

<http://www.marketpress.info/notiziario>

UNA SOLUZIONE MOZZAFIATO PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO

Bruxelles, 27 aprile 2015 - Una nuova tecnologia in grado di rilevare piccoli cambiamenti nell'aria espirata potrebbe aiutare a segnalare la comparsa del cancro gastrico. Un gruppo di scienziati ha sviluppato un metodo preciso e poco costoso per analizzare determinati atomi in campioni di aria espirata, in parte grazie a una sovvenzione di 1,2 milioni di euro erogata del Consiglio europeo della ricerca (Cer) nell'ambito del 7° Pq. Alcuni risultati di enorme importanza sono appena stati pubblicati sulla rivista accademica Gut. Completato alla fine del 2014, il progetto Diag-cancer rappresenta un'importante rivoluzione per lo screening e la prevenzione efficace del cancro. Fino a poco tempo fa, uno screening esteso era possibile solo per pochi tipi di cancro, per esempio per il cancro della cervice, per il quale la gestione delle lesioni rilevate tramite screening ha ridotto l'incidenza dell'80 %. Per quanto riguarda il cancro gastrico, però, nella maggior parte dei pazienti europei esso viene diagnosticato in uno stadio avanzato della malattia. Il progetto quadriennale Diag-cancer ha cercato di trovare un modo nuovo e poco costoso di distinguere le patologie gastriche maligne e non maligne. Il team ha sfruttato le potenzialità della nanotecnologia, che usa materiali in scala atomica, molecolare e persino macromolecolare, nelle quali le proprietà differiscono in modo significativo da quelle in scala maggiore. La natura chimica di certi biomarcatori del cancro è stata anch'essa identificata mediante la spettrometria, una tecnica chimica analitica che aiuta a identificare le sostanze chimiche presenti in un campione. Per il test dell'aria espirata per il cancro gastrico, sono stati raccolti in totale 968 campioni di respiro di 484 pazienti (tra cui 99 affetti da cancro gastrico). I ricercatori hanno riferito che i pazienti affetti da cancro - e quelli ad alto rischio - mostravano una caratteristica composizione dell'impronta dell'aria espirata. Hanno scoperto che lo stress ossidativo sistematico - un disturbo che si ritiene collegato allo sviluppo del cancro - genera alcani come l'etano, il pentano e altri idrocarburi saturi. In totale otto di questi importanti composti organici volatili sono stati rilevati nell'aria espirata nei diversi confronti. Il prototipo del test si è rivelato inoltre in grado di identificare diversi stadi delle lesioni gastriche precancerose. Inoltre, la presenza di lesioni dello stomaco precancerose potrebbe essere rilevata in concomitanza o meno di altri fattori, come il fumo o il pesante consumo di alcool. Infatti, l'analisi sviluppata dall'equipe di Diag-cancer è in grado di distinguere tra pazienti affetti da cancro gastrico e il gruppo di controllo con una precisione del 92 %. I ricercatori credono inoltre che il test dell'aria espirata abbia enormi potenzialità come importantissimo strumento di controllo per il monitoraggio dei pazienti ad alto rischio, e potrebbe essere usato per rilevare altre malattie e lesioni. Si spera che il nuovo test dell'aria espirata possa risolvere in modo efficace questo importante punto debole. Dopo tutto, la diagnosi precoce ha un ruolo importante nel determinare le probabilità di guarigione di un paziente. Il semplice test dell'aria espirata di Diag-cancer potrebbe presto costituire lo strumento di screening non invasivo che mancava per il cancro gastrico e le lesioni precancerose a esso collegate, dando speranza a migliaia di pazienti a rischio. Infine, poiché il test può essere effettuato al di fuori di contesti specialistici, esso ha anche le potenzialità per ridurre l'onere sanitario, mediante una forma di analisi più semplice ed economica e attraverso terapie precoci e quindi più convenienti.

27-04-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

E' come mettere il codice a barre al Dna delle cellule malate

'Biopsia liquida', si scovano i tumori con l'analisi del sangue

Non più un intervento chirurgico, ma una semplice analisi del sangue: tanto potrebbe bastare in futuro per diagnosticare un tumore e prevedere recidive, grazie alla promettente tecnica della cosiddetta biopsia liquida, con cui si cercano i minuscoli frammenti del Dna tumorale nel sangue del paziente. Nello studio, coordinato da Mark Roschewski del National Cancer Institute statunitense e pubblicato sulla rivista Lancet oncology, si spiega che l'obiettivo è quello di arrivare, tramite l'analisi del sangue, a capire se la terapia sta funzionando, e se il tumore sviluppa delle resistenze. I trattamenti inefficaci potrebbero così essere abbandonati in fretta, contenendo gli effetti collaterali e permettendo ai medici di cercare alternative. Tuttavia, servono ancora altri studi per valutare l'affidabilità del test. I risultati preliminari sono però incoraggianti. Nello studio, condotto su 126 pazienti con la più comune forma di linfoma, il test ha previsto la ricomparsa del tumore con oltre tre mesi di anticipo rispetto alla tac, e identificato i pazienti che probabilmente non avrebbero risposto alla terapia. "Ogni cancro ha una mutazione che può essere monitorata con questo metodo - spiega David Hyman, uno dei ricercatori - E' come mettere un codice a barre al tumore nel sangue". L'idea di questo test è nata con la scoperta anni fa che il feto perde piccoli pezzi di dna nel sangue materno. Si è poi pensato che tutte le cellule che crescono, incluse quelle tumorali, perdono minuscoli frammenti di Dna, non facili da trovare in mezzo alle altre molecole del sangue. Ma grazie a metodi avanzati di sequenziamento del Dna, si sono trovate centinaia di mutazioni da usare come codice a barre per i tumori, sviluppando così la biopsia liquida.

Ha mal di pancia e va all'ospedale Gli asportano un tumore di 13 chili

A un camionista di 47 anni dopo un'operazione durata sette ore

Un tumore all'addome pesante come un bambino di quattro anni. E' quello che ha asportato il chirurgo Valeria Tonini all'ospedale Sant'Orsola di Bologna dopo un intervento durato sette ore, dalle dieci del mattino alle cinque del pomeriggio. A subirlo un 47enne residente nel capoluogo delle Due Torri, professione camionista, che, in preda ad atroci dolori, si era recato al pronto soccorso, per poi venire operato d'urgenza.

Un intervento che è stato effettuato nella giornata di venerdì scorso dallo staff del reparto di chirurgia d'urgenza che, una volta ultimata la 'fatica', ha deciso di misurare la gigantesca massa dal peso di tredici chili e dalle dimensioni di 58 centimetri per 37, con una profondità di 20.

Il paziente si trova ora ricoverato nel reparto di terapia intensiva ma, come assicurano i medici, si riprenderà completamente.

Marco Signorini
■ BOLOGNA

Dottoressa Tonini, di che tumore si tratta?

«Aspettiamo ovviamente gli esiti della biopsia, ma siamo quasi certi che si tratta di un lipo-sarcoma».

