quotidianosanità.it

25 OTTOBRE 2015

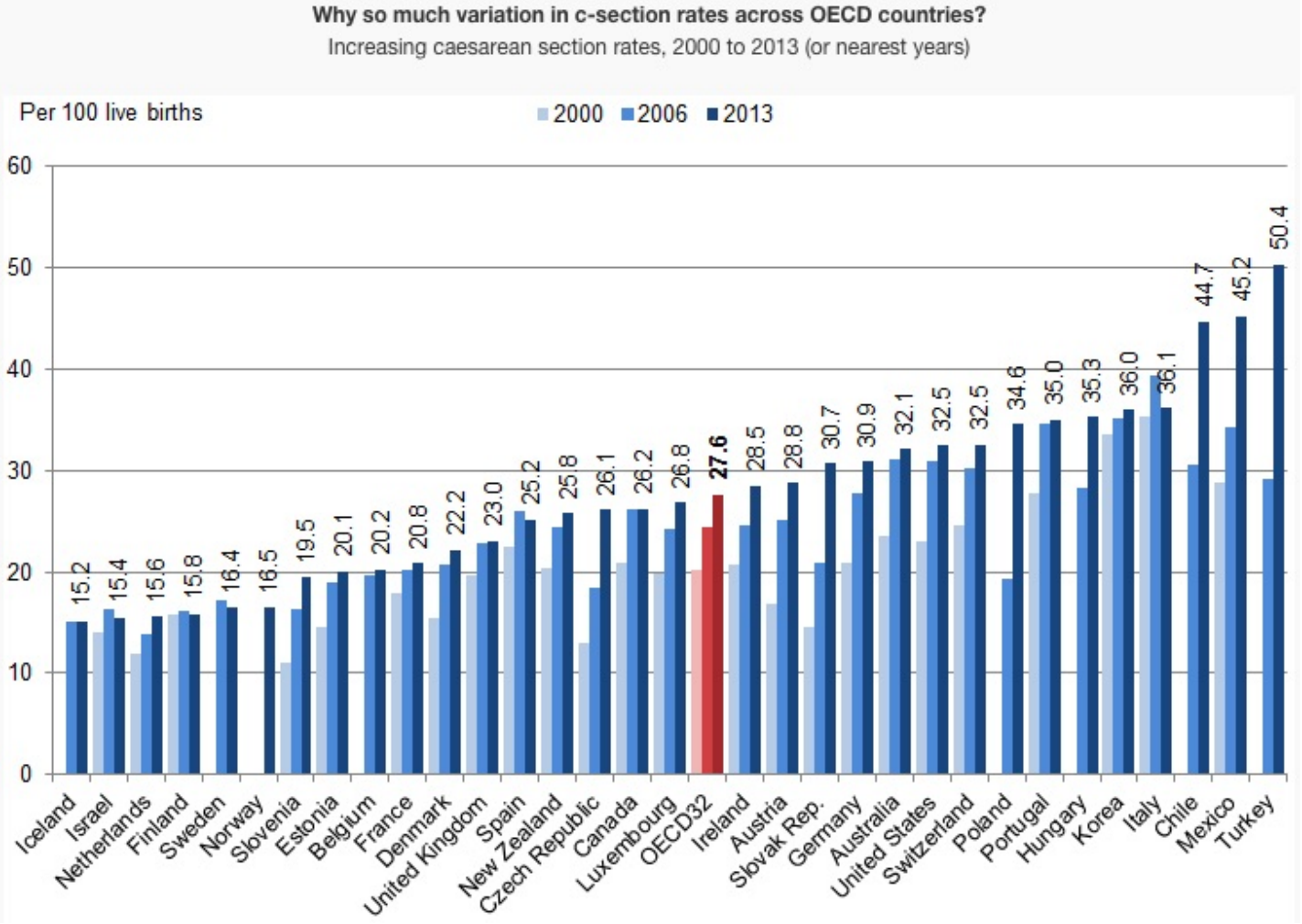
Cesarei. L'allarme Ocse: "Dal 2000 cresciuti dell'8%. Vi si fa ricorso quasi nel 30% dei parti". Italia al 4° posto. Ma con plauso: "Paese è riuscito a fermare trend in crescita"

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico: "Dal 20% del 2000 si è arrivati al 28% del 2013. Quando non serve il taglio cesareo comporta più rischi, complicazioni e costi". In Turchia, Messico e Cile un parto su due col cesareo. Italia quarta con un tasso del 36,1% ma in un decennio crescita è stata nulla.

I tassi di taglio cesareo sono aumentati nella maggior parte dei paesi OCSE. Dal 20% del 2000 si è arrivati al 28% del 2013. È la stessa Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico ad evidenziarlo in uno suo focus in cui ricorda come il "taglio cesareo non medicalmente necessario comporta un più alto rischio di mortalità materna, un aumento della morbilità materna e infantile, maggiori complicazioni per eventuali gravidanze successive e costi più elevati".

"La crescita – specifica il Focus - è stata particolarmente forte nei paesi a medio reddito come la Turchia (50,2%), il Messico (45,2%) e il Cile (44,7%)" dove in un decennio si è assistito ad una crescita a doppia cifra. Numeri che risultano essere superiori anche di tre volte a quello di paesi come l'Islanda, che guida la classifica con il 15,2%, seguita da Israele (15,4%), Paesi Bassi (15,6%) e Finlandia (15,8%).

In generale si assiste ad un incremento della percentuale di ricorso al taglio cesareo in tutti i 32 paesi sotto esame anche se ci sono alcune eccezioni. Nonostante un cattivo posizionamento (l'Italia è al 4° posto con 36,1%) l'Ocse rivolge infatti una particolare menzione al nostro Paese che "fornisce un esempio di un paese che è stato in grado di invertire la tendenza precedente che aveva visto un rialzo dei tassi". L'Organizzazione ricorda però che "c'è ancora spazio per un'ulteriore riduzione in particolare in quelle regioni italiane dove il tasso rimane molto alto".



Numero parti cesarei per 100 bambini nati vivi. Anni 2000, 2006, 2013

Increasing caesarean section rates, 2000 to 2013 (or nearest years)						
Per 100 live births	**2000**		**2006**		**2013**	
Iceland			15,1		15,2	
Israel	14,0		16,4		15,4	
Netherlands	11,9		13,8		15,6	2010
Finland	15,8		16,1		15,8	
Sweden			17,2		16,4	
Norway					16,5	
	11,0		16,4		19,5	2012

Slovenia						
Estonia	14,5		19,0		20,1	
Belgium			19,6		20,2	2012
France	17,8		20,2		20,8	
Denmark	15,4		20,8		22,2	
United Kingdom	19,7		22,8		23,0	
Spain	22,5	2001	26,0		25,2	
New Zealand	20,3		24,4		25,8	
Czech Republic	12,9		18,4		26,1	
Canada	20,9		26,2		26,2	2011
Luxembourg	19,9		24,3		26,8	
OECD32	**20,3**		**24,5**		**27,6**	
Ireland	20,8		24,6		28,5	
Austria	16,8		25,1		28,8	
Slovak Rep.	14,6		20,9		30,7	
Germany	20,9		27,8		30,9	
Australia	23,5		31,2		32,1	2012
United States	23,0		31,0		32,5	
	24,6	2002	30,2		32,5	2008

Switzerland						
Poland			19,2		34,6	
Portugal	27,7		34,7		35,0	
Hungary			28,3		35,3	2012
Korea	33,6	2001	35,1		36,0	2012
Italy	35,3	2001	39,5		36,1	
Chile			30,6		44,7	2012
Mexico	28,8		34,3		45,2	
Turkey			29,3		50,4	
OECD32	**20,3**		**24,5**		**27,6**	
Source: *OECD Health Statistics 2015.*						

Luciano Fassari

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 8.387
Lettori Ed. II 2014: 107.000
Quotidiano - Ed. Napoli

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
NAPOLI E CAMPANIA

Dir. Resp.: Enzo d'Errico

26-OTT-2015
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Mondo Donna, contro i falsi miti «rosa»

Torna alla Clinica Mediterranea il ciclo dei dibattiti dedicati all'universo femminile
Si discute di credenze infondate. Gli incontri valgono crediti formativi per il Suor Orsola

di **Alessandra Grassi**

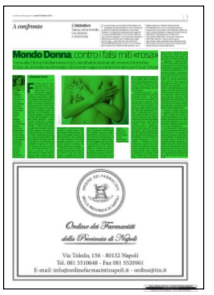
Fertilità, stili di vita e alimentazione, vaccinazioni, violenza ed educazione ai sentimenti, parto naturale e cesareo, benessere psicologico e problemi psichiatrici. Questi sono alcuni degli argomenti al centro del ciclo d'incontri dedicato al mondo femminile in programma alla clinica Mediterranea di Napoli. La quarta edizione di Mondo Donna, che ha preso il via il 14 ottobre e terminerà a giugno, quest'anno ha come filo conduttore i falsi miti. «Dieci incontri — spiega Celeste Condorelli, amministratore delegato della Mediterranea — che si focalizzeranno sulle false credenze, sui falsi miti che spesso circondano temi legati all'universo femminile. Come il momento del parto, una tappa fondamentale che però è spesso al centro di errate convinzioni, in particolare in Campania, regione con il più alto numero di tagli cesarei. Nel corso dell'incontro che si terrà il 20 aprile, con molti esperti faremo il punto della situazione sulle credenze spesso sbagliate che ruotano intorno alla nascita. Al di là di casi particolari o a rischio, dove è fondamentale la figura del ginecologo e dell'equipe medica, non dimentichiamo che si tratta di un evento che deve essere il più possibile naturale, in cui non solo la madre è centrale, ma anche il bambino e il papà».

Obiettivo degli incontri di Mondo Donna nella clinica di via Orazio è dare una visione ampia e consapevole di temi spesso travolti da informazioni contrastanti e non sempre corrette. Un punto di riferimento per cittadini, pazienti, medici, associazioni ed esperti attivi sul territorio. Il programma di appuntamenti è stato elaborato con il supporto di un comitato scientifico, presieduto dall'epidemiologo Carlo Alberto Perucci e composto da Salvatore Panico, professore associato di medicina interna all'Università Federico II; Silvestro Scotti, presidente dell'Ordine di medici e odontoiatri della provincia di Napoli; Maria Triassi, direttore del dipartimento di Sanità pubblica dell'ateneo federiciano; Bruno Zuccarelli, già presidente dell'Ordine dei medici di Napoli.

