici previsti dalla legge e l'inserimento nei Prontuari Regionali; innovatività condizionata (o potenziale), che comporta unicamente l'inserimento nei Prontuari Regionali (18 mesi); mancato riconoscimento dell'innovatività. Il documento lascia in sospeso se la valutazione verrà effettuata per farmaco o per indicazione.

quotidianosanità.it

Giovedì 06 APRILE 2017

Farmaci. Per essere innovativi dovranno rispettare tre criteri. Ecco le nuove regole dell'Aifa

Sono infatti tre gli elementi indicati dall'Agenzia del farmaco italiana che d'ora in poi dovranno essere presenti tra le caratteristiche base del farmaco di cui si deve valutare il livello di innovazione rispetto a farmaci preesistenti: che ci sia un reale bisogno terapeutico, il valore terapeutico aggiunto e la qualità delle prove. ovvero la robustezza degli studi clinici. Ma non basta. il riconoscimento di innovatività non è per sempre. I CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELL'INNOVATIVITA'. IL MODULO PER LA RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO.

Bisogno terapeutico, valore terapeutico aggiunto, qualità delle prove ovvero la robustezza degli studi clinici. Sono i tre elementi che l'Aifa considera fondamentali per la valutazione dell'innovatività di un farmaco e che sono stati approvati con la delibera 519/2017 che contiene anche il modulo per il riconoscimento dell'innovatività.

I principali obiettivi della normativa che riguarda l'innovatività dei farmaci, spiega l'Aifa nell'illustrazione della procedura, sono da un lato quello di garantire, armonizzandolo sul territorio nazionale, un rapido accesso a farmaci che possiedono un chiaro valore terapeutico aggiunto rispetto alle alternative disponibili, e dall'altro quello di incentivare lo sviluppo di farmaci che offrano sostanziali benefici terapeutici per i pazienti.

Ogni nuova terapia può avere caratteristiche di innovatività diverse e aggiuntive rispetto ai criteri, ma l'Aifa ha stabilito che per l'attribuzione del carattere di innovatività sia necessaria la dimostrazione di un valore terapeutico aggiunto (rispetto alle altre terapie disponibili) nel trattamento di una patologia grave (cioè una malattia ad esito potenzialmente mortale, oppure che induca ospedalizzazioni ripetute, o che ponga il paziente in pericolo di vita o che causi disabilità in grado di compromettere significativamente la qualità della vita).

La procedura di riconoscimento prevede la compilazione del modulo messo a punto da Aifa. Per ciascuna richiesta saranno valutati il bisogno terapeutico, il valore terapeutico aggiunto e la qualità delle prove. Il giudizio di innovatività sarà formulato in base al profilo derivante dall'insieme delle valutazioni dei parametri.

Potranno essere considerati innovativi i farmaci ai quali siano stati riconosciuti un bisogno terapeutico e un valore terapeutico aggiunto entrambi di livello "Massimo" o "Importante" – i livelli sono illustrati in dettaglio nell'allegato sui criteri per la valutazione dell'innovatività - , e una qualità delle prove "Alta". L'innovatività non potrà, invece, essere riconosciuta in presenza di un bisogno terapeutico e/o di un valore terapeutico aggiunto giudicati come "Scarso" o "Assente", oppure di una qualità delle prove giudicata "Bassa" o "Molto bassa".

Situazioni intermedie saranno valutate caso per caso, tenendo conto del peso relativo dei singoli elementi considerati. Per i farmaci con indicazione per malattie rare, o comunque con tassi di prevalenza ad esse assimilabili, nella valutazione delle qualità delle prove si terrà conto della oggettiva difficoltà di condurre studi clinici gold standard e di adeguata potenza. In tali casi, pertanto, in presenza di un elevato bisogno terapeutico e di forti indicazioni di un beneficio terapeutico aggiunto, sarà possibile attribuire l'innovatività anche sulla base di prove di qualità "Bassa".
Al termine del processo, la CTS (Commissione tecnico scientifica) predisporrà una breve relazione, nella quale saranno descritte le valutazioni relative a ciascuno dei tre ambiti considerati, e sarà espresso il relativo giudizio finale.