Ma un tumore può crescere a tal punto?

«Questo genere di 'male' è retrope-

ritoneale e può raggiungere dimensioni notevoli, ma quello che abbiamo asportato è davvero da primato».

Il paziente come ha fatto a non accorgersene?

«I primi sintomi si possono avvertire quando il tumore è già piuttosto consistente, ma è chiaro che in questo caso il 47enne, forse temendo di sentirsi dare una brutta notizia, ha atteso fin troppo tempo per rivolgersi a un medico, mettendo a repentaglio la stessa vita».

Quali sono le complessità di questo genere di intervento?

«Sono dovute proprio alle dimensioni del male. Basta un minimo sbaglio per recidere l'aorta, tanto per fare un esempio. E se ciò fosse avvenuto, per il nostro paziente non ci sarebbe stato più nulla da fare».

Come si presentava il quadro clinico del 47enne?

«Era praticamente compromesso. La massa tumorale aveva schiacciato tutti gli organi arrivando persino a spostare la posizione naturale dei reni e della stessa aorta».

Ma che sintomi dà questo tipo di sarcoma?

«Quando inizia a crescere compri-me ovviamente gli organi circostanti e l'apparato digerente è quel-

lo che ne risente maggiormente. Il nostro paziente, praticamente, non riusciva a mangiare più nulla».

E oltre alla perdita di appetito?

«Si nota ovviamente un aumento di volume della pancia che si trova ad ospitare un corpo estraneo che cresce di continuo nutrendosi con il nostro stesso corpo. E' per questo che, oltre all'aumento di volume del ventre, si nota una contemporanea perdita di peso».

Insomma, vi siete trovati davanti a una situazione quasi irreversibile?

«Direi di sì. Anche per le difficoltà dell'intervento e per la pesantezza della massa con cui ci siamo confrontati. Ho lavorato assieme a tre specializzandi e il loro aiuto è stato determinante».

E poi, a operazione ultimata, avete messo il 'mostro' sulla bilancia?

«Certo. Volevamo capire con che cosa avevamo avuto a che fare. Pensi che, nel corpo, irrorato dal sangue, era ancora più pesante».

Come sarà il decorso del paziente?

«Una volta che si sarà rimesso dall'intervento può considerarsi guarito. Tra l'altro per questo genere di male non servono chemioterapia e radioterapia».





La vicenda



Valeria
Tonini

Dolori atroci

Venerdì mattina un camionista bolognese di 47 anni, in preda ad atroci dolori all'addome, si reca al pronto soccorso. Le sue condizioni sono disperate

«La massa aveva schiacciato tutti gli organi arrivando persino a spostare la posizione naturale dei reni»

L'intervento

Immediato l'intervento d'urgenza: il chirurgo gli asporta una massa tumorale di 13 chili e dalle dimensioni di 58 centimetri per 37, con una profondità di 20



CHIRURGO

La dottoressa Valeria Tonini misura la massa tumorale rimossa

AL SANT'ORSOLA DI BOLOGNA

Intervento record su un tumore da 13 kg

 ROMA

Intervento record al policlinico Sant'Orsola di Bologna, dove i chirurghi hanno asportato a un paziente un tumore da 13 chili. La persona operata è un uomo di 47 anni che era arrivato l'altro giorno al pronto soccorso dell'ospedale lamentando forti dolori al ventre. Gli esami medici hanno accertato la presenza dell'enorme neoplasia, probabilmente un liposarcoma, e il paziente è entrato subito in sala operatoria. L'intervento è durato sette ore ed è stato condotto dalla dottoressa Valeria Tonini, ma alla fine l'équipe del reparto di chirurgia d'urgenza diretto da Maurizio Cervellera ha rimosso la massa tumorale senza danneggiare gli organi interni. Gli esami istologici confermeranno la natura del tumore, per il momento sembra verosimile che si tratti di un liposarcoma. [F.GIU.]



27-04-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

Appello società italiana Urologia, medico sia sentinella

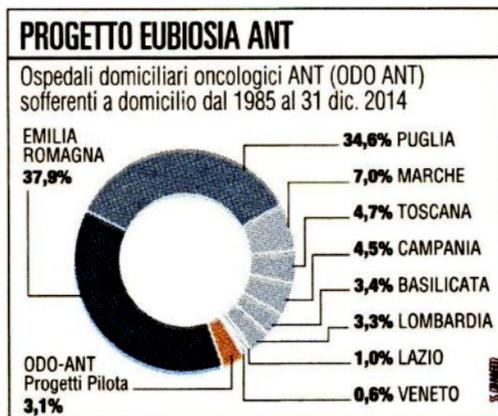
Problemi prostata per 7 mln italiani, ma metà li ignora

MADRID - Quasi sette milioni di uomini in Italia soffrono di ipertrofia prostatica benigna, una malattia che potrebbe essere trattata senza problemi e che invece viene ignorata in metà dei casi, portando a disagi molto grandi che arrivano a subordinare la propria vita alla vicinanza di un bagno. Le cifre sono state date dalla Società italiana di Urologia (Siu) in occasione del congresso di quella europea che si è appena aperto a Madrid. Il problema, hanno spiegato gli esperti, riguarda metà dei cinquantenni, il 65% dei sessantenni e l'80% dei settantenni. Percentuali dimezzabili se la malattia fosse affrontata per tempo. Mentre invece viene 'accettata', ingiustamente, come naturale conseguenza del processo di invecchiamento. "Gran parte dei pazienti - spiega Vincenzo Mirone, Professore Ordinario della Facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli e Segretario Generale della Società Italiana di Urologia (SIU) - considera i disturbi urinari come fisiologici, normali, e sono rassegnati a sopportarli. Si stima, infatti, che meno del 50% degli uomini che presentano difficoltà urinarie si rivolge ad un medico". Sono proprio i medici di base, continua Mirone, che potrebbero avere un ruolo importante nel fare da sentinella, ad esempio quando i pazienti vanno a chiedere un 'aiutino' per le disfunzioni sessuali, che insieme ai problemi di incontinenza sono i sintomi più evidenti della malattia. "Le linee guida internazionali non lasciano spazio a dubbi - aggiunge Mirone -. Tutti, ma proprio tutti, i maschi di 50 anni e oltre dovrebbero essere intervistati dal medico sull'ipertrofia prostatica benigna e informati su ciò che rischiano e su come invece il problema è facile da risolvere se individuato in tempo".

focus sanità

[IL CASO]

Boom di cure a base di oppio e l'Agencia lancia l'allarme



C'È STATA UN' IMPENNATA NEI CONSUMI, L'AIFA INVITA A "PRESCRIZIONI RESPONSABILI" MA IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE MINISTERIALE FANELLI: "IL VERO RISCHIO È CHE I MEDICI GIÀ RESTII, FRENINO ANCORA"

Milano

In Italia continua ad aumentare il consumo dei farmaci a base di oppio per uso terapeutico. Così l'Agencia per il farmaco, l'Aifa, ha invitato, già da inizio anno, i medici a fare prescrizioni responsabili. Secondo il rapporto OsMed nei primi nove mesi del 2014 l'uso di antidolorifici oppiacei è cresciuto tra il 9 e 13 per cento rispetto allo stesso periodo dell'anno prima. Un aumento si è registrato soprattutto tra gli anziani. Ciò che cresce è il consumo di morfina, idromorfone, oxicodone associato alla codeina. Il tapentadolo è il terzo principio attivo a maggior variazione di spesa convenzionata rispetto al 2013 con un incremento del 38,5 per cento. Un trend iniziato proprio dopo l'approvazione della legge 38 del 2010, quella sulle cure palliative e sulla terapia del dolore, che ha semplificato l'uso di questi farmaci antidolorifici, in modo particolare di quelli a base di oppio. Così il consumo è passato da 1,1 dosi giornaliere per mille abitanti del 2005 alle 5,2 dosi del 2013.