«Tanti gli argomenti — spiega Celeste Condorelli, ideatrice di Mondo Donna — che mirano ad accrescere la cultura e la conoscenza su aspetti anche diversi tra loro. Parleremo, il 23 marzo, di esami genetici e tumori per capire come interpretare i test che identificano il rischio di ammalarsi di cancro, come quello al seno. È bene fare luce su un tema che rappresenta una frontiera importante per la medicina». Agli incontri mensili — che si terranno il mercoledì alle 17 —parteciperanno esponenti del mondo scientifico, dell'associazionismo, di categorie professionali che operano sul territorio confrontandosi con temi legati al mondo femminile. «L'11 novembre — evidenzia Celeste Condorelli si parlerà di come prevenire la violenza sulle donne sia in famiglia sia a scuola: i giovani devono essere educati ai sentimenti, al rispetto degli altri. Un altro tema è l'alimentazione: ormai tutti parlano di cosa si deve mangiare, degli alimenti da evitare, di quelli che fanno bene alla salute. Ma sul tema c'è molta confusione — aggiunge — quindi pensiamo che sia utile dare delle indicazioni precise con l'intervento di specialisti, sulla base di studi e ricerche scientifiche». Il 13 gennaio, infatti, è in programma «Il mito della prevenzione: quale stile di vita e alimentazione? Le "ricette miracolose", cibi e stile di vita in grado di proteggere la salute e prevenire tumori e altre malattie». Un incontro cui parteciperanno vari esperti, come l'oncologo Ferdinando Riccardi, Maria Santucci de Magistris, nutrizionista, Carlo Vigorito, direttore della riabilitazione cardiologica del Policlinico Federico II. Modererà l'incontro Rosalba Tufano, anestesiologa e presidente dell'Inner Wheel Napoli Ovest.

«Anche il disagio psichico — aggiunge Celeste Condorelli — sarà al centro dei nostri incontri. In particolare il 2 marzo faremo un punto sui falsi miti e il corretto approccio nei confronti del malessere psicologico e le sue conseguenze».

Circa ottocento i partecipanti alla precedente edizione di Mondo Donna, con punte di duecento presenze agli incontri più affollati. Un programma che può contare anche su un Comitato tecnico operativo, costituito da varie associazioni, mentre l'Università Suor Orsola Benincasa ha inserito Mondo Donna all'interno degli eventi che consentono l'acquisizione di crediti formativi per gli studenti.



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 8.387
Lettori Ed. II 2014: 107.000
Quotidiano - Ed. Napoli

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
NAPOLI E CAMPANIA

Dir. Resp.: Enzo d'Errico

26-OTT-2015
da pag. 5
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Celeste Condorelli
Laureata in Economia, ha lavorato a lungo a Milano nel mondo della finanza e nella sanità. Sposata, mamma di due bambine, dal 2006 è amministratore delegato della Clinica Mediterranea. Ruolo che ha assunto dietro le sollecitazioni dei soci dopo la scomparsa della madre, che l'aveva portata a diventare punto di riferimento nell'area cuore

Il tumore al seno è tra gli argomenti di un convegno nel ciclo Mondo Donna alla Mediterranea

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

AIOM: “sì al vaccino anti-HPV per proteggere anche gli uomini”

25 ottobre 2015

Il 75% dei casi di tumore del collo dell’utero potrebbe essere evitato grazie alla vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano (HPV). È una delle neoplasie più frequenti nelle giovani donne (under 50), si trova infatti al 5° posto con 2.100 nuove diagnosi stimate in Italia nel 2015.

Non solo. L’HPV può causare il cancro a altre parti del corpo come vulva, vagina, pene, ano, bocca e faringe. È pericoloso, quindi, anche per gli uomini. Ma nel nostro Paese la vaccinazione, introdotta nel 2007/2008 per le dodicenni, ha una copertura a macchia di leopardo, con il rischio di non garantire a tutta la popolazione un accesso uniforme a questo importante strumento di prevenzione che rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza.

La media italiana della copertura (per le ragazze nate nel 1997) è pari al 70,8%, ben lontana dall’obiettivo del 95% inizialmente stabilito. E si passa da Regioni virtuose come Sardegna (86%), Toscana (83,8%), Puglia (83,1%) e Basilicata (82,4%) alle basse coperture della Provincia Autonoma di Bolzano (26,7%), Sicilia (58,3%) e Campania (64,9%). “Vogliamo promuovere una campagna nazionale di sensibilizzazione rivolta non solo ai cittadini ma anche agli oncologi per abbattere le barriere culturali ancora presenti – spiega il prof. Carmine Pinto, presidente dell’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), al XVII Congresso Nazionale della società scientifica che si chiude oggi a Roma -. Siamo di fronte a un vero e proprio strumento di prevenzione primaria contro i tumori.

Realizzeremo un opuscolo che sarà distribuito in tutte le oncologie e a gennaio 2016 organizzeremo un convegno nazionale per un confronto fra clinici e rappresentanti delle Istituzioni. Dopo più di 6 anni dall’avvio del programma di immunizzazione, la copertura vaccinale sembra essersi stabilizzata intorno al 71%”. L’obiettivo “a breve termine” del 70% è stato raggiunto in 13 Regioni per le coorti di nascita 1997, 1998 e 2000, in 15 per la coorte di nascita 1999 e in 9 per quella 2001. L’Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-HPV e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell’ambito di un programma nazionale. “Il 2007 ha rappresentato un anno di svolta per la tutela della salute della donna in Italia – sottolinea il prof. Sergio Pecorelli, presidente AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) –.

Il vaccino è fondamentale anche per proteggere i ragazzi. Un terzo dei casi di infezione da HPV riguarda infatti i maschi che, a differenza delle donne, non dispongono di strumenti ed esami utili per verificare la presenza del virus e le sue conseguenze, come lo screening che permette di accertare la condizione del collo dell'utero. I ragazzi infatti corrono un rischio di infezione di ben 5 volte maggiore rispetto alle adolescenti. Il vaccino anti HPV è stato sperimentato negli anni su più di 25.000 adolescenti e donne, dimostrando un'ottima tollerabilità. E la sicurezza è stata valutata in numerosi studi dopo l'immissione in commercio, che hanno coinvolto oltre 200.000 persone".

Esistono più di 120 tipi di HPV, che si differenziano a seconda del tessuto che colpiscono e per gravità degli effetti. "La maggior parte delle infezioni da HPV è transitoria – continua la dott.ssa Stefania Gori, presidente eletto AIOM -, perché il virus viene limitato dal sistema immunitario prima che sviluppi un effetto patogeno.

I virus HPV più importanti sono quattro, etichettati con numeri: 6, 11, 16 e 18. I primi due, a basso rischio, causano il 90% dei condilomi: lesioni estremamente contagiose e molto dolorose, che interessano gli organi genitali e altre mucose. Gli altri sono responsabili del 75% di tutti i tumori del collo dell'utero e di altre neoplasie come quelle della vulva, della vagina, dell'ano, del pene e di alcune zone della testa e del collo (lingua, tonsille e gola) che possono interessare anche gli uomini". La vaccinazione è indicata sia nei maschi che nelle femmine a partire dai 9 anni di età. "Ma è importante proteggersi al più presto – continua il prof. Pinto -, quindi prima di entrare in contatto con il virus la cui principale, ma non unica, via di trasmissione è quella sessuale. È proprio in questo periodo che l'efficacia dell'immunizzazione è massima, perché l'organismo non è ancora venuto in contatto con il virus.

Purtroppo, però, per ora i ragazzi non possono essere immunizzati gratuitamente in tutte le Regioni, come avviene invece per le coetanee". Nel 2015 Liguria, Puglia, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Calabria, Molise e in Sardegna le ASL di Sassari e Olbia hanno esteso l'offerta gratuita e attiva ai maschi nel dodicesimo anno di vita. Il progetto di sensibilizzazione sulla vaccinazione anti Papillomavirus Umano è reso possibile grazie a un contributo incondizionato da parte di Sanofi Pasteur MSD.

"È fondamentale che tutti i cittadini possano accedere a questo importante strumento di prevenzione in grado di proteggere da gravi malattie - conclude la dott.ssa Nicoletta Luppi, Presidente e Amministratore Delegato di Sanofi Pasteur MSD -. Auspichiamo che la vaccinazione venga estesa in tutte le Regioni anche ai maschi adolescenti, compiendo una grande scelta di politica sanitaria, etica e socialmente equa per proteggere le generazioni future dal cancro e dalle altre patologie causate dal virus HPV".

[chiudi questa finestra]

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

26-OTT-2015
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

LE BUONE NOTIZIE

Vaccino anti Hpv «Anche per gli uomini»

Garantire il vaccino contro il papillomavirus anche agli uomini e aumentare l'immunizzazione nelle donne. Richiesta emersa al Congresso nazionale dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia il Settimanale Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

22 ott 2015

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Infezioni da HIV

Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)

Farmaci

Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo

NOTIZIE FLASH

Aifa: attivato programma d'uso compassionevole per nuova terapia antiretrovirale per trattamento infezione da Hiv

di *Aifa*

L'Agenzia Italiana del Farmaco comunica che, allo scopo di garantire ai pazienti senza alternative terapeutiche il più tempestivo accesso alle nuove terapie antiretrovirali per il trattamento dell'infezione da Hiv , in continuità e analogia con quanto realizzato con i programmi di uso compassionevole nell'area terapeutica dell'epatite C e in risposta alla richiesta della Società italiana di Malattie infettive e tropicali (Simit), è stato attivato, ai sensi del Decreto Ministeriale 8 Maggio 2003, grazie alla disponibilità dell'azienda Gilead Sciences, un programma di uso compassionevole per l'utilizzo dell'associazione fissa elvitegravir 150 mg/ cobicistat 150 mg/emtricitabine 200 mg/ Tenofovir Alafenamide 10 mg (E/C/F/TAF) in singola compressa, attualmente ancora in attesa di Decisione della Commissione Europea.

In particolare, potranno accedere al protocollo di uso compassionevole i pazienti che rispondano ai seguenti criteri di inclusione:
- Bisogno identificato di trattamento con regimi a base di tenofovir disoproxil fumarate (TDF) e concomitanti tossicità e complicazioni renali o ossee:
- Pazienti con CKD di stadio 3.
- Pazienti con osteoporosi, storia di frattura da fragilità ossea, o un FRAX score >20% (fratture osteoporotiche maggiori).

- Nessun trattamento alternativo identificato dal proprio medico come migliore o equivalente in termini di profilo di efficacia e di sicurezza.
Rimarranno invece esclusi dal protocollo i pazienti che rispondano ai seguenti criteri:
- Donne in gravidanza o allattamento.
- Storia di intolleranza/allergia significativa ad analoghi nucleosidici/nucleotidici.
- Resistenza documentata a elvitegravir.

Il programma sarà accessibile a tutti i centri di Malattie Infettive che manifesteranno interesse per l'inserimento dei propri pazienti nel programma di uso compassionevole. Si rammenta che, in conformità con quanto disposto dal Decreto Ministeriale 8 Maggio 2003, successivamente all'approvazione dei Comitati etici del protocollo e delle richieste di trattamento, dovranno essere notificate all'Aifa le informazioni sui pazienti eleggibili al trattamento.

