quotidianosanità.it

Lunedì 21 DICEMBRE 2015

Denunce in sanità. Due ogni mille dimissioni. In 2 casi su 3 è per lesioni personali. Risarcimenti in media di 52 mila euro. Ma fino a quasi 4 anni per chiudere una causa. Il Rapporto Agenas

Pubblicato il primo report annuale dell'Osservatorio nazionale sinistri gestito dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Il fenomeno riguarda nel 33% dei casi gli over 65. In media il risarcimento è il 27% della somma preventivata. Liquidati in un anno il 2,7% dei sinistri. Nel 72% dei casi ci si rivolge all'avvocato. IL RAPPORTO

Due denunce di sinistro ogni 1.000 dimissioni ospedaliere. Nel 65,86% dei casi riguardano casi di lesioni personali. In media i risarcimenti sono stati di 52.368 euro con una punta massima di 2,4 mln. In ogni caso i tempi per la giustizia sono lunghi: per aprire una causa, ci vogliono in media 872,53 giorni, e per chiuderla, 542,45 giorni. Insomma quasi 4 anni. Ma questi sono solo alcuni dei numeri del **Primo rapporto annuale (2014) sulle denunce dei sinistri in sanità**, che analizza i dati della quasi totalità delle Regioni e Province Autonome (non sono disponibili i dati del Friuli Venezia Giulia). Il lavoro è stato realizzato *dall'Osservatorio nazionale sinistri gestito da Agenas*, attraverso 21 indicatori sulla base dei quali sono stati organizzati ed elaborati i dati forniti dalle strutture sanitarie pubbliche per l'anno 2014. I risultati sono presentati in forma aggregata a livello nazionale e rendono in questo modo una prima fotografia del contesto di riferimento del nostro Paese. (Vedi anche approfondimento su sistemi de gestione dei sinistri).

L'Osservatorio nazionale sinistri elabora i dati del Simes-ds, Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità del Ministero della Salute, che raccoglie e analizza le informazioni relative alle denunce dei sinistri trasmesse dalle strutture sanitarie pubbliche, tramite le Regioni e le P.A. Obiettivo dell'Osservatorio, istituito con Intesa Stato-Regioni del 2008 e Decreto Ministeriale del 2009 che lo assegnano come specifica funzione istituzionale ad Agenas, è quello di effettuare un monitoraggio costante delle denunce e di produrre per la prima volta dati attendibili a livello nazionale sulla sinistrosità delle strutture pubbliche.

"L'elaborazione del rapporto – si legge nel report - ha consentito l'evidenziazione di alcuni aspetti suscettibili di ampio miglioramento, sia in termini di contenuti oggetto di rilevazione, che delle stesse modalità di rilevazione e di rappresentazione. Si riportano, a titolo di esempi degli ambiti di miglioramento individuati, la classificazione delle cause dei sinistri, la classificazione delle tipologie di strutture partecipanti al monitoraggio, l'anno di nascita del presunto danneggiato che non può essere superiore all'anno della data evento. Tutto ciò ha stimolato la ricostituzione, a cura di Agenas, del gruppo di lavoro inter-regionale interno del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, che procederà alla verifica e all'aggiornamento dei contenuti informativi del SIMES. Dalla lettura e dall'analisi dei contenuti del presente rapporto giungono numerosi spunti di riflessione anche in merito ai modelli regionali per la governance del contenzioso in sanità. Le elaborazioni delle informazioni relative alle denunce di sinistri potrebbero apportare notevoli contributi alla discussione, ad oggi ancora aperta, sui metodi e gli strumenti per la valutazione dei modelli adottati dalle Regioni per la

gestione del rischio RCT/O".

I numeri del rapporto:

INDICE DI SINISTROSITÀ REGIONALE: definisce la frequenza con cui si verificano gli errori in sanità denunciati, ed è pari a 20,94 su 10 mila casi (dimissioni).

COSTO MEDIO DEI SINISTRI LIQUIDATI: la cifra è di 52.368 euro

SINISTRI PER TIPOLOGIA DI DANNO: Nel 65,86% dei casi si tratta di denunce per lesioni personali, nel 12,88% per decesso e nel 5,67% per danno a cose.

SINISTRI PER TIPO DI PRESTAZIONE: Nel 33,55% i sinistri aperti hanno riguardato un intervento, nel 18,49% l'assistenza e nel 17,31% la terapia.

COSTO MEDIO SINISTRI LIQUIDATI PER TIPO DI DANNO: Il risarcimento per decesso è di 284.669 euro, seguono quelli per lesione dei diritti giuridicamente rilevanti con una media di 56 mila euro e poi ci sono le lesioni personali con una media di liquidata di 45 mila euro.

PERCENTUALE DI SINISTRI LIQUIDATI NELL'ANNO: La cifra è del 2,76%

GIORNI MEDI PER L'APERTURA DI UNA PRATICA: 872,53

GIORNI MEDI PER LA CHIUSURA DI UNA PRATICA: 542,45

SINISTRI PER CONTESTO DI RIFERIMENTO: Nel 52,43% l'apertura di un sinistro era in regime di ricovero ordinario, nel 15,48% dei casi si è verificato in accesso al Pronto soccorso e nel 9,34% in ambulatorio.

SINISTRI PER TIPO DI PROCEDIMENTO: Il 74,44% dei sinistri aperti ha un procedimento stragiudiziale, la Conciliazione è all'8,98%.

SINISTRI PER TIPOLOGIA TRAMITE: Nel 72,34% dei casi le denunce vengono presentate tramite l'avvocato, direttamente invece nel 10,61% dei casi e 3,87% attraverso una agenzia antiinfortunistica.

PERCENTUALE SINISTRI CHIUSI IN VIA STRAGIUDIZIALE ENTRO L'ANNO: 7,87%

RAPPORTO TRA IMPORTI LIQUIDATI E SOMME PREVENTIVATE: 0,27. In sostanza viene liquidato in media il 27% di quanto preventivato.

SINISTRI PER ETA' (del danneggiato): Nel 33% dei casi riguarda persone over 65, mentre nel 17% dai 45 ai 54 anni e nel 16% la fascia di età tra i 55 e i 64 anni

MASSIMO/MINIMO IMPORTO LIQUIDATO PER TIPO DI DANNO. L'importo massimo per lesioni personali liquidato è stati di 2,4 milioni di euro mentre il minimo è stato di 16.150 euro. Per quanto riguarda le lesioni di diritti giuridicamente rilevanti il massimo liquidato è stato di 2 milioni di euro e il minimo di 52,6 euro. Per decesso il massimo liquidato è stato di 1,4 mln.

Luciano Fassari

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-DIC-2015
da pag. 23
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

CASSAZIONE/ Due sentenze sui capisaldi: linee guida e autodeterminazione del paziente

Responsabilità di ginecologo

Le procedure non sono un "ombrello": prevale la libertà di scelta del medico

In tema di responsabilità medica, le linee guida - provenienti da fonti autorevoli, conformi alle regole della miglior scienza medica e non ispirate a esclusiva logica di economicità - possono svolgere un ruolo importante quale atto di indirizzo per il medico. Esse, tuttavia, avuto riguardo all'esercizio dell'attività medica che sfugge a regole rigorose e predeterminate, non possono assurgere al rango di fonti di regole cautelari codificate, rientranti nel paradigma dell'articolo 43 del codice penale (leggi, regolamenti, ordini o discipline), non essendo né tassative né vincolanti e, comunque, non potendo prevalere sulla libertà del medico, sempre tenuto a scegliere la migliore soluzione per il paziente.

Con questa motivazione, la Cassazione penale, sezione V, con sentenza **n. 46454/2015**, depositata il 23 novembre, ha respinto il ricorso di una ginecologa, confermando la sentenza di condanna per omicidio colposo disposta dalla Corte d'appello di Brescia.

Il primo caso

Il 2 luglio 2010 verso le 13:50, una ventisettenne e incinta alla 38ª settimana, venne accompagnata dal marito presso il Pronto soccorso, accusando forti dolori addominali e ricoverata presso il reparto Ostetricia-ginecologia con diagnosi di «prodromi di travaglio di parto in 2ª gravida (...) pregressa miomectomia (...) pressione arteriosa borderline».