«La preoccupazione di Aifa si basa su studi statunitensi», afferma Guido Fanelli, presidente della Commissione ministeriale per l'attuazione della legge sulle cure palliative e professore ordinario in Anestesia, rianimazione e terapia del dolore all'università di Parma. «Nel Nord America si verificano situazioni davvero abnormi, ma loro hanno regole diverse dalle nostre — prosegue il medico — In quell'area del pianeta si utilizzano l'80 per cento di farmaci agli oppioidi a fini terapeutici utilizzati nel mondo e molte persone sono diventate dipendenti, ci sono stati casi di morti per overdose».

L'allerta in Italia è salita proprio a inizio anno, dopo che i Center for Disease Control and Prevention americani avevano invitato alla prescrizione e all'uso attento di antidolorifici oppiacei, soprattutto per le donne in età fertile. Alcuni studi avevano rivelato che queste sostanze possono

ad esempio aumentare il rischio che il neonato abbia problemi al cervello, alla colonna vertebrale, difetti cardiaci congeniti oppure sindrome da astinenza neonatale. Poi, nella prima metà di aprile, l'autorità americana Food and Drug Administration (Fda), ha messo in guardia dal rischio dovuto all'abuso e all'overdose da oppioidi. Ogni anno secondo Fda negli Usa più di 16mila decessi sono causati da overdose dovuta all'uso

di queste sostanze. Oggi è questa una delle cause principali di morte accidentale negli Stati Uniti, che ha superato persino gli incidenti automobilistici.

Subito dopo gli avvisi partiti dagli Stati Uniti, anche Aifa ha messo in guardia i professionisti italiani. Ma nel nostro paese secondo Fanelli, per via di una legislazione diversa che permette di acquistare certi medicinali solo in farmacia, non ci sarebbe questo pericolo. «Il rischio vero — prosegue il professore — è che questo avviso dell'Agencia del farmaco porti i medici, che già sono restii a somministrare queste sostanze, a limitare le prescrizioni». Per combattere alcuni dolori cronici, spesso secondo Fanelli non c'è altro rimedio che ricorrere a questi farmaci.

Aifa invece sostiene che la soglia del dolore anche da noi si sta abbassando. Il direttore Luca Pani lo spiegava poco tempo fa: «A nostro parere per questo si consumano dunque sempre più antidolorifici, soprattutto oppioidi, che creano dipendenza». Secondo l'Agencia per il farmaco



questo campanello d'allarme non è da sottovalutare. Anche Pani conferma che fino a poco tempo fa i medici avevano un atteggiamento abbastanza restrittivo rispetto alla prescrizione di tali farmaci. Se con la legge per le cure palliative si è fatto un passo avanti, «adesso, si sta registrando un eccesso». Secondo lo stesso ministero della Salute in alcune situazioni si è determinato addirittura un abuso.

«Abbiamo registrato un aumento tra le persone anziane che nulla ha a che fare con la terapia del dolore e che è fuori da una correttezza della prescrizione medica — sottolineava a gennaio lo stesso ministro Beatrice Lorenzin — Dietro c'è, dunque un forte disagio nella popolazione e una necessità di incrementare i servizi territoriali di supporto anche psicologico per le persone che possono attraversare una fase di difficoltà».

(*st.a.*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

focus sanità

La terapia del dolore entra in casa arrivano i team dedicati a domicilio

TRE ITALIANI SU QUATTRO ORMAI POSSONO CONTARE SU UNA RETE DI ASSISTENZA PER LE CURE PALLIATIVE SENZA DOVER ANDARE IN OSPEDALE. SOLO SEI REGIONI RESTANO ANCORA INDIETRO NELL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE APPROVATA CINQUE ANNI FA
Stefania Aoi

Milano

«Il numero dei morti per tumore negli ospedali italiani continua a scendere del 10 per cento l'anno. Aumenta invece il numero di pazienti terminali assistiti a casa: nel 2014 erano più di 52 mila, un 30 per cento in più rispetto agli ultimi anni». Guido Fanelli, presidente della Commissione ministeriale che controlla l'attuazione della legge 38 del 2010, quella sulle cure palliative e sulla terapia del dolore, racconta come dopo un quinquennio dalla sua nascita questa norma stia iniziando a prendere forma. Ormai la rete di assistenza per le cure palliative, in grado di provvedere all'alimentazione artificiale piuttosto che alle terapie antivomito, è quasi del tutto strutturata lungo lo Stivale. La maggior parte delle regioni ne hanno una propria, come chiesto dalla legge. Solo l'Abruzzo, il Friuli-Venezia Giulia, Molise, le Province Autonome di Trento e Bolzano, la Valle D'Aosta e il Veneto non si sono ancora adeguate del tutto.

«Sulla terapia del dolore in modo particolare c'è ancora da fare — commenta Fanelli — Anche se siamo a buon punto visto che questa inizia a essere a disposizione del 75 per cento della popolazione che ne ha bisogno». Se il rapporto dello scorso luglio, presentato dal ministero della Salute al Parlamento, parlava di un'Italia a due velocità nel 2013, con regioni che si erano adeguate e altre no, il presidente, e professore ordinario in Anestesia, rianimazione e terapia del dolore all'università di Parma, spiega che la situazione si è nel frattempo evoluta. «Solo un mese fa per esempio — prosegue — la Campania ha creato una sua cosiddetta rete del dolore come vuole la norma e in aggiunta con la leg-

ge di stabilità è passato anche il regolamento per gli standard ospedalieri, che stabilisce che tutte le regioni dovranno averne una, con un centro di eccellenza (i cosiddetti *hub*) ogni 2,5 milioni di abitanti e un centro di connessione tra territorio e reti di eccellenza (*spoke*) ogni 300 mila».