I possibili esiti della valutazione sono quindi: riconoscimento dell'innovatività, a cui saranno associati l'inserimento nel Fondo dei farmaci innovativi, oppure nel Fondo dei farmaci innovativi oncologici e i relativi benefici economici; riconoscimento dell'innovatività condizionata (o potenziale), che comporta unicamente l'inserimento nei Prontuari Terapeutici Regionali nei termini previsti dalla normativa; mancato riconoscimento dell'innovatività.
Al termine del processo, l'esito finale e la relativa valutazione della CTS saranno rese pubbliche sul portale dell'AIFA. Il richiedente potrà chiedere nel modulo l'esclusione dalla pubblicazione di eventuali dati sensibili.

Il riconoscimento dell'innovatività e i benefici conseguenti hanno una durata massima di trentasei mesi e il carattere di innovatività attribuito a un farmaco sarà riconsiderato in caso emergano evidenze che ne giustifichino la rivalutazione. Per i farmaci ad innovatività condizionata sarà obbligatoria almeno una rivalutazione a 18 mesi dalla sua concessione.
Se si presenteranno evidenze contrarie a quelle su cui si è basato il riconoscimento di innovatività, questa non potrà essere confermata, e i relativi benefici decadranno, si avvierà una nuova negoziazione del prezzo e delle condizioni di rimborsabilità.

Nella rivalutazione di farmaci a innovatività condizionata, in caso di nuove evidenze positive si potrà avere l'innovatività piena, con i relativi benefici per il tempo residuo di durata prevista.
I benefici associati al riconoscimento dell'innovatività hanno la durata massima di 36 mesi per il farmaco first in class, mentre eventuali followers riconosciuti come innovativi potranno beneficiarne per il periodo residuo.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2015: 20.537
Lettori Ed. I 2016: 164.000
Quotidiano - Ed. Milano

la Repubblica MILANO

Dir. Resp.: Mario Calabresi

07-APR-2017
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA RICHIESTA DEL SINDACO AL PREMIER GENTILONI

Un ambasciatore in Europa per portare a Milano l'Ema

Un ambasciatore per sostenere in Europa la candidatura di Milano ad ospitare la nuova sede dell'Agenzia del farmaco dopo la Brexit. Questa la proposta del sindaco Beppe Sala al premier Paolo Gentiloni in vista dell'incontro tra i due domani. Nel frattempo, è stato pubblicato il bando per la scelta del direttore di Human Technopole, il polo scientifico del post Expo. Le candidature dovranno arrivare entro il 3 luglio.

ANDREA MONTANARI A PAGINA V

Ema, un ambasciatore per sostenere alla Ue la candidatura Milano

Il sindaco vuole proporlo domani al premier Gentiloni per favorire il trasferimento dell'Agenzia del farmaco

Pubblicato il bando per il direttore di Human Technopole, il polo scientifico del post Expo

ANDREA MONTANARI

UN ambasciatore in Europa per sostenere la candidatura di Milano ad ospitare la sede dell'Agenzia del farmaco attualmente a Londra e convincere i governi europei a votare a favore del capoluogo lombardo. Questa la proposta che Beppe Sala farà domani al governo quando incontrerà il premier Paolo Gentiloni. L'idea del sindaco, che ieri ha anticipato la sua proposta, è che «potrebbe essere utile nominare un responsabile a livello di relazioni intergovernative». La scelta della città che ospiterà la nuova sede di Ema dopo la Brexit infatti sarà presa entro la fine dell'anno dal Consiglio europeo, che dovrà esprimersi all'unanimità. Una partita tutta politica, quindi, e dove sarà molto importante anche il lavoro della diplomazia italiana per convincere gli altri paesi. Al momento, le città concorrenti più temibili sembrerebbero Copenaghen, Stoccolma, Dublino, Monaco di Baviera e Vienna. Pur di far decollare la candidatura di Milano, il governatore Roberto Maroni, come è noto, ha messo sul piatto anche il grattacielo Pirelli, sede del Consiglio regionale come sede temporanea dell'Agenzia.

In attesa che la sede definitiva possa essere realizzata o in una delle quattro soluzioni suggerite dal dossier di candidatura. La Libeskind Tower nel nuovo quartiere Citylife. Un nuovo palazzo nel progetto Symbiosis in via Ripamonti. La ex sede dell'Inps in via Melchiorre Gioia, 22. Cascina Merlata vicino ai terreni che hanno ospitato Expo Milano 2015. O nell'area ex Falck a Sesto San Giovanni.