La dottoressa, misurata la pressione arteriosa, chiese al marito di procurarsi la documentazione clinica relativa all'operazione di miomectomia multipla che la paziente aveva subìto presso la stessa clinica in quanto non era in grado di procurarsela da sola.

In attesa, applicò il cardiotocografo (dalle ore 13:57 alle 14:45 e poi dalle ore 18:16 alle 19:25). Alle 20 smontò dal turno e la lasciò ad altra dottoressa (anch'essa condannata, ma non parte del processo). La donna, rimase ricoverata in reparto e i dolori non cessarono. Verso le 22 venne rinvenuta priva di sensi e quindi immediatamente trasferita in chirurgia per il parto cesareo di emergenza.

L'intervento rivelò la già avvenuta lacerazione dell'utero e la conseguente morte del feto per asfissia a seguito del distacco della placenta e perdita, conseguente, della capacità di procreare.

Il medico si difese, sostenendo che le linee guida del ministero della Salute sul parto non contemplavano il caso di pregressa miomectomia e sosteneva di avere affrontato una situazione solo prodromica al travaglio e, quindi non aveva alcuna urgenza di scegliere tra parto naturale e taglio cesareo.

Ragioni difensive bocciate dalla Corte di cassazione, secondo cui se è vero che le linee guida nazionali non considerano la miomectomia come ragione elettiva del parto cesareo, il rischio è del tutto noto nella scienza medica, tanto da presentarsi come uno dei fattori usualmente da considerare, all'esito di adeguato approfondimento, nella prospettiva di una possibile esclusione del parto naturale.

Non vi è dubbio che, nel caso concreto, l'esito di quella comparazione tra il rischio del parto cesareo e quello, più alto del parto naturale, doveva orientare, in applicazione di un evidente principio di precauzione, verso l'immediata esecuzione del parto cesareo: l'unica soluzione infatti che, con certezza, avrebbe salvato il feto e del tutto verosimilmente evitato alla paziente la perdita della capacità di procreare.

Il secondo caso

La responsabilità del sanitario per violazione dell'obbligo di acquisire il consenso informato discende dal solo fatto della condotta omissiva. A nulla vale sostenere che le linee guida o la valutazione economica non prevedevano l'opportunità di procedere alla prescrizione di un determinato esame.

Secondo i giudici della Corte di cassazione civile, sezione III, **27 novembre 2015, n. 2422**, in riforma della sentenza del giudice di merito di Mantova che aveva dato ragione al ginecologo, l'inadempimento dell'obbligo di informazione assume autonomo rilievo nel rapporto contrattuale, a prescindere dalla correttezza o meno del trattamento sanitario eseguito o dalla prova che il danneggiato avrebbe rifiutato l'intervento se adeguatamente informato (così, da ultimo, Cassazione, 14642/15).

Screening pre-natali: mancata informazione alla paziente

I coniugi citarono in giudizio il ginecologo per sentirlo condannare al risarcimento dei danni, che assumevano essere loro derivati per la mancata informazione circa le indagini prenatali da effettuarsi, ovvero comunque effettuabili, e per la mancata diagnosi delle gravi patologie da cui era affetto il feto, partorito al termine della gravidanza e per le loro condizioni non era stata riconosciuta dagli stessi.

Si costituiva il convenuto, eccependo di avere informato la paziente che per essere certi dell'assenza di malformazioni del feto, era necessario sottoporsi a esami invasivi che erano considerati non appropriati per l'età della paziente e comportanti un rischio abortivo. Inoltre il costo era a carico della paziente. Di conseguenza la paziente aveva deciso di non farli. In ragione all'addebito di non aver diagnosticato le malformazioni del feto, omettendo di prescrivere l'amniocente-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-DIC-2015
da pag. 23
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

si o l'analisi dei villi coriali, impedendo perciò l'esercizio del diritto all'interruzione della gravidanza, la corte di merito aveva sposato quanto emerso dalla Ctu, secondo la quale l'indagine sul cariotipo, unico metodo per una diagnosi prenatale della sindrome di Down, non era consigliata nel caso specifico, stante la giovane età della madre, il suo basso rischio per patologie cromosomiche fetali e l'esito di altre indagini, effettuate nel corso della gravidanza con conseguente insussistenza di errori tecnico-professionali imputabili al ginecologo.

La Cassazione, ribaltando le sentenze di merito, ha accolto, invece, le ragioni della paziente ritenendo errata la prospettazione.

Il diritto all'autodeterminazione è diverso dal diritto alla salute

Vanno trattate diversamente le fattispecie in cui il danneggiato lamenti la lesione del primo e/o la lesione del secondo (cfr. da ultimo, Cassazione, 2854/2015).

A maggior ragione, affermano i giudici, le fattispecie, come quella in esame, in cui si lamenti che dalla lesione del diritto all'autodeterminazione in tema di scelte diagnostiche, sia conseguita la lesione di altro diritto, quale quello di interrompere volontariamente la gravidanza, o di autodeterminarsi in merito alla scelta di procedere o meno a siffatta interruzione è il sanitario, cui incombe l'obbligo di informare il paziente circa i possibili accertamenti diagnostici utili o necessari in una determinata situazione e circa i rischi e i vantaggi a ciascuno connessi, a dover fornire la prova di avere adempiuto a tale obbligo, restando a suo carico, in caso contrario, la responsabilità per lesione del diritto del paziente all'autodeterminazione anche in merito alle scelte diagnostiche.

In ragione di quanto sopra, la Corte ha rinviato alla Corte d'appello per verificare l'esistenza di una espressa e inequivoca dichiarazione della volontà di interrompere la gravidanza in caso di malattia genetica, quale quella espressa dalla gestante nel caso di specie sempre che il ginecologo abbia contestato l'esistenza di questa sua volontà negli atti processuali.

Paola Ferrari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-DIC-2015
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

CODICE ROSSO a cura di Cineas

Il ddl Gelli e le nuove sfide del risk management

Inserire nel percorso formativo un corso ad hoc

Il cosiddetto disegno di legge Gelli sulla responsabilità professionale in ambito sanitario, pur muovendo dal controverso tema delle responsabilità, pone in rilievo la necessità di dare un inquadramento normativo consistente alla funzione di gestione del rischio.

Tale funzione viene avvalorata di alcuni obiettivi strategici che, pur non essendo esaustivi, possono imprimere una spinta innovativa nell'attuale panorama nazionale che è piuttosto eterogeneo. Al fine di assicurare una reale efficacia all'insieme di intenti proposti nel Ddl, giova focalizzare l'attenzione su due riflessioni di primaria importanza.

In primo luogo riteniamo sia necessario ribadire alcuni aspetti riguardanti l'inquadramento organizzativo della funzione di risk management che deve essere collocata al vertice dell'organizzazione nell'ambito della Direzione generale come ufficio di staff del Direttore generale. Ogni azienda sanitaria con un numero minimo di 2.500 dipendenti deve definire il proprio piano di organizzazione aziendale con l'istituzione di una Unità operativa complessa di Risk management affidata al Risk manager con il ruolo di direttore di struttura, a tempo pieno.

Le aziende con un numero inferiore di dipendenti possono attivare la funzione di gestione del rischio attraverso accordi consociativi con aziende simili affidando l'incarico a un unico risk manager.

Alla struttura di risk management devono essere assegnate risorse tecniche, strumentali, logistiche e umane idonee allo svolgimento della propria funzione senza l'onere di ulteriori costi a carico del bilancio. Al risk manager deve essere garantita ampia autonomia gestionale nella definizione della policy aziendale di risk management attraverso l'identificazione, valutazione e trattamento dei rischi aziendali sulla base delle priorità emergenti.

Il risk manager deve provvedere alla definizione del Piano annuale di gestione del rischio da proporre per approvazione alla direzione strategica, avvalendosi della collaborazione dei principali stakeholder interni, sia sanitari che amministrativi, riuniti nel Gruppo di Coordinamento aziendale per la Gestione del rischio (Gcgr).