La legge 38, sin da quando è nata, mirava proprio alla creazione di reti di assistenza in grado di garantire a casa dei pazienti le stesse cure ottenibili in ospedale. In alternativa i malati potevano essere messi anche negli *hospice*, strutture attrezzate ad hoc per offrire queste specifiche attenzioni e in genere più attrezzati rispetto ai reparti. Gli *hospice* sono cresciuti in numero in questi anni grazie a finanziamenti pubblici stanziati in passato. Oggi sono arrivati ad essere 221 per le cure palliative con circa 2300 posti letto. «Ma non è su questo tipo di assistenza che punta la legge 38, tant'è che non sono stati spesi nemmeno tutti i soldi messi a disposizione per costruire questi edifici», ricorda Fanelli.

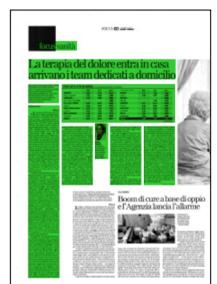
Affiancare il malato al domicilio resta il vero fulcro su cui ruota tutta la norma. Eppure altro tassello su cui è importante lavorare per una piena attuazione della legge del 2010 è la formazione dei medici e di équipe specializzate in cure palliative negli ospedali e sul territorio. «Soprattutto nei reparti di medicina generale, dove più di frequente avvengono i decessi, — scriveva il ministero nel rapporto 2014 al Parlamento — sarebbe auspicabile una maggior presenza di team dedicati». Inoltre bisogna diffondere tra i cittadini una maggior conoscenza del diritto a non soffrire e ad essere accuditi durante l'ultimo periodo della vita. «Tutti coloro che ne hanno necessità dovrebbero poter accedere a questo tipo di assistenza. Si tratta di un aspetto fondamentale — afferma il docente — Eppure secondo alcuni studi trasversali, effettuati nel 2011, nel 2012 e nel 2014 la percentuale di persone che conosce la legge 38 e le possibilità che offre oggi è inferiore al 30 per cento».

Uno dei maggiori risultati otte-

nuti sulla terapia del dolore è stata comunque la maggior facilità a ottenere la prescrizione di farmaci contenenti oppiacei. Prima i medici erano molto restii a fare assumere queste sostanze ai propri pazienti, soprattutto a quelli con dolori cronici. Si trattava di dare il via libera a medicine che provocano dipendenza. Ma dopo la legge 38 il consumo di queste sostanze a base di oppio ha avuto invece un'impennata e le farmacie, tra il 2011 e il 2013, hanno registrato una crescita media della spesa a livello nazionale pari al 50 per cento. L'aumento dell'importo si è registrato un po' in tutte le regioni. Soprattutto in Campania (73 per cento), Lazio (68 per cento) e Puglia (69 per cento).

«Nonostante la situazione sia migliorata per chi soffre di dolori alleviabili solo con queste sostanze, ancora persistono delle remore. Alcuni specialisti si ostinano per esempio a prescrivere il paracetamolo per il mal di schiena cronico — racconta Guido Fanelli — Invece si è scoperto che questo principio attivo, almeno per quel disturbo, ha solo un effetto placebo, cioè risulta del tutto inefficace». Prima della legge 38, non si offriva ai malati di dolori cronici quasi nulla. La normativa ha affrontato il problema in modo sistematico. Imponendo obblighi a carico delle regioni e dando risposta ai malati terminali di tumore ma soprattutto ai pazienti la cui sofferenza dura da oltre tre mesi. «I malati cronici — conclude Fanelli — sono i più numerosi: soffre di questa tipologia di dolore il 26 per cento degli italiani. I malati di cancro sono molti meno. E tra i pazienti sottoposti a cure palliative e a terapia del dolore rappresentano una piccola percentuale, il 5 per cento appena».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I POSTI LETTO ATTIVI IN HOSPICE In % sul totale dei deceduti, per Regione

	2009	2010	2011*	(*) Ultimo dato disponibile	2009	2010	2011*
PIEMONTE	0,68	0,78	0,74	MARCHE	1,11	1,33	1,30
VALLE D'AOSTA	1,53	1,86	1,86	LAZIO	1,46	1,67	2,36
LOMBARDIA	1,81	1,92	2,00	ABRUZZO	-	-	0,34
Prov. Auton. BOLZANO	-	-	1,00	MOLISE	-	1,15	1,15
Prov. Auton. TRENTO	0,41	0,41	0,48	CAMPANIA	0,21	0,14	0,18
VENETO	0,63	0,75	0,76	PUGLIA	0,59	0,59	0,97
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,75	1,40	1,33	BASILICATA	2,32	2,25	2,05
LIGURIA	0,84	1,05	1,05	CALABRIA	0,45	0,16	0,16
EMILIA ROMAGNA	1,58	1,68	1,73	SICILIA	0,85	0,64	0,70
TOSCANA	0,50	0,64	0,45	SARDEGNA	3,24	3,89	4,40
UMBRIA	0,67	0,61	0,61	ITALIA	1,05	1,15	1,27

Fonte: Ministero della Salute



Guido Fanelli, presidente Commissione ministeriale che controlla l'attuazione della legge 38 del 2010

<http://www.lastampa.it/>

Videocamera frontale, la scatola nera della sala operatoria

Sempre più utilizzata dai chirurghi per controllare meglio i propri movimenti ma anche per registrare le fasi dell'intervento. Una tutela importante per il paziente



Tre occhi sono meglio di due: sempre, soprattutto in sala operatoria. È la necessità - per il medico e per il paziente - di avere una “scatola nera” che tenga traccia di tutti i passaggi di un intervento ad aver spinto Andrea Ortensi, direttore dell'unità operativa di microchirurgia generale della casa di cura (accreditata) Fabia Mater di Roma, ad avviare la sperimentazione di una videocamera frontale. Il principale campo di applicazione, a oggi, riguarda la chirurgia della tiroide, nei casi di tumore o di ipertiroidismo non curabile con i farmaci. Ma alcuni test sono stati condotti anche nelle ricostruzioni facciali e comunque, precisa lo specialista, «non esistono limiti all'utilizzo di questo prototipo». L'obiettivo è fornire al chirurgo, accanto all'immagine a occhio nudo, un ingrandimento di cinque volte del campo operatorio.

MASSIMA ACCURATEZZA

L'idea di partire dalla tiroide è nata dalla consapevolezza che per quanto la pratica sia ormai consolidata, non è esente dal rischio di complicanze: come quelle legate alla lesione del nervo laringeo e delle paratiroidi. La videocamera, del peso di trecento grammi, viene posizionata sulla testa dello specialista e funge da “occhio bionico”, in grado di moltiplicare il livello di accuratezza in sala operatoria. Registra tutto: immagini e voci ed è in grado, a posteriori, di riportare anche situazioni di emergenza vissute in sala operatoria. È, di fatto, la trasposizione in medicina delle videocamere oggi tanto in voga tra gli sportivi. Solo così si può vedere quasi in contemporanea un piccolo vaso arterioso - di un millimetro di diametro ad occhio nudo - ingrandito fino a cinque volte e ridurre, di conseguenza, il rischio di lesioni impreviste. Ma i vantaggi legati all'utilizzo del dispositivo sono diversi.

