



RASSEGNA STAMPA 14-06-2018

1. ANSA Forse rischi di tumore dal taglia-incolla del Dna
2. ADN KRONOS Nuovi farmaci anticancro, arriva la formula del prezzo giusto
3. LIBEROQUOTIDIANO.IT Prostata: esame alla saliva per combattere il tumore
4. SOLE 24 ORE.COM Farmaci innovativi, Garattini: «Disco verde solo se c'è valore terapeutico aggiunto»
5. ANSA Nel 2016 un incidente nella Sanità pubblica ogni 9 giorni
6. GIORNALE Così i medici imparano a gestire il fine-vita
7. AVVENIRE Congo, primi vaccini contro ebola Piano regionale per fermare il virus
8. REPUBBLICA Poche donne il cambiamento è rinviato
9. GIORNALE Gli italiani malati d'azzardo
10. QUOTIDIANO SANITÀ' ISTAT: record negativo delle nascite nel 2017

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

Forse rischi di tumore dal taglia-incolla del Dna

Esperti, dati da confermare con nuovi esperimenti



La tecnica del taglia-incolla il Dna potrebbe aumentare il rischio di sviluppare un tumore. A fare questa prima osservazione, che dovrà essere comunque confermata da ulteriori ricerche, sono due diversi studi pubblicati sulla rivista Nature Medicine: uno dell'Istituto svedese Karolinska Institutet e l'altro dell'università finlandese di Helsinki. Le 'forbici' molecolari della Crispr, usate per correggere i difetti del Dna, sono attualmente oggetto di sperimentazioni nei settori dell'immunoterapia e delle malattie ereditarie del sangue, ma i due studi in questione hanno evidenziato un possibile rischio: la sua applicazione potrebbe far aumentare le possibilità di sviluppare un tumore.

"Nel loro esperimento i ricercatori hanno inibito la proteina p53, che è il guardiano del genoma perchè protegge la cellula dai danni del Dna. Hanno così visto che, bloccandola, migliora l'efficacia della Crispr", ha spiegato il

genetista Giuseppe Novelli, rettore dell'Università di Roma Tor Vergata. La proteina infatti, osserva Thomas Vaccari, dell'Istituto di Bioscienze dell'Università Statale di Milano, funziona "cercando di eliminare le cellule danneggiate e, di fatto, anche le cellule tagliate e modificate dalla Crispr, le percepisce come danneggiate e cerca di eliminarle". Ma questo può portare a dei possibili problemi perchè "le cellule modificate con la Crispr potrebbero avere il loro guardiano del genoma meno efficiente e rimanere così esposte ad un maggior rischio di sviluppare in futuro un tumore", prosegue Vaccari. Secondo Novelli non bisogna comunque allarmarsi: "al momento non c'è nessuna prova che la Crispr faccia venire il cancro. Questi risultati vanno confermati con altre ricerche". I ricercatori, ha aggiunto, "hanno fatto una prova per migliorare l'efficienza della tecnica, ma non è detto che utilizzando altri enzimi per il taglia e incolla del Dna si abbia lo stesso problema. Al momento - ha concluso Novelli - la Crispr è il sistema più accurato ed efficiente per fare terapia genica sull'uomo".

<http://www.adnkronos.com/>

Nuovi farmaci anticancro, arriva la formula del prezzo giusto

Rischiare la bancarotta per un cancro. In alcuni Paesi può accadere a una persona perché troppo povera per pagarsi le cure o un'assicurazione, in altri a un servizio sanitario nazionale costretto a scegliere chi trattare per sopravvivere. Ma in entrambi i casi la scelta è tra la vita e la morte e il problema alla base è **il costo dei nuovi farmaci, "di gran lunga troppo alto"**, spesso anche rispetto ai vantaggi promessi. Il tema è caldo e gli **esperti dell'Eha - l'Associazione europea di ematologia** che dal 14 al 17 giugno tiene a **Stoccolma** il suo 23esimo Congresso annuale - ci ritornano con una novità: **la "formula del prezzo giusto" per i medicinali innovativi**, anticancro e non solo. L'algoritmo tiene conto, fra le altre, di una voce chiave e cioè i benefici clinici. "Benefici più alti, prezzi più alti".

Il principio è stato messo nero su bianco su 'Nature Reviews' da **Carin Uyl-de Groot e Bob Löwenberg** dell'Erasmus University di Rotterdam nei Paesi Bassi, membro della Eha Task Force on Fair Pricing la prima, ex presidente Eha il secondo. Insieme alla formula, i due esperti lanciano un **appello ai governi perché varino leggi ad hoc**: "Una riforma globale del sistema di formulazione dei prezzi dei nuovi farmaci è l'unica soluzione possibile" per garantire un **accesso equo al progresso medico**, che tuttavia sia **sostenibile** da un lato per le aziende produttrici e dell'altro per i sistemi sanitari o di rimborso, pur di fronte a un numero di malati oncologici sempre più alto.

