



RASSEGNA STAMPA

14-06-2016

1. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro al pancreas. Le nuove linee guida Asco puntano alla multidisciplinarietà
2. ASKA NEWS Ricerca, una sonda robotica flessibile per curare tumori cerebrali
3. DOCTOR 33 Contenzioso medici, i numeri di Aaroi-Emac. Vergallo: denunce spesso infondate
4. MATTINO Cannabis libera, è scontro Pd spaccato, no di Lorenzin
5. QUOTIDIANO SANITÀ Aifa: I risultati delle sperimentazioni cliniche vanno condivisi
6. ITALIA OGGI Il contenzioso arriva dalla sala operatoria
7. ANSA Infezioni ospedaliere al 10%, terapia intensiva sino al 15%
8. CORRIERE DELLA SERA Dallo Spazio alla ludopatia Premiati i progetti di cinque scienziate italiane
9. TEMPO Sequestrati 80.000 farmaci illegali comprati via web
10. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Viagra e dimagranti, boom sul web «Così comprate farmaci taroccati»
11. SOLE 24 ORE SANITA' Camici bianchi uniti ma distinti
12. REPUBBLICA Quasi quasi mi faccio la polizza - L'assicurazione ti allunga la vita

Lunedì 13 GIUGNO 2016

Cancro al pancreas. Le nuove linee guida Asco puntano alla multidisciplinarietà

Pubbligate le nuove linee guida, con approccio multidisciplinare, della American Society of Clinical Oncology (ASCO) riportate dal Journal of Clinical Oncology, per la gestione dei pazienti affetti da cancro al pancreas distinti in tre tipologie: pazienti con carcinoma pancreatico potenzialmente curabile; pazienti con cancro al pancreas localmente avanzato e non asportabile, e pazienti con carcinoma pancreatico metastatico.

(Reuters Health) - Pubblicare le nuove linee guida, con approccio multidisciplinare, della American Society of Clinical Oncology (ASCO) riportate dal Journal of Clinical Oncology, per la gestione dei pazienti affetti da cancro al pancreas distinti in tre tipologie. Nello specifico le nuove linee guida cominciano con la raccomandazione iniziale valida per tutti di eseguire una TC multifase dell'addome e del bacino, e per pazienti con malattia più avanzata suggeriscono anche una TC del torace. Tutti i pazienti, sottolineano gli esperti dell'ASCO, dopo un'attenta valutazione del loro stato, sulle prestazioni di base, sul peso dei sintomi, e sul profilo delle comorbidità, devono avere una relazione dettagliata completata da una discussione approfondita sugli obiettivi terapeutici, le preferenze del paziente, e i sistemi di supporto.

In particolare, i pazienti con carcinoma pancreatico potenzialmente curabile dovrebbero essere sottoposti a resezione chirurgica da adottare come scelta prioritaria sia del tumore primario che dei linfonodi regionali, e alcuni pazienti dovrebbero ricevere la terapia preoperatoria o la chemioterapia adiuvante post-operatoria.

I pazienti con cancro al pancreas localmente avanzato, non resecabile o con carcinoma pancreatico metastatico, dovrebbero in linea generale, ricevere una terapia sistemica con regimi di combinazione che dipendono da diversi criteri specificati nelle linee guida.

Obiettivi: controllo della malattia e qualità della vita

Secondo Davendra P. S. Sohal, uno degli altri studiosi che ha collaborato alla stesura delle nuove linee guida, gli obiettivi primari nel caso di carcinoma metastatico devono essere centrati non solo sul controllo della progressione del tumore, ma anche abbinati al mantenimento della qualità della vita. Inoltre, tutti i pazienti dovrebbero essere informati sulle sperimentazioni cliniche in corso alle quali potrebbero accedere, dato che gli studi costituiscono l'unico modo per fare progressi nella conoscenza della malattia e delle terapie adeguate. Anche la collaborazione dei familiari dei pazienti è importante per sostenere i pazienti stimolandoli a partecipare agli studi clinici. Le nuove linee guida hanno, secondo gli autori, un duplice obiettivo: favorire il processo clinico decisionale e aiutare i pazienti e le loro famiglie ad accedere e utilizzare i servizi delle cure palliative.

Fonte: J Clin Oncol 2016

Will Boggs MD

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

Ricerca, una sonda robotica flessibile per curare tumori cerebrali

Polimi, Università Milano e UniSR in team europeo Eden2020



Roma, 13 giu. (askanews) - Sviluppare e sperimentare una sonda robotica flessibile e controllabile di nuova generazione, che permetterà di raggiungere e curare regioni profonde del cervello in tutta sicurezza per il paziente. E' questo l'obiettivo di un team di ricercatori di istituti internazionali - tra cui il Politecnico di Milano, l'Università degli Studi di Milano e l'Università Vita-Salute San Raffaele - guidati dal professor Ferdinando Rodriguez y Baena, esperto in robotica medica dell'Imperial College di Londra, che hanno ricevuto un finanziamento di 8,3 mln di euro dalla Commissione europea nell'ambito del programma Horizon 2020. Il progetto Eden2020, che avrà durata di 4 anni, nasce dall'idea del professor Rodriguez y Baena di ispirarsi alla natura per definire le traiettorie da percorrere nei tessuti del corpo umano. L'avanzamento della sonda-catetere replica, infatti, quello dell'organo aghiforme e pieghevole con cui alcuni insetti depongono le uova, come la vespa che parassita il legno.

Nel trattamento dei gliomi cerebrali (un particolare tipo di tumore molto aggressivo) un approccio sinergico all'intervento chirurgico è il rilascio controllato e localizzato di farmaci, per il quale attualmente vengono utilizzati cateteri rigidi e rettilinei, che rendono di difficile esecuzione

l'aggiramento di eventuali ostacoli incontrati lungo il percorso verso la lesione tumorale. Negli ultimi dieci anni di ricerche il team di scienziati inglesi è arrivato a realizzare i primi prototipi di sonde flessibili miniaturizzate e ora il gruppo esteso di ricercatori si propone di giungere ai primi test pre-clinici su animali per prepararne il trasferimento clinico.