COME IMPARARE DAI PROPRI ERRORI

Uno, per esempio, riguarda gli aspetti medico-legali. Con un “grande fratello” sempre acceso la trasparenza della procedura operatoria è garantita, come l'opportunità di memorizzare e archiviare ogni singolo passaggio dell'intervento. L'altro riguarda la didattica. «Si possono sfruttare eventuali errori come opportunità di miglioramento futuro - afferma Emiliano Marchisio, direttore del programma di ricerca in medicina difensiva del Centro per l'Economia e gli Studi Internazionali dell'Università di Tor Vergata -. La videocamera frontale è uno strumento per fare controllo di qualità in sala operatoria e alleggerire la pressione sul chirurgo».

Da non trascurare sono anche i possibili ritorni economici. In un documento appena pubblicato su [Jama Surgery](#). I ricercatori della John Hopkins University affermano che «l'utilizzo della chirurgia mininvasiva - di cui fanno parte anche

la laparoscopia e la robotica - aumenta la sicurezza dell'intervento e permette di ridurre i costi per il sistema sanitario, dovuti alle complicanze postoperatorie e alle degenze più lunghe negli ospedali».

UNA TUTELA PER IL PAZIENTE

Ortensi ha deciso di mettere a punto la videocamera con tre obiettivi: combattere la malasana, tutelare il medico e al contempo il paziente. Non è un caso che tra i primi operati con il supporto della videocamera ci sia stata una donna a cui era stata asportata la parotide per un tumore. Nel corso dell'operazione, però, i chirurghi avevano sezionato anche il nervo facciale, responsabile dei movimenti dei muscoli della faccia e della palpebra. Paralisi dunque inevitabile, fino alla ricostruzione del nervo in sala operatoria, avvenuta ricorrendo alla microchirurgia. «Oggi la paziente ha riacquisito il 90% della mobilità dei muscoli facciali, ride muove l'occhio e presto arriverà a un totale recupero», chiosa lo specialista. Poteri della chirurgia del terzo millennio.

Spese sanitarie, tagli legati al reddito

Nella spending review limatura dell'1,8%. Soglia dei 75 mila euro per le detrazioni

20%

l'ipotesi allo studio per il nuovo bonus Irpef per le ristrutturazioni edilizie, rispetto all'attuale 36%

11%

il possibile taglio dell'attuale cifra relativa alle deduzioni dei contribuenti per le badanti

Dossier

● Il governo si è posto nel 2016 l'obiettivo di ridurre la spesa pubblica di circa 9 miliardi

● I consulenti del premier Yoram Gutgeld e Roberto Perotti avrebbero individuato primi tagli per 1,5 miliardi alle agevolazioni fiscali

L'analisi

di Antonella Baccaro

ROMA I numeri finali si conosceranno soltanto quando sarà pubblicata la legge di Stabilità, ma il dossier più caldo tra quelli della revisione della spesa pubblica è già arrivato a palazzo Chigi, firmato dai consulenti Yoram Gutgeld e Roberto Perotti, e reca la cifra di un miliardo e mezzo di tagli ottenuti rivedendo 52 agevolazioni fiscali. Da palazzo Chigi fanno già sapere che si tratta solo di «documenti di lavoro», un appellativo non molto diverso da quello che venne dato al rapporto Cottarelli relativo all'intero ammontare della spesa pubblica, quasi del tutto disatteso.

Un miliardo e mezzo di più di risparmi, dunque (o qualcosa di più), non è quello 0,15% del Pil, pari a 2,25 miliardi, che nel Programma nazionale delle riforme, appena presentato dal ministero dell'Economia, dovrebbe derivare dalla «riduzione della agevolazioni fiscali» a partire dal 2016. Stando alle indiscrezioni diffuse da *IlSole24Ore*, nel mirino sono entrati tanto i contributi alle imprese, quanto i sussidi alle famiglie, questi ultimi però secondo una logica redistributiva, tale per cui qualcuno pagherà più tasse perché qualcuno ne pagherà di meno.

Ma per capire che peso avranno questi tagli non si può prescindere da un'analisi dell'ambito in cui vanno a cadere, operata, per quanto riguarda le agevolazioni alle famiglie, sulla base dei dati più recenti forniti dal Mef sulle dichiarazioni fiscali, quelle del 2014 sui redditi 2013.

Il comparto degli oneri de-

traibili al 19%, quelli che vanno dagli interessi sui mutui alle locazioni per gli studenti fuoriscuola, vale nel 2014 circa 27,2 miliardi. La voce più consistente è quella delle spese sanitarie: 16,7 milioni di contribuenti hanno scalato dalle tasse circa 15,5 miliardi, quasi la metà dell'intero monte degli oneri detraibili al 19%, con un aumento del 2,5% rispetto all'anno precedente. Qui si concentrerebbe una parte della revisione della spesa 2016, con un criterio, come si è detto, redistributivo.

Due le ipotesi: la prima azzerare la detrazione per i redditi superiori ai 75 mila euro, mentre la mantiene piena fino ai 55 mila. Nella fascia intermedia diventa decrescente. Risparmio ipotizzato: 278 milioni nel 2016. Che diventerebbero 166 se la detrazione scomparisse sopra i 95 mila euro di reddito, fosse piena fino ai 75 mila e decrescente in mezzo. Se queste sono le cifre complessive, il taglio complessivo non appare in percentuale molto consistente (1,8%).

Il secondo capitolo riguarda gli oneri deducibili, che vanno dall'assegno al coniuge ai contributi previdenziali, categoria che nel 2014 è costata circa 24 miliardi. L'attenzione si sarebbe soffermata sulla deduzione dei contributi previdenziali dovuti alle «badanti», che l'anno scorso ammontava a circa 444 milioni, in crescita dello 0,9% sull'anno precedente. Anche qui l'ipotesi sarebbe redistributiva: l'azzeramento della deduzione sopra i 75 mila euro, la pienezza sotto i 55 mila, e il criterio decrescente nella fascia intermedia, comporterebbe risparmi per 50 milioni, che diventano 36,2 nell'ipotesi più blanda. Qui il taglio sale all'11% della cifra complessiva attuale.

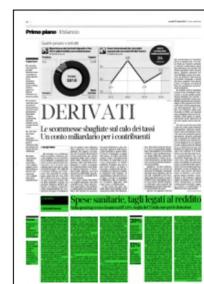
Infine nel campo delle detrazioni, il cui costo per il 2014 è

stato pari a quasi 65 miliardi, l'attenzione sarebbe andata alle ristrutturazioni edilizie: il bonus Irpef del 36%. Costo nel 2014: 3,5 miliardi secondo i dati delle dichiarazioni. Qui l'ipotesi potrebbe essere ridurre lo sconto dal 36% al 20% con un risparmio, soltanto a partire dal 2017, di 294 milioni, pari all'8,4%. Il rapporto azzerare infine, contrariamente a quanto annunciato dal premier al salone del mobile di Milano, il bonus arredo che rientra tra le detrazioni e che è costato allo Stato circa 41 milioni lo scorso anno.