Basti un dato: **"Entro il 2030 è atteso un aumento dei casi del 68%"**, avverte Uyl-de Groot convinta che, così restando le cose, "soltanto pochi fortunati potranno sperare di ottenere la cura più appropriata che invece non potrà essere disponibile per la maggior parte dei pazienti". Uno scenario da ridisegnare anche con una mobilitazione collettiva: "Ho lanciato **una petizione online** - spiega l'esperta - Insieme possiamo rendere i nuovi farmaci accessibili in tutto il mondo a un prezzo adeguato".

"Il prezzo proposto per un farmaco anticancro - scrivono Uyl-de Groot e Löwenberg - dovrebbe essere ragionevole, accessibile e conforme al suo valore reale", e su queste basi dovrebbe essere fissato "innanzitutto con il massimo livello di trasparenza".

Come? Nella formula proposta dagli autori, "il costo del trattamento con un nuovo antitumorale si compone del costo delle attività di ricerca e sviluppo diviso per il numero di pazienti trattati in un anno moltiplicato per il numero di anni rimanenti di copertura brevettuale", a cui si sommano "i costi di fornitura (spese generali, produzione, commercializzazione)"; al risultato va aggiunto "un margine di profitto da correlare ai benefici clinici attesi", stimabili attraverso scale specifiche della società americana di oncologia medica Asco, o della sua omologa europea Esmo. In questo modo, tengono a precisare gli esperti, **"nel nostro modello i farmaci con benefici più alti ricevono più alte percentuali di profitto"**.

Siccome poi alcuni elementi inseriti nell'algoritmo variano nel tempo (fra gli altri la durata restante del brevetto, le tecnologie di produzione, la platea di pazienti trattabili che si può ampliare grazie a nuove indicazioni autorizzate dalle autorità regolatorie), **"il calcolo del prezzo giusto andrebbe rifatto a intervalli regolari e definiti, ad esempio ogni 3 anni"**, proseguono gli specialisti Eha che hanno pensato anche a un 'fattore-Paese' da introdurre eventualmente nella formula, perché ovviamente "il

prezzo definitivo del nuovo farmaco viene negoziato a livello nazionale".

Per passare dalla teoria alla pratica, **Uyl-de Groot e Löwenberg hanno anche provato ad applicare il loro algoritmo a due prodotti già sul mercato**: l'anticancro enzalutamide (tumore alla prostata in fase avanzata) e il farmaco orfano ruxolitinib (mielofibrosi). Utilizzando la formula del prezzo giusto, il primo dovrebbe costare poco più di 3 mila dollari e il secondo circa 17 mila. Molto meno rispetto ai prezzi effettivi dei due trattamenti: oltre 88 mila dollari negli Stati Uniti e più di 36 mila dollari nel Regno Unito per enzalutamide, 90 mila dollari in Usa e quasi 60 mila dollari in Uk per ruxolitinib.

"Grazie a questa formula - commenta Uyl-de Groot - d'ora in poi possiamo sapere quale può essere la proposta ragionevole di prezzo per un nuovo medicinale. L'anello mancante è la legge". Mentre oggi "le case farmaceutiche applicano ai nuovi farmaci anticancro prezzi di gran lunga troppo alti", e "possono farlo" perché "i governi semplicemente si limitano a lasciare che ciò accada", i decisori politici "dovrebbero facilitare il cambiamento del sistema di definizione dei prezzi attraverso nuove norme sia in Ue che negli States".

Per quanto riguarda l'Unione europea, secondo gli autori il primo passo dovrebbe essere **l'istituzione di un comitato che operi sotto la leadership della Commissione europea** e comprenda rappresentanti del Parlamento europeo, delle autorità sanitarie nazionali, delle società scientifiche, delle associazioni pazienti, delle aziende farmaceutiche ed economisti. Il Comitato dovrebbe dettagliare **un piano che andrebbe implementato da un'Agenzia di controllo** che faccia capo alla Commissione europea. Negli Usa, invece, la normativa andrebbe innanzitutto cambiata permettendo alle assicurazioni sanitarie come Medicare di partecipare alla negoziazione. Quindi, come già proposto dall'Asco, andrebbe creato un Comitato che agisca sotto l'egida del Congresso americano e proceda a rivoluzionare il sistema. "Senza un quadro ufficiale di nuove regole - chiosano Uyl-de Groot e Löwenberg - l'industria non aggiusterà il tiro".

LA TECNOLOGIA ABBATTERA' I COSTI - "Tenere accesa una lampadina in un'officina medicinale autorizzata alla produzione di terapie cellulari come le Car-T, al momento la frontiera più sofisticata dei trattamenti anticancro, significa spendere qualcosa come un milione di euro all'anno". **Fabio Ciceri** dirige l'Unità di ematologia e trapianto di midollo osseo dell'Irccs ospedale **San Raffaele di Milano**, e sceglie questo esempio "per dare un'idea dei costi che stanno dietro" a cure come quelle su cui Uyl-de Groot e Löwenberg lanciano l'allarme prezzi in occasione del Congresso Eha. "Più che di prezzi, è corretto parlare di costi - commenta l'esperto all'AdnKronos Salute - Oggi riflettono **requisiti regolatori che impongono metodiche inevitabilmente carissime**", ma in un futuro prossimo "sono destinati a scendere grazie al progresso tecnologico".