Dopo Pasqua è attesa la visita in città di una delegazione dell'Ema. «Ci sarà un sopralluogo al Pirellone - conferma Sala, che aggiunge -. Tutto ciò che non è nelle mani di Comune e Regione deve essere rinforzato». Per il resto, il sindaco preferisce non sbilanciarsi. Spiega che «è difficile stabilire quante possibilità abbia Milano di vincere la partita. La cosa che abbiamo fatto bene, in collaborazione con la Regione e il governo, è stato di preparare un buon dossier e trovare una sede ottimale. È evidente a tutti che

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2015: 20.537
Lettori Ed. I 2016: 164.000
Quotidiano - Ed. Milano

la Repubblica MILANO

Dir. Resp.: Mario Calabresi

07-APR-2017
da pag. 5
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

poi diventa una scelta politica». Sala ricorda che «anche gli incontri che abbiamo fatto a Londra con il ministro Padoan con grandi bancheri di affari ci fanno dire magari che nessuna di loro verrà integralmente a Milano, ma ho anche il sospetto che nessuno abbandonerà completamente Londra, ma singoli dipartimenti degli istituti penso proprio di sì».

Il presidente di Assolombarda Gianfelice Rocca è convinto che «è stato fatto un buon lavoro» e che «Milano può giocare questa partita con serietà».

Nel frattempo, è stato pubblicato il bando per la scelta del direttore di Human Technopole, che dovrà essere un manager, ma anche con una specifica competenza scientifica maturata in anni di esperienza. Le candidature dovranno essere presentate entro il 3 luglio e saranno esaminate da una commissione tecnico scientifica dell'Iit, l'Istituto italiano di tecnologia.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

LA DOPPIA SFIDA
Il trasferimento dell'Ema a Milano da Londra è una delle sfide legate al post Expo. Nell'area sorgerà un campus e il polo Human Technopole

LE TAPPE

LA MISSIONE
La scorsa settimana il sindaco Sala, il governatore Maroni e i ministri Padoan e Alfano sono volati a Londra per presentare il dossier di candidatura e incontrare l'Ema

IL SOPRALLUOGO
Dopo Pasqua, una delegazione dell'Agenzia del farmaco verrà a Milano per visitare il Pirellone e esaminare le altre soluzioni contenute nel dossier

LA DECISIONE
Entro l'anno il Consiglio europeo all'unanimità sceglierà la città che ospiterà la nuova sede dell'Agenzia del farmaco che lascerà Londra dopo la Brexit

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Giovedì 06 APRILE 2017

Brexit e destino dell'Ema. Intervista a Guido Rasi: "Spero che i Governi europei decidano presto la nuova collocazione dell'Agenzia"

Il Direttore Esecutivo dell'Agenzia Europea dei Medicinali Guido Rasi in questa intervista all'agenzia Reuters non nasconde i suoi timori sia per le aziende, coinvolte nei processi di approvazione dei loro farmaci, che per la sicurezza dei cittadini. Proprio per questo vorrebbe velocizzare i processi decisionali rispetto a quella che sarà la nuova sede dell'Ema.

(Reuters) – Guido Rasi, Direttore Esecutivo dell'EMA, vorrebbe una decisione il più veloce possibile rispetto alla nuova sede dell'agenzia, ora che il processo dell'uscita della Gran Bretagna dall'Europa ha preso ufficialmente il via. "Quello di cui ho davvero paura – ha dichiarato in un'intervista alla Reuters – è che accada qualcosa proprio durante la fase di transizione".

E proprio al calendario guarda il Diretto Esecutivo Rasi: "So che il Consiglio convocherà una riunione a giugno e sicuramente c'è la possibilità di prendere una decisione rapida". Rasi teme che il trasloco della sede possa interferire con questo lavoro.

Il problema non è solo per le aziende, che possono vedere slittare le approvazioni dei loro farmaci, ma è anche una questione di sicurezza pubblica, se l'autorità non riuscisse a reagire in modo tempestivo in caso di effetti collaterali o davanti a problemi di qualità dei medicinali. Tra i paesi in lizza ci sono Italia, Danimarca, Svezia, Spagna, Francia, Irlanda e Polonia. Ma la decisione finale spetta ai capi di stato europei che si riuniranno in Consiglio.