Il Piano approvato deve contenere la descrizione dettagliata dei progetti operativi da realizzare con l'indicazione dei risultati attesi. Il risk manager deve rendersi responsabile del raggiungimento degli obiettivi previsti anche sulla base di indicatori condivisi. I progetti e gli obiettivi devono essere definiti in armonia con il Piano delle performance e possono costituire elementi di riferimento per il riconoscimento delle premialità previste sia per l'area della dirigenza che per il comparto sanitario.

Il risk manager, infine, deve fornire un significativo supporto allo svolgimento delle attività di gestione del rischio giudiziario in collaborazione con l'ufficio sinistri - avvocatura - aziendale nell'ambito del Comitato di valutazione dei sinistri (Cvs).

Funzione di non secondaria importanza, il risk manager deve provvedere alla diffusione della cultura del rischio per tutto il personale aziendale attraverso la predisposizione di un programma annuale di formazione interna.

La seconda riflessione scaturisce dall'indicazione normativa inserita nel Ddl secondo la quale la posizione di Risk manager deve essere assegnata a un medico con il titolo di specialista in Igiene e Medicina preventiva o equipollente (Statistica sanitaria) o con consolidata esperienza nel settore.

Tale indicazione appare alquanto appropriata e ragionevole e pone in rilievo la necessità di un adeguato iter universitario.

Ciò significa che nell'eventualità di una conferma di tale paletto normativo, tutte le Scuole di Specializzazione in Igiene e medicina preventiva (Statistica sanitaria) dovranno provvedere a inserire nel percorso formativo degli specializzandi almeno un corso di formazione sui principi generali del risk management al fine di assicurare una seppur minima preparazione sull'argomento.

Tale formazione non può considerarsi esaustiva e si deve quindi prevedere per tutti i risk manager l'acquisizione di un Diploma manageriale in risk management sanitario di almeno 160 ore, da acquisire anche successivamente alla nomina, secondo un programma di formazione concordato a livello nazionale per il quale il format del diploma in Hospital risk management Cineas - Consorzio universitario non-profit fondato dal Politecnico di Milano, nel 1987 - può costituire un utile standard di riferimento sia per gli argomenti trattati che per la modalità didattica basata sull'action learning.

Diviene quindi auspicabile, in quest'ottica, il coordinamento nazionale per l'identificazione delle sedi universitarie idonee ad erogare tale percorso di formazione manageriale oltre alla definizione della formazione dei formatori.

Indipendentemente dal futuro destino del Ddl Gelli, riteniamo, infine, che il corretto inquadramento organizzativo del Risk manager unitamente alla definizione delle sue competenze manageriali siano elementi imprescindibili per tradurre in fatti concreti le interessanti e controverse disposizioni normative attualmente in discussione, al fine di migliorare ulteriormente l'affidabilità del nostro Servizio sanitario nazionale di fronte alle incipienti sfide culturali, tecnologiche ed economiche.

Roberto Agosti
coordinatore del master Cineas in Hospital risk management

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

22-DIC-2015
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Aifa a Melazzini

Dopo le dimissioni di **Sergio Pecorelli** dalla presidenza Aifa, l'incarico passa a **Mario Melazzini**. Consenso unanime sulla nomina.

A PAG. 13

Dopo le dimissioni di Sergio Pecorelli si cambia subito: alla presidenza il medico pavese

Aifa new look con Melazzini

Il lungo curriculum tra ricerca e governo - Nomina forse già a fine anno

Da un bresciano a un pavese. Da **Sergio Pecorelli** a **Mario Melazzini**. È scattato lo show down all'Agenzia italiana del farmaco. Venti giorni dopo la sospensione dall'incarico, si è dimesso mercoledì scorso il presidente del Cda dell'Aifa, professor Pecorelli, accusato per un presunto conflitto di interessi di "livello 3", il più elevato nella casistica interna, da un comitato interno dell'Authority per la partecipazione a due Fondazioni e a una società di venture capital.

«Faccio un passo indietro per rispetto delle istituzioni. Non devo dimostrare alcuna estraneità, i fatti che mi si contestano sono inesistenti. Ho presentato le dimissioni in quanto ritengo non sussistano le condizioni minime di serenità per continuare a lavorare in un'istituzione pubblica qual è oggi l'Aifa», ha dichiarato il professore e ginecologo di Brescia, 71 anni, che è anche rettore della locale Università. Incarico per il quale è stato di recente indagato dalla Procura per un concorso ritenuto ad hoc per una ex dipendente Aifa, già nella segreteria dell'ex ministra Gelmini.

Le dimissioni di Pecorelli sono state "accolte" subito dalla ministra **Beatrice Lorenzin**: «Ringrazio il professor Pecorelli per l'impegno e il lavoro di questi anni e per il gesto di sensibilità istituzionale. Sono sicura che avrà modo di dimostrare la sua totale estraneità ai fatti contestati». Toni garbati e sinceri. Anche se le dimissioni del professore bresciano sono state viste come il "male minore" per uscire dall'*impasse* dell'*affaire* Aifa. Destituirlo sarebbe stato un passo duro, ma a quel punto inevitabile senza le dimissioni dopo venti giorni vissuti sull'altalena.

Intanto la ministra della Salute si era già messa all'opera, tra sue sensazioni, consiglieri e Regioni, per cercare il nome del prossimo presidente del Cda dell'Aifa. Qualcuno aveva fatto balenare il nome di una persona, donna, che già lavora a capo di una speciale e importante commissione interna dell'Agenzia. Ma a tanti non è sembrata la figura giusta, o da tutti accolta con favore. Poi è emersa netta la figura di Mario Melazzini. E su quella si è lavorato con consensi crescenti e tutti molto positivi. Così è lui il candidato, per una designazione già inviata alle Regioni che dovranno dare il loro placet. Praticamente scontato. Forse già a fine anno.

Un candidato eccellente l'assessore della Lombardia (Università e ricerca) Mario Melazzini, 57 anni di Pavia, 3 figli, presidente di associazioni anche di ricerca per i malati di Sla, malattia che affligge anche lui. Con un lungo curriculum: dopo l'attività di primario all'Istituto scientifico di Pavia, della Fondazione Maugeri, e la docenza a contratto nella I Scuola di specializzazione in medicina del lavoro dell'Università sempre di Pavia, Melazzini ha ricoperto diverse cariche nella Regione Lombardia: dirigente nella direzione generale Sanità e poi assessore alla Sanità, prima di assumere le attuali deleghe all'università e ricerca nella Giunta Maroni.

Intanto l'Aifa, colosso che governa oltre 30 mld di spesa pubblica, ha in atto una mega procedura di 400 assunzioni. Con capitoli aperti delicatissimi, a partire da quello dei farmaci innovativi, e poi della spesa farmaceutica ospedaliera che sfonda di oltre 1,5 miliardi l'anno e dei ripiani a carico delle imprese, su cui nella manovra non è finito nulla.

Vale la pena ricordare un fatto, a proposito di Aifa. Proprio in coincidenza forse non casuale con l'annuncio delle dimissioni di Pecorelli, l'Agenzia in un comunicato ha tessuto le lodi di se stessa e dei suoi controlli anti-corruzione e anti-conflitto d'interesse. Controlli che, sottolinea, in un anno sarebbero raddoppiati con l'individuazione di 15 casi di "livello 3" di rischio nel 2014 e 8 quest'anno. Chissà se già conteggiava anche il professore bresciano. *(r.tu.)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Mario Melazzini

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 374.064
Diffusione 10/2015: 262.723
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

22-DIC-2015
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

La polemica

"Abbiamo aiutato Dominique a morire pronti a farlo con altri"

Eutanasia in Svizzera, autodenuncia del radicale Cappato Il ministro Lorenzin: non dobbiamo lasciare soli i malati

MILITANTE
Dominique Velati, militante radicale e malata terminale di cancro ha ottenuto il suicidio assistito a Berna, in Svizzera, ed è deceduta il 15 dicembre. Voleva una morte dignitosa

CATERINA PASOLINI

ROMA. Dominique Velati non c'è più. È morta a Berna, grazie all'eutanasia che lei, attivista radicale malata di tumore terminale, aveva voluto e raccontato lucidamente in un'intervista televisiva a "Servizio Pubblico". Come lei sono 200 ogni anno, secondo alcune stime, gli italiani che in silenzio varcano il confine e pagano per morire. Per non finire come Monicelli o Lizzani, costretti ad usare le ultime forze per andarsene gettandosi dalla finestra. Altri 90 hanno chiesto aiuto ai radicali nelle ultime settimane: giovani, vecchi, malati, «in cerca di informazioni, soli davanti ad un Parlamento che ignora le proposte di legge sull'eutanasia e il testamento biologico», denuncia Filomena Gallo, presidente dell'associazione Coscioni.