Grazie a moderne tecniche di risonanza magnetica, come la diffusione e la trattografia RM, il team di neuroradiologi dell'Università Vita-Salute San Raffaele fornirà immagini ad alta risoluzione che permetteranno di visualizzare in modo accurato le strutture coinvolte dal tumore. Sulla base delle immagini, verrà pianificata la traiettoria del catetere robotico, che sarà guidato dal neurochirurgo con uno speciale joystick. Un sistema esteroceettivo, situato all'esterno del catetere, lo localizzerà mediante l'acquisizione di immagini ad ultrasuoni intra-operatorie, mentre un sistema di sensori posizionati sul catetere ne misurerà la curvatura, garantendo l'aderenza alla traiettoria pianificata e l'assoluta sicurezza per il paziente. Il chirurgo sarà quindi in grado di monitorare visivamente l'avanzamento della sonda robotica fino al raggiungimento della sede desiderata per la terapia, ove i farmaci saranno rilasciati attraverso il catetere.

"Si tratta di un progetto affascinante, in cui sarà fondamentale il nostro ruolo di ingegneri biomedici, per traslare il prodotto tecnologico nella realtà clinica ospedaliera", dice Elena De Momi, ricercatrice del Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria del Politecnico di Milano. "Al di là delle rilevanti ricadute cliniche per il trattamento dei tumori cerebrali e, in prospettiva, di altre malattie del sistema nervoso centrale, la ricerca permetterà di approfondire aspetti importanti della struttura del cervello, utilizzando le tecniche diagnostiche più avanzate a nostra disposizione nell'ambito delle neuroimmagini", commenta il professor Andrea Falini, primario di Neuroradiologia dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. Eden, commenta Lorenzo Bello, Professore ordinario di Neurochirurgia dell'Università degli Studi di Milano, "rappresenta anche uno strumento utile per una diagnostica innovativa in-situ o per operare altri tipi di terapia localizzata (stimolazione cerebrale profonda nel caso di Parkinson, terapia laser), rivoluzionando la neurochirurgia attuale".

<http://www.doctor33.it/>

Contenzioso medici, i numeri di Aaroi-Emac. Vergallo: denunce spesso infondate



«Il tema del contenzioso medico-legale va affrontato con la massima serietà»: il presidente nazionale Aaroi-Emac (Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani Emergenza area critica) Alessandro Vergallo non si è limitato a una dichiarazione di principio ma ha presentato, in occasione del recentissimo Congresso nazionale Siared (Società italiana di anestesia, rianimazione, emergenza e dolore), i risultati di un'iniziativa mirata. Negli anni scorsi, infatti, l'Aaroi-Emac aveva istituito un Osservatorio nazionale permanente che, potendo contare sugli oltre 10mila medici aderenti, permette un articolato sistema di valutazione del contenzioso. Al Congresso Siared sono stati resi noti i risultati preliminari del progetto, riferiti al 2014: in totale sono state esaminate 490 denunce relative a 323 eventi avversi, il 31% dei quali si sono verificati in sala operatoria, il 35% in terapia intensiva, il 28% in un reparto ospedaliero e il 6% sul territorio (domicilio del paziente, case di riposo o centri di riabilitazione). Le attività oggetto di contenzioso hanno riguardato nella maggior parte dei casi l'esecuzione di un'anestesia generale (52%) seguita da un'anestesia loco-regionale (36%) e, in misura molto minore, da interventi di emergenza o procedure di sedazione. Si è evidenziata anche in questo ambito la maggiore criticità delle piccole strutture, con un numero di sinistri quasi doppio nei centri con meno di 120 posti letto rispetto a quelli con più di 500. Infine, il numero di eventi critici è stato doppio al Sud rispetto al Nord e decisamente inferiore per i medici donna (189) rispetto agli uomini (345), nonostante ci sia una sostanziale parità di genere tra gli iscritti all'Aaroi-Emac. Tuttavia, per la maggior parte le denunce risultano infondate e l'anestesista ne risulta scagionato. L'analisi dettagliata, ha detto Vergallo, serve anche «per arginare con dati certi la forte incidenza di denunce che rappresentano solo il tentativo di ottenere risarcimenti milionari», oltre che «per valutare al meglio le dinamiche che conducono a un sinistro in modo da evitare che lo stesso possa verificarsi nuovamente».

Il dibattito

Cannabis libera, è scontro Pd spaccato, no di Lorenzin

Il ddl è atteso in Aula il 27 ma c'è già l'intesa sul rinvio

Forza Italia

Gli azzurri non hanno dubbi
Brunetta: «Nessuna facoltà di scelta»

I pareri

D'Ambruoso: dobbiamo correggere i danni della legge sulla modica quantità

Francesco Pacifico

Sulla legalizzazione delle droghe leggere la politica prende tempo. Più che una pausa di riflessione propeudeutica, il tentativo di approfondire una tematica complessa e delicata. E che spacca trasversalmente il partito democratico. Lo sbarco in aula della proposta di legge per regolamentare il consumo - era previsto per il 27 di questo mese - slitta: le commissioni Affari sociali e Giustizia hanno chiesto più tempo per concludere le audizioni e scandagliare un provvedimento che oltre al consumo liberalizza (seppure con forti accortezze) la commercializzazione e l'autocultura. Perché, come dice una dei due relatori, la deputata pd Anna Margherita Miotto, «ci sono vari approcci per affrontare la problematica delle droghe e qui si tratta di superare gli approcci ideologici e trovare una sintesi. La tifoseria non aiuta».

Benedetto Della Vedova - l'animatore dell'intergruppo parlamentare per la legalizzazione della cannabis, ha sempre chiarito «di non aspettarsi sconti sui tempi». Anzi, ha auspicato «il più ampio dibattito in Commissione, nella speranza di integrare il testo». La Conferenza dei capigruppo ha finito per «esaudire» il sottosegretario agli Esteri: complici le elezioni amministrative e provvedimenti che ingolfano i lavori parlamentari (il decreto banche, il piano di contrasto alla povertà o l'assistenza ai disabili in età adulta) il termine del 27 giugno non

sarà rispettato. Ma s'inizierà a lavorare già da domani con le prime audizioni. «Ascolteremo», annuncia Donatella Ferranti, il presidente della «Giustizia», «operatori sanitari, esponenti delle forze dell'ordine, abbiamo chiesto un parere all'Anm, all'ordine degli avvocati e al procuratore antimafia, Antonio Roberti. Io, personalmente, ho bisogno di ascoltare e di capire prima di decidere».