Tra le sforbiciate «minori» potrebbe esserci quella sulle spese funebri, che però appare sotto una curiosa formula per cui le imprese di pompe funebri vedrebbero eliminata l'esenzione Iva, producendo un incasso di 270 milioni, che andrebbe a finanziare l'aumento della detrazione Irpef per le spese funebri. Si tratta in questo caso di un onere detraibile al 19% che costa allo Stato circa 643 milioni nel 2014. L'idea sarebbe aumentare fino a 1.800 euro la detrazione che oggi si ferma a circa 1.500 euro.

Per arrivare al taglio da un miliardo e mezzo il dossier Gutgeld-Perotti pescherebbe dal complesso capitolo dei «contributi alle imprese». Nel mirino, alcune agevolazioni alle imprese di autotrasporto e di trasporto su rotaia, il taglio dell'accisa sul gasolio agricolo, le agevolazioni per l'editoria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Spending review mancano 4 miliardi

FEDERICO FUBINI

SONO solo due ma stanno lavorando alla *spending review* a testa bassa, a titolo gratuito, decisi a scendere nei dettagli delle singoli voci di bilancio e puntare a risultati concreti: non a presentare l'ennesimo, elegante rapporto.

A PAGINA 14

Sanità, detrazioni, trasporti mancano 4 miliardi A caccia di nuovi tagli per evitare l'aumento Iva

Spending Review. Pronta la lista delle misure possibili messa a punto da Gutgeld e Perotti, il tandem tecnico incaricato dal governo

Parte degli effetti si avrà dopo il 2016
e altri interventi sono molto impopolari
Tocca alla politica sciogliere i nodi

Due dossier caldissimi: le riduzioni dei finanziamenti a Ferrovie e alle società pubbliche degli autobus e delle metropolitane

FEDERICO FUBINI

ROMA. Sono solo due ma stanno lavorando alla *spending review* a testa bassa, a titolo gratuito, decisi a scendere nei dettagli delle singoli voci di bilancio e puntare a risultati concreti: non a presentare l'ennesimo, elegante rapporto. Hanno per l'anno prossimo un obiettivo di dieci miliardi di tagli o almeno di economie. Eppure, a giudicare dal poco che emerge per ora, hanno anche un problema: con ciò che hanno in mano adesso, i risparmi possibili sul 2016 potrebbero fermarsi a quota sei miliardi. Ne mancano quattro, che do-

vranno in qualche modo trovare.

Yoram Gutgeld e Roberto Perotti non potranno essere accusati di non averci provato. Il loro lavoro è partito prima ancora che venisse loro affidato formalmente. Gutgeld, 55 anni, nuovo commissario di governo alla revisione della spesa da fine marzo, è un ex manager di McKinsey eletto alla Camera con il Pd e consigliere di Palazzo Chigi. Perotti, 54 anni, dottorato al Massachusetts Institute of Technology con alcuni degli economisti determinanti nella formazione di Mario Draghi in quella stessa scuola, si divide fra la Bocconi e il suo ruolo di consigliere a Palazzo Chigi.

Entrambi sono nella fase più delicata della loro missione: a giudicare dalle loro stesse dichiarazioni ai media sui possibili tagli, restano almeno quattro miliardi sul 2016 ancora tutti da individuare. Se il governo intende davvero centrare l'obiettivo dichiarato di 10 miliardi sull'anno prossimo, in modo da evi-



tare l'aumento automatico dell'Iva per 16 miliardi, nei prossimi mesi si affacceranno scelte difficili. Decidere toccherà alla politica, perché per ora infatti i capitoli di bilancio aperti sembrano insufficienti a far quadrare i conti.

Da quanto è partita la nuova *spending review*, Gutgeld e Perotti hanno menzionato numerosi fronti sui quali lavorare: chiudere un gran numero di deduzioni e detrazioni fiscali; ridurre i sussidi alle imprese; limare la spesa sanitaria anche sul 2016, dopo l'accordo sul 2015 che frena l'aumento di 2,5 miliardi rispetto all'andamento tendenziale; intervenire sul trasporto pubblico locale, sui trasferimenti alle Ferrovie e sugli abusi nelle pensioni di invalidità; riassorbire il Corpo Forestale in altre strutture dell'ordine pubblico; passare al modello "Federal Building", il palazzo unico che raccoglie tutti i vari uffici dello Stato in ogni capoluogo e permette di ridurre l'uso dello spazio da ufficio da 40 a 25 metri quadri per dipendente; concentrare gli acquisti di beni e servizi delle amministrazioni in 35 grandi centrali appaltanti al posto delle migliaia in funzione oggi, spesso gestite da uffici decentrati e piccoli comuni fra sprechi e corruzione. Infine, Gutgeld è al lavoro anche sul fronte delle società municipalizzate delle grandi città.

È un programma volto a risparmiare e servire i cittadini in modo più efficiente. Il problema è che sul 2016 varrà al massimo sei miliardi. Non è difficile capire perché, sulla base delle realtà amministrative e delle valutazioni lasciate dall'ex commissario alla *spending review* Carlo Cottarelli. Il programma di Gutgeld e Perotti prevede per esempio varie iniziative, tutte necessarie, che difficilmente produrranno tagli già l'anno prossimo. È il caso del "Federal Building", che nel 2016 richiede investimenti per poi garantire

vantaggi fra due o tre anni. Ed è il caso del riassorbimento del Corpo Forestale: dopo qualche tempo il risparmio sarà di circa 25 milioni di euro, ma all'inizio anche qui serviranno investimenti. Più rilevanti però sono i tempi di un altro piano: anche sulla concentrazione delle centrali d'acquisto, un progetto che può fruttare molti miliardi, i risparmi sul 2016 rischiano di essere quasi zero.

Per capirlo, occorre vedere come funzionano gli appalti per forniture: di solito fra un bando di gara e l'assegnazione a un vincitore passano 18 mesi, e qualcosa di più prima che quest'ultimo inizi ad operare. Dunque sul 2016 lo Stato godrà quasi solo dei risparmi ottenuti nelle gare bandite nel 2014, circa due miliardi. E poiché nel migliore dei casi la concentrazione in 35 centrali scatterà solo l'anno prossimo, inizierà a ridurre gli sprechi solo nella

seconda metà del 2017 e nel 2018.

Certo nel dossier di Gutgeld e Perotti ci sono anche capitoli molto incisivi fin da subito. Il più importante riguarda la Sanità, dove 2,5 miliardi di tagli, e forse qualcosa di più, sono raggiungibili in fretta. L'intenzione è procedere a una sforbiciata del 5% su tutte le forniture non legate a gare d'appalto o su quelle concesse in proroga, un portafoglio da circa 30 miliardi, e su una somma simile spesa in convenzioni con ospedali e case di cura. Gutgeld applicherà "costi e fabbisogni standard", aggredendo le spese che se ne discostano.