Dominique è andata oltreconfine grazie al consiglio, all'aiuto e al supporto finanziario delll'associazione Sos eutanasia, di Marco Cappato e Mina Welby. Le hanno pagato il biglietto del treno, dopo che lei, infermiera da una vita, aveva messo da parte i 12mila euro necessaria a morire in Svizzera.

«Abbiamo voluto fare un passo concreto, un atto di disobbedienza civile. Ci siamo autodenunciati. In Italia chi aiuta a morire un consenziente rischia fino a 12 anni di carcere. Noi abbiamo dato consigli, accompagnato, pagato il biglietto: abbiamo raccontato come l'abbiamo aiutata perché vogliamo che qualcuno reagisca. Non importa se ci denunciano e rischiamo il carcere, l'importante è che se ne parli e alla fine il Parlamento discuta il disegno di legge sull'eutanasia firmato da oltre centomila persone che giace ignorato da due anni nonostante 200 parlamentari siano favorevoli alla sua analisi». Marco Cappato, racconta delle decine di lettere, telefonate che arrivano all'associazione Sos eutanasia da gente che chiede aiuto per andare a morire in Svizzera.

«Noi rispondiamo, aiutiamo e siamo pronti anche a raccogliere fondi per chi non ha soldi. Ma il nostro obiettivo non è questo. Il nostro obiettivo è che si possa decidere della propria fine, in piena e totale libertà di scelta. Che si possa morire qui, in Italia, con i propri familiari accanto senza dover varcare i confini o gettarsi dalla finestra».

Perche i numeri parlano chiaro, gli ultimi dati Istat dicono che ogni anno sono più di mille i malati terminali che si uccidono.

«Io penso che bisognerebbe aiutare queste persone a vivere e aiutare a trovare nella vita, anche nella malattia, la propria dignità, la speranza. Spesso parliamo di persone abbandonate, sole, e questo forse è uno degli aspetti più tragici della malattia», ha detto il ministro alla Salute Beatrice Lorenzin commentando la notizia. «Vorremmo solo che tutti potessero scegliere: di andarsene con serenità, o anche di cambiare idea come accade al 40 per cento di chi chiede informazioni e poi decidere di resistere comunque», ha ribattuto Mina Welby, ricordando il marito Piergiorgio, morto nove anni fa dopo aver a lungo lottato perche gli staccassero il respiratore che manteneva in vita il suo corpo completamente paralizzato.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 146.116
Diffusione 10/2015: 78.035
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

22-DIC-2015
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

SI RIAPRE IL CASO Una donna di 59 anni malata terminale di tumore

La sfida dei radicali: pagano l'eutanasia

Cappato si autodenuncia: «Comprato il biglietto del treno per la Svizzera a un'infermiera». Rischia una condanna da 5 a 12 anni

LA «DOLCE MORTE»

Testo dell'associazione Coscioni perché diventi legale anche in Italia

Francesca Angeli

Roma «La vostra vita vi appartiene e quindi anche la morte». Con queste parole, rivendicando il diritto a scegliere la propria fine, Dominique Velati, un'infermiera di 59 anni malata terminale di tumore, ha salutato gli amici di Borgomanero ed è andata in Svizzera a morire. A sostenerla in questa scelta estrema Marco Cappato e l'*Associazione Luca Coscioni*, che insieme ai radicali da anni chiedono la legalizzazione dell'eutanasia o meglio del suicidio assistito che in Italia è comunque e in ogni caso punito dal codice penale. Il 16 dicembre Dominique è stata ricoverata nella clinica *Dignitas* non lontana da Zurigo dove le è stata somministrata una dose letale di Pentobarbital. I soldi per pagare il treno che l'ha portata in Svizzera, 49 euro e 50 centesimi, le sono stati dati dall'associazione *Sos Eutanasia* tramite bonifico tracciabile, in modo che risulti chiaro il ruolo attivo avuto da Marco Cappato nella scelta della donna. Un gesto provocatorio per sollecitare le istituzioni ad aprire all'eutanasia, come spiega lo stesso Cappato, che ieri si è autodenunciato ai carabinieri.

«Ho depositato le dichiarazioni spontanee su come ho agevolato Dominique Velati a ottenere l'assistenza al suicidio in Svizzera il 16 dicembre scorso - precisa Cappato - Ho riferito di averle fornito informazioni e assistenza nella procedura e di averle presentato le persone responsabili dell'organizzazione Svizzera».

Anche se l'eutanasia è stata eseguita in Svizzera, dove è ammessa per legge, Cappato comunque rischia una denuncia per il reato di istigazione o aiuto al suicidio. L'avvocato Filomena Gallo, segretario dell'Associazione Luca Coscioni, spiega che in base all'articolo 580 del nostro codice penale Cappato rischia l'arresto e una condanna dai 5 ai 12 anni di carcere. «Il nostro codice è chiaro: il solo fatto di "agevolare" il suicidio rappresenta un reato - spiega la Gallo - E dato che Cappato ha fatto in modo che risultasse chiaro che l'aiuto al suicidio è avvenuto qui in Italia a questo punto potrebbe essere arrestato».

Per la Gallo però risulta evidente come quell'articolo del codice penale sia in palese contrasto con molti principi affermati dalla nostra Costituzione che definisce «inviolabile» la libertà personale e che tutela anche la libertà di cura con l'articolo 32. «Abbiamo raccolto 70mila firme e presentato una proposta di legge di iniziativa popolare che giace in Parlamento da 829 giorni e non è ancora mai stata presa in considerazione - prosegue la Gallo - Una regolamentazione è necessaria e la politica non può continuare a guardare da un'altra parte». La proposta radicale limita il via libera all'eutanasia a casi specifici. Persone malate con una prognosi infausta e un'aspettativa di vita inferiore a 18 mesi. «Il reato resta per tutti i casi che non presentano questi specifici requisiti - precisa la Gallo - Non esiste il rischio di abusi». Sono già una sessantina le persone che si sono rivolte a *Sos Eutanasia* chiedendo assistenza e Cappato annuncia la disponibilità dell'associazione a sostenere anche economicamente l'eventuale scelta dei malati terminali che vorranno andare in Svizzera per trovare «la dolce morte». Altri dati vengono forniti dell'associazione *Exit* che dal marzo scorso avrebbe accompagnato a morire 25 italiani in un centro del Canton Ticino.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 247.255
Diffusione 10/2015: 174.866
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-DIC-2015
da pag. 15
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

SCIENZA

Due italiane tra le star della robotica

Arcovio e Pagliaro A PAGINA 15

Due italiane tra le star della robotica

Nell'elenco delle "25 donne geniali" di tutto il mondo: a stilarlo la comunità RoboHub
Ispirate alla natura, le loro creature daranno vita alle macchine del prossimo futuro

BENIAMINO PAGLIARO

Ada Lovelace, nata nel 1815, figlia di Lord Byron, ha scritto il primo algoritmo pensato per essere usato da una macchina. Da allora le ricercatrici e donne di scienza hanno continuato a scrivere pagine di storia. Oggi nel campo più osservato dell'evoluzione tecnologica, la sfida di portare l'accelerazione digitale nel campo della realtà fisica, il lavoro di due italiane viene riconosciuto e premiato. RoboHub, la maggiore comunità scientifica internazionale degli esperti di robotica, ha stilato un elenco di venticinque donne che nel 2015 hanno portato il settore a fare dei passi avanti. Tra le migliori venticinque al mondo ci sono Cecilia Laschi, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, e Barbara Mazzolai dell'Istituto Italiano di Tecnologia (Iit) di Genova: entrambe progettano robot ispirandosi alla natura. Cecilia Laschi dell'Istituto di BioRobotica della Scuola Sant'Anna, ha scelto il polpo come modello per realizzate il primo robot «soffice»; Barbara Mazzolai, che coordina il Centro di Micro-BioRobotica dell'Iit a Pontedera (Pisa), è responsabile del progetto Plantoide, il primo robot al mondo ispirato alle piante.