Il testo dell'intergruppo per la cannabis (primo firmatario il candidato a sindaco del Pd di Roma, Roberto Giachetti) è un testo molto complesso e articolato. Consente il consumo per i maggiorenni stabilendo il tetto a 5 grammi (innalzabili a 15 grammi in privato domicilio), ma vieta il piccolo spaccio. Permette l'autocoltivazione in forma individuale quanto in forma associata di cinque piante, ma dietro comunicazione e autorizzazione dei monopoli. I privati quanto i monopolisti possono vendere spinelli, escludendo da quest'attività tabaccai e rivenditori di alcolici. Soprattutto questo disegno di legge parte con l'appoggio di 220 deputati, quasi un quarto dei componenti di Camera e Senato. «Vent'anni fa», ricorda l'altro relatore, Daniele Farina di Sel, «una proposta analoga dei Progressisti aveva 170 firmatari e non fu sufficiente». L'ex numero del Leonka non nasconde «che siamo oltre le metà della legislazione e i tempi sono stretti», ma si dice ottimista se guarda agli schieramenti in campo. «Sel e i Cinquestelle sono favorevoli a un intervento di liberalizzazione. Il Pd sul tema è spaccato a metà, mentre nell'opposizione, con l'eccezione di Lega e Fratelli fortemente contrari, sono per il sì an-

che esponenti di Forza Italia».

È difficile fare ipotesi, perché non si è espresso il governo. Matteo Renzi, che da presidente della provincia della Firenze firmò un documento contro la legalizzazione della droga, adesso ha posizioni meno nette. Il ministro della Sanità [Beatrice Lorenzin](#), che ha reintrodotto la distinzione tra sostanze leggere e pesanti, è contraria. Il Guardasigilli Andrea Orlando si è battuto per la depenalizzazione per chi coltiva la cannabis a scopo terapeutico.

In quest'ottica, a differenza di Sel e Cinquestelle, il Pd non ha una sua posizione univoca. E non l'avrà visto che all'intergruppo hanno aderito renziani doc (Giacchette o Gelli) ed esponenti della sinistra interna (Bruno Bossio o Stumpo). Luigi Bobba, che nel partito è in prima linea soprattutto sul welfare, dice di «non aver studiato a sufficienza il testo, pur essendo contrario alla legalizzazione». Donatella Ferranti ricorda che «questo non è il tempo di prendere posizioni, ma di discutere e capire gli effetti della riforma». E il passaggio in commissione potrebbe portare non poche novità al testo se Farina segnala che «approfitteremo delle audizioni per decidere su una delle questioni che nel testo abbiamo affrontato in una



chiave diversa: quello della quantità di principio attivo. Ci siamo resi conto che inserendo un criterio legato al peso, permettiamo un minore consumo di quello consentito oggi». Molto articolato il quadro tra i centristi della maggioranza. Raffaele Calabrò, capogruppo di Ncd in commissione Affari sociali, spiega che «vanno ascoltate le audizioni per capire i vantaggi, le esigenze e le opportunità. Ma con le conoscenze attuali è difficile inserire la cannabis tra le sostanze permesse». Da Scelta Civica Stefano D'Ambrosio, magistrato che si è occupato di criminalità internazionale all'Onu, si è dato come obiettivo quello di correggere «i danni della Fini-Giovanardi sulla detenzione dei piccoli spacciatori, che sono in realtà dei piccoli assuntori». Il verdiniano Vincenzo D'Anna guarda «ai benefici in termini terapeutici. In linea di principio noi di Ala siamo tutti favorevoli».

I promotori della liberalizzazione sperano nell'ala liberale di Forza Italia. Spegne le loro aspettative il capogruppo alla Camera, Renato Brunetta: «Non ne abbiamo ancora discusso ma siamo sostanzialmente contrari e non ci sarà libertà di scelta». Ma non mancheranno crepe. Augusto Minzolini suggerisce, «pur non credendo alla retorica della cannabis, di guardare a quello che succede intorno a noi». Voterà con Della Vedova il liberista e il libertario Antonio Martino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso Gruppi a favore sui social

Si chiama Fattanza in abbondanza la pagina Facebook sul quale si inneggia al consumo di cannabis e marijuana di cui ha dato conto nei giorni scorsi il Mattino. Una pagina che può contare su migliaia di like proprio di giovanissimi, per lo più studenti minori. La pagina è stata aperta da un gruppo di antiproibizionisti che ha spiegato di non essere dei drogati ma dei «fattoni», noi non vendiamo sogni ma realtà.

Lunedì 13 GIUGNO 2016

I risultati delle sperimentazioni cliniche vanno condivisi. Aifa: "Sarà più facile valutare i nuovi farmaci. Si evita la dispersione delle risorse per la ricerca e ci sono meno rischi per i volontari"

"Non riportare i risultati delle sperimentazioni cliniche - sottolinea invece l'Agenzia - comporta una serie di conseguenze negative, dall'inefficienza nell'allocazione delle risorse per la ricerca e lo sviluppo e dalla distorsione del processo decisionale regolatorio. Fino alla possibilità di sottoporre futuri volontari arruolati nelle sperimentazioni a rischi inutili ed evitabili"

Come più volte ricordato dall'[AIFA](#), dall'[EMA](#) e dall'[OMS](#), la divulgazione dei risultati delle sperimentazioni cliniche può avere ricadute positive sulla ricerca scientifica di oggi, promuovendo studi secondari sui dati esistenti e riducendo la duplicazione delle ricerche. Il cammino verso elevati standard di trasparenza prosegue con forza e rappresenta il paradigma dell'epoca attuale, rispetto al quale il mondo scientifico si interroga, analizzando le implicazioni che possono scaturire dal punto di vista regolatorio, normativo e della tutela dei pazienti.