L'incertezza ha già portato a delle conseguenze.
Il programma di stage dell'EMA, per esempio, che normalmente viaggiava sulle duemila application, quest'anno è sceso a 700. Per evitare troppo perdite, comunque, si dovrebbe scegliere una sede con buoni collegamenti e infrastrutture. Mentre secondo Rasi sarebbe 'irrilevante' la presenza di basi scientifiche o industrie farmaceutiche nel Paese che verrà scelto.

La perdita per la Gran Bretagna riguarda anche un altro aspetto, visto che circa un quinto delle richieste all'EMA vengono valutate dell'ente britannico, il Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Dunque con la Brexit i 27 Stati membri dell'Europa dovranno ridividersi questo lavoro, anche se Rasi si è detto meno preoccupato per questo aspetto. E per limitare i danni, funzionari inglesi vorrebbero raggiungere un accordo, possibilmente attraverso il riconoscimento reciproco delle approvazioni dei farmaci, che potrebbe aiutare entrambe le parti. Un accordo, però, che sarebbe tutto politico.

L'agenzia è il più grande organismo europeo ospitato in Gran Bretagna e ha sede a Londra dall'anno della sua fondazione, nel 1995. Tre anni fa si è trasferita nella sua nuova sede a Canary Wharf, con un contratto di affitto di 25 anni. E con un budget annuale di 322 milioni di euro e un 'giro' di esperti di 36mila persone l'anno per le sue riunioni, l'EMA è un bel bottino per la città che riuscirà ad ospitarla.

Fonte: Reuters

Ben Hirschler

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

IL DUBBIO

Dir. Resp.: Piero Sansonetti

07-APR-2017
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

ITALIA TRA ULTIMI DELLA CLASSE IN EUROPA

Infezioni in corsia per il 6% dei ricoverati, ecco il Piano Lorenzin

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. Un dato 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 sono notevoli: difficile avere dati precisi, ma le stime variano dal 5% al 10% di ricoverati contagiati. Manca inoltre una strategia nazionale per il controllo delle infezioni ospedaliere e dell'antibioticoresistenza. Un "buco", quest'ultimo, che potrebbe essere colmato con il Piano ad hoc a cui sta lavorando una commissione ministeriale, voluto dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin. Un provvedimento che "affronta - ha detto 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 proposta della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit) di una "patente" per la prescrizione degli antibiotici più innovativi e che rappresentano, per alcune infezioni, l'ultima arma 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. Una regolamentazione non restrittiva ma intelligente, che speriamo sia accolta".

SALUTE
Episodi di corruzione in una azienda su 4 nell'ultimo anno

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

07-APR-2017
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il testamento biologico è pena di morte

Pd e M5s blindano la legge: cibo e acqua equiparati a terapie, vietati obiezione e ripensamenti

di **ALESSANDRO RICO**

■ La legge sul testamento biologico, in discussione in Parlamento, vieta ai medici l'obiezione di coscienza, equipara idratazione e alimentazione a delle terapie (che quindi devono essere sospese quando richiesto) e vincola i dottori a seguire le disposizioni delle Dat, le dichiarazioni anticipate di trattamento. Anche se il paziente, incosciente o incapace di intendere e di volere, nel frattempo potrebbe aver cambiato idea. Pd e M5s hanno blindato il testo e respinto gli emendamenti dell'opposizione. E l'opinione pubblica è stata condizionata dalla strumentalizzazione fatta dal Partito radicale del caso di Dj Fabo.

a pagina 9

La legge sul fine vita tramuta i medici in boia

Le norme sul testamento biologico, volute da Pd e M5s, vietano l'obiezione di coscienza e ordinano la sospensione di cibo e acqua
L'Italia copia il modello dell'Olanda, dove una donna incapace di intendere è stata fatta morire nonostante avesse cambiato idea

di **ALESSANDRO RICO**

■ Nemici su tutto, Pd e Movimento 5 stelle sono alleati se si tratta di picconare la famiglia e la sacralità della vita. E così, grazie al loro contributo e alla bocciatura di tutti gli emendamenti migliorativi presentati dalle minoranze, il testo della proposta di legge sul fine vita che si va delineando alla Camera nasconde una serie di insidiosissime trappole.