Le ricercatrici, spiega RoboHub, «sono state scelte per la pura genialità che hanno dovuto dimostrare per arrivare al top del loro settore». Sono impegnate in settori di frontiera, destinati a disegnare i robot di un futuro sempre più vicino.

@bpagliaro

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 247.255
Diffusione 10/2015: 174.866
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-DIC-2015
da pag. 15
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

Barbara Mazzolai dell'Iit

Plantoid, il primo robot che imita una pianta

Plantoid è un robot in grado di imitare il comportamento delle radici. Il progetto coordinato da Barbara Mazzolai è stato finanziato dalla Commissione Europea

Il riconoscimento al lavoro di Barbara Mazzolai è un omaggio a un'idea, rivoluzionaria anche nel mondo della tecnologia: guardare e studiare le piante per progettare i robot che verranno. Dopo l'osservazione, però, il vero lavoro è «tradurre i principi che consentono alle piante di muoversi e percepire l'ambiente in un robot autonomo, scrivere un algoritmo che traduca gli insegnamenti di una pianta al robot».

Il Plantoid Project è un unicum, il primo caso al mondo di un robot ispirato al mondo vegetale, e Mazzolai considera interessante, forse più del riconoscimento a se stessa, il fatto che RoboHub abbia capito l'idea di «seguire le piante». La ricerca si è quasi sempre ispirata all'uomo, producendo umanoidi, come anche la fantascienza ha disegnato storie di robot dal volto umano, buoni e cattivi. Mazzolai confessa di amare il genere cinematografico della fantascienza, ma registra: «Purtroppo ha creato un immaginario molto lontano dalla realtà». E così oggi l'avanzata dei robot è vista da molti come un fenomeno preoccupante, anche sul fronte del lavoro.

La ricerca del gruppo di lavoro di Mazzolai è partita dalle piante, dai loro movimenti, lenti eppure intelligenti, efficienti. Le radici, per esempio, «hanno grandi capacità sensoriali, percepiscono il suolo»: la radice, in natura, studia autonomamente il modo di crescere nel terreno. Il plantoide robot, ben istruito, analizza i dati arrivati dal sensore sulla punta e dice al motore interno di crescere a destra invece che a sinistra.

Un altro algoritmo, ancora più complesso, punta capire e ricostruire la comunicazione tra apici diversi di una stessa radice. Si arriva al concetto di sciame studiato nelle formiche o nelle api. «Se capiamo quali sono le regole naturali traduciamo il comportamento in un algoritmo che poi sarà applicato anche in altre materie», dice Mazzolai. Si parte dalla natura, «ma vogliamo risolvere problemi pratici, fare macchine che si muovono e agiscono in un ambiente come il nostro».

A tre anni dall'inizio del lavoro sul plantoide, nato per monitorare il suolo, le future applicazioni sono molte e le imprese si fanno sotto, dal farmaceutico alla medicina. «Non c'è ricerca di base o applicata - conclude Mazzolai -, c'è solo la buona ricerca, e l'Italia ha una posizione di rispetto in questo campo». [B. P.]

(cc) BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 247.255
Diffusione 10/2015: 174.866
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-DIC-2015
da pag. 15
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

VALENTINA ARCOVIO

Cecilia Laschi della Sant'Anna

Così Octopus esplorerà i mari e aiuterà i medici

Che è una delle 25 donne più geniali del 2015 lo ha stabilito la comunità virtuale globale RoboHub. Ma a rendere speciale la 47enne Cecilia Laschi, in un mondo fatto per lo più di uomini, è la capacità di guardare lontano. Molto lontano. È questo che le ha permesso di rivoluzionare il settore della robotica, prima progettando e poi realizzando robot «soft», cioè costruiti con materiali morbidi e flessibili. Ed è sempre questa stessa sua capacità che, forse, un giorno la porterà a realizzare il suo più grande sogno: creare un umanoide con cervello e corpo simili a quelli di un essere umano, come gli automi descritti in molti libri e film di fantascienza.

«Immagino umanoidi che faranno da assistenti personali agli uomini, sia facilitando il loro lavoro che sostenendoli in casi di malattia e disabilità», dice Laschi, scienziata all'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e tra le più apprezzate al mondo nel settore della robotica. Un obiettivo ambizioso, a cui la scienziata ha dedicato la sua vita. A cominciare da quando ha lasciato la città natale, Follonica, per studiare a Pisa, dove si è laureata con una tesi presso il laboratorio di robotica della Scuola Superiore Sant'Anna. Dopo un dottorato di ricerca, nel 1998, Laschi è diventata prima ricercatrice e poi nel 2006 professore associato. La sua prima creatura è stata Octopus, poi Poseidrone e Stiff-Flop. Tutti robot ispirati ai polpi: dallo studio dei tentacoli e delle ventose del polpo Octopus vulgaris è riuscita a riprodurre robot con caratteristiche simili. Octopus e Poseidrone sono stati realizzati pensando ad applicazioni marine, come l'esplorazione, il monitoraggio e operazioni di soccorso. Still-Flop, invece, è stato realizzato pensando a eventuali applicazioni in ambito medico, come simulazioni di intervento sul corpo umano. «La biorobotica è sempre stata la mia passione e sono convinta che potrà aiutarci a migliorare la vita di moltissimi».

I robot di Cecilia Laschi sono realizzati con materiali morbidi e flessibili

La scienziata guarda con entusiasmo alle applicazioni in campo sanitario. Non a caso, uno dei suoi primi gioiellini robotici è stato proprio I-Support, un braccio robotico che offre supporto agli anziani. Ma non è stato facile. «Non perché sono una donna in un settore considerato molto maschile - precisa -. Ma perché sono una ricercatrice e, in quanto tale, non è sempre facile lavorare in un Paese in cui crede ancora poco nelle opportunità che la ricerca offre».

(cc) BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 98.365
Diffusione 10/2015: 47.589
Lettori Ed. II 2015: 273.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

22-DIC-2015
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Pillole di salute

I giovani bevono troppo La medicina più potente è il dialogo coi genitori

LUCA BERNARDO*

■■■ Un tempo esisteva il gioco della bottiglia che consisteva nel ritrovarsi tra giovani e che aveva come massima aspirazione quella di baciare la ragazza/o di cui si era innamorati. Oggi sono diversi i ragazzi che si ritrovano dietro una bottiglia con un utilizzo ben diverso: bere in eccesso. I dati Istat non lasciano dubbi: tra gli under 18 beve il 21,5% dei maschi e il 17,3% delle femmine. I ventenni per socializzare eccedono con la bottiglia e con il binge drinking, ovvero ingurgitare alcol in modo veloce e in grande quantità per farlo salire subito la testa. Questa esperienza interessa il 14,5% dei giovani. Si ritrovano a casa, al bar, al pub o in discoteca, persino per strada. Consumano dalla birra ai superalcolici, chupiti o shottini venduti a due/tre euro e mandati giù tutto d'un fiato.

Il problema legato all'uso e l'abuso di alcol esiste da tempo e sapere che l'alcol fa male non allontana i giovani da questo. Secondo i dati Espad (indagine europea che coinvolge circa 40 Paesi europei), in Italia due milioni di studenti negli ultimi 12 mesi hanno bevuto almeno una volta alcol, il 55% di loro lo ha fatto meno di dieci volte, quasi 400.000 (il 20%) una volta al mese, per circa 500.000 il consumo è stato più assiduo (fino a 20 volte o più durante l'anno). Diversamente dalle altre sostanze, l'alcol è facilmente accessibile per i giovani intanto perché legale e quindi spesso sottovalutato rispetto alle conseguenze che potrebbe creare tra alcuni giovani, i quali sempre di più utilizzano tale sostanza per noia, per cercare un divertimento maggiore o per essere più disinibiti con l'altro sesso.