Si informa, infine, che l'inclusione dei pazienti nel programma di uso compassionevole

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

sarà possibile fino alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della determina di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (Aic). La fornitura gratuita di farmaco proseguirà, inoltre, per un mese dal momento di effettiva disponibilità del prodotto rimborsato sul mercato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

EUROPA E MONDO
24 Aprile 2015

Bustreo (Oms): «Violenza contro le donne, il piano è globale»

IMPRESE E MERCATO
12 Maggio 2015

Scaccabarozzi: «Interventi concreti contro l'Hiv che colpisce oltre 3 milioni di bambini»

IMPRESE E MERCATO
13 Maggio 2015

Hiv nei Pvs tra accesso alle terapie e globalizzazione delle cure

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

quotidianosanità.it

25 OTTOBRE 2015

L'allarme degli oncologi italiani: "Due milioni e mezzo di under 19 a rischio tumore da adulti". Colpa di fumo, alcol e sedentarietà

Il 20% eccede con l'alcol e il 15% fuma più di 20 sigarette. Parte la VI edizione di "Non fare autogol". Il presidente Carmine Pinto: "Andremo con i calciatori nei venti capoluoghi di Regione, il nostro testimonial è Massimiliano Allegri". L'allenatore della Juventus: "Lo sport aiuta a trasmettere messaggi di salute"

I giovani italiani ignorano i fattori di rischio oncologico e seguono uno stile di vita sbagliato. Due milioni e mezzo di under 19 non svolgono nessuna attività fisica, sono completamente sedentari. Trascorrono troppe ore (tre o più ogni giorno) davanti al computer o al tablet: in particolare la percentuale dei 15enni che passano in questo modo il tempo libero, dal 2010 al 2014, è aumentata dal 24,2% al 28,1% (maschi) e dal 16,1% al 25,9% (femmine). Preoccupa anche il consumo di alcol.

Nella fascia d'età compresa fra gli 11 e i 17 anni, quasi il 20% eccede con le bevande alcoliche. Comportamenti a rischio che possono favorire lo sviluppo di un tumore da adulti, ma 7 ragazzi su 10 non sanno che il 40% delle neoplasie può essere evitato con uno stile di vita sano e che la prevenzione secondaria, come l'adesione alle campagne di screening attivate nel nostro Paese, fa aumentare in modo significativo la sopravvivenza attraverso una diagnosi tempestiva.

Tutti elementi che preoccupano l'Aiom che per questo ha promosso la VI edizione di *Non fare autogol*, presentata al XVII Congresso nazionale della società scientifica in corso a Roma. "È il più importante progetto di informazione mai realizzato in Italia sui fattori di rischio oncologico, indirizzato agli studenti delle scuole superiori – spiega il prof. **Carmine Pinto**, presidente Nazionale AIOM -. A partire da novembre fino a giugno 2016, l'iniziativa toccherà i 20 capoluoghi di Regione e coinvolgerà gli Assessorati regionali alla Sanità. In questo modo andremo in città mai coinvolte nelle precedenti edizioni, con una forte collaborazione con le Istituzioni locali. Non solo. Quest'anno il nostro testimonial di punta è Massimiliano Allegri, allenatore della Juventus, che coordina la squadra della prevenzione composta da grandi giocatori della serie A e dagli allenatori. Come nel calcio, anche nella lotta al cancro è infatti fondamentale il lavoro in team. Entriamo nelle classi per insegnare ai ragazzi le regole per combattere i '7 vizi capitali': fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione scorretta, eccessiva esposizione al sole e alle lampade solari, sesso non protetto e doping".

Nel 2015 sono previsti nel nostro Paese 363.300 nuovi casi di tumore e alcune neoplasie, come il cancro del seno e il melanoma, sono in aumento fra i giovani. Gli under 40 sono fra i più colpiti da questo tumore della pelle: il 20% delle diagnosi è riscontrato in pazienti di età compresa fra 15 e 39 anni. "Rappresentiamo un esempio per i ragazzi – sottolinea l'allenatore della Juventus **Massimiliano Allegri** -. Questo ci dà grandi responsabilità. Lo sport può rappresentare lo strumento per far capire ai ragazzi quali siano i comportamenti positivi da imitare e quelli negativi da eliminare. È con grande piacere e onore, quindi, che ho deciso di partecipare a un'iniziativa così importante. Non si devono mai sottovalutare due aspetti legati al calcio, divertimento e benessere, che possono aiutare a seguire uno stile di vita corretto".

*Non fare autogol*gode del patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI), della Federazione Italiana Giuoco Calcio (FIGC), della Federazione Medico

Sportiva Italiana (FMSI) ed è reso possibile grazie ad un educational grant di Roche S.p.a.. Le conseguenze della diffusione dei comportamenti a rischio sono evidenti fra gli adulti: nel nostro Paese infatti più di un terzo della popolazione over 18 (35,6%) è in sovrappeso e un cittadino su dieci è obeso (10,4%, circa 6 milioni di persone). Oltre il 15% degli studenti di 15 anni e più del 12% delle 15enni dichiarano di bere uno o più drink al giorno. Spesso il bicchiere in mano è accompagnato dalla sigaretta: un milione e centomila ragazzi tra i 15 e i 24 anni fumano regolarmente, il 15% di loro consuma fino a 24 "bionde" al giorno.

"La prevenzione oncologica rimane ancora un tabù, soprattutto nelle scuole, che sono il luogo deputato a formare i giovani – sottolinea il prof. **Carmelo Iacono**, presidente Fondazione AIOM -. Lo confermano i dati sugli stili di vita scorretti, che evidenziano come i ragazzi italiani non siano consapevoli dei rischi che corrono. A scuola, purtroppo, si parla ancora troppo poco di questi argomenti. Nelle precedenti cinque edizioni abbiamo organizzato 100 incontri, distribuito un milione di opuscoli e coinvolto 3.000 scuole superiori. Dove siamo intervenuti, nei primi cinque anni, la consapevolezza dei ragazzi è aumentata del 50%".

quotidianosanità.it

25 OTTOBRE 2015

Il “Premio Pace” va ai giornalisti D'Amico e Giorgi

Il riconoscimento è stato assegnato nella cerimonia inaugurale del XVII Congresso nazionale Aiom. Il conduttore di Rainews24 e il caposervizio della redazione salute dell’Agi sono stati scelti dagli oncologi italiani per il rigore e la chiarezza nella divulgazione scientifica.

Gerardo D’Amico, vice caporedattore e conduttore di *Rainews24* e responsabile del settore salute e sanità del canale all news della Rai, e **Paolo Giorgi**, caposervizio della redazione salute dell’*Agenzia giornalistica Italia* (Agi), sono i vincitori della quattordicesima edizione del premio giornalistico “Giovanni Maria Pace” per la divulgazione scientifica. Il prestigioso riconoscimento è indetto dall’Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) per ricordare il collega di Repubblica scomparso nel 2002 a causa di un tumore. Il premio è stato consegnato ieri durante la cerimonia di apertura del XVII Congresso nazionale Aiom, in corso fino al 25 ottobre a Roma.

La giuria, presieduta dal direttore di Repubblica **Ezio Mauro**, ha scelto Gerardo D’Amico, perché, come recita la motivazione, “ha la capacità di trattare con linguaggio semplice e chiaro, comprensibile per tutti, anche i più complessi temi medico-scientifici. È questa infatti la ricetta del perfetto divulgatore televisivo. Gerardo ha dimostrato di aver assimilato e saputo rinnovare la lezione di grandi maestri e colleghi. Con la sua vasta esperienza professionale ha affrontato a fondo anche le problematiche sociali, della solidarietà e dell’assistenza. Temi che in sanità stanno diventando sempre più importanti”.

Paolo Giorgi ha ottenuto il riconoscimento perché “rappresenta un riferimento per chiunque in redazione debba affrontare quotidianamente il problema del controllo, della verifica e dell’approfondimento di fonti e notizie. Nel mercato globale dell’informazione il ruolo delle agenzie di stampa è nevralgico. Rigore scientifico e impegno quotidiano nella divulgazione dei temi più importanti della sanità sono le principali caratteristiche che contraddistinguono il suo lavoro”.

Il premio Pace, intitolato al fondatore del giornalismo scientifico in Italia, è divenuto uno dei riconoscimenti più ambiti per le firme dell’informazione sulla salute e medicina nel nostro Paese.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 8.387
Lettori Ed. II 2014: 107.000
Quotidiano - Ed. Napoli

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
NAPOLI E CAMPANIA

Dir. Resp.: Enzo d'Errico

26-OTT-2015
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Sistema immunitario e tumori Una relazione pericolosa

Se le cellule sono «corrotte» da quelle cancerose, le aiutano addirittura a diffondersi nell'organismo

Gianni Marone
Docente di medicina interna alla Federico II, dirige il Cisi, punto di riferimento per gli studi immunologici. Coordina inoltre il dottorato di ricerca in fisiopatologia clinica e medicina sperimentale della stessa università

Il sistema immunitario è un sofisticato *esercito* che difende ogni giorno l'organismo dai continui attacchi di batteri, parassiti e virus. Ma non solo. Recenti studi stanno percorrendo un preciso filone di ricerca: individuare le connessioni tra la crescita delle cellule tumorali e il sistema immunitario. «È da tempo che varie ricerche si stanno concentrando sulle complesse interazioni tra il sistema immunitario e l'insorgenza di malattie neoplastiche» spiega il professore Gianni Marone, direttore del Centro di ricerca in Scienze immunologiche di base e cliniche (Cisi) dell'Università Federico II. Il sistema immunitario raggiunge progressivamente la maturità verso i 16-20 anni di vita di un individuo. In seguito il sistema di difesa dell'organismo tende a indebolirsi e a invecchiare. Parallelamente, si osserva un aumento dell'incidenza dei tumori con l'età. «Questo è dovuto a un rapporto lineare tra invecchiamento e tumori», dice il professore. «Così come un sistema immunitario che funziona male — per un deficit d'immunoglobuline o di linfociti o per fattori esterni come obesità, carenze alimentari, diabete non curato — può favorire l'insorgenza di tumori» aggiunge. In particolare, molti studi ritengono che nel corso della vita, più volte, per un'instabilità genetica, nell'uomo si sviluppino cellule tumorali che il sistema immunitario riconosce e distrugge. Se però il meccanismo si inceppa, può insorgere la malattia. Addirittura in una determinata fase di sviluppo della patologia alcune cellule con funzione difensiva del sistema immunitario sembra che vengano "corrotte" da quelle tumorali, fino a diventarne alleate. Tanto da aiutare il tumore a crescere e a diffondersi nell'organismo.