Il nodo centrale della questione è che **"attualmente la produzione di armi terapeutiche di questo genere è economicamente molto onerosa** - spiega Ciceri - perché il processo di produzione deve rispondere a regole molto stringenti" che assicurino il rispetto delle norme di buona fabbricazione, Gmp (Good manufacturing practices) per gli anglosassoni. "Sia gli strumenti biologici necessari alla manipolazione genetica delle cellule, sia gli ambienti nei quali vengono utilizzati - precisa lo scienziato - sono sottoposti a **controlli rigorosissimi**". Voci che contribuiscono pesantemente alle cifre stellari dibattute da Uyl-de Groot e Löwenberg, che su 'Nature Reviews' propongono la nuova formula per riscrivere i 'listini' di Big Pharma e garantire accesso alle terapie innovative a tutti i pazienti che potrebbero beneficiarne.

Per Ciceri però "ci sono buone notizie: sia sul fronte della manipolazione delle cellule, sia per la produzione dei vettori virali" impiegati come navicelle per traghettare materiale genetico all'interno dei 'soldati immunitari' da specializzare contro il cancro, **"sono in corso miglioramenti tecnologici messi in atto dall'industria"**. Alcune aziende - lo specialista cita Miltenyi Biotec - hanno stanziato "investimenti per efficientare i meccanismi di produzione", e uno degli obiettivi è arrivare a "macchine potenzialmente in grado di approntare complessi trattamenti cellulari **direttamente al letto del malato**. Sistemi chiusi che permetterebbero di eliminare il lavoro in facility, **riducendo i costi di due zeri**". Quando accadrà? **"In pochi anni"**, stima l'ematologo. "Da 3 a 5".

<http://www.liberoquotidiano.it/news/>

Prostata: esame alla saliva per combattere il tumore



Da un esame della saliva si potrà capire chi è più a rischio di avere il cancro alla prostata: è partita a Londra la sperimentazione del nuovo test del Dna che cerca i geni di alto rischio, che si stima siano presenti in 1 uomo su 100.

Lo studio, presentato sulla rivista Nature Genetics dai ricercatori dell'Istituto per la ricerca sul cancro di Londra, coinvolge 300 uomini in tre ospedali londinesi.

Lo sviluppo di un nuovo test diagnostico di screening per la prostata si è reso necessario visto che allo stato attuale non c'è un singolo esame affidabile, ma ci si basa sull'analisi del Psa nel sangue, che può dare dei falsi positivi e a volte non coglie i casi più aggressivi, le biopsie e l'esame fisico.

In questo caso i ricercatori, dopo aver studiato oltre 140mila uomini,

hanno prima identificato 63 nuove variazioni genetiche che possono aumentare il rischio di tumore alla prostata, e poi le hanno combinate nell'esame del Dna con altre 100 varianti sempre collegate a questo cancro.

"Esaminando il codice genetico di migliaia di uomini in profondità, abbiamo scoperto nuove informazioni vitali sui fattori genetici che possono predisporre a questo tumore", precisa Ros Eeles, uno dei ricercatori. Inoltre "abbiamo dimostrato che le informazioni ricavate da più di 150 varianti genetiche possono essere combinate per avere una lettura del rischio ereditario di cancro alla prostata in un uomo", continua.

Solo gli uomini che dal test risultano più a rischio, dicono i ricercatori, dovrebbero sottoporsi a esami più approfonditi e alla biopsia, evitando indagini non necessarie negli altri casi. La sperimentazione sarà allargata a 5.000 uomini l'anno prossimo.

"Questo studio ci ha dato informazioni importanti - aggiunge Paul Workman, direttore dell'Istituto di ricerca sul cancro - sulle cause di questo tumore e sul possibile ruolo del sistema immunitario, che dovrà essere tenuto in conto nel mettere a punto nuove terapie".

<http://stream24.ilsole24ore.com/>

Farmaci innovativi, Garattini: «Disco verde solo se c'è valore terapeutico aggiunto»



«Innovazione è una parola molto bella ma poi le vere innovazioni sono poche. La maggior parte dei nuovi farmaci approvati non sono vere innovazioni. Sono nuove molecole che hanno tutte le caratteristiche per essere approvate secondo la legge europea, ovvero in base a qualità, efficacia e sicurezza. Però questo non ci dice se il nuovo farmaco è veramente innovativo, perché per essere innovativo dovrebbe essere meglio di quelli che già esistono, o perché meno tossico o perché più efficace». Per **Silvio Garattini** - scienziato, ricercatore, medico e docente in chemioterapia e farmacologia, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" – è questa la prima valutazione da fare sull'ondata di tecnologie sanitarie che a ritmo serrato raggiunge le sponde del Sistema sanitario pubblico italiano, mettendo alla prova accessibilità e sostenibilità delle cure.

Le valutazioni dell'Ema non bastano per discernere la vera innovazione?