PRINCIPI MORALI

Tra gli aspetti più controversi c'è l'equiparazione di alimentazione e idratazione del malato agli altri trattamenti medici, come da proposta di Maria Amato (Pd). Di conseguenza, se l'unico modo di dar da bere e da mangiare al malato è tramite sondini, la pratica andrebbe considerata terapia medica e, come tale, sospendibile. Il pensiero corre a Eluana Englaro: con una legge così, lasciarla morire di stenti sarebbe stato normale e legale. Unico argine è l'emendamento inserito da Ignazio Abrignani (Scelta civica-Ala), per cui il medico dovrebbe prospettare al paziente e ai familiari un quadro delle conseguenze della scelta, se necessario ricorrendo al sostegno di uno psicologo.

Insomma, mentre per l'orientamento attuale la sospensione di alimentazione e idratazione configura il reato di omicidio (non fermare un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo, dunque non impedire che il paziente muoia di fame e di sete equivale a ucciderlo), sussumendo alimentazione e idratazione sotto la categoria dei «trattamenti medici», grazie alla foglia di fico del consenso informato la loro sospensione diventa del tutto lecita. Anzi, obbligatoria.

A questa prima trappola, infatti, se ne somma una seconda: il divieto di obiezione. Sono stati bocciati due emendamenti, uno di Mario Marazziti (Centro democratico) e un altro di un gruppo di deputati di Forza Italia, che intendevano conferire al medico la facoltà di non ottemperare alla richiesta del paziente. Siamo di fronte a un vero e proprio snaturamento della missione che definisce l'essenza stessa della professione medica: non soltanto si consente ai dottori compiacenti di praticare quella che, di fatto, è un'eutanasia passiva (non c'è somministrazione di iniezioni letali, bensì sospensione di una prestazione fondamentale alla sopravvivenza), ma addirittura si vogliono obbligare gli obiettori a violare i propri principi morali. Gli unici a godere di una franchigia potrebbero essere gli ospedali cattolici, se dovesse essere approvato l'emendamento che consentirebbe loro di rispettare la propria carta dei valori (che però al momento è stato messo da parte).

DEMENZA SENILE

Tutta l'impalcatura della riforma si regge su una «tecnologia» giuridica sulla cui affidabilità vi è più di una ragione per dubitare. Si tratta delle Dat (disposizioni anticipate di trattamento), meglio note col nome di testamento biologico. Un individuo adulto, nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali, può indicare la volontà di non essere sottoposto a determinati trattamenti medici nel caso si trovasse in stato vegetativo.

Il grosso problema del testamento biologico (sta qui l'altra trappola, che è un po' la madre di tutta la controversia) è che la volontà espressa al momento della stipula diventa vincolante nel momento in cui ci si trova nell'impossibilità di manifestare eventuali ripensamenti. Senza addentrarsi nei particolari scientifici, si può facilmente immaginare qualche situazione verosimile che metta in discussione l'efficacia del testamento biologico. Cosa accadrebbe, ad esempio, se un giorno cambiassi idea sulle mie precedenti disposizioni sull'interruzione delle tera-

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

07-APR-2017
da pag. 9
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

pie, ma prima di poter modificare il testamento finissi in coma? E un mio ripensamento, manifestato dopo essere stato dichiarato incapace di intendere e di volere, dovrebbe essere ignorato? Un caso del genere si è verificato in Olanda: alla fine il medico ha sottoposto all'iniezione letale una signora affetta da demenza senile, in ottemperanza alle indicazioni da lei rilasciate prima che fosse dichiarata inabile e nonostante, durante la malattia, avesse espresso il desiderio di continuare a vivere.

I deputati stanno spalancando una porta che sarebbe prudente lasciare chiusa, tanto più perché in molti casi la decisione sul fine vita dovrebbe essere affidata a un «amministratore di sostegno», un tutore che di fatto avrebbe un potere di vita o di morte.

IL CASO DJ FABO

L'impianto della legge scaturisce dalla cultura iper individualistica in cui si è rifugiata questa post modernità nichilista, che, terrorizzata dalla sofferenza e dalla morte, spaccia la soppressione dei malati, i quali ne accrescono l'angoscia esistenziale, per un sommo gesto di pietà.

In questo contesto, in cui il dibattito è soffocato dalla retorica dei diritti, spicca il ruolo dei Radicali: professionisti dello sfruttamento politico del dolore, hanno gestito il suicidio assistito di Dj Fabo per farlo coincidere con la discussione alla Camera per condizionare l'opinione pubblica.