Il sistema immunitario è dunque sempre in funzione durante l'arco della vita. Un esercito di *soldati* ognuno con un proprio ruolo: come le cellule «natural killer», i linfociti T, i monociti, i macrofagi, i neutrofili, e gli eosinofili sono impegnati a mantenere in equilibrio l'organismo e impedire numerose patologie anche infettive. Fortunatamente raramente gravi, ma comunque da non sottovalutare, come l'influenza. «Non sempre le difese immunitarie — ricorda il professore Gianni Marone — riescono a fronteggiare i virus influenzali. E sebbene si sia diffuso tra la popolazione un atteggiamento di erroneo sospetto e in qualche caso di sfiducia verso il vaccino antinfluenzale, si tratta di un efficace e importante aiuto per limitare il rischio di ammalarsi e soprattutto scongiurare le complicanze dell'influenza. La vaccinazione antinfluenzale è indicata particolarmente per chi ha più di 65 anni, chi ha fattori di rischio come diabete, malattie immunitarie, tumorali, cardiovascolari, respiratorie croniche ed epatopatie croniche. Oltre alle donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano nel secondo e nel terzo trimestre di gravidanza, e il personale medico o comunque addetto ai servizi pubblici». La trasmissione del virus influenzale è molto semplice: avviene per via aerea attraverso le gocce di saliva emesse da chi tossisce, starnutisce o parla a distanza ravvicinata con il proprio interlocutore. E ancora, tramite il contatto con mani o oggetti contaminati dalle secrezioni respiratorie. Le basilari precauzioni raccomandate dai medici e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) per difendersi dall'influenza e limitare la diffusione del virus, oltre all'impiego del vaccino, sono elementari ma efficaci. Ecco quali: lavare spesso le mani con acqua e sapone, in assenza usare anche gel alcolici; coprire con un fazzoletto di carta la bocca e il naso quando si starnutisce o tossisce; evitare di portare le mani non pulite a contatto con occhi, naso e bocca; restare in casa quando si ha l'influenza; evitare i luoghi affollati e arieggiare regolarmente le stanze di soggiorno. «Purtroppo — spiega il professore — lo scorso anno, secondo gli ultimi dati del ministero della Salute, in Italia si sono registrati 485 casi gravi e 160 decessi da influenza». Il virus influenzale arriverà con i primi freddi e la diffusione sul territorio avrà «un andamento a campana: tenderà — conclude il professore — a crescere fino a un punto di massima diffusione, per poi decrescere progressivamente. È importante sottoporsi alla vaccinazione prima dell'insorgenza dell'epidemia».

A. G.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 8.387
Lettori Ed. II 2014: 107.000
Quotidiano - Ed. Napoli

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
NAPOLI E CAMPANIA

Dir. Resp.: Enzo d'Errico

26-OTT-2015
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Oltre la chemio per la **fertilità** della coppia

Congresso promosso dal Centro regionale di riferimento per la procreazione medicalmente assistita
L'obiettivo è creare in Campania una rete multidisciplinare per i pazienti oncologici sotto terapia

Giuseppe De Placido è il direttore dell'area funzionale di chirurgia ostetrica e ginecologica della Federico II e guida il Centro regionale per lo studio e la terapia della sterilità e infertilità di coppia. È inoltre presidente della Società italiana di Endoscopia ginecologica (Segi) e a capo del Centro regionale di riferimento per la procreazione medicalmente assistita

di **Ettore Mautone**

Creare in Campania una rete multidisciplinare per la conservazione della fertilità in pazienti oncologici sottoposti a terapie che compromettono la capacità riproduttiva. È questo il tema del congresso in programma oggi, all'hotel Royal Continental di Napoli, promosso dal Centro regionale di riferimento per la procreazione medicalmente assistita, diretto da Giuseppe De Placido, e dal Centro dedicato all'oncofertilità dell'Azienda ospedaliera Moscati di Avellino, guidato da Cristofaro De Stefano. «Lo scopo principale dell'evento — dice De Placido che è anche direttore dell'area funzionale di chirurgia ostetrica e ginecologica e del Centro per lo studio e la terapia della sterilità e infertilità di coppia dell'Università Federico II — è riunire il mondo sanitario intorno a un progetto promosso dalla Regione Campania sul tema dell'oncofertilità».

Tra i relatori e i moderatori delle sessioni scientifiche ci sono Carlo Alviggi, specialista in ostetricia e ginecologia, presidente della Società scientifica campano calabro-lucana, costola della Sigo, in forza al centro diretto da De Placido, Fiorenza Bariani del Centro nazionale trapianti di Roma, Nicola Colacurci, ordinario di ostetricia della Seconda Università di Napoli, Michele De Laurentiis primario oncologo del Pascale, Sabino De Placido, ordinario di oncologia medica dell'Università Federico II di Napoli, De Vita della Seconda Università, Maria Grazia Gaito coordinatrice del progetto Biobanca della Regione Campania e altri esperti provenienti da Copenaghen.

«Non si tratta solo di un aggiornamento scientifico — continua De Stefano — ma anche e soprattutto del presupposto per lo sviluppo di una rete organizzativa e di servizi sanitari dedicati a questo scopo. Siamo certi di trovare entusiasmo e collaborazione intorno a un'iniziativa che, una volta tanto, vede la nostra Regione in una posizione di vantaggio organizzativo ed eccellenza professionale».

Le tecniche di crioconservazione degli ovociti sono ormai consolidate, affinate con il progressivo abbassamento dell'età d'insorgenza di neoplasie. «La crioconservazione embrionaria — aggiunge Alviggi — è consentita solo in particolari casi dalla legge 40 del 2004, ma non per le pazienti oncologiche. Dal 2012 si procede pertanto con la crioconservazione ovocitaria, oggi unica procedura standard per la preservazione della fertilità in giovani donne affette da neoplasie». Il Centro federiciano è l'unico nel Sud Italia a godere di una certificazione dell'ospedale universitario di Copenaghen con il quale l'Ateneo napoletano ha realizzato tutta la fase pre-clinica.

Accesso facilitato, ambulatorio dedicato, approccio multidisciplinare, informazione sulle possibili opzioni, qualificano il percorso per le pazienti e le coppie da replicare ora su scala regionale. «Ancora oggi, nella comune pratica clinica — dice De Placido — il problema del rischio d'infertilità indotta dalle terapie utilizzate per la cura delle neoplasie è un argomento poco discusso nel colloquio medico-paziente. Raramente si fa una stima del rischio e quasi mai si sceglie la strategia terapeutica tenendo conto del rischio gonadotossico in relazione all'età e, soprattutto, al desiderio di procreazione».

Le assise prevedono, in una prima fase, l'approfondimento relativo alle strategie attualmente disponibili per la preservazione della fertilità dei soggetti a rischio (protezione farmacologica dell'ovaio, criopreservazione di ovociti, criopreservazione di tessuto ovarico, criopreservazione del liquido spermatico e così via). La proposta è mettere in campo un modello organizzativo «Hub and spoke» mirato alla ottimizzazione dell'assistenza in questa categoria di pazienti su tutto il territorio regionale. «Tutte le fasi del processo, dal "counselling" fino alla vera e propria esecuzione delle procedure medico-chirurgiche — conclude De Placido — dovranno essere garantite attraverso una rete assistenziale ben strutturata, efficiente e riproducibile su tutto il territorio regionale».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 09/2015: 28.000
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. Campania

ROMA

Dir. Resp.: Antonio Sasso

26-OTT-2015
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

OGGI IL FORUM

Ammalati di tumore, rete per conservare la loro fertilità

NAPOLI. Creare una rete assistenziale per la conservazione della fertilità in pazienti oncologici e riunire il mondo sanitario campano intorno ad un progetto promosso e finanziato dalla Regione Campania sul tema dell'oncofertilità. È questo lo scopo del progetto che sarà presentato a Napoli oggi all'hotel Royal Continental nel corso di un convegno dedicato promosso da Giuseppe De Placido responsabile della unità operativa complessa di Ostetricia e Ginecologia e del Centro di riferimento regionale Sterilità ed Infertilità di coppia dell'azienda ospedaliera universitaria Federico II e da Cristofaro De Stefano direttore del centro sterilità dell'Azienda ospedaliera Moscati di Avellino. Ai lavori scientifici intervengono Gaetano D'Onofrio per l'azienda ospedaliera universitaria Federico II ed Enrico Coscioni, consigliere per la Sanità del presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

26-OTT-2015
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

Come guarire la sanità

Ripensare il welfare

Per guarire la sanità ci vogliono più Asl e ospedali che Regioni

Francesco Grillo

I Costituenti non ebbero alcun dubbio: «la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» e la «garanzia delle cure gratuite agli indigenti» sarebbero state parti fondanti del Patto sociale.

Un Patto sociale che avrebbe garantito e caratterizzato lo Stato che nasceva dalle rovine della guerra. A distanza di settant'anni, l'Italia - in questo accompagnata da tutti gli altri Paesi di welfare avanzato - è costretta ad un ripensamento radicale: come faccio a rendere più efficiente e, soprattutto, capace di rispondere a bisogni di cura e di salute totalmente nuovi, quello che è, di gran lunga, il servizio pubblico che costa di più? Buttando via lo sporco dello spreco (e della corruzione) senza torcere un solo capello ad un bene essenziale che è tra i pochissimi in grado ancora di tenere in piedi un'idea di società? E, soprattutto, ha senso dopo 45 anni che il sistema sanitario nazionale sia gestito dalle Regioni, laddove se il governo provasse a dare ragione al governatore del Piemonte Chiamparino che lo invita polemicamente a riprendersi la sanità e i suoi debiti, alle Regioni verrebbe meno buona parte delle ragioni che ne giustificano l'esistenza?

Centoundici miliardi. La Sanità costituisce - da sola - un terzo di tutto ciò che lo Stato spende (al netto degli interessi sul debito pubblico e delle pensioni) per fornire servizi ai cittadini. Una cifra che è due volte quella che costa al contribuente l'istruzione (dagli asili alle università), e cinque volte superiore a quella che costa allo Stato l'ordine pubblico e la giustizia. Bastano questi numeri per spiegare perché la sanità è al centro di qualsiasi tentativo di razionalizzare la spesa pubblica. E, tuttavia, il sistema sanitario nazionale - a differenza di altri comparti dell'amministrazione pubblica - sembra funzionare abbastanza bene se consideriamo i suoi parametri più essenziali: una delle poche classifiche internazionali nelle quali primeggiamo dice che gli italiani hanno un'aspettativa di vita media di 82 anni, più di qualsiasi altro popolo europeo; quasi due anni più dei francesi che pure spendono - a persona - quasi il 50% più degli italiani per cure. Il confronto con i francesi che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità dispongono del migliore sistema sanitario del mondo, nonché dell'ambiente con la migliore qualità della vita e di una dieta non molto diversa da quella mediterranea, è particolarmente illuminante perché dice che, come minimo, la nostra sanità non è da buttare. Epperò ampi spazi di miglioramento esistono anche in un tempo sufficientemente breve per poter essere utilizzato da una legge finanziaria dello Stato; laddove essi diventano, poi, opportunità colossali se dovessimo ragionare in una prospettiva di medio periodo che consideri la possibilità che le tecnologie stanno per cambiare tutto.

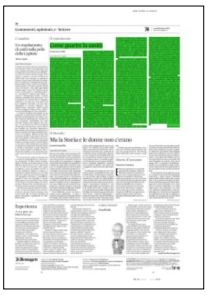
Sul breve è, in effetti, proprio la diversità di modelli organizzativi in territori diversi a fornire le opportunità di miglioramento più significative, sono i confronti tra Regioni che misurano quanto è ampio tale potenziale ed è tale diversità che un federalismo mai compiuto avrebbe voluto utilizzare come leva di revisione intelligente della spesa. Sarebbe sufficiente adottare i modelli organizzativi del Veneto o dell'Emilia Romagna - dove si spende, secondo Istat, in Sanità meno che nelle Regioni meridionali ottenendo livelli di soddisfazione da parte dei pazienti superiori al 50% - alla Sicilia o alla Campania - dove secondo il ministero della Sanità sono a rischio le prestazioni sanitarie minime - per risparmiare più delle previsioni che la Legge di Stabilità tenta di far passare e migliorare, in maniera significativa, il rapporto con i cittadini.