Per la maggior parte dei farmaci che vengono approvati dall'Ema non sappiamo quale sia la loro posizione rispetto a questo principio. Per esempio, se prendiamo i farmaci anti tumorali nella maggioranza dei casi non sappiamo nemmeno se aumentano la durata della vita oppure no. Lo apprendiamo soltanto in futuro.

Quindi bisogna attendere le valutazioni post marketing?

Esatto. Soprattutto perché molti dei farmaci che vengono approvati sono sostanzialmente dei prodotti che hanno delle caratteristiche per essere certamente attivi ma non è detto che siano meglio. In generale però costano di più. E questo è un problema da tener presente. La rivista medica francese "Prescrire", che ha valutato

tutti i farmaci approvati dall'Ema negli ultimi dieci anni ha stabilito che circa il 70% non rappresentano nessuna novità. Quindi l'innovazione è molto scarsa.

Ci sono invece promesse reali e concrete?

Certamente molti dei trattamenti che si basano sulle nuove tecnologie, come il Car-T cells per quanto riguarda alcune forme di leucemia e di linfomi che sono resistenti a tutti i trattamenti potrebbero essere un trattamento innovativo. Il problema è che lo sapremo soltanto in futuro. Sarebbe molto meglio che questi farmaci che sono attivi fossero messi in circolazione quando si sa che effettivamente danno un notevole risultato e che hanno una minore tossicità.

Quindi che cosa dovrebbe cambiare nel processo autorizzativo o nelle modalità della ricerca?

Bisognerebbe cambiare la legislazione. Se si dicesse che i criteri per approvare un nuovo farmaco sono qualità, efficacia e sicurezza, ma anche valore terapeutico aggiunto, cambieremmo completamente la faccia del problema. In questo modo si approverebbero soltanto quei farmaci che sono meglio di quelli che già esistono.

Sembrerebbe scontato e invece non lo è?

Studi comparativi se ne fanno molto pochi. E molto spesso la comparazione è fatta col placebo, anche se c'è già un farmaco di riferimento. Perché è più facile avere un risultato positivo contro placebo piuttosto che con il miglior farmaco che viene utilizzato.

Quindi tutto è affidato alle autorità nazionali, nel nostro caso all'Aifa?

L'Ema approva questi farmaci ma non è detto che l'Aifa debba metterli nel prontuario dei farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. L'Aifa dovrebbe fare una valutazione e in assenza di studi comparativi dovrebbe attendere che arrivino questi studi prima di utilizzare il farmaco.

Questo però non rischia anche di allungare i tempi per i pazienti?

Perché dobbiamo pagare dei farmaci se non sappiamo se c'è qualcosa di più? Non dimentichiamoci che a causa di questo sistema circa i due terzi dell'aumento riconosciuto al Fondo sanitario nazionale sono stati assorbiti dai farmaci. Il che significa che non sono andati a completare dei servizi o delle difficoltà del Servizio sanitario nazionale. Quindi tutti gli anni c'è un aumento, anche nel 2017 di un miliardo e mezzo, e non possiamo continuare ad aumentare la spesa senza avere dei reali benefici.

O certezze sull'efficacia dei nuovi trattamenti..

Certo. Sui farmaci per l'eradicazione dell'Epatite C evidentemente non c'è stata una grande discussione perché i risultati erano molto convincenti. Ma sugli oncologici andrebbero fatte molte più verifiche. Anche perché questi farmaci non sappiamo in che dosi usarli, per quanto tempo usarli, in associazione con cosa usarli. Servirebbe quindi un forte investimento da parte dello Stato per studiare questi farmaci da parte di enti indipendenti, in modo tale che poi vengano utilizzati, ma solo se ci sono veramente dei risultati che ne attestino l'efficacia.

Che cosa suggerirebbe al nuovo Governo?

Di essere molto più vicino all'evidenza scientifica. Per approvare solo quei farmaci per i quali c'è un'evidenza scientifica che sono meglio di quelli che già esistono.

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

Nel 2016 un incidente nella Sanità pubblica ogni 9 giorni

Rapporto Marsh, i più frequenti legati all'attività chirurgica



Continuano a crescere gli incidenti ed errori sanitari denunciati alle assicurazioni: in 12 anni, tra il 2004 e 2016, sono aumentati del 2,9% l'anno, e nel 2016 sono stati registrati in media 39 sinistri per struttura nella sanità pubblica, pari a 1 ogni 9 giorni. Lo segnala la nona edizione del report MedMal Italia di Marsh, che ha analizzato oltre 10mila sinistri relativi al periodo 2004-2016 in 40 strutture. Il sinistro più frequente è quello legato all'attività chirurgica (34,9%), seguito dagli errori diagnostici (18,5%), dalle cadute accidentali (10,3%) e dagli errori terapeutici (9,4%). Gli errori da parto si attestano al 3,9%, di poco preceduti dalle procedure invasive come esami endoscopici, biopsie di organi interni, amniocentesi (4,4%). Pur riducendosi in frequenza, gli errori da parto continuano a confermarsi tra i più importanti dal punto di vista economico con un valore medio liquidato di 406.000 euro, contro un costo medio liquidato per sinistro che si attesta sui 68mila euro. L'unità operativa che subisce la maggior frequenza di richieste di risarcimento danni rimane quella di Ortopedia e Traumatologia (14,9%), seguita da Ostetricia e Ginecologia (11,4%), Chirurgia Generale (11,3), Pronto Soccorso (9,5%) e parti comuni dell'azienda sanitaria (7,2%).(ANSA).