Ci sono poi due dossier che si presentano caldissimi dei prossimi mesi: i tagli alle Ferrovie e al trasporto pubblico locale, cioè alle società degli autobus o delle metropolitane. Su entrambi i fronti si possono tagliare 500 milioni da subito. Per le Fs, la *spending review* partirà subito con un confronto fra il costo dell'alta velocità in Francia con quello molto più alto in Italia. Ma togliere mezzo miliardo a Ferrovie dello Stato, proprio mentre lo stesso governo chiede all'azienda di prepararsi alla privatizzazione, non sarà una passeggiata. Molto dipenderà dal neo-ministro dei Trasporti Graziano Delrio, e lo stesso vale per il trasporto pubblico locale.

Resta la lotta agli abusi nelle pensioni di invalidità, per i quali Cottarelli aveva stimato risparmi da 100 milioni nel primo anno. Restano le municipalizzate, un altro dossier che può dare frutti solo in tempi più lunghi. E infine la cancellazione dei sussidi alle imprese: molti di questi sono fuori dal bilancio perché avvengono sotto forma di mutui concessi con fondi rotativi dunque, se non si toccano Finmeccanica e le relative commesse della Difesa, il massimo a cui si può sperare di risparmiare già nel 2016 è meno di un miliardo. In tutto fanno dunque 4,5 miliardi di veri e propri tagli. A questi va aggiunta la cancellazione di sgravi fiscali per 1,5 miliardi: una giusta misura di riequilibrio ed efficienza, ma comunque un aumento della pressione fiscale e non una riduzione di spesa.

Come si vede dunque la strada è ancora lunga e richiederà al governo scelte difficili prima che a ottobre arrivi la legge di Stabilità. Una carta nella manica sarebbe il taglio del 2-3% delle retribuzioni dei dirigenti pubblici, a tutti i livelli. Un'altra, benché il premier Matteo Renzi abbia promesso il contrario, un ulteriore taglio su comuni e Regioni.

Avrebbe aiutato se Renzi avesse lanciato la *spending review* un anno fa, e oggi dunque fosse stato in grado di accelerare con i tagli alle tasse per sfruttare la ripresa. Né sarebbe stato male legarla alla riforma della pubblica amministrazione, perché i risparmi ormai sono possibili solo intervenendo sulla struttura dello Stato. Ma qui è Rodi, e qui il premier deve saltare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I PUNTI

LASANITÀ

La proposta è di procedere a una sforbiciata del 5% su tutte le forniture non legate a gare d'appalto o su quelle concesse in proroga. Valore 30 miliardi

GLI STIPENDI

Tra le ipotesi c'è il taglio del 2-3% delle retribuzioni dei dirigenti pubblici, a tutti i livelli. Anche i bilanci di Comuni e Regioni sono nel mirino

LE FORNITURE

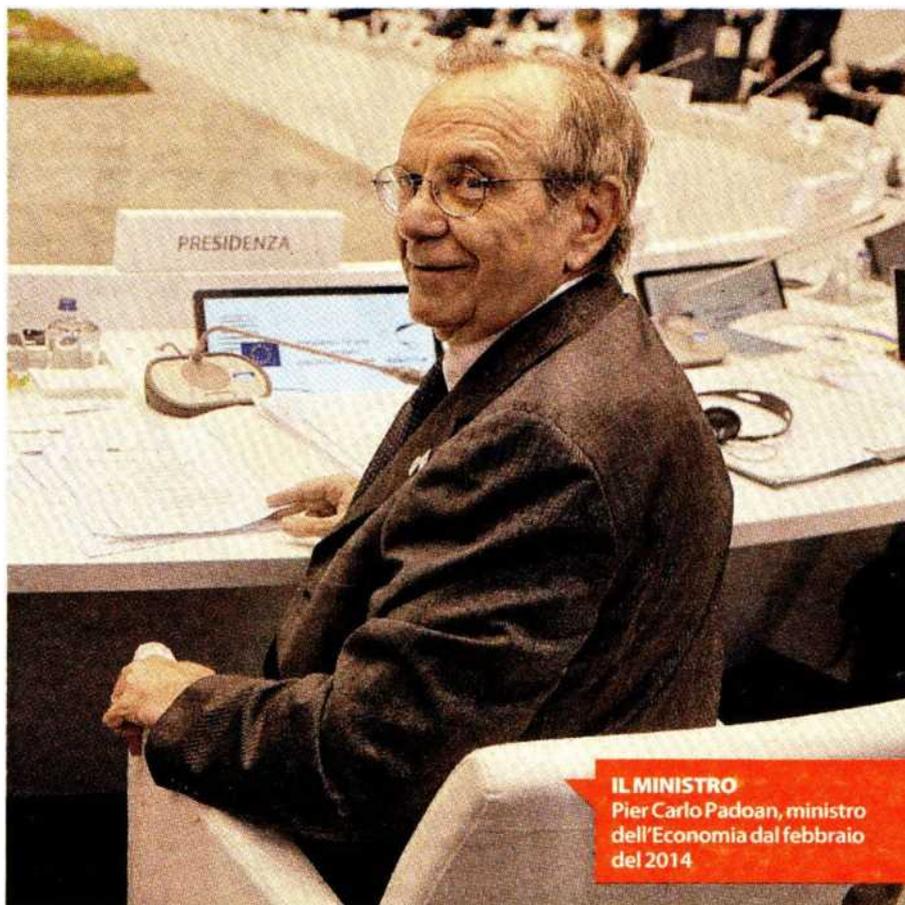
L'accentramento degli acquisti pubblici in 35 centrali appaltanti produrrà i suoi effetti nel tempo e non certo già dal prossimo anno

Spending review per il 2016

Le attuali ipotesi di lavoro e il possibile impatto di bilancio (miliardi di euro)

Spesa sanitaria (forniture e convenzioni ospedaliere)	2,5
Eliminazione sgravi fiscali	1,5
Sussidi alle imprese	0,9
Trasporto pubblico locale	0,5
Ferrovie dello Stato	0,5
Abusi sulle pensioni di invalidità	0,1
Concentrazione centrali appaltanti*	0
"Federal Building"*	0
Riassorbimento del Corpo Forestale*	0
TOTALE	6,0
Ipotesi alternative per rafforzare la spending review	
Tagli trasferimenti Comuni e Regioni	1
Taglio del 2-3% dei compensi lordi dei dirigenti pubblici a tutti i livelli	-

*Impatto quasi nullo sul 2016



IL MINISTRO
Pier Carlo Padoan, ministro dell'Economia dal febbraio del 2014

<http://salute24.ilssole24ore.com/>

Settimana mondiale dell'immunizzazione, Oms: Italia in ritardo sul morbillo

Ogni anno ci sono 240mila morti in tutto il mondo causati dal morbillo, eppure la fiducia nei vaccini è ancora poca, nonostante solo nel 2014 abbiano salvato 3 milioni di vite. L'Italia non fa eccezione: lo scorso anno sono stati registrati 1.674 casi di morbillo, circa il doppio rispetto alla Germania. Sulla base di queste cifre preoccupanti Flavia Bustreo, vicedirettore generale, Salute della famiglia, delle donne e dei bambini presso l'Oms lancia l'allarme sugli obiettivi da raggiungere con il Piano d'azione globale per le vaccinazioni in occasione della settimana mondiale dell'immunizzazione (dal 24 al 30 aprile).