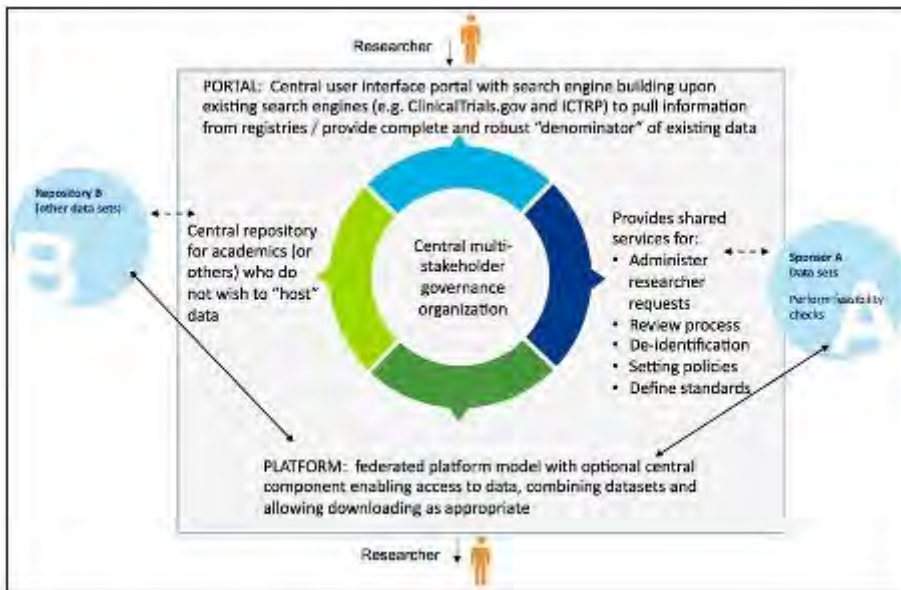
La trasparenza è un valore essenziale e deve essere perseguito fornendo accesso al maggiore numero possibile di dati derivanti da uno studio clinico. Non riportare i risultati delle sperimentazioni cliniche comporta una serie di conseguenze negative, dall'inefficienza nell'allocazione delle risorse per la ricerca e lo sviluppo e dalla distorsione del processo decisionale regolatorio fino alla possibilità di sottoporre futuri volontari arruolati nelle sperimentazioni a rischi inutili ed evitabili. Rendere pubblici i dati degli studi clinici contribuisce, invece, ad aumentare l'efficienza nello sviluppo dei farmaci e nelle valutazioni rischio-beneficio. Garantire la trasparenza nella ricerca medica consente di mettere al servizio dei pazienti e di tutta la comunità scientifica le migliori evidenze disponibili, accrescendo la fiducia dei cittadini nei confronti delle sperimentazioni cliniche e dell'affidabilità dei risultati prodotti.

È un diritto del paziente che oggi vuole avere un ruolo sempre più attivo nelle decisioni sulla salute avere accesso ai dati delle sperimentazioni e poter accedere ai dati sulla base dei quali i farmaci che utilizziamo vengono approvati. Il nuovo Regolamento europeo sulla sperimentazione clinica dei medicinali ([EU Regulation 536/2014 on Clinical Trials](#)) si muove in questa direzione e, al fine di migliorare la trasparenza dei dati derivanti dagli studi clinici, prevede che siano pubblicati in una banca dati europea accessibile al pubblico dei riassunti dettagliati, comprese le relazioni finali, una volta che sia stata presa una decisione in merito all'immissione in commercio di un farmaco o che la domanda di autorizzazione all'immissione in commercio venga ritirata. Ciò consente di accrescere il livello di sicurezza nelle sperimentazioni, rendendo più competitiva l'Europa nella ricerca clinica, poiché quando tutti hanno accesso alle informazioni in maniera condivisa e tutti gli Stati Membri guardano a una stessa sperimentazione contemporaneamente vi è una garanzia maggiore di individuare eventuali criticità.

Ma in che modo e quanto, attraverso quali canali e quali formati bisogna divulgare i dati per garantire che le informazioni condivise possano offrire soluzioni utili per migliorare la vita dei pazienti? Se ne è discusso recentemente al meeting sul futuro della condivisione dei dati sulle sperimentazioni cliniche organizzato dal Multi-Regional Clinical Trials (MRCT) Center of Brigham and Women's Hospital and Harvard in collaborazione con la Wellcome Trust Foundation, che ha riunito stakeholders internazionali e mondo accademico.

La discussione ha condotto appunto alla conclusione che per facilitare il data sharing non è sufficiente conservare i dati delle sperimentazioni cliniche e fornire l'accesso ad essi, ma occorre sviluppare un portale

globale di tutti i siti di condivisione dei dati del mondo industriale, accademico e istituzionale e costituire un'organizzazione centrale, indipendente e not-for-profit.



Fonte: MRCT Center

La standardizzazione dei dati è indispensabile per garantire che sia possibile trovarli in modo semplice e analizzarli in maniera significativa, ma certamente richiede costi aggiuntivi per i ricercatori e pone interrogativi sul rischio di accrescere le disparità tra Paesi ricchi e Paesi poveri nell'utilizzo dei dati provenienti dalle sperimentazioni cliniche e sulle difficoltà de-identificare i pazienti. Come ha spiegato Shasha Jumbe della Bill and Melinda Gates Foundation, non basta solo condividere i dati grezzi, ma bisogna condividere gli obiettivi, i problemi e i codici utilizzati attraverso vere e proprie collaborazioni globali tra i team degli scienziati.

Fonte: Aifa

L'OSSERVATORIO NAZIONALE PERMANENTE DELL'AAROI-EMAC SULLE DENUNCE A MEDICI

Il contenzioso arriva dalla sala operatoria

Camici bianchi in campo per ridurre i contenziosi medico-legali. Un fenomeno che solo nel 2014, su un campione di 10 mila professionisti, ha raggiunto la quota di 490 denunce relative a 323 sinistri. Affinché la contrazione del fenomeno sia possibile, però, è necessario avere un quadro completo della situazione. Ed è proprio a questo scopo che è nato, grazie all'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica, l'Osservatorio nazionale permanente che, tramite un sistema ad hoc di valutazione dei contenziosi, su un campione di 10 mila medici, ha delineato lo stato dell'arte in Italia. Analisi che è stata diffusa nei giorni scorsi, a Roma, durante il 12° Congresso nazionale della Società italiana di anestesia e rianimazione emergenza e dolore.