L'INIZIATIVA

Quando la malattia diventa irreversibile Così i medici imparano a gestire il fine-vita

La sfida del gruppo Fadoi: insegnare a non accanirsi con terapie a tutti i costi

Accompagnare alla morte, senza dolore. Far capire (innanzitutto ai medici) quando è il momento di smettere di accanirsi con le terapie ma è bene limitarsi ad alleviare le sofferenze. È un obiettivo ambizioso quello della Fadoi, la federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti, che ha iniziato un lavoro di sensibilizzazione sul tema del fine vita coinvolgendo o medici, i pazienti e i loro familiari. Il ghiaccio è stato rotto con una serie di convegni in tutta Italia e a breve si procederà con altre iniziative rivolte anche alla popolazione. «Ci sono ancora parecchi tabù da superare - spiega Francesco Dentali, direttore del dipartimento di ricerca di Fadoi e della Medicina generale di Luino - Ma bisogna che i medici capiscano quando l'accanimento terapeutico può rivelarsi deleterio per il paziente. È ovvio, ad esempio, che sottoporre un paziente ad accertamenti invasivi e potenzialmente dannosi senza che poi questi si concretizzino in alcuna terapia, è un atto inutile e doloroso per chi è privo di speranze di guarigione oltre che di miglioramento. I medici devono capire quale è il momento di dire basta alla diagnostica invasiva o alle terapie, che non siano quelle palliative e di idratazione. Quanto prima questo succede, tanto prima ci si potrà concentrare su una buona assistenza e sulle cure palliative».

C'è una linea oltre la quale è più importante alleviare le sofferenze del ma-

lato anziché cercare di curarlo ad ogni costo. Oltre la quale non ha più senso inseguire a tutti i costi una diagnosi, proporre chemioterapie aggressive o di ultima generazione, o trattamenti invasivi come una nutrizione forzata tramite sondino o endovenosa. Meglio allora un aiuto a domicilio o all'interno di un hospice. Meglio usare un palliativo per ridurre la nausea, il dolore e tutti i disagi che una persona allettata può avere.

La sfida per la comunità medica è innanzitutto far capire esattamente cosa si intende per fine vita, concetto ben distinto dall'eutanasia. La rinuncia all'uso di terapie sproporzionate fa sì che la malattia faccia il suo corso e lascia il paziente al naturale scorrere degli eventi. Eutanasia significa invece interrompere la vita volontariamente, ad esempio staccando la spina. «Vorrei che i familiari capissero che non è facile per un medico interrompere le terapie attive, né comunicarlo ai pazienti e alla famiglia - aggiunge Dentali - Ma è necessario un cambio di mentalità. Siamo abituati a promesse di immortalità, a ricerche che ci parlano di vita fino a 110-120 anni. E così è normale che per tutti noi sia più difficile accettare il momento in cui la malattia diventi irreversibile. È però importante non creare false aspettative con cure aggressive che sappiamo rivelarsi del tutto inutili e potenzialmente dannose».

MaS



Congo, primi vaccini contro ebola Piano regionale per fermare il virus

Almeno 27 i morti e 62 i contagi confermati: l'Oms si muove

MATTEO FRASCHINI KOFFI

LOMÉ

L'ebola continua a fare paura. Il virus è tornato a colpire nella zona nordoccidentale della Repubblica democratica del Congo: nonostante gli sforzi per contenere la crisi, le autorità hanno infatti rilevato un altro caso di contagio. «Un paziente della comunità rurale di Iboko è risultato positivo alla febbre emorragica – riferiva nei giorni scorsi una nota del ministero della Salute congolese –. Il malato era una persona entrata in contatto con una vittima morta di ebola il 20 maggio». Da quando la nona epidemia in Congo è stata dichiarata l'8 maggio nella località di Bikoro, sono almeno 27 i morti e 62 i casi di contagio confermati o sospetti. A differenza della crisi che colpì nel 2013-16 l'Africa occidentale causando oltre 11.300 morti, questa volta l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) si è mossa più velocemente. Per la prima volta, infatti, le agenzie governative e umanitarie stanno effettuando delle vaccinazioni con l'obiettivo di contenere l'espansione della malattia. Al momento i potenziali malati ricevono l'rVsv-Zebov, un vaccino ancora

sperimentale prodotto inizialmente in Canada e ora di proprietà della Merck&Co., una società americana. Ma sul territorio sono presenti anche altri farmaci pronti per essere utilizzati come Zmapp, GS-5734, Regn-EB3, e mAb114. «Oltre 1.800 operatori sanitari e civili hanno ricevuto un vaccino sperimentale provato verso la fine della crisi precedente in Sierra Leone, Guinea e Liberia – ha confermato l'Oms –. Siamo cauti e allo stesso tempo ottimisti riguardo al controllo della situazione».