Tuttavia, anche qui, è sbagliata l'idea di procedere a colpi di commissari che intervengono solo quando il cattivo funzionamento diventa patologia meritevole dell'intervento della magistratura o della Corte dei Conti. Il lavoro di imitazione delle prassi positive dovrebbe essere, invece, molto più sistematico: dovrebbe essere innescato da meccanismi di valutazione finalmente trasparenti e procedere più per ospedale o tutt'al più per Asl che non per Regioni intere. Cambia tutto, invece, se non ci poniamo nell'ottica (pur indispensabile nel breve periodo) di una Finanziaria, ma di un futuro che non può più aspettare e che con le tecnologie cambierà tantissimo in un settore che è totalmente basato sulle informazioni. In un mondo nel quale è già tecnicamente fattibile che ad essere collegati tra di loro siano più non solo i computer, o le macchine (come nel paradigma di "Internet of the things"), ma i corpi degli esseri viventi, sempre di più, anche se in maniera differenziata per patologie, sarà possibile erogare i "servizi della salute" a distanza: monitorare le condizioni dei pazienti attraverso sensori; intervenire - in caso di emergenze - in automatico mandando un'autoambulanza o sciogliendo da remoto una data sostanza nel sangue che blocchi certi processi degenerativi; effettuare operazioni chirurgiche incorporando in una macchina il know how di un grande specialista.

In questo contesto che non è fantascienza perché già avviene, lo stesso principio - sul quale si fondano i sistemi sanitari nazionali moderni - di garantire a tutti certi servizi entro un certo raggio di chilometri, verrà sostituito con quello di doverli rendere accessibili anche senza il contatto fisico con il medico o l'ospedale. Salvaguardando la previsione di una Costituzione che fu in questo modernissima ad un prezzo potenzialmente molto più basso. Liberando risorse aggiuntive per bisogni (ad esempio quelli determinati da mali oscuri della modernità come la depressione e la ridotta fertilità) che oggi la sanità pubblica non copre. E facendo, però, saltare in aria il bisogno di organizzare il servizio su base locale o regionale, perché in un mondo ad elevata tecnologia è inevitabile che i diversi ospedali, i diversi territori si specializzino sempre di più scambiandosi i pazienti.

Più Asl e ospedali che Regioni (che, spesso, moltiplicano i difetti degli Stati nazionali senza averne le economie di costo); maggiore efficienza attraverso un confronto serrato tra prestazioni ottenute dai diversi presidi ed il costante trasferimento delle prassi organizzative migliori ai contesti in maggiore sofferenza; molta più intelligenza al centro, ad un ministero della Salute - svuotato colpevolmente in questi anni di competenze - per poter guidare una trasformazione che è gravida di opportunità ingenti e di pericoli (che sono insiti nell'idea stessa di collegare corpi e macchine). Dovrebbero essere questi i termini di una strategia per il sistema sanitario nazionale che superi i vizi dei satrapi locali che hanno trasformato spesso le corsie in centri di potere. Ma anche la logica dei ragionieri che devono far quadrare i conti con l'Europa ma non hanno idea di come uscire dalla guerra di posizione tra custodi dell'austerità e difensori di un welfare che ha grandi meriti storici e un incerto futuro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

26-OTT-2015
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Fondo salute bloccato e costi in aumento Regioni senza sbocchi: "Inutili ticket più cari"

La legge di stabilità ha tolto 2,5 miliardi rispetto alle richieste, mentre crescono gli impegni: 3 miliardi per i farmaci, 900 milioni dai Lea e 300 milioni per i vaccini. Anche il ritocco delle tasse sulle prestazioni non aiuta, fa solo fuggire i cittadini verso il privato

Il Veneto vuole impugnare la manovra, ma tutti escludono rincari. La strategia è fare spending review in attesa di riaprire la trattativa con il governo

L'arrivo sul mercato di medicine innovative rischia di far saltare tutti i conti, servirà un contributo anche dall'industria farmaceutica

MICHELE BOCCI

Una carta che nessuno vuol giocare. Perché è impopolare, faticosa da applicare e soprattutto non farebbe incassare abbastanza soldi. Le Regioni protestano, su tutti il Veneto di Luca Zaia annuncia che impugnerà la decisioni. Ma anche i più critici escludono l'aumento del ticket e lavorano facendo spending review a livello locale - limando i costi dell'attività degli ospedali e di quelle territoriali, centralizzando gli acquisti - ma anche trattando a Roma. Non è ancora chiusa infatti la partita per i finanziamenti statali alla sanità del futuro. Certo, il fondo è quello, 111 miliardi di euro per il 2016 cioè almeno due miliardi e mezzo in meno di quanto era atteso, ma su alcune voci di spesa c'è ancora da discutere.

Un esempio? La farmaceutica. Sono già arrivati sul mercato molti medicinali innovativi come quelli per l'epatite C e altri sono attesi nei prossimi anni. Bisogna capire quali costi ricadranno sulle Regioni e quali saranno sostenuti dall'industria farmaceutica attraverso il sistema del payback. E' solo una stima, ma si parla di 3 miliardi di spesa per le molecole nuove in arrivo nei prossimi anni. Una botta del genere vanificherebbe l'incremento del fondo.

Il lavoro adesso è dunque sulla riduzione della spesa più che sulle entrate delle tasse, anche Irpef e Irap che sono già ai massimi nelle realtà regionali in difficoltà economiche. Se si guarda ai ticket, poi, la sanità italiana è uno spezzatino. Ogni Regione ha il suo sistema. I punti di partenza sono i 36,15 euro per la specialistica (visite ed esami) e i 10 euro aggiuntivi introdotti nel 2011, poi nel tempo ogni realtà locale ha modificato il meccanismo per far contribuire i cittadini. Il tutto per un incasso totale di appena 3 miliardi di euro l'anno, condizionato dal fatto che in Italia il 70% di chi si rivolge al sistema sanitario è esente. La maggior parte dei pazienti non paga e se si alzano le tasse sulle prestazioni sanitarie finirà che chi invece è tenuto a versare il ticket si rivolgerà sempre più al privato, e nelle casse regionali non entrerebbero soldi. Nessuna delle Regioni in piano di rientro ha intenzione di utilizzare questa leva, lo escludono ad esempio Piemonte, Puglia e Sicilia. L'unica che interverrà è il Lazio, ma non con l'idea di aumentare bensì per riformare tutto il sistema. «Non vogliamo assolutamente incrementare il ticket – dice l'assessore alla Sanità siciliana Baldo Gucciardi – Lavoreremo su altre leve per ridurre la spesa. Ad esempio centralizzeremo gli acquisti. Questa misura presto sarà obbligatoria». Nella legge di Stabilità c'è scritto che dal primo gennaio 2016 le Asl non potranno più fare gare. Sarà obbligatorio affidarsi a centrali uniche, come fanno già ad esmepio Toscana, Emilia e Veneto, oppure appoggiarsi alla Consip.

«Noi probabilmente usciremo dal piano di rientro – dice l'assessore alla Sanità del Piemonte Antonio Saitta – Per il 2016 non dovremmo avere difficoltà, il problema è la prospettiva, il futuro"». Il fondo sanitario nazionale quest'anno è andato a 111 miliardi dopo i 109,7 dell'anno scorso. Il punto è che nel 2017 le Regioni avranno 3,9 miliardi di tagli che nel 2018 e 2019 saliranno a 5,4. Non è chiaro se quelle riduzioni peseranno sul fondo, bloccando gli incrementi oppure no. Si deciderà tutto entro gennaio 2017 ma abbassare il finanziamento a tutta la Regione incide comunque, indirettamente o direttamente, sulla sanità.

Nelle incognite del futuro rientra, come detto, la spesa farmaceutica che è destinata a lievitare. Già quest'anno le Regioni dovranno ripianare parte di quella ospedaliera. «Se non interveniamo bene in questo campo rischia di finire tutto fuori giri», dice in modo eloquente il responsabile degli assessori alla Salute nella conferenza delle Regioni, l'emiliano Sergio Venturi. Ma un'altra voce che farà spendere è quella dei nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza. Approvarli vuol dire un costo di 800-900 milioni di euro. Poi c'è il piano vaccini, del quale tanto si è discusso in questi giorni. Per farlo entrare in vigore ci vogliono circa 300 milioni. E infine c'è la partita del rinnovo dei contratti dei professionisti della sanità, per i quali fino ad ora sono stati stanziati 300 milioni. Ci vorranno molti più soldi e le Regioni sperano di tenere questa voce di spesa fuori dal fondo sanitario. «Con tutte queste incognite non siamo in grado di dire al momento se questi 111 miliardi di fondo ci vanno bene o meno», è la conclusione di Venturi.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

26-OTT-2015
da pag. 9
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

I ticket sulla sanità

Visite ed esami

Primo ticket 1993

- **Tutte le Regioni fino a:** 36,15 *euro*

tranne:

Toscana	38	*euro*
Marche	36,2	*euro*
Calabria	45	*euro*
Sardegna	46,15	*euro*

Secondo ticket 2011

- **9 Regioni** 10 *euro*
  Abruzzo, Liguria, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna
- **5 Regioni**
  lo modulano sul reddito familiare
  fino a 70 *euro* totali
  Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche
- **3 Regioni**
  la basano sul valore della ricetta
  fino a 30 *euro* aggiuntivi
  Piemonte, Lombardia, Friuli Vanezia Giulia
- **4 Regioni e Province**
  non lo applicano
  Val d'Aosta, Bolzano, Trento, Basilicata

- Lazio, Molise 15 *euro* in più
- Campania 15 *euro* in più

Per le prestazioni ad alto costo (tac, risonanze)

Farmaci

- **5 Regioni e Province**
  la basano sul valore della ricetta
  2 *euro* per confezione
  fino a un massimo di 4 *euro*
  Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Bolzano
- **2 Regioni**
  da 0 a 3 *euro* per confezione
  da 0 a 6 *euro* per ricetta in base al reddito
  Emilia Romagna, Umbria
- **1 Regione**
  da 0 a 4 *euro* per confezione
  da 0 a 8 *euro* per ricetta in base al reddito
  Toscana
- **7 Regioni**
  da 0,5 a 2 *euro* per esenti per confezione
  da 1 a 4,5 *euro* per non esenti per confezione
  da 1,5 a 6 *euro* per ricetta
  Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-OTT-2015
da pag. 23
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il robot che assiste gli anziani e lo spettro della solitudine

I progetti di «badante hi tech». L'allarme di Morozov: alienante

Il caso

di **Serena Danna**

Il 13 luglio scorso, durante una conferenza sull'età organizzata dalla Casa Bianca, l'imprenditore hi tech Seth Sternberg ha gelato la sala affermando che la terza età «è il settore più sottosviluppato in termini di innovazione». Per questo motivo, con il sostegno, tra gli altri, del cofondatore di PayPal Max Levchin, di Mike Schroepfer di Facebook, dell'amministratore delegato di Yelp Jeremy Stoppleman, Sternberg ha avviato Honor, una start-up che punta a migliorare l'assistenza, online e offline, agli anziani in casa.