L'etanolo è una sostanza che induce dipendenza e pur essendo un nutriente capace di fornire energia, il suo abuso può indurre malnutrizione perché interferisce con l'assunzione e la biodisponibilità di altri nutrienti importanti. Quando assunto viene assorbito nel tratto gastroenterico e viene poi metabolizzato nel fegato in acetaldeide, sostanza molto tossica per il nostro organismo. La dottoressa Francesca Maisano, psicologa clinica e dell'età evolutiva ci spiega che l'abuso di alcol può essere la spia di condizioni psicopatologiche sottostanti: un'associazione tra depressione e alcolismo è confermata da tutti gli studi, soprattutto per il sesso femminile. Seguono i disturbi d'ansia, con maggiore frequenza per la fobia sociale, il disturbo da attacchi di panico e il disturbo post-traumatico da stress. I genitori sono spesso disorientati quando si trovano a dover gestire i loro figli che arrivano a casa barcollanti. Ancora più angosciati alcuni genitori che giungono in pronto soccorso e che ritrovano le loro "bambine" in coma etilico. Tante le domande che affollano la loro mente e altrettante quelle che pongono agli specialisti. Quale è il giusto modo per sintonizzarsi con i figli? Quale dialogo? Proibire può avere un effetto contrario a quello voluto, conclude la Maisano. Diventa importante parlare con i propri figli e spiegare loro, ad esempio, che prima dei 15 anni di età il corpo non è ancora in grado di smaltire l'alcol, o che questo può creare seri danni all'organismo. Insegnare ai figli a capire i propri limiti, adottando in famiglia comportamenti e stili di consumo sani. Dare la giusta attenzione ad un eventuale malessere che i figli presentano è il primo passo per avvicinarsi a loro e trovare una funzione riparativa per un malessere più profondo. I nostri ragazzi hanno bisogno di sentire che i genitori sono pronti ad accoglierli. Questo insieme ad interventi mirati, preventivi, informativi e di sensibilizzazione può favorire una modalità di assunzione sana e corretta, ma non proibizionista. Con l'augurio che nei giorni di festa che verranno un brindisi ce lo si può concedere senza oltrepassare i limiti. Perché senza limiti, non ci sono regole...

*Direttore del Dipartimento Materno-Infantile Fatebenefratelli e Oftalmico

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 146.116
Diffusione 10/2015: 78.035
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

22-DIC-2015
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

il caso Il Piemonte all'avanguardia nelle cure specialistiche

Scacco matto al dolore, con una «rete» intelligente

L'alleanza di tre ospedali contro la sofferenza cronica

ABBATTERE GLI SPRECHI

Marzi: «Stop agli esami inutili. Fondamentale la scelta delle medicine»

Tommaso Maria Rossi

■ Dal mal di schiena all'emicrania ai dolori provocati dall'artrosi: il dolore cronico va considerato una malattia. Si calcola che una persona su quattro ne sia afflitta, 13 milioni di italiani secondo il recente Libro Bianco dedicato all'argomento.

Un dolore non trattato o trattato in modo non adeguato, può avere notevoli ripercussioni sul benessere psicofisico del paziente e sulla sua qualità di vita. Soprattutto in età lavorativa. La sofferenza ha un impatto sul Sistema Sanitario Nazionale di oltre 11 miliardi di costi diretti ogni anno, ai quali si aggiungono 25 miliardi di costi indiretti (giornate lavorative perse, distacchi definitivi dal lavoro), per un totale di 36 miliardi di spesa.

Un bilancio pesante, a cui si potrebbe porre rimedio con una più appropriata gestione del problema: grazie alla terapia del dolore, che è finalizzata proprio al trattamento delle patologie algiche, e alla possibilità di usare i nuovi farmaci oppioidi sotto stretto controllo medico. Sono questi, in sintesi i passi in avanti compiuti dalla Legge 38, che ha semplificato le prescrizioni, per il dolore oncologico e non oncologico.

Il Piemonte è stata la prima Regione ad aver applicato la legge 38 del 2010, e sono in via di definizione, in base al riordino della rete ospedaliera, anche i riferimenti per indirizzare i cittadini ai centri specialistici per il dolore. Rossella Marzi, direttore della struttura di Algologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Novara, nonché Coordinatore della Rete di Terapia del Dolore della Regione Piemonte ci spiega che «per affrontare il dolore cronico complesso, la futura rete piemontese prevederà tre strutture di eccellenza, la Città della Salute e della Scienza di Torino, il Maggiore della Carità di Novara e l' Azienda Ospedaliera di Alessandria».

«Inoltre uno degli obiettivi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) sul mal di schiena approvato lo scorso anno è quello di limitare gli esami inutili – spiega Marzi – Non ha senso prescrivere Tac o Risonanza magnetica alle prime manifestazioni del dolore. Un'indagine radiologica andrebbe svolta dopo un mese di dolore continuo. Il medico di base è il primo referente, è lui che prescrive le terapie e valuta se è necessario rivolgersi allo specialista».

Il dolore cronico affligge soprattutto gli anziani, «i traumi, il dolore diffuso da artrosi, nevralgie di varia natura – analizza Rossella Marzi – davanti a pazienti con più patologie, come lo sono spesso gli anziani, la scelta del farmaco è determinante. Molti Fans (farmaci antinfiammatori non steroidei) interagiscono con altre molecole e non si possono assumere per periodi prolungati. Al contrario terapie basate su oppiacei, a basso dosaggio, si possono protrarre per un lungo periodo e non vi sono interazioni con i farmaci di ambito cardiovascolare come antipertensivi e antiaggreganti».

Talvolta i pazienti temono l'effetto «dipendenza» da oppiaceo. Negli Stati Uniti si è parlato di abuso di oppioidi e di fenomeni di dipendenza. «È bene precisare che in Italia vi sono leggi diverse, le prescrizioni sono controllate – conferma la dottoressa – le evidenze cliniche rivelano che i dosaggi per combattere il dolore non provocano dipendenza. Inoltre le formulazioni *abuse deterrent* (anti-abuso), che associano l'oppioide al suo antagonista, ne scoraggiano l'uso non medico. L'andamento temporale dei consumi degli oppioidi in Italia mostra un incremento nell'ultimo decennio. L'aumento è stato determinato dal cambiamento della legislazione sulla prescrizione (anno 2001) e, a partire dal 2005, dall'immissione in commercio di nuove formulazioni farmaceutiche e di principi attivi in commercio da tempo in altri Paesi ma non in Italia.

Purtroppo la tendenza a non prescrivere oppioidi da parte dei medici ospedalieri italiani viene confermata anche da una recente indagine che mostra come la prevalenza di pazienti anziani dimessi dall'ospedale con una prescrizione di oppioidi sia solo leggermente superiore a quella dei pazienti in ingresso; il 58% dei pazienti con dolore significativo viene dimesso senza alcuna prescrizione di analgesici».

Come ha ribadito il congresso della *European Pain Federation* (Efic), tenutosi a Vienna lo scorso settembre, l'allarmismo eccessivo che si sta creando rischia di stigmatizzare farmaci in realtà efficaci e sicuri. E non bisogna dimenticare che è necessario curare le persone, non solo le malattie, evitando le sofferenze inutili.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 79.178
Diffusione 10/2015: 39.702
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

22-DIC-2015
da pag. 11
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

È il modello di riforma approvato dalla Toscana. Promotrice la renziana Stefania Saccardi

Più privato sociale nella sanità

Ma non sono alla regione per stare alle costole di Enrico Rossi

Abbiamo cominciato con il ridurre da 12 a 3 le aziende sanitarie locali, accentrando i livelli amministrativi e decentrando le risposte. Oggi in certi settori i servizi sono già affidati al privato-sociale e si spende meglio con un servizio migliore. Dinnanzi alle difficoltà del pubblico di dare risposte, se il privato sociale si attrezza e fa cose di qualità, è una fortuna

Occorre affrontare la fatica di risolvere i problemi. Invece, in Italia, se non si fa nulla e si tira a campare si va lisci. S'è visto quando abbiamo cominciato a chiudere i piccoli reparti di maternità osservando che far nascere dove si facevano pochissimi parti all'anno era innanzitutto pericoloso per la salute, mentre ora possiamo vantare il più basso tasso di mortalità neonatale in Italia

In Toscana non vincono gli altri, perdiamo sempre noi. Perché non siamo stati capaci di fare una proposta di governo. Qui la gente è naturalmente di centrosinistra, e crede profondamente in certi valori. Le elezioni le perdiamo noi, quando non siamo sufficientemente bravi. O quando governiamo male.