L'ultimo caso di contagio era stato rilevato il 30 maggio, sempre a Iboko. Il ministero della Salute ha però aggiunto che gli operatori stanno valutando altri cinque casi sospetti. Due di essi sono a Mbandaka, una città di circa 1,5 milioni di abitanti e un punto sensibile per il rischio di propagazione della malattia. «Stiamo lavorando a un piano anti-ebola per i nove Stati vicini alla Repubblica democratica del Congo – ha detto Tedros Adhanom Ghebreyesus, capo dell'Oms –. L'obiettivo è fare muro nel caso in cui il virus riuscisse a superare i confini congolese».

I finanziamenti per tale programma strategico regionale sono di oltre 15 milioni di dollari per i prossimi nove mesi. Il piano dell'Oms offre «un pacchetto standard di misure da mettere in campo nel momento in cui si dovesse verificare il primo caso di contagio». Per dichiarare l'epidemia finita, bisognerà almeno far passare i 21 giorni di incubazione del virus nell'essere umano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

1976

è l'anno in cui ebola è stato scoperto per la prima volta a Yambuku, località vicina al fiume Ebola, a nord della Repubblica democratica del Congo

24

è il numero delle epidemie di ebola scopiate in Africa tra il 1976 e il 2013, con 1.716 casi di contagio stimati dall'Organizzazione mondiale della sanità

11.310

sono i morti causati dall'epidemia che, tra il 2013 e il 2016, ha colpito in Sierra Leone, Guinea (Conakry), Liberia, Senegal, Mali, e Nigeria

27

sono i decessi registrati fino ad ora nelle località di Bikoro, Mbandaka, Wangata, Itipo, alla nona epidemia di ebola nella Repubblica democratica del Congo



Il governo

POCHE DONNE IL CAMBIAMENTO È RINVIATO

Chiara Saraceno

→ segue dalla prima pagina

Ce lo si poteva aspettare, visto che nelle trattative di governo la scena è stata dominata da maschi, con l'eccezione della silenziosa presenza di Giulia Grillo, ora ministra della Salute. Anche nel contratto di governo le Pari opportunità non appaiono tra i temi rilevanti in un Paese che pure avrebbe molto da fare in questo campo. E delle donne si parla solo come potenziali madri e addette alla cura dei famigliari, mentre ci si appresta a colpirle riformando la legge Fornero. La famosa "quota 100", infatti, sarà irraggiungibile per molte donne dalla carriera lavorativa interrotta proprio a motivo delle loro responsabilità di cura. Ce lo si poteva aspettare, ma è sconcertante, vista non solo la composizione del Parlamento, ma anche degli eletti del partito di maggioranza nella coalizione di governo. Il M5S ha in Parlamento la più alta percentuale di donne rispetto agli altri partiti, superando il Pd, che nelle passate legislature deteneva il primato e ne faceva una bandiera, salvo buttarla alle ortiche (con la complicità di alcune donne) in questa tornata per salvaguardare più maschi possibile a fronte di una sconfitta certa. Il M5S ha anche una composizione mediamente giovane e senza interessi consolidati, che ha fatto del rinnovamento e della lotta contro "l'establishment" la sua battaglia. Evidentemente scalzare asimmetrie di genere nella gestione del potere non rientra nel rinnovamento. E

l'occupazione maschile dei posti che contano non rientra "nell'establishment". Del resto, anche la leadership del Movimento è tutta rigorosamente maschile. Nel 2016 l'Italia era il Paese che aveva migliorato di più la propria posizione nell'indice di uguaglianza di genere nella Ue, pur rimanendo a metà classifica. Questo risultato era dovuto a un forte aumento della partecipazione delle donne al potere decisionale, in particolare in Parlamento, nel governo (quello Renzi, con metà ministri donne) e nei consigli di amministrazione delle società quotate in Borsa. Se l'indice venisse ricalcolato oggi, temo che l'Italia tornerebbe indietro, senza che il peggioramento in sede politica sia controbilanciato da miglioramenti in altri campi, quali l'occupazione, le politiche di conciliazione famiglia-lavoro, la violenza.

A fronte dei problemi nei rapporti con l'Europa, delle migrazioni, della tenuta della nostra economia, la presenza di donne al governo può apparire di secondaria importanza. In effetti, nei governi Renzi e Gentiloni non abbiamo visto grandi politiche a favore delle Pari opportunità. È prevalsa, tra le ministre, la difesa della propria posizione e dei rapporti privilegiati con chi le aveva scelte, rispetto alla definizione di un'agenda che consentisse il consolidamento degli equilibri raggiunti e il miglioramento delle condizioni per tutte, in tutti i settori. L'assenza di questa agenda e di un discorso pubblico sulla necessità di superare le asimmetrie tra uomini e donne, sia per una questione di giustizia (e fedeltà costituzionale) sia perché è un prerequisito del benessere equo e sostenibile, credo sia tra le ragioni per cui non solo oggi abbiamo poche donne al governo. Abbiamo anche un governo che si basa sul rancore, sull'opposizione tra loro e noi, con un programma che aggraverà gli svantaggi di chi è già in difficoltà. Sono importanti i numeri, ma soprattutto l'agenda.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chiara Saraceno, sociologa, si occupa di famiglia, disuguaglianze, povertà e welfare. Tra i suoi ultimi libri, "Mamme e papà" (il Mulino, 2016) e "L'equivoco della famiglia" (Laterza, 2017).