Dopo decenni di disinteresse nei confronti degli over 65, il mondo della tecnologia ha capito che è in quel segmento anagrafico (2 miliardi di persone entro il 2050, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità) che si nasconde un'enorme possibilità di sperimentazione e di profitto. Una buona notizia? Niente affatto stando a quanto ha scritto sul *Guardian* Evgeny Morozov. Per lo studioso di cultura digitale, il modello di welfare per anziani proposto dalla Silicon Valley rappresenta una promessa di solitudine.

Di certo, le aziende hanno cominciato a investire sul mercato della terza età: dai software e applicazioni in grado di «semplificare» il rapporto degli anziani con i gadget tecnologici — come Breezie, un'interfaccia per tablet — ai robot che aiutano nelle faccende domestiche, come Romeo dell'azienda francese Aldebaran.

A Singapore è già attivo il RoboCoach, un robot che assiste nello svolgimento di un esercizio fisico regolare e corretto. Proprio come un personal trainer in palestra, il RoboCoach aiuta a mantenersi in forma con programmi su misura, consigli e incitamenti.

L'Ibm ha avviato «Secure Living project», un programma che permette agli anziani di «vivere al sicuro» a casa, senza dover ricorrere a strutture esterne o badanti. Il progetto pilota riguarda trenta residenti di Bolzano, che vengono monitorati in tempo reale da sensori che tracciano possibili variazioni della temperatura corporea o della pressione sanguigna. I dati registrati vengono poi trasmessi a una centrale di controllo che, in caso di problemi, avverte la famiglia e l'ospedale locale.

È evidente come, dietro questi progetti (molti dei quali non a caso sostenuti dai governi), si nasconda l'obiettivo di ridurre l'ingente spesa sanitaria per la terza età e di «informatizzare» un'altra porzione di mercato umano, sostituendo con sensori, robot e videocamere le quasi novecentomila badanti che lavorano in Italia (1,5 milioni negli Stati Uniti). Non ci sono solo ragioni di efficienza economica, ma anche un pizzico di onnipotenza. I robot-badanti incarnano l'ultimo sogno proibito della Silicon Valley: allungare la durata della vita (e allontanare lo spettro della caducità) grazie alla tecnologia. Per questo nel 2013 è nata Calico, la nuova creatura biotecnologica di Google. Mentre il cofondatore di PayPal Peter Thiel è uno dei maggiori finanziatori del progetto Sens (Strategies for Engineered Negligible Senescence) per contrastare l'invecchiamento del biochimico inglese Aubrey de Grey.

«Come è possibile — si domanda Morozov — andare in pensione in un'economia in cui il valore finanziario è prodotto semplicemente dall'interazione con tecnologie ad alta intensità di dati?». Gli esseri umani devono vivere più a lungo perché, solo in questo modo, potranno continuare a generare numeri, dati e informazioni utili alle aziende. Con un robot per amico. Sarà davvero così?

@serena_danna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fatto

- Da pochi anni il settore dell'hi tech si sta interessando alla realtà degli over 65enni
- Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità entro il 2050 ci saranno 2 miliardi di over 60enni
- Proprio per questo diverse aziende — dalla Silicon Valley americana all'Estremo Oriente — stanno sviluppando software e robot in grado di semplificare la vita degli anziani

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-OTT-2015
da pag. 23
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Il film Sopra Frank Langella in una scena di *Robot & Frank* diretto da Jake Schreier: l'attore recita la parte di un anziano che vive un'amicizia con un robot (foto Samuel Goldwyn Films)

All'opera

Roméo Realizzato dai francesi è ideato per aiutare gli anziani nelle attività in ambito domestico e per fare loro compagnia

iCub Il robot umanoide sviluppato dall'IIT di Genova (diretto da Roberto Cingolani) è capace di riconoscere e afferrare oggetti

RoboCoach Attivo a Singapore, assiste gli anziani nello svolgimento di un esercizio fisico regolare, come un personal trainer

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

26-OTT-2015
da pag. 57
foglio 1
www.datastampa.it

RAPPORTO
ASSICURAZIONI

[SANITÀ]

Esami inutili per evitare la denuncia un conto salato da dieci miliardi

La medicina difensiva costa allo Stato dieci miliardi l'anno
Esami inutili e accertamenti superflui, prescritti dai medici solo per evitare una possibile denuncia costano circa lo 0,75% del Pil, e incidono per più del 10% sulla spesa sanitaria. Secondo alcune statistiche, sarebbero infatti più di 30 mila le denunce ai camici bianchi ogni anno, ma oltre l'80% risultano infondate, con il paziente che perde la causa. Un fenomeno che riguarda in particolare chirurghi, ortopedici, ginecologi, ostetrici, ma anche la medicina estetica, con il risultato che gli iscritti a queste specializzazioni ad alto rischio sono sempre meno. Uno scenario che ha spinto le associazioni dei medici a chiedere una nuova legge sul rischio professionale che dia risposte anche in merito agli eccessivi costi delle assicurazioni.
Tra queste, la Società italiana di ginecologia e ostetricia. *(S.d.p.)*

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

26-OTT-2015
da pag. 57
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

RAPPORTO
ASSICURAZIONI

Medici e avvocati a rischio polizza sì, ma con i paletti

UN DECRETO ATTUATIVO RENDERÀ OPERATIVO L'OBBLIGO DI TUTELARSI CONTRO GLI ERRORI PROFESSIONALI LE ASSOCIAZIONI SONO D'ACCORDO MA CHIEDOMO GARANZIE SULLA RETROATTIVITÀ E UNA POLITICA DI PREZZI CHE EVITI IL MERCATO SELVAGGIO. ALCUNE CATEGORIE SONO PIÙ ESPOSTE

Sibilla Di Palma

Milano

Il decreto attuativo che rende operativo l'obbligo anche per i professionisti dell'area sanitaria e gli avvocati di tutelarsi contro gli errori professionali sta per essere approvato. Le associazioni di categoria salutano con favore la novità, a patto però che rispetti alcune condizioni. Per Mirella Casiello, presidente Oua (Organismo unitario avvocatura) «una polizza obbligatoria è utile per la nostra categoria, ma abbiamo dei timori. Ad esempio, che possa essere agevolato un mercato selvaggio, con prezzi che potrebbero crescere in maniera esorbitante, o di dover fronteggiare l'inserimento di clausole che non coprono la retroattività nel passaggio da una polizza all'altra».

Per questo l'associazione chiede una serie di tutele, a cominciare dall'introduzione di una formula di claims made, ovvero a richiesta fatta, per le condotte pregresse o con retroattività ultradecennale. Altri passaggi fondamentali, secondo Casiello, riguardano poi l'obbligo a contrarre da parte delle compagnie: «Per evitare che l'avvocato sia la parte debole in fase di contrattazione», e la limitazione della franchigia fissa al 5%, in luogo dell'usuale 10%, anche a garanzia del danneggiato, che in questo modo non corre il rischio dell'insolvibilità del professionista.

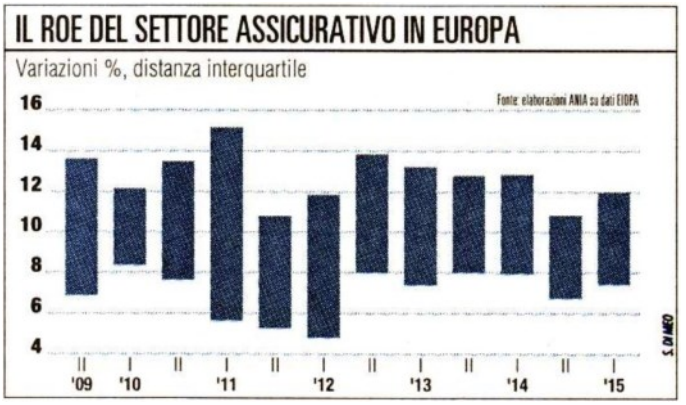
Sulla stessa lunghezza d'onda anche Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Milano: "Siamo d'accordo sull'assicurazione obbligatoria, ma ad alcune condizioni: le compagnie devono essere tenute ad assicurare perché altrimenti, considerato che quello delle polizze è un mercato un po' particolare in cui le aziende serie sono poche, si rischia di incappare in premi altissimi oppure di finire nella rete di società poco raccomandabili. La seconda è che prima del medico si assicurino le strutture sanitarie pubbliche e private e che il paziente possa trovare esposto all'ingresso il bollino dell'assicurazione".

Già da diversi anni molti avvocati hanno comunque iniziato a muoversi, sottolinea Maria Rita Arena, della direzione danni non auto Ania (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici), "spesso avvalendosi delle convenzioni siglate dall'ordine di appartenenza con le compagnie di assicurazione". Polizze che nel caso degli avvocati "coprono per esempio i danni patrimoniali e materiali, non alla persona come per i medici, per cui i premi dovrebbero essere meno elevati".

Più scottante, invece, il tema per questi ultimi, specie per le categorie a forte rischio di sinistro, come ginecologi, ortopedici e chirurghi, per i quali le tariffe per assicurarsi arrivano fino a 25mila euro l'anno. Tanto che, secondo un sondaggio, sulle assicurazioni per il mondo medico sanitario realizzato dall'Osservatorio internazionale della sanità (Ois) in collaborazione con l'Ordine dei medici e odontoiatri di Roma (che ha coinvolto oltre 1.000 camici bianchi), l'86,8% dei medici ha un'assicurazione. Quasi due su dieci hanno infatti dovuto sostenere una controversia con il paziente. Anche se i costi preoccupano: meno del 10% sarebbe disposto a spendere oltre il 5% del suo reddito per un'assicurazione. Per le categorie più a rischio, inoltre, spesso trovare una copertura assicurativa è sempre più difficile, considerato che "per la responsabilità civile medica da oltre un decennio è aumentato in maniera decisa in sede di giudizio l'importo dei risarcimenti", commenta Arena.