Nel dettaglio, i dati raccolti, mostrano come «il tipo di danno contestato», si legge nella nota diffusa dalla AaroiEmac, «nel 70% (342) dei casi sia stato un decesso, nel 9% (45) lesioni neurologiche, nel 4% (21) infezioni, nel 2% (7) avulsioni dentarie, nell'8% (41) danno di altro genere». L'analisi ha, inoltre, mostrato che dei 323 sinistri denunciati 101 (31%) si sono verificati in sala operatoria, 113 (35%) in terapia intensiva, 89 (28%) in un reparto ospedaliero, 20

(6%) sul territorio (domicilio del paziente 67%, casa di riposo 17%, centri di riabilitazione 16%).

«I pazienti ricoverati in terapia intensiva provenivano per il 44% dalla sala operatoria», ha spiegato la AaroiEmac, «per il 29% dai reparti ospedalieri e per il 21% dal territorio. Riguardo agli eventi avversi verificatisi in sala operatoria, le specialità chirurgiche più frequentemente coinvolte sono state: chirurgia generale (17%), chirurgia ginecologica (14%), chirurgia ortopedica (12%), neurochirurgia (5%) e chirurgia otorinolaringoiatrica (5%). Nella maggior parte dei casi (46%) non è stato specificato, nel modulo di denuncia, il tipo di chirurgia praticata».

I dati raccolti, poi, sono stati esaminati anche in relazione alla struttura e all'ambito territoriale. A tal proposito è emerso come «l'incidenza degli eventi critici si sia rivelata maggiore nelle piccole strutture, dove il numero di sinistri sono stati il doppio (2,24 per 1.000 posti letto) nelle strutture con meno di 120 posti letto rispetto a quelle con più di 500 posti letto (1,39 per 1.000 posti letto)». Dal punto di vista strettamente territoriale, invece, il numero sinistri è stato doppio al Sud rispetto al Nord «sia nella valutazione per posti letto che per milioni di abitanti», ha concluso la AaroiEmac, «1,36 per 1.000 posti letto al Nord, 1,35 al Centro e 2,62 al Sud, pari a 4,43 eventi critici per milione di abitanti al Nord, 4,39 al Centro e 7,57 al Sud».

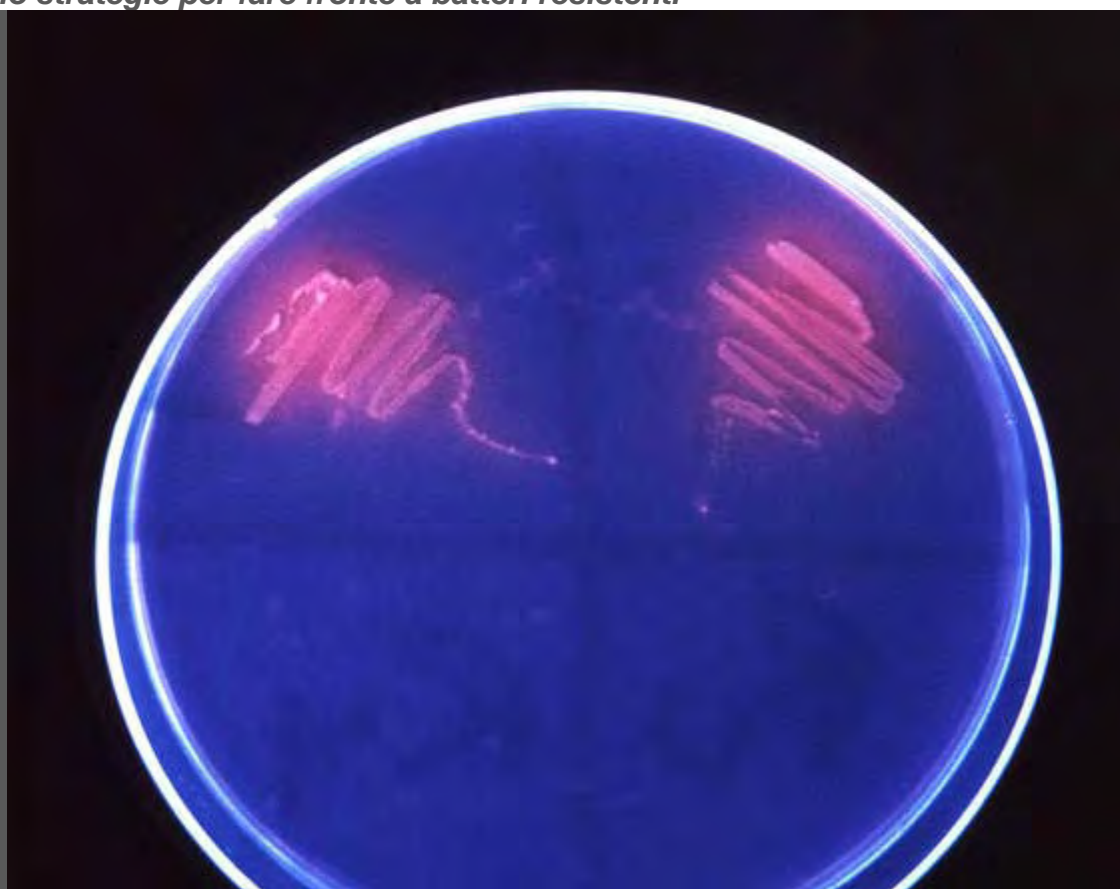
Beatrice Migliorini



<http://www.ansa.it>

Infezioni ospedaliere al 10%, terapia intensiva sino al 15%

Mancano strategie per fare fronte a batteri resistenti



Infezioni ospedaliere al 10%, terapia intensiva sino al 15% (fonte: CDC)

"L'8-10 % dei pazienti in ospedale va incontro a infezioni contratte durante il ricovero, e molto spesso si tratta di polmoniti. In terapia intensiva questa incidenza può raggiungere il 15% dei ricoverati", lo ha detto il Direttore della Unità Operativa di Malattie infettive dell'Ospedale di Pisa Francesco Menichetti. Il problema più grave è che i germi che causano queste infezioni sono oggi "multiresistenti e talvolta panresistenti agli antibiotici" ma la cosa che preoccupa di più gli esperti è che "le opzioni terapeutiche innovative scarseggiano".