Gli italiani malati d'azzardo

Secundo il ministero della Salute ludopatia è «l'incapacità di resistere all'impulso di giocare d'azzardo o di fare scommesse, nonostante l'individuo che ne è affetto sia consapevole che questo possa portare a gravi conseguenze» ed i dati più recenti sono piuttosto preoccupanti.

Aumentano i giocatori d'azzardo nella popolazione adulta (15-64 anni) mentre diminuiscono in quella studentesca (15-19 anni). Nel corso del 2017 hanno giocato almeno una volta oltre 17 milioni di italiani (42,8%), contro i 10 milioni del 2014 (27,9%) e fra questi oltre un milione di studenti (36,9%), in calo rispetto agli 1,4 milioni (47,1%) di otto anni prima. A rivelarlo gli studi IPSAD* ed ESPAD* Italia dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa (Ifc-Cnr).

«Aumentano tra gli adulti anche i giocatori problematici, quadruplicati negli ultimi 10 anni, dai 100.000 (0,6% dei giocatori) stimati nel 2007, ai 230.000 (1,3% dei giocatori) del 2010, ai 260.000 (1,6% dei giocatori) del 2013, fino ai 400.000 stimati nel 2017 (2,4% dei giocatori). Di contro, i problematici diminui-

scono tra gli studenti dall'8,7% del 2009 ai 7,1% del 2017, in particolare nelle regioni del Centro e Nord Italia, mentre si rilevano incrementi in Sicilia, Basilicata, Calabria, Molise e Abruzzo», afferma la dottoressa Molinaro.

In generale gli uomini (51,1%) giocano più delle donne (34,4%). Il gioco più diffuso resta il Gratta&Vinci (74% nel 2017). Seguono Lotto e Super Enalotto, nonostante la netta diminuzione nello stesso periodo dal 72,7% al 50,5%. Al terzo posto le scommesse sportive che aumentano dal 18,3% del 2010 al 28% del 2017. Anche tra i giovani il gioco più diffuso è il Gratta&Vinci (64,7%) con una netta predilezione femminile. Al secondo posto le scommesse sportive, connotate in senso opposto: 66,9% dei ragazzi contro il 16,8% delle ragazze.

Fra gli studenti con profilo problematico il gioco più diffuso sono le scommesse sportive (78,3%), il Gratta&Vinci (70,4%) ed altri giochi con le carte (48,7%), mentre tra gli adulti con profilo problematico il gioco più diffuso sono le scommesse sportive (72,8%), il Gratta&Vinci (67,5%) ed il Superenalotto (43,6%).



Mercoledì 13 GIUGNO 2018

Record negativo delle nascite nel 2017: nati solo 458.151 bambini, nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia. Il Report Istat

Per il terzo anno consecutivo i nati sono meno di mezzo milione. Prosegue anche la diminuzione della popolazione residente già riscontrata nei due anni precedenti. In crescita i decessi, che sono stati quasi 650 mila, circa 34 mila in più rispetto al 2016, proseguendo il generale trend di crescita rilevato negli anni precedenti dovuto all'invecchiamento della popolazione. [IL REPORT](#)

Nascite ancora in calo nel 2017. Scende la popolazione residente e cresce il numero delle persone decedute. A fornire i dati è l'Istat nel suo ultimo report sulla demografia del Paese nel 2017.

Popolazione in calo.Prosegue nel 2017 la diminuzione della popolazione residente già riscontrata nei due anni precedenti. Al 31 dicembre risiedono in Italia 60.483.973 persone, di cui più di 5 milioni di cittadinanza straniera, pari all'8,5% dei residenti a livello nazionale (10,7% al Centro-nord, 4,2% nel Mezzogiorno).

Complessivamente nel 2017 la popolazione diminuisce di 105.472 unità rispetto all'anno precedente. Il calo complessivo è determinato dalla flessione della popolazione di cittadinanza italiana (202.884 residenti in meno), mentre la popolazione straniera aumenta di 97.412 unità.

Il movimento naturale della popolazione ha registrato un saldo (nati meno morti) negativo per quasi 200 mila unità. Il saldo naturale è positivo per i cittadini stranieri (quasi 61 mila unità), mentre per i residenti italiani il deficit è molto ampio e pari a 251.537 unità.

Continua il calo delle nascite in atto dal 2008. Per il terzo anno consecutivo i nati sono meno di mezzo milione (458.151, -15 mila sul 2016), di cui 68 mila stranieri (14,8% del totale), anch'essi in diminuzione.