Un mercato, quello delle polizze della sanità «che vale potenzialmente 1,5 miliardi di euro considerando strutture ospedaliere e singoli professionisti», sottolinea Antonio Somma, amministratore delegato della società di brokeraggio assicurativo Trust Risk Group. E che negli ultimi anni ha visto un aumento esponenziale degli assicurati (+40% nel 2013 rispetto al 2012 e + 15% nel 2014 rispetto all'anno precedente).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia il Settimanale Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

22 ott 2015

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Infezioni da HIV

Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)

Farmaci

Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo

NOTIZIE FLASH

Aifa: attivato programma d'uso compassionevole per nuova terapia antiretrovirale per trattamento infezione da Hiv

di *Aifa*

L'Agenzia Italiana del Farmaco comunica che, allo scopo di garantire ai pazienti senza alternative terapeutiche il più tempestivo accesso alle nuove terapie antiretrovirali per il trattamento dell'infezione da Hiv , in continuità e analogia con quanto realizzato con i programmi di uso compassionevole nell'area terapeutica dell'epatite C e in risposta alla richiesta della Società italiana di Malattie infettive e tropicali (Simit), è stato attivato, ai sensi del Decreto Ministeriale 8 Maggio 2003, grazie alla disponibilità dell'azienda Gilead Sciences, un programma di uso compassionevole per l'utilizzo dell'associazione fissa elvitegravir 150 mg/ cobicistat 150 mg/emtricitabine 200 mg/ Tenofovir Alafenamide 10 mg (E/C/F/TAF) in singola compressa, attualmente ancora in attesa di Decisione della Commissione Europea.

In particolare, potranno accedere al protocollo di uso compassionevole i pazienti che rispondano ai seguenti criteri di inclusione:
- Bisogno identificato di trattamento con regimi a base di tenofovir disoproxil fumarate (TDF) e concomitanti tossicità e complicazioni renali o ossee:
- Pazienti con CKD di stadio 3.
- Pazienti con osteoporosi, storia di frattura da fragilità ossea, o un FRAX score >20% (fratture osteoporotiche maggiori).

- Nessun trattamento alternativo identificato dal proprio medico come migliore o equivalente in termini di profilo di efficacia e di sicurezza.
Rimarranno invece esclusi dal protocollo i pazienti che rispondano ai seguenti criteri:
- Donne in gravidanza o allattamento.
- Storia di intolleranza/allergia significativa ad analoghi nucleosidici/nucleotidici.
- Resistenza documentata a elvitegravir.

Il programma sarà accessibile a tutti i centri di Malattie Infettive che manifesteranno interesse per l'inserimento dei propri pazienti nel programma di uso compassionevole. Si rammenta che, in conformità con quanto disposto dal Decreto Ministeriale 8 Maggio 2003, successivamente all'approvazione dei Comitati etici del protocollo e delle richieste di trattamento, dovranno essere notificate all'Aifa le informazioni sui pazienti eleggibili al trattamento.

Si informa, infine, che l'inclusione dei pazienti nel programma di uso compassionevole

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

sarà possibile fino alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della determina di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (Aic). La fornitura gratuita di farmaco proseguirà, inoltre, per un mese dal momento di effettiva disponibilità del prodotto rimborsato sul mercato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

EUROPA E MONDO
24 Aprile 2015

Bustreo (Oms): «Violenza contro le donne, il piano è globale»

IMPRESE E MERCATO
12 Maggio 2015

Scaccabarozzi: «Interventi concreti contro l'Hiv che colpisce oltre 3 milioni di bambini»

IMPRESE E MERCATO
13 Maggio 2015

Hiv nei Pvs tra accesso alle terapie e globalizzazione delle cure

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 8.387
Lettori Ed. II 2014: 107.000
Quotidiano - Ed. Napoli

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
NAPOLI E CAMPANIA

Dir. Resp.: Enzo d'Errico

26-OTT-2015
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ricerca dell'Ateneo di Bari in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche

C'è un ormone che «fabbrica» le ossa

Lo studio è stato possibile grazie al premio per giovani ricercatori vinto nel 2014 da Graziana Colaianni

di **Ettore Mautone**

Lo sport come un ormone: scoperto per la prima volta un effetto indiretto dell'attività sportiva che, agendo sui livelli di una proteina, incrementa la densità e la qualità dell'osso anche in età avanzata sbarrando il passo all'osteoporosi. Finora si credeva che la struttura scheletrica di un adulto rimanesse sostanzialmente costante durante tutta la vita dopo essersi consolidata da giovane, per andare incontro a una inesorabile e progressiva fragilità nell'anziano. Così non è: la svolta, destinata a incidere fortemente su prevenzione e terapia dell'osteoporosi, arriva grazie a una ricerca dell'Università di Bari, in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche. La ricerca è stata possibile grazie a un premio per giovani ricercatori attribuito nel 2014 a Graziana Colaianni, specialista dell'Ateneo di Bari, prima autrice del lavoro. Un brevetto tutto italiano che rivela l'esistenza di un ormone che fabbrica le ossa che il corpo produce praticando sport. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista americana *Pnas-Proceedings of the National Academy of Sciences of the Usa*, organo ufficiale della United States National Academy of Sciences, una delle pubblicazioni scientifiche più prestigiose a livello accademico internazionale, ed è stato sostenuto dalla Siomms (Società italiana dell'osteoporosi, del metabolismo minerale e delle malattie dello scheletro). L'esito della ricerca, durata tre anni, cambia l'approccio della terapia sulle malattie dello scheletro, definendo il meccanismo con cui l'irisina (il cosiddetto «ormone dello sport»), prodotta dall'attività fisica, crea tessuto osseo. La svolta, inoltre, apre nuove prospettive per la nascita di farmaci simulanti un vero e proprio esercizio fisico: uno sviluppo importante soprattutto per le persone esposte all'osteoporosi che non possono praticare sport, per esempio anziani o più in generale malati affetti da altre patologie.

Per salvaguardare i risultati della ricerca tutta italiana Maria Grano, dell'Università di Bari, e Saverio Cinti, dell'Università Politecnica delle Marche, hanno depositato un brevetto sulla possibilità di utilizzo della molecola per la cura dell'osteoporosi. L'ormone in questione, scoperto nel 2012 dal ricercatore statunitense Bruce Spiegelman, è ancora poco conosciuto e la scoperta italiana porta un contributo importante per chiarirne il ruolo. La ricerca americana ha infatti dimostrato come l'irisina sia un «bruciagrassi» in grado di agire concretamente anche sull'osso: l'effetto «dimagrante» si verifica solo in presenza di grandi quantità dell'ormone, mentre per l'effetto «fabbrica osso» ne bastano anche piccole concentrazioni.

«Riteniamo che la svolta presentata dalla scoperta costituisca la prospettiva concreta non solo per la prevenzione con l'attività fisica — aggiunge il presidente della Siomms Giancarlo Isaia, direttore del dipartimento di Geriatria e Malattie metaboliche dell'osso all'ospedale Molinette di Torino — ma soprattutto per la cura delle malattie dell'osso in pazienti particolarmente difficili. Ora si giungerà a dare supporto osseo anche a chi non può prodursi da solo l'irisina con un cambiamento epocale in particolare per i pazienti geriatrici».

Il risultato della ricerca — spiega la professoressa Grano — ha una marcata rilevanza applicativa per i pazienti anziani in condizioni difficili. Sono loro i più esposti perché non possono svolgere attività fisica, sono destinati alla riduzione patologica del tessuto muscolare, che a sua volta risente negativamente delle condizioni di ipomobilità o anche di allettamento favorite dalle fratture indotte dall'osteoporosi: si genera in tal modo una sorta di implacabile circolo vizioso, con importanti conseguenze sanitarie ed elevatissimi costi sociali».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-OTT-2015
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

Lo studio

L'effetto analgesico della musica: così riduce il dolore

di **Sergio Harari**

Che la musica aiuti a rilassarsi non è certo una novità ma che lo faccia quando si è sottoposti a un intervento chirurgico e che riduca anche il dolore post-operatorio non era ancora ben chiaro a nessuno, medici compresi. Una ricerca appena pubblicata su *Lancet* rianalizza tutti i 72 studi scientifici ad oggi disponibili sull'argomento (si tratta di una metanalisi), giungendo alla conclusione che sia Mozart che Bob Dylan aiutano a vivere meglio i momenti della chirurgia. E prima si comincia ad ascoltare meglio è. In effetti i benefici maggiori sono registrati proprio quando l'ascolto inizia nel periodo pre-operatorio per poi proseguire durante l'intervento e nel post-operatorio. I vantaggi si manifestano nella riduzione non solo della componente ansiosa ma anche della percezione vera e propria del dolore, misurata mediante apposite scale di valutazione.

L'effetto positivo sembra essere presente in un'amplissima gamma di procedure: dalla cardiochirurgia alla ginecologia, alla chirurgia addominale e altre ancora. E se poi i brani sono scelti dallo stesso paziente i risultati, almeno sull'analgesia, sembrano ancora migliori. Perfino durante anestesia generale si realizzano i benefici effetti dell'ascolto. Le ipotesi sui meccanismi alla base dell'«analgesia musicale» sono molte, a cominciare da un'azione sui neurotrasmettitori cerebrali, ma quali che siano le ragioni, fosse anche solo grazie a un effetto placebo, ben vengano, considerando i bassi costi, la possibilità di ridurre l'uso di farmaci e la totale assenza di effetti collaterali. Passare dalla teoria alla pratica sembrerebbe facile, organizzare l'ascolto in ospedale di melodie e brani vari non dovrebbe essere complicato o costoso ma un primo problema sarà chi scegliere tra Beethoven, Verdi, Dylan e Ligabue.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 218.471
Diffusione 04/2015: 168.074
Lettori Ed. I 2015: 889.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE NORME E TRIBUTI

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-OTT-2015
da pag. 37
foglio 1
www.datastampa.it

L'automatismo. La patologia del lavoratore deve essere caratterizzata da un aggravamento progressivo

Diritto alla trasformazione per chi ha malattie croniche

Il diritto di trasformazione del contratto full time in part time è esteso oggi anche ai lavoratori affetti da una patologia cronica, non solo oncologica.

Una "conquista", questa, racchiusa nell'articolo 6 comma 3 del decreto legislativo 81/2015: i lavoratori del settore pubblico e privato affetti da patologie oncologiche o da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, ai quali resti una ridotta capacità lavorativa, eventualmente anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, accertata da una commissione medica istituita presso la Asl competente, hanno diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale. Su richiesta del lavoratore, il rapporto di lavoro a tempo parziale è trasformato nuovamente in rapporto di lavoro a tempo pieno.

L'estensione, tuttavia, è legata all'interpretazione che si darà al concetto di «gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti». In sostanza, il termine «ingravescenti» si riferisce a malattie che si aggravano progressivamente, con ciò escludendo dal campo di applicazione quelle patologie che pur croniche dal punto di vista clinico non peggiorano gradualmente nel corso del tempo.