"La letalità delle setticemie da *Klebsiella pneumoniae* MDR può raggiungere il 50% nei pazienti che hanno una sepsi grave od uno shock settico si arriva all'80%. In terapia intensiva - prosegue Menichetti - sino al 20% dei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica prolungata è a rischio di sviluppare polmonite. Sono importanti che richiedono precise azioni di contenimento". Gli esperti riuniti a in occasione del II Workshop Pneumologico del Centro Italia presso l'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma hanno lanciato l'allarme sulla mancanza di una strategia per fare fronte ai germi resistenti in ospedale: "Ci vuole, innanzitutto, una strategia complessiva - precisa Menichetti - che sia politica e tecnica, che coinvolga l'Ospedale e i medici della Comunità, per poter riconsiderare gli antibiotici farmaci preziosi da non sprecare e da usare correttamente, in modo da ridurre la pressione selettiva. La seconda mossa è quella di limitare la diffusione dei germi resistenti in ospedale, rinforzando l'infection control, bloccando quindi la diffusione del contagio. Bisogna tornare, infine, ad allocare risorse economiche e a scommettere nuovamente sulla ricerca indipendente. Solo in questo modo è possibile fronteggiare la sfida della resistenza antimicrobica".

Il riconoscimento

Dallo Spazio alla ludopatia Premiati i progetti di cinque scienziate italiane

«La scienza ha bisogno di donne». Eppure, ad oggi, in campo scientifico le ricercatrici sono soltanto il 30 per cento del totale. Una cifra che da sola dice quanto ancora siamo lontani dalla parità. Per questo — per garantire alle donne pieno accesso al mondo scientifico e pari opportunità di carriera — nel 1998 è nato il programma L'Oréal-Unesco For woman in science, che in 18 anni ha premiato 2.530 scienziati in 112 Paesi del mondo e aiutato 2.438 giovani ricercatrici a portare avanti i loro progetti. A cinque di loro — scelte tra oltre 320 candidate dalla giuria presieduta da Umberto Veronesi — ieri a Milano sono state assegnate le borse di studio da 20 mila euro ciascuna (5 mila in più rispetto alla precedente edizione) destinate per il 2016 a ricercatrici italiane under 35 dalla Fondazione L'Oréal con la collaborazione della Commissione nazionale italiana per l'Unesco. Con l'occasione, durante la cerimonia di premiazione, è stato presentato anche il Manifesto for woman in science, un programma in sei punti che ieri hanno sottoscritto anche Stefania Giannini, ministro dell'Università, Giovanni Puglisi, presidente emerito della Commissione nazionale italiana per l'Unesco, Cristina Scocchia, amministratore delegato L'Oréal Italia, il rettore dell'Università di Milano Gianluca Vago e Graziella Messina, docente nello stesso ateneo. L'obiettivo del Manifesto è quello di raccogliere più firme possibili in vista della Conferenza europea sull'uguaglianza di genere nell'educazione superiore in programma a settembre a Parigi. Un modo in più per sensibilizzare sulla presenza delle donne nel mondo scientifico. Sul palco, ieri le cinque premiate. Irene Di Palma, 31 anni (prima a sinistra nella foto; a seguire le altre e insieme a loro, al centro, Cristina Scocchia), indaga sui «suoni nascosti dell'Universo», quei segnali gravitazionali periodici emessi dalle stelle di neutroni. Francesca Zoratto, 34, osserva il comportamento degli animali — ratti e primati — per trarne strategie contro la ludopatia degli umani. Valentina Emmanuele, 35, progetta nuovi test per diagnosticare le malattie mitocondriali, le più comuni tra le malattie genetiche rare. Martina Sanlorenzo, 30, valuta nuovi approcci per la cura del melanoma, uno tra i più aggressivi tumori della pelle. Maria Vittoria Micioni Di Bonaventura, 33, studia un farmaco contro il *binge eating*, l'abbuffarsi incontrollato tipico della bulimia. Cinque orizzonti sul futuro della scienza. Quella di tutti, senza aggettivi, ma che dalle donne può trarre nuova forza e passione.

Giulia Ziino

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Insieme Le 5 borsiste. Al centro, Cristina Scocchia, amministratore L'Oréal Italia



Salute I risultati dei controlli effettuati in Italia in una settimana nell'ambito dell'operazione «Pangea» che ha coinvolto 103 Paesi

Sequestrati 80.000 farmaci illegali comprati via web

Salvatore Caporale

■ Sono oltre 80.000, per un valore di oltre 300.000 euro, i farmaci tra capsule, compresse e fiale, illegali o falsificate, sequestrate nel corso dell'ultima settimana a seguito dei controlli effettuati presso alcuni dei maggiori siti aeroportuali del nostro paese su migliaia di spedizioni dirette in Italia. È quanto fa sapere la Polizia spiegando che i dati confermano come continui ad essere elevato il numero di italiani che si rivolgono a canali non ufficiali, come i siti web non autorizzati.

I farmaci sono stati sequestrati nell'ambito dell'operazione internazionale «Pangea», giunta alla IX edizione, alla quale anche quest'anno hanno aderito, per l'Italia, le Forze di Polizia, l'Agenzia delle Dogane, il [Ministero della Salute](#), l'Agenzia Italiana del Farmaco e l'Istituto Superiore di Sanità.

Al primo posto, tra quelli sequestrati, ancora una volta i farmaci per il trattamento delle disfunzioni erettili, che rappresentano oltre il 60% dei farmaci sequestrati. Il fenomeno non è tuttavia circoscritto unicamente a questa particolare categoria di prodotto, ma è ben più ampio. Tra gli altri farmaci illegali o falsificati fermati figurano infatti analgesici (3,9%), antivirali (2,4%), anoressizzanti (2,3%) e antinfiammatori (1,9%). «Tipologie diverse dunque, che hanno in comune un aspetto critico essenziale, ovvero la pericolosità per la salute, pubblica e del singolo, riconducibile tanto alle condizioni non controllate in cui vengono prodotti, che a l'uso improprio, che avviene solitamente senza la supervisione del medico», osserva la Polizia.

I controlli sono stati effettuati dal 30 maggio al 7 giugno sulle spedizioni contenenti farmaci, provenienti dall'estero. Complessivamente, le attività di controllo effettuate nei 103 Paesi partecipanti, hanno invece portato al sequestro di oltre 12 milioni di farmaci falsi o illegali.