E mentre il Belpaese corre dietro a Belgio, Olanda e Gran Bretagna, dove ormai si fanno fuori bambini, anziani e depressi, la deputata Eugenia Roccella denuncia giustamente la pericolosità della «via italiana all'eutanasia»: morire di stenti, obbligando i dottori a fare i boia anziché i medici. Ma che belli i diritti civili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

IL DUBBIO

Dir. Resp.: Piero Sansonetti

07-APR-2017
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Ecco la legge che limita la responsabilità medica

IN VIGORE DAL 1 APRILE, IL MEDICO NON RISPONDE PENALMENTE NEANCHE NEL CASO DI COLPA GRAVE SE SI È ATTENUTO ALLE LINEE GUIDA

Dopo appena cinque anni dalla legge Balduzzi, il Parlamento ridisegna la fattispecie della colpa medica. La Camere hanno approvato la legge Gelli-Bianco, in vigore dal 1 aprile 2017, che disciplina in modo nuovo i vari profili della responsabilità civile e penale degli operatori medici e sanitari.

Per quanto riguarda il diritto penale, il ddl introduce nel codice l'articolo 590-sexies, che prevede espressamente la responsabilità del medico in caso di morte o lesioni colpose del paziente. La responsabilità per omicidio colposo o lesioni personali colpose del medico si verifica nel caso in cui, in maniera involontaria, il sanitario cagioni lesione o morte del paziente. La norma, però, prevede un'eccezione: nel caso in cui la morte o le lesioni siano state cagionate da imperizia, la responsabilità penale del medico viene esclusa qualora si sia attenuto alle linee-guida previste per quell'intervento o operazione, anche nel caso di colpa grave (la legge Balduzzi, invece, prevedeva la punibilità per colpa grave anche nel caso di rispetto delle linee-guida). Proprio queste linee-guida, cui faceva riferimento anche la legge Balduzzi pur non individuandole in modo preciso, sono state chiarite con la previsione di un apposito elenco, aggiornato periodicamente dal Ministero della Salute.

In ambito civilistico, invece, la legge Gelli-Bianco scardina la precedente giurisprudenza, che faceva rientrare la colpa medica nella responsabilità contrattuale da contatto sociale. Con la nuova normativa, invece, viene chiarito che la struttura sanitaria risponde a titolo di responsabilità contrattuale, mentre il medico è chiamato a rispondere di responsabilità extracontrattuale da fatto illecito, ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile. Tale distinzione rileva soprattutto per quanto riguarda l'onere della prova: il danneggiato che agisce contro l'ospedale deve solo dimostrare la violazione degli obblighi assunti dalla struttura e il danno causatogli, mentre se agisce contro il medico avrà l'onere - molto più gravoso - di provare tutti gli elementi costitutivi del fatto illecito, compresi dolo o colpa. La norma rende dunque più gravoso, per il paziente che intenda avanzare una richiesta risarcitoria, dimostrare la responsabilità del medico, con maggiori oneri probatori e l'obbligo di agire entro il termine di prescrizione di 5 anni. Elementi che, probabilmente, determineranno una riduzione dei ricorsi meramente pretestuosi contro medici e operatori sanitari. Infine, dal punto di vista procedurale e prima di proporre il giudizio in sede civile, diventa necessario effettuare un tentativo obbligatorio di conciliazione con con consulenza tecnica preventiva.

GIEMME

Ddl penale, Orlando e il «no» ai ritocchi sollecitati dall'Anm

Ecco la legge che limita la responsabilità medica

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

07-APR-2017
da pag. 28
foglio 1
www.datastampa.it

Futuro Lo sviluppo della Rete ha attraversato più fasi. In quest'ultima la previsione è di agire all'interno degli esseri viventi a scopo di cura e prevenzione delle malattie

ENTRARE NEL CORPO UMANO LA NUOVA SFIDA DI INTERNET

Priorità
Il settore sanitario è diventato oggetto di studio e di investimenti da parte delle aziende

di **Francesco Grillo**

Fu un film di fantascienza del 1966 ad anticipare quella che sembra poter essere la nuova frontiera di Internet. In quel film, nato da uno script di Isaac Asimov, cinque astronauti vengono miniaturizzati per navigare nel corpo di uno scienziato fino a raggiungere il cervello dal quale rimuovere un embolo mortale. Per coincidenza, in quello stesso anno, nell'ambito di un progetto finanziato dal Pentagono, nasce la prima rete che utilizza il protocollo di trasmissione di Internet e, cinquanta anni dopo, proprio Internet può realizzare, in maniera diversa, il sogno dei viaggi fantastici di un'umanità che si preparava alla Luna.