L'assistenza ai familiari

Un altro aspetto rilevante riguarda i familiari che assistono persone affette da gravi malattie. L'articolo 6, comma 4 afferma che in caso di gravi patologie riguardanti il coniuge, i figli o i genitori del lavoratore o della lavoratrice, o nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità secondo l'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992, che abbia necessità di assistenza continua perché non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, al lavoratore è riconosciuta la priorità nella trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

Infine, il comma 5 riconosce la priorità nella trasformazione del rapporto di lavoro anche ai lavoratori con un figlio malato convivente di età non superiore a tredici anni o con figlio convivente con disabilità, in base alla legge 104/1992. Eppure, la norma oggi esclude i lavoratori con figli minorenni con più di tredici anni che hanno comunque una necessità di assistenza legata non all'età ma alla gravità della patologia invalidante.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 8.387
Lettori Ed. II 2014: 107.000
Quotidiano - Ed. Napoli

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
NAPOLI E CAMPANIA

Dir. Resp.: Enzo d'Errico

26-OTT-2015
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Intervista con il rettore dell'Università di Roma Tor Vergata

Il professore Giuseppe Novelli: «La strada del futuro è la genetica»

Giuseppe Novelli
Biologo e professore universitario, attualmente è rettore dell'Università di Roma Tor Vergata. Ha fatto parte del consiglio direttivo dell'Anvur dal 2011 al 2013

«Il tema della prevenzione, oltre che essere un evidente aspetto della salute pubblica, rappresenta anche un settore nodale dell'economia di un Paese. In questo scenario la prevenzione assume contorni sempre più strategici; tuttavia il rischio è che diventi una medaglia di cui molti si fregiano ma, in realtà, senza la necessaria efficacia e il giusto rigore scientifico». A parlare è Giuseppe Novelli, rettore dell'Università Tor Vergata di Roma, convinto che se così fosse, anche un tema tanto importante, potrebbe perdere la sua efficacia. «Tutto questo — dice — avviene per una ragione molto chiara: la prevenzione deve essere mirata perché non siamo tutti uguali e, di conseguenza, ciascun individuo è esposto a rischi diversi. La soluzione al problema è senza dubbio la genetica».

Come può la genetica andare a incidere nella fase di prevenzione e nella fase terapeutica?

«È molto più semplice di quello che immaginiamo. La genetica predittiva, per esempio, ci permette di avere una moltitudine di informazioni e ottenere così una stratificazione della popolazione in diversi ambiti di rischio. A questo punto sarà possibile fare una prevenzione mirata, ma non solo, anche una vera e propria terapia. La genetica permetterà di far combaciare il farmaco, che possiamo immaginare come una chiave, con il nostro organismo che potremmo definire serratura. Quando la serratura e la chiave combaciano, si spalancano le porte della salute. Voglio ricordare un dato importante: tra Europa e Stati Uniti sono oltre due milioni le persone ricoverate nelle strutture sanitarie per reazioni avverse al farmaco e di queste ne muoiono quasi centomila l'anno. Con la personalizzazione del farmaco sulla mappatura genetica anche questi numeri si potranno abbattere».

Se il tema è la genetica e quindi la ricerca, che ruolo possono giocare le università in questo contesto?

«Sono e saranno il vero motore propulsivo, anche perché le aziende farmaceutiche hanno subìto grandi contrazioni di mercato, legate anche a un approccio molto più etico e responsabile. Oggi non si fanno più ricerche e investimenti su farmaci di larga scala ma, per esempio, si pone anche il problema della malattie rare e le ricerche devono essere incoraggiate proprio in questa direzione. Per questo le università rappresenteranno sempre più il ponte tra la ricerca e l'industria farmaceutica».

Come vede il tema dei ricercatori che sono costretti ad andare a lavorare all'estero?

«È un problema reale. Anche se può essere foriero di una lettura positiva, seppur quasi nessuno la veda, ovvero che le nostre università formano ottimi ricercatori che tutto il mondo è disposto ad accogliere. Dall'altra parte, il problema è che non siamo in grado poi di sviluppare un mercato competitivo per la ricerca, inclusa quella universitaria. Non possiamo continuare a pensare agli atenei semplicemente come pubblica amministrazione e quindi con le stesse regole. Se vogliamo essere competitivi dobbiamo garantire alle università la possibilità di assumere direttamente e con la negoziazione dei contratti, come avviene nelle università più prestigiose del mondo. Ma si va nella giusta direzione, apprezzo, per esempio, la scelta presa dal governo di fare una legge per agevolare il ritorno dei ricercatori italiani nelle nostre università».

R. S.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 44.975
Lettori Ed. II 2014: 240.000
Quotidiano - Ed. Genova

IL SECOLO XIX GENOVA

Dir. Resp.: Alessandro Cassinis

26-OTT-2015
da pag. 15
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

OGGI IL VIA MA SOLTANTO NEGLI AMBULATORI. I CAMICI BIANCHI: «NON C'È ORGANIZZAZIONE»

Influenza, medici di famiglia senza vaccini

La campagna parte con un flop: le 135 mila dosi destinate ai mutualisti sono nei frigoriferi della Asl

LA DENUNCIA

Stimamiglio: «Hanno fatto pubblicità ma non hanno curato gli aspetti pratici»

LA DIFESA DELLA ASL

Marensi: «C'è stato un ritardo nelle consegne. Ci scusiamo per i disagi»

GUIDO FILIPPI

«IL VACCINO è la miglior difesa contro l'influenza. Non pensateci due volte». In questi giorni hanno fatto appelli un po' tutti: il ministero della Salute, la Regione, le Asl, gli specialisti e i medici di famiglia. Dopo il flop dell'anno scorso, con la Liguria ai minimi storici di vaccinati, sabato è intervenuto anche l'assessore alla Salute Sonia Viale. «Invito tutte le persone a rischio, dagli anziani a chi ha problemi di salute, dagli operatori sanitari a chi lavora nelle scuole, a rivolgersi al proprio medico o alla Asl, e a vaccinarsi». Peccato, però, che la campagna, alla vigilia dell'esordio faccia registrare un altro flop e parta con il piede sbagliato.

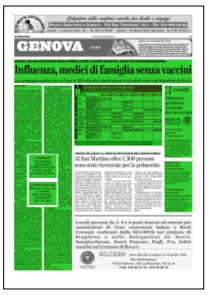
Le 135 mila dosi di vaccino, acquistate dalla Asl 3 (280 mila per tutte le Asl liguri) e destinate a circa 600 medici di famiglia genovesi, sono ancora nei frigoriferi del centro di via Bainsizza, a Sturla e la distribuzione inizierà soltanto oggi con gli inevitabili ritardi nelle consegne. Che in un primo tempo erano previste per martedì 20, ma poi sono state rinviate di una settimana.

«L'ennesimo esempio di disorganizzazione sulla pelle dei pazienti - denuncia il segretario regionale dei medici di famiglia della Fimmg, Andrea Stimamiglio - soprattutto delle persone anziane. Prima si fa tanta pubblicità per la vaccinazione e poi si consegnano le dosi con una settimana di ritardo. È sempre la stessa musica, per non parlare che c'è un solo punto di distribuzione, a Sturla, per tutta la città. Chi si presenta oggi nei nostri studi, convinto di potersi vaccinare, dovrà fare di nuovo la coda e tornare tra qualche giorno o la prossima settimana».

Ricorda che la Regione ha fatto retromarcia e che, quest'anno, i medici di famiglia possono nuovamente vaccinare gli under 65 a rischio. «Abbiamo la lista dei pazienti e dobbiamo cercarli uno ad uno, e poi indicare il tipo di vaccino, con il numero di lotto, che somministriamo a ciascun paziente».

Valeria Messina, che ha lo studio ad Albaro ed è anche consigliere dell'Ordine dei medici, andrà oggi a ritirare la sua quota di dosi. Sarà una delle prime «perché voglio vaccinare i miei pazienti il più velocemente possibile. Certo con una migliore organizzazione si evitano tanti problemi». Mercoledì tocca a Giuseppe Stellini, studio a Pegli e 1.500 assistiti. «Sono già stati avvisati che la vaccinazione partirà qualche giorno dopo». Anche Pierclaudio Brasesco, medico di famiglia con lo studio a San Fruttuoso e presidente di Medicoop, ha l'appuntamento per mercoledì ma non può fare a meno di ricordare la campagna pubblicitaria delle ultime settimane. «È vero che non c'è un'urgenza e che non succede niente se uno si vaccina la prossima settimana anziché martedì, ma basta poco per organizzare la distribuzione ed evitare disagi ai pazienti».

Resta il fatto che stamattina, nei frigoriferi di via Bainsizza ci sono ancora 135 mila dosi di vaccini di due tipi (potenziato Intanza e quadrivalente) e altre 45 mila sono nei centri della Asl dove oggi scatterà la campagna.



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 44.975
Lettori Ed. II 2014: 240.000
Quotidiano - Ed. Genova

IL SECOLO XIX GENOVA

Dir. Resp.: Alessandro Cassinis

26-OTT-2015
da pag. 15
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Lorenzo Marensi è il direttore dell'Ufficio Igiene della Asl 3, e parla di un ritardo provocato da alcune sfortunate coincidenze: «Ci dispiace per i disagi, ma abbiamo sperato fino all'ultimo di poter distribuire anche il vaccino Fluad che viene consigliato per gli over 65. Purtroppo c'è un problema a livello nazionale e non sappiamo se arriverà». L'anno scorso proprio due lotti di vaccino Fluad erano stati tolti temporaneamente dal commercio dopo alcune morti sospette.

Ma un problema tira l'altro. È in ritardo la consegna del Fluad e gli igienisti cella Asl 3 hanno preferito rimediare con un vaccino quadrivalente che va sì bene per tutti ma è consigliato per gli adulti.

filippi@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Campagna Influenzale Stagionale

Orari e ambulatori straordinari da oggi al 28 novembre 2015

distretto			lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
8	Pra'	Villa de Mari via de Mari 1b	14,00-17,30					
	Pegli	via Pegli 10 ex Ospedale Martinez			14,00-17,30 solo 4 e 18 novembre			
9	Fiumara	via Operai 80	14,00-17,30		14,00-17,30		14,00-17,30	8,30-11,30
	Sestri	via Soliman 7		14,00-17,30		14,00-17,30		
10	Bolzaneto	via Bonghi 8		14,00-17,30		14,00-17,30		
11	Genova centro	via Assarotti 35		14,00-17,30	14,00-17,30	14,00-17,30		8,30-11,30
12	Struppa	via Struppa 150	14,00-17,30		14,00-17,30			
13	Sturla	via Bainsizza 42			14,00-17,30	14,00-17,30		8,30-11,30
	Recco	via Bianchi 1 ex Ospedale Recco		14,00-17,30 solo 3 e 17 novembre				

■ Dal 30 novembre 2015 la campagna influenzale continuerà negli ambulatori vaccinali ordinari della S.C. Igiene e Sanità Pubblica per i quali si rimanda al sito aziendale **www.asl3.liguria.it**

3 consigli

Attenzione quest'anno ci saranno due nuovi ceppi

Giancarlo Icardi
direttore Scienze Salute Università

Lei consiglia sempre di vaccinarsi

Sì, è fondamentale perché il vaccino è l'unico rimedio sicuro ed efficace contro l'influenza. Quest'anno è ancora più importante perché due ceppi su tre saranno diversi rispetto all'anno scorso

Come sarà l'influenza di quest'anno

Finora non ci risulta che i virus saranno particolarmente aggressivi. Deve però aumentare il numero delle persone che si vaccinano

È importante vaccinarsi fin dai primi giorni

L'importante è vaccinarsi. Il vaccino contro l'influenza è efficace nell'arco di una ventina di giorni e quindi non conviene aspettare dicembre

data stampa
dal 1980 monitoraggio media