Viagra e dimagranti, boom sul web «Così comprate farmaci taroccati»

Sequestri e denunce in tutta Italia, oscurata la rete dei commerci illeciti

LA PIÙ RICHIESTA
Il 60% delle imitazioni
riguarda la pillola blu
per l'impotenza sessuale

Alessandro Malpelo
■ ROMA

PIÙ DEL 50% delle medicine vendute a livello mondiale da siti illegali sono farmaci contraffatti. Etichette clonate, compresse simili all'originale ma prive di medicamento, cure inefficaci a volte anche tossiche: un business che supera il miliardo di euro l'anno. In Italia nel corso dell'ultima settimana sono state sequestrate oltre 80mila confezioni illegali o falsificate nelle diverse tipologie (capsule, compresse, bustine o fiale iniettabili) nel corso di controlli presso porti, dogane, spedizionieri e aeroporti. Blitz avvenuti nell'ambito dell'operazione *Pangea*, che ha coinvolto Forze dell'ordine, Agenzia delle Dogane, Ministero, Aifa, Istituto Superiore di Sanità e Criminalpol, e ha portato alla chiusura di 4.932 siti.

«**COMPRARE** farmaci da siti non autorizzati è pericoloso – ribadisce Annarosa Racca, presidente Federfarma – parliamo di prodotti dove i principi attivi possono essere assenti o diversi da quelli dichiarati. Proprio per tutelare i cittadini la legge permette l'acquisto online di medicinali senza obbligo di ricetta, da siti di farmacie ve-

re, autorizzate dal **Ministero della salute**, dalle Regioni, e riconoscibili. Il farmaco non è un prodotto qualsiasi ma un bene, frutto della ricerca, che va acquistato e utilizzato con cautela, seguendo le indicazioni del medico e avvalendosi della consulenza professionale del farmacista».

Il 60% delle imitazioni riguarda viagra e similari, cioè farmaci per la cura della disfunzione erettile, impotenza e calo sessuale, prodotti che devono passare dalla farmacia e dal vaglio del medico. Ma il problema non finisce qui. Si contrabbandano pure antidolorifici (3,9%), antivirali per la cura dell'epatite C (2,4%), anoressizzanti (2,3%) e antinfiammatori. La provenienza illecita vede ai primi posti importatori asiatici, di fatto irreperibili, che commerciano sul web, e in parallelo circuiti della criminalità comune, che rubano farmaci di marca negli ospedali e alimentano il mercato nero. I controlli sono stati effettuati dal 30 maggio al 7 giugno sulle spedizioni contenenti farmaci, provenienti dall'estero e dirette in Italia. Complessivamente, le attività di controllo effettuate nei 103 paesi partecipanti, hanno invece portato al sequestro di oltre 12 milioni di farmaci falsi o illegali. Si tratta dunque di una problematica che, sebbene con caratteristiche e incidenze diverse, ha una dimensione mondiale.

IL MONDO ha fame di antibiotici, antiretrovirali, antitumorali. I paesi industrializzati sono voraci

di dietetici, steroidi, psicofarmaci, mentine per fare sesso allegramente, gli utenti vogliono pagare poco e ordinano tutto sul web. Ma la contraffazione è un crimine che colpisce il sistema sanitario, che si ritrova a dovere gestire i costi derivati dai danni sulla pelle dei pazienti.



Dimensioni

Farmaci contraffatti, la frode su Internet riguarda il 10% del mercato mondiale dei medicinali: fenomeno in aumento, fatturato in nero stimato in un miliardo l'anno

Cause

I fattori del mercato illegale: medicine care o irreperibili, imbarazzo nell'acquisto, difficoltà a munirsi della ricetta, approvvigionamento di farmaci proibiti o illegali

Varietà

Antibiotici, steroidi e dietetici sono tra i farmaci più imitati con fini illeciti nel mondo. Antitumorali e antiretrovirali sono di pari passo oggetto di furto e ricettazione



Camici bianchi uniti ma distinti

Salto l'appuntamento dell'8 giugno sulla bozza del Ddl ex art. 22 del Patto per la salute, i sindacati medici sono stati poi convocati al ministero il 15 giugno prossimo nel primo pomeriggio.

Nel frattempo, durante la scorsa settimana, il confronto tra le sigle è stato serrato e l'intersindacale medica ha finalmente formalizzato il «no» unitario alla proposta delle Regioni, almeno così com'è stata configurata, alla figura del «medico laureato non specialista (...) da inquadrare come categoria non dirigenziale e da ammettere in soprannumero alle scuole di specializzazione». Il pollice verso dei sindacati deriva in primis dalla considerazione che il meccanismo «richiede - si legge nella lettera inviata alla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** e al coordinatore della commissione Salute delle Regioni **Antonino Saitta** - una non facile declaratoria dei livelli di autonomia e di responsabilità professionale, che non possono essere sovrapponibili a quelli dei medici specialisti». Nella lettera i sindacati chiedono poi sia di trovare una soluzione per allineare i contratti di formazione al fabbisogno, sia di avere risposte sui punti dell'accordo del 9 marzo: rinnovo del contratto, standard di personale, precariato, orario di lavoro. Il fronte sindacale resta quindi unito su diversi punti: rete formativa Ssn, carriere, individuazione dei fabbisogni e precariato.

Ma l'unità ritrovata si è subito incrinata su altri capitoli. Fp Cgil Medici, Cisl Medici, Uil Fpl Medici, Smi e Simet - due giorni dopo l'intersindacale - hanno scritto un'altra lettera a **Lorenzin** e Saitta

precisando di non aver condiviso tre punti: sulla valutazione dell'Atto di indirizzo, sull'accesso alla facoltà di medicina, sul corso di formazione in medicina generale. Le sigle, si legge in una nota congiunta, «ribadiscono la netta contrarietà al passaggio dell'Intersindacale in cui si parla di "entrare nella fase risolutiva degli accordi delle convenzioni, che devono accogliere gli intendimenti delle recenti integrazioni all'atto di indirizzo". Queste sigle infatti, come è noto, hanno sempre contestato "l'ultima integrazione all'atto di indirizzo che nei fatti supera l'h24 a favore dell'h16 a danno dell'assistenza notturna dei cittadini e degli stessi medici della guardia medica"».