Difterite, tetano, pertosse e morbillo. Oggi, i bambini di tutto il mondo sono regolarmente vaccinati contro una crescente gamma di malattie e l'Oms stima che con la vaccinazione si previene, ogni anno, la morte di circa 2 – 3 milioni di persone. Ciononostante, l'Italia è tra i sette Paesi della regione europea (insieme al Kirgizstan, Bosnia Erzegovina, Federazione Russa, Georgia, Germania e Kazakistan) in cui ancora si diffonde il morbillo e dove si sono registrati, nel 2014, oltre 1.600 casi della malattia virale, il doppio rispetto alla Germania.

In Italia, la media della copertura vaccinale è dell' 88,1% (anno 2013), ben lontano dal 95% fissato come obiettivo per l'eliminazione del Morbillo di quest'anno. L'incidenza maggiore si registra in Liguria, seguita dal Piemonte, dalla Sardegna e dall'Emilia Romagna.

Il morbillo è una malattia prevenibile attraverso la vaccinazione, che provvede all'immunizzazione durante l'arco di tutta la vita nella maggior parte dei vaccinati. Eppure continua a rappresentare una problematica europea. Nel 2013, sono stati riportati 31.617 casi di morbillo e 8.350 ospedalizzazioni in 36 dei 53 Stati dell'Area Europea Oms.

«Il morbillo è una delle principali cause di mortalità infantile - spiega Bustreo - insieme alla polmonite e alla diarrea. Conduce a circa 240.000 morti l'anno in tutto il mondo. Più del 95% delle morti causate dal morbillo avvengono in paesi a basso reddito con scarse infrastrutture sanitarie, ma se pensiamo che in Europa lo avevamo quasi debellato, oggi i numeri sono tornati a crescere. Abbiamo bisogno di migliorare la fiducia della gente nei vaccini. Con mio grande allarme, abbiamo visto di recente focolai di morbillo in paesi come la Germania e gli Stati Uniti, e non perché i genitori non possono ottenere i vaccini, ma perché hanno scelto di non vaccinare i propri figli. Nel frattempo, in Pakistan, i genitori sono invitati a torto a non proteggere i loro bambini dalla poliomelite. Io considero tutto questo tragico. Come può, chi ha visto morire di morbillo o polmonite un bambino o lottare per la sopravvivenza, non considerare i vaccini come uno dei più bei doni che gli scienziati ci hanno fatto?».

L'immunizzazione contro una malattia può prevenirne un'altra.

Un recente rapporto presentato dal Sage (Strategic advisory group of experts on immunization), il gruppo di esperti che monitora i progressi del Piano d'azione globale per le Vaccinazioni, rivela che siamo sulla buona strada per soddisfare solo uno dei sei obiettivi fissati per il 2015, quello di migliorare l'accesso ai vaccini nuovi e sottoutilizzati, in particolare per prevenire la polmonite e la diarrea, due delle maggiori cause di mortalità infantile sotto i cinque anni, che sono state introdotte, rispettivamente, in 103 e 52 paesi.

«Tutti gli altri cinque obiettivi per il 2015 - aumentare la copertura dei vaccini contro difterite, tetano e pertosse (DTP 3), porre fine alla trasmissione della poliomielite, sconfiggere il tetano materno e neonatale, debellare il morbillo in quattro regioni del mondo e la rosolia in due regioni, non saranno raggiunti – continua Flavia Bustreo – Alcuni paesi come l'Etiopia, l'Indonesia e la Nigeria hanno compiuto notevoli progressi e hanno tutti una maggiore copertura DTP3. La Nigeria è riuscita a sconfiggere la poliomielite. Cina e India si sono concentrate sul tetano materno e neonatale. Ma milioni di bambini continuano a rischiare la vita perché non sempre ci sono a disposizione le vaccinazioni di cui hanno bisogno».

La priorità: far arrivare i vaccini ai centri di salute

Ciò significa integrare l'immunizzazione con altri servizi sanitari come l'assistenza post-natale per le madri e i loro figli e assicurarsi, ad esempio, che le donne sappiano quanto siano importanti i vaccini per mantenere i loro bambini vivi e in buona salute, e che li possano ottenere.

Assicurarsi che i sistemi sanitari siano sufficientemente forti per seguire le vaccinazioni dei bambini anche in caso di conflitti, disastri naturali e epidemie, escogitando modi sia per migliorarne l'accessibilità che per mantenere i prezzi verso il basso, e migliorando la capacità dei paesi di sostenere il costo delle vaccinazioni riducendolo sulla spesa dei singoli individui, una vera sfida per i paesi a medio reddito, che spesso ricevono meno assistenza dai donatori internazionali.

Un passo avanti importante per la salute delle donne si sta compiendo verso l'immunizzazione contro il papilloma virus che sta dimostrando la sua efficacia nel prevenire il cancro al collo dell'utero. Un nuovo vaccino recentemente scoperto, ora all'ultimo stadio della sperimentazione clinica, potrebbe svolgere un ruolo chiave nel prevenire una futura epidemia di Ebola. Questo è potuto accadere grazie all'impegno profuso dai ricercatori che lavorano duramente per sviluppare nuovi vaccini sempre più efficaci, dai governi che destinano risorse affinché ai bambini dei loro paesi siano garantite le vaccinazioni di cui hanno bisogno, dalle organizzazioni nazionali e internazionali che lavorano per ottenere aiuti salva vita per i bambini che vivono in paesi a basso reddito o a rischio a causa di conflitti, disastri naturali, e altre crisi e grazie anche all'impegno politico e finanziario di alto livello.

MORBILLO: OBIETTIVO PREVENZIONE

RIFLETTORI puntati sul morbillo in occasione della Settimana Europea dell'Immunizzazione, giunta alla decima edizione. L'infezione, prevenibile attraverso la vaccinazione, causa circa 240.000 decessi l'anno in tutto il mondo e più del 95 per cento delle morti si verifica nei Paesi più poveri. Anche in Europa e in Italia l'infezione deve però essere ancora vinta, anche perché la malattia colpisce soprattutto gli adulti, più esposti al rischio di eventuali complicazioni. In Italia la media per la copertura vaccinale per la prima dose è dell'88,1 per cento, ed è ben lontana da quel 95 per cento che sarebbe l'obiettivo per eliminare la malattia entro il 2015. Nel nostro Paese nel 2014 sono stati registrati 1674 casi di morbillo, con un'incidenza superiore alle media in alcune regioni come la Liguria, il Piemonte, la Sardegna e l'Emilia-Romagna.