DI GOFFREDO PISTELLI

«Siamo stati in aula cinque giorni e tre notti per approvare questa riforma sanitaria e io, che non son più di primo pelo come Matteo, accuso il colpo». A parlare è **Stefania Saccardi**, da Campi Bisenzio (Fi), avvocato, vicepresidente Pd e assessore alla Sanità della Regione Toscana. Il Matteo di cui si parla è il presidente del consiglio **Renzi**, ma la confidenza è giustificata: Saccardi è una renziana antemarcia, essendo stata suo assessore in Provincia. Nel maggio scorso è stata eletta con oltre 15mila preferenze personali.

Domanda. Cominciamo dalla riforma sanitaria, Saccardi. Non è semplice, per voi amministratori regionali, muovervi coi paletti messi dal Governo per le risorse.

Risposta. C'era una sfida da raccogliere.

D. Vale a dire?

R. Di fronte a situazioni di bisogno che crescono, abbiamo risorse che restano le stesse. Non si poteva riorganizzare il sistema con soluzioni di piccolo cabotaggio.

D. Voi che avete fatto?

R. Abbiamo cominciato col ridurre da 12 a tre le aziende sanitarie locali, scommettendo sul territorio, in quello che viene prima e dopo l'ospedalizzazione. Ossia organizzare un sistema che eviti al cittadino di andare in modo improprio al pronto soccorso o in ospedale, per il prima. E, per il dopo, avere un'organizzazione che si faccia carico di chi dall'ospedale esce.

D. Non semplice.

R. No, infatti abbiamo accentrato i livelli amministrativi di alta governance, decentrando il più possibile le risposte.

D. Facciamo qualche esempio?

R. Anziani, disabilità, specialistica, cronicità, salute mentale: sono tutte competenze che devono andare al territorio, integrando sociale e sanitario.

D. Un'integrazione non facile, in una terra dove, in passato, la sinistra ha visto il non profit come pericoloso privato da avversare.

R. Oggi non abbiamo altra scelta. In certi settori, penso all'emergenza-urgenza, il servizio è già affidato al privato-sociale e spendiamo meglio con un servizio migliore. Se lei oggi in Toscana chiama un'ambulanza, non gliela manda un ospedale ma la Misericordia, la Pubblica assistenza o la Croce Rossa.

D. Bisognerà allargare l'esperimento, da quel capisco.

R. Dinnanzi alla difficoltà del pubblico di dare risposte, rischiamo di far uscire dall'assistenza intere fasce di popolazione. Che ci sia il privato sociale che si attrezzi e faccia cose di qualità, è una fortuna. Mia mamma 80enne, per fare un'ecografia non va

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 79.178
Diffusione 10/2015: 39.702
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

22-DIC-2015
da pag. 11
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

certo in ospedale, ma alla Misericordia di Campi, dove le danno una risposta efficiente e, magari, le portano anche i risultati a casa.

D. Sì, ma magari qualche dirigente Asl non sarà contento.

R. Ce ne faremo una ragione.

D. Come disse Renzi a Susanna Camusso che annunciava lo sciopero.

R. Ricordo. O lasciamo le cose vadano come vanno o le governiamo. Tenere la ricchezza del privato sociale dentro un sistema, vuol dire governare. Insomma, preferisco che le infermiere, anziché fare i prelievi di sangue dentro gli ospedali, vadano sul territorio a fianco della medicina i generale.

D. Una certa sinistra non le perdonerà questa apertura al non profit.

R. Lo so bene. Una volta, in consiglio regionale, ho fatto notare che, o facciamo così, o comunque il privato sociale e il privato-privato si organizzeranno per dare una risposta autonomamente e fuori dalla programmazione. E sa cosa mi hanno detto dai banchi della sinistra?

D. Che cosa?

R. Che lo dicevo compiacendomene.

D. Processo alle intenzioni.

R. Soprattutto amministrando, o i problemi si riconoscono, o si fa finta che non ci siano. Si fa filosofia.

D. Veniamo alla politica. Si dice che Renzi l'abbia voluta alle costole del presidente Enrico Rossi, che non è propriamente renziano. È vero o è una lettura forzata?

R. È una forzatura. Proprio su questa riforma, il gruppo del Pd ha mostrato una grande compattezza. Non potevamo far mancare mai il numero legale e 24 consiglieri hanno lavorato di squadra. E Rossi è sempre stato in aula con me.

D. Nella riforma non ha messo il naso? Uno che è stato 10 anni assessore alla Sanità, potrebbe aver voglia di dire la sua.

R. No, mai detto nulla. Ho condiviso due o tre cose alte, diciamo. Ma d'altra parte, essendoci una linea comune e non c'è bisogno di altro. Diversamente non l'avrei permesso. Anche con Matteo era così, intendiamoci.

D. Lei è stata alla Leopolda?

R. Certo, sono stato alla numero uno, potevo mancare la numero sei?

D. Molta acqua è passata sotto i ponti...

R. A volta, quando lo vedo con **Barack Obama** o ai vertici europei, mi pare un sogno. Non per le sue capacità, intendiamoci: l'avevo capito fino dai tempi della Provincia che aveva delle qualità fuori dall'ordinario. Ma mi pare un sogno per la velocità con cui si è svolto tutto, in una politica pachidermica.

D. Quale è stato lo stigma di Renzi?

R. L'idea di avere un rapporto diverso e diretto con le persone.

D. Quella che chiamano la disintermediazione.

R. Esatto. L'innovatività di questo ragazzo è stata lo stabilire un ponte diretto con la gente, la sua capacità di dialogo con le persone ha ridato credibilità alla politica. Una volta non era così: dovevi creare consenso negli organismi intermedi che ti portavano il voto dei cittadini.

D. È stato difficile allinearsi?

R. A me viene facile: in genere, sto simpatica alle persone. Se mi metto a camminare per il centro mi fermano almeno in cinquanta, perché mi conoscono.

D. Coi fiorentini è facile...

R. Sì, ti raccontano pezzi di vita, ti fanno «schiantare» dal ridere, come diciamo noi, però magari ti danno anche uno spunto bello per la tua azione politica. È il motivo per cui ho rinunciato ad andare a Roma, per non perdere questo rapporto. Lo stile che Renzi c'ha insegnato, è questo…

D. In sintesi?

R. Che il rapporto diretto con le persone è la vera bellezza della politica. Per lui, mi creda, l'ambasciatore americano sono sullo stesso piano dell'ortolano di via de' Cerchi o il «bicicletta-io» di via delle Ruote.

D. Però, in questi giorni, il variegato mondo dell'antirenzismo brinda perché, su questa vicenda del decreto «Salva Banche», la narrazione renziana non ha funzionato.

R. Non siamo riusciti a comunicare bene quel provvedimento. Abbiamo provato a salvare i posti e i conti correnti di tante persone e ci accusano. Siamo alla follia. Paradossalmente, se avessimo lasciato fallire una banca, sarebbe stato meglio. Senza contare le fantasie sul conto di **Maria Elena Boschi**, che non stanno in piedi. È stata il bersaglio per attaccare il governo

D. Come ha visto la ministra in questo frangente?

R. Ha poco più di 30 anni e sta reggendo una pressione mediatica paurosa. E facendosi un mazzo così tutti i giorni.

D. Si è spiegato male, lei dice. Eppure Renzi è il grande comunicatore.

R. Renzi ha una responsabilità di governo che è gigantesca. Ora l'esecutivo ha finalmente una sua dignità anche in Europa, come ha mostrato la vicenda del recente confronto con **Angela Merkel**…

D. ...della quale vicenda, scusi se la interrompo, Enrico Letta s'è detto preoccupato per l'euroscetticismo di Renzi.

R. Sì, sì, va bene. Io, aldilà di tanto sbraitare qua da noi in Italia, non ricordo nel passato una posizione di tale fermezza in Europa.