No anche al giro di vite sull'accesso a Medicina. «Si contesta, quindi, la richiesta di intervenire con un maggiore rigore e "maglie più strette" nell'accesso al corso di laurea in medicina e chirurgia - continua la nota - in quanto si considera più corretto percorrere altre strade». I sindacati propongono, infatti, che «vada rivista tutta la problematica dell'accesso al corso di laurea, garantendo a tutti gli aspiranti medici l'accesso iniziale, con una selezione successiva in base a criteri oggettivi». Infine, i sindacati ritengono non più derogabile «la trasformazione del corso di formazione in medicina generale in una specializzazione universitaria, ancorché con formazione sul territorio, così come avviene negli altri Paesi europei, con equiparazione delle borse di studio tra gli attuali medici formati e specializzandi».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quasi quasi mi faccio la polizza

Sempre più italiani comprano un'assicurazione. O non si curano.
Viaggio tra le famiglie in difficoltà. Da Milano a Palermo

Sanità. Sempre più italiani stipulano una polizza. Anche nelle regioni con buoni servizi. È il modo per saltare liste d'attesa, fare esami avere farmaci. E potersi curare. Viaggio nel paese obbligato a cambiare

L'assicurazione ti allunga la vita



LORENZO DI PIETRO E FRANCESCA SIRONI

MASSIMILIANO HA 40 ANNI. Un lavoro, una moglie, una bimba piccola. E da poco, un'assicurazione personale per la salute. «Rinunci a Sky, a vacanze più lunghe. Ma non posso rischiare. Abbiamo solo il mio reddito, a casa, con il mutuo. Se dovesse succedere qualcosa, spendere 20mila euro di cure farebbe saltare tutto». Ventimila euro, una previsione realistica perché, racconta, «in provincia di Roma la mia famiglia ha avuto esperienze molto negative negli ospedali pubblici. Per ben due volte, due parenti. Quindi ho deciso: o pregavo, o sottoscrivevo una polizza. E a me hanno trovato una piccola massa. Dicono: "Deve fare un'ecografia"; chiedo di prenotarla. Risposta? "Sei mesi". Potevo aspettare tanto solo per sapere di che si trattava? Sono andato al privato. E così altre volte. Fino a che ho pensato mi convenisse un'assicurazione. Non sono felice, ma almeno proteggerò la mia

famiglia».

Massimiliano è l'esempio di un cambiamento sempre più veloce. In tutto il paese. La crisi del Servizio sanitario nazionale ha creato infatti una nuova classe di pazienti: quelli che pagano, per la propria salute. E, come conseguenza, soprattutto la classe media inizia a prendere in considerazione una polizza sanitaria. Che possa arginare spese e conseguenze dell'aumento del ticket (per alcune prestazioni è stato tale da rendere concorrenziale l'offerta a pagamento), dei livelli d'assistenza razionalizzati, dei tempi di attesa scivolati in media oltre i 70 giorni. Il Censis certifica che 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure nell'ultimo anno perché non possono permettersi di andare nel privato o di pagare ticket astronomici (erano 9 milioni già nel 2012). Così, di fronte alla catena di difficoltà del Ssn, afferma il Censis, il 57,1% è convinto che, potendosela permettere, la polizza assicurativa sia la soluzione più adeguata.

Il fatto è che i contributi privati alla sanità, in Italia, sono passati dai 28 miliardi e mezzo di euro del 2004 agli oltre 33,6 di oggi. Le polizze private per malattia superano i 2 miliardi di euro, raddoppiate in vent'anni.

nonostante la crisi. Dei 4 milioni e 600mila nuclei che hanno un familiare non autosufficiente, il 40,4 per cento ha detto di aver speso più di 400 euro di tasca propria, l'anno scorso. Mentre secondo i dati di Facile.it, nel 2015 sono stati erogati più di 28mila prestiti per coprire cure mediche, quasi il 4 per cento del totale. Era il 2,5 nel 2013. Si sono cioè spostate le necessità di chi chiede un finanziamento: dalla tv alla sanità, in particolare per odontoiatria, lungodegenza, fertilità.

Le case assicuratrici si sono accorte presto di questo nuovo bisogno.

«Si tratta di italiani che non cercano una "corsia preferenziale", un'accoglienza "di lusso", ma una vera e propria accessibilità di base al servizio sanitario», dice Marco Vecchietti, consigliere delegato di Rbm salute.

Per questo, aggiunge: «Abbiamo lanciato soluzioni che costano meno.

Che non siano di prestigio, ma rispondano a esigenze specifiche: nel Lazio i rinvii, ad esempio, in Veneto invece i denti o la diagnostica». Gli esborsi vanno dai 400 ai 2.500 euro all'anno.

Sopra la stazione Garibaldi, a Milano, un gigantesco pannello al neon pubblicizza il loro ultimo prodotto: "Servizio sanitario". È

personale". ... una richiesta recente, ma in crescita - conferma Fiammetta Fabris, direttore generale di Unisalute, il ramo specializzato di Unipol che copre da solo i 33 fondi che assicurano sei milioni di lavoratori dipendenti - gli italiani si trovano a ricorrere per forza al privato, per alcune prestazioni. È a loro che offriamo percorsi modulari». Mentre sta cambiando anche la mentalità degli ospedali pubblici che con l'intramoenia offrono prestazioni a pagamento. Dice: «Prima non ci vedevano di buon occhio, ora sono loro a chiamarci. Solo 15 giorni fa abbiamo chiuso un accordo con l'Asl di Bologna».

Il mercato di queste polizze pop è online, composto da giovani, fra 35 e 45 anni. Principalmente donne. E famiglie. Preoccupate. «A spendere di più in assoluto sono ancora i benestanti, ovviamente. Ma a investire per la salute in modo sempre maggiore rispetto al proprio reddito, oggi, sono le persone di ceto medio ed istruzione elevata», commenta Daniela D'Angela del Consorzio per la ricerca economica applicata in sanità (Crea): «Sono quelli che "possono ancora permetterselo". Perché oltre si arriva alla del 7,2 per cento di italiani che hanno rinunciato alle cure».

Oltre quattro milioni di persone, secondo l'ultimo rapporto Crea. In Campania, Puglia e Calabria, chi lo fa per motivi economici è il doppio rispetto alla quota nazionale. In Toscana, in Sardegna, nel Lazio, pesano invece i tempi d'attesa. «E sì che con la mia busta paga, da dipendente, io un'assicurazione già la pago», conclude Massimiliano: «Quella del servizio sanitario nazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