Già a partire dal 2015 si scende sotto il mezzo milione e nel 2017 si registra un nuovo record: sono stati iscritti in anagrafe per nascita solo 458.151 bambini, nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia. La diminuzione delle nascite è di oltre 15 mila rispetto al 2016 (-3,2%) e quasi di 120 mila negli ultimi nove anni. Il calo si registra in tutte le ripartizioni ma è più accentuato al Centro (-5,3% rispetto all'anno precedente). La diminuzione delle nascite nel nostro Paese si deve oggi principalmente a fattori strutturali. Infatti, si registra una progressiva riduzione delle potenziali madri dovuta, da un lato, all'uscita dall'età riproduttiva delle generazioni molto numerose nate all'epoca del baby-boom, dall'altro, all'ingresso di contingenti meno numerosi di donne in età feconda, a causa della prolungata diminuzione delle nascite, già a partire dalla metà degli anni Settanta.

Anche il contributo positivo alla natalità delle donne straniere continua a diminuire. Infatti, se l'incremento delle nascite registrato fino al 2008 era dovuto principalmente alle donne straniere, negli ultimi cinque anni anche il numero di stranieri nati in Italia, pari a 67.933 nel 2017 (il 14,8% del totale dei nati), ha iniziato progressivamente a ridursi (-11.961 nati stranieri dal 2012). La crescita dei nati stranieri era stata particolarmente rilevante dall'inizio del nuovo millennio, da quasi 30 mila del 2000 a 80 mila del 2012 (il numero massimo di bambini stranieri nati nel nostro Paese), portando l'incidenza dei nati stranieri sul totale dei nati dal 4,8 al 14,9%. Tra le cause del decremento, la diminuzione dei flussi femminili in entrata nel nostro Paese, nonché l'acquisizione della cittadinanza italiana da parte di molte donne straniere.

Le nascite di bambini stranieri si concentrano nelle regioni dove la presenza straniera è più radicata. Nel Nord-ovest (21,0%) e nel Nord-est (20,9%), ogni cinque nati uno è cittadino straniero. Nelle regioni del Centro la percentuale è pari al 17,0%, mentre nel Sud e nelle Isole è rispettivamente del 6,1% e del 5,5%. La regione che presenta l'incidenza più elevata di nati stranieri sul totale dei nati è l'Emilia Romagna, dove è straniero quasi un nato ogni quattro (24,3%). Il tasso di natalità del complesso della popolazione residente è pari al 7,6 per mille e varia da un minimo di 6,1 nati per mille abitanti in Liguria e Sardegna a un massimo di 10,2 nella provincia

autonoma di Bolzano. Per gli stranieri il tasso di natalità, pari al 13,3 per mille, varia da 8,1 nati ogni mille stranieri residenti della Sardegna a 15,7 della provincia autonoma di Bolzano.

I decessi sono stati quasi 650 mila, circa 34 mila in più rispetto al 2016, proseguendo il generale trend di crescita rilevato negli anni precedenti dovuto all'invecchiamento della popolazione.

Il numero di decessi registrato nel 2017, pari a 649.061, è superiore di 33.800 unità rispetto al 2016 ed è il valore più elevato dal 1945, tendenza in linea con l'aumento "fisiologico" dei decessi che ci si può attendere in una popolazione che invecchia. Infatti, a partire dal 2012, il numero dei decessi si attesta oltre i 600 mila ogni anno, salvo oscillazioni congiunturali, con anni nei quali si alternano incrementi, come è stato il 2015 e 2017, e decrementi (2016). Queste oscillazioni sono legate alle variazioni della mortalità dei grandi anziani che si verificano in concomitanza tanto con le variazioni delle condizioni climatiche (estati con un prolungato eccesso di temperature elevate e inverni molto rigidi), quanto con la virulenza delle epidemie influenzali stagionali.

Infatti, analizzando l'andamento mensile della mortalità, e confrontandolo con quello rilevato nei cinque anni precedenti (2012-2016), si può osservare come in tutti mesi, tranne alcune eccezioni⁴, il numero dei decessi risulti in linea con quello osservato in passato, registrando in particolare un evidente innalzamento nel primo mese dell'anno e nel mese di agosto. In particolare il mese di gennaio ha fatto registrare un incremento di circa 20mila decessi rispetto al 2016 e di circa 10mila rispetto al 2015, anno record della mortalità.

La variazione del numero di decessi si registra in tutte le ripartizioni, con un incremento più consistente nelle Isole (7,6%) e nel Sud (6,8%). Il tasso di mortalità è pari a 10,7 per mille, varia da un minimo di 8,4 per mille nella provincia autonoma di Bolzano a un massimo di 14,2 in Liguria ed è correlato con la struttura per età della popolazione, risultando più elevato nelle regioni con un più elevato invecchiamento della popolazione. A causa della giovane struttura per età, la mortalità dei cittadini stranieri è decisamente più bassa, il tasso medio annuo è pari a 1,4 deceduti ogni mille stranieri residenti.