D. Sulle banche, accade quello che è successo per la scuola: assumete centinaia di migliaia di precari e vi contestano.

R. Lì c'è anche la fatica di provare a risolvere un problema. In Italia, se non si fa nulla e si tira a campare, si va lisci. L'ho visto quando abbiamo cominciato chiudere i piccoli reparti di maternità, osservando che far nascere dove si facevano pochissimi parti all'anno era innanzitutto pericoloso per la salute.

D. Non c'è niente di più impopolare: partorire sotto casa pare un diritto costituzionale.

R. Sì però ora abbiamo il tasso più basso di mortalità neonatale: abbiamo fatto un investimento in sicurezza. Quando si governa, l'impopolarità va messa a volte nel conto. Semmai la scommessa è un'altra.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 79.178
Diffusione 10/2015: 39.702
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

22-DIC-2015
da pag. 11
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

D. Quale?

R. Avere il tempo sufficiente per poter godere dei risultati che si stanno costruendo. Ossia avere una prospettiva di sette-otto anni, come succede in un paese normale.

D. C'è chi accusa voi renziani, di non essere più gli stessi, d'essere scesi a compromessi.

R. Si governa. Cambia la prospettiva e il livello di responsabilità. Ora questo ragazzo è un gigante, a governare praticamente senza struttura.

D. Lei dice che Roma è un po' ostile? Nei primi mesi di governo ci fu proprio lo scontro con i consiglieri di Stato.

R. A Roma c'è una burocrazia che vive da mille anni. A volte, più che le dichiarazioni dei ministri, contano le interpretazione dei loro direttori generali.

D. Dunque la rottamazione non è finita, come ha detto Matteo Richetti, segnalando soprattutto le difficoltà all'interno del Pd, lontano da Roma e da Renzi?

R. Nei territori si pensava che bastasse mettere la spilla renziana al bavero della giacchetta per sistemare le cose. Non funziona così.

D. E come funziona?

R. Guardi che cos'è successo in Toscana. I più votati siamo stati io ed **Eugenio Giani**.

D. Renziani entrambi.

R. Sì ma la gente ci ha votato, perché siamo amministratori, perché ci facciamo il mazzo, perché giriamo per strada. Siamo credibili agli occhi della gente. Non si può pensare che provveda a tutto Renzi, non si può sempre aspettare le benedizione di nostro Signore. Questa idea, che in tanti hanno, interpretando male il pensiero di Matteo, che sia lui a dove dare indicazioni è sbagliata.

D. Che Renzi detti la linea...

R. Io, per amministrare, mi regolo da me, faccio le cose necessarie, ovviamente in sintonia con quel pensiero. Ma non lo sento mai.

D. Mai mai?

R. Gli mando dei messaggini, a volte risponde, a volte no. Ma è comprensibile. Se si pensa al leader che governi al posto nostro, che giri l'Italia comune per comune, a diffondere il verbo, si è sbagliato di grosso. Ci siamo noi.

D. Qualcuno dice in certe aree del Paese, la vecchia Ditta diessina o il notabilato Dc non lasciano spazio al rinnovamento.

R. Guardi, anche quando Matteo si candidò alle primarie a sindaco, nel 2009, avevamo tutti contro, tutti. Non c'era nessuno, ex-Ds o ex-Margherita che stesse con noi. Sembra un'operazione da pazzi.

D. Quella lezione vale ancora?

R. I tempi sono diversi, allora lui colse il fatto che la gente non sopportava più un certo modo di fare politica, lontano dalla persone. Però, oggi come allora, la responsabilità è personale. Io stavo nella Dc, avevo lasciato la politica, mi ero messa a fare l'avvocato. Sono tornata, ho ricominciato.

D. I tempi sono cambiati: oggi in Toscana conoscete un fenomeno nuovo: l'antipolitica organizzata. Beppe Grillo governa Livorno. Un fenomeno che si allargherà?

R. Mi sono fatta un'idea.

D. E qual è?

R. In Toscana non vincono gli altri, perdiamo sempre noi. Perché non siamo stati capaci di fare una proposta di governo. Qui la gente è naturalmente di centrosinistra, e crede profondamente in certi valori. Le elezioni le perdiamo noi, quando non siamo sufficientemente bravi. O quando governiamo male.

twitter @pistelligoffr

© Riproduzione riservata

Stefania Saccardi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

21-12-2015

Lettori
24.154

www.agi.it

Diabete: nelle persone "immuni" il segreto per sconfiggerlo

(AGI) - Roma, 21 dic. - Perche' alcuni individui, pur avendo tutti i fattori di rischio, non si ammalano di diabete?Ricercatori della Facolta' di Medicina e chirurgia dell'Universita' Cattolica del Sacro Cuore hanno osservato per la prima volta nel pancreas di individui un modo naturale di prevenire la malattia: alcune cellule pancreatiche possono trasformarsi in cellule produttrici di insulina (le cosiddette cellule beta) e quindi creare una difesa naturale contro questa grave e dilagante malattia metabolica. I ricercatori hanno osservato che questa trasformazione protettiva avviene in risposta a una alterazione del funzionamento delle stesse cellule beta che perdono la sensibilita' al glucosio. Frutto del lavoro del team guidato dal professor Andrea Giaccari, dell'Unita' di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo del Policlinico A. Gemelli diretta dal professor Alfredo Pontecorvi, Ordinario di Endocrinologia all'Universita' Cattolica, lo studio spiega perche' alcuni individui, pur avendo tutti i fattori di rischio del diabete (per esempio, sono obesi e insulino-resistenti) non si ammalano di questa malattia. Lo studio e' stato pubblicato sul Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism e i dati della ricerca sono stati presentati in anteprima dalla dott.ssa Teresa Mezza al recente World Diabetes Congress di Vancouver. "Alcune nostre ricerche hanno in precedenza dimostrato che vi sono alcuni fortunati individui che pur avendo diversi fattori di rischio per il diabete mellito - diabete di tipo due o insulino-resistente - non si ammalano", spiega il professor Giaccari. "Parliamo per esempio di individui obesi e con disturbi metabolici gia' in atto. Queste persone detengono dunque il segreto per capire come sconfiggere il diabete". In passato si era visto in esperimenti di laboratorio che vi e' una parziale capacita' da parte di alcune cellule del pancreas - le "cellule alfa" deputate alla secrezione dell'ormone glucagone (ormone secreto quando vi e' carenza di zucchero nel sangue) - di trasformarsi in "cellule beta", ovvero le cellule che producono insulina morfologicamente organizzate a formare le isole di Langerhans nel pancreas. Le cellule beta normalmente si attivano e rilasciano insulina quando captano la presenza di zucchero in eccesso nel sangue (iperglicemia).

Nello studio appena pubblicato questa possibilita' trasformativa di cellule pancreatiche in cellule insuliniche si conferma in vivo su soggetti senza diabete. I ricercatori dell'Universita' Cattolica di Roma hanno utilizzato biopsie di pancreas ottenute per altre motivazioni cliniche da individui non diabetici.

Avvalendosi di questi campioni gli esperti hanno potuto confermare che in alcuni individui naturalmente protetti da diabete le cellule alfa si trasformano in cellule beta e quindi diventano una nuova fonte di insulina. Gli scienziati hanno ora compreso che questa trasformazione spontanea avviene in risposta alla perdita di sensibilita' al glucosio da parte delle cellule beta. Insomma e' proprio l'alterata sensibilita' al glucosio che scatena la trasformazione cellulare. "La ricerca", continua il professor Giaccari "e' particolarmente innovativa perche' eseguita con una nuova metodica, per ora solo presso il Policlinico