Internet of the Beings (Iob) è la terza fase della vita della Rete. Quella più affascinante e pericolosa. Un balzo avanti sconvolgente anche rispetto a trasformazioni che stanno rendendo obsoleti i nostri processi cognitivi.

La Rete ha, infatti, prima collegato tra di loro tutti gli oggetti digitali nati per elaborare informazioni: i computer e i telefoni sono oggi i terminali di un unico organismo in grado di contenere, scambiare e processare una quantità di informazione che facciamo persino fatica a immaginare: 9.000 Exabyte, 450 volte più informazione di quella contenuta da tutti i testi, i video e gli audio prodotti dall'uomo nella storia.

Nella seconda fase, la Rete sta invece connettendo tra di essi gli oggetti fisici (Internet of the Things) per estrarne informazioni utili: dai frigoriferi che riordinano ciò che sta per finire (in maniera da minimizzare gli spostamenti e gli sprechi) alle automobili che cominciano a spostarsi da sole. Ma nella terza, ancora più fantastica e terribile evoluzione, la Rete entrerà direttamente nei corpi degli esseri viventi ed è questa la tesi della ricerca alla quale sto partecipando all'Università di Oxford. La prospettiva è concreta ed è priorità strategica per imprese diverse quanto lo possono essere Google e Johnson & Johnson, bucando quelli che erano i confini di un settore produttivo che era territorio delle aziende farmaceutiche. Sono strumenti che possono essere meno invasivi — come i collari che seguono gli spostamenti di animali a rischio di estinzione — o di più — come i *pacemaker*; potranno avere una funzione di pura sorveglianza (mandando un allarme al pronto soccorso quando rilevano valori al di là di una certa soglia) o di intervento (sono collegati, ad esempio, ad un anticoagulante a cui ordinano di sciogliersi per evitare un infarto). Ma soprattutto questi sensori potrebbero rilevare con grande precisione la reazione — sempre diversa — di ciascun paziente ad un dato farmaco che assuma normalmente: in maniera da poter trasformare ciascun organismo nel terminale di un laboratorio vivente capace di tagliare i tempi di sviluppo di nuovi trattamenti di centinaia di volte e di sconfiggere definitivamente le malattie con le quali la ricerca combatte da decenni senza più miracoli.

Stiamo andando verso una convergenza tra informatica, fisica e biologia, che apre prospettive rivoluzionarie che stanno già modificando profondamente gli equilibri in grandi settori industriali (e non sono piccole le possibilità per l'Italia che a Milano e Bologna vede una concentrazione di talento imprenditoriale e scientifico, piccola ma promettente) e le equazioni del welfare da cui dipende l'equilibrio precario delle società occidentali.

Grandi, ad esempio, sono le possibilità che Iob apre per sistemi sanitari che, semplicemente, sono portati alla bancarotta dall'aumento inesorabile del numero di persone anziane ed affette da patologie croniche. Tuttavia è enorme anche la sfida, perché l'idea stessa di spostare un pezzo dell'ospedale, del medico generico e dello stesso laboratorio, nel corpo umano significa ripensare totalmente l'architettura di sistemi sanitari immaginati per un mondo unito solo dal telegrafo. Ma non inferiori sono i rischi che evoluzioni di questo genere aprono, con la possibilità (immaginata solo nei film come *Blade Runner*) di esporre le persone al sabotaggio di un hacker o, magari, di trasformarle in robot saltando molti dei passaggi difficili che aspettano lo sviluppo della già controversa intelligenza artificiale.

Problemi etici e di possibile perdita di controllo su un progresso che noi stessi abbiamo innescato e che, negli anni Sessanta, faceva sognare tutti. Ma soprattutto un buco nero intellettuale, di strategia e di politica. Perché ad altre rivoluzioni industriali corrisposero grandi riflessioni di chi — Marx, Ricardo, più tardi Keynes e Beveridge — cercò di sviluppare una teoria e contribuì a piegare il demone della tecnica al servizio dell'uomo. Prima ancora di decidere se queste prospettive ci affascinano o ci inorridiscono, dovremmo cominciare a studiarle: perché dalla nostra capacità di lettura e di governo dipende il futuro di tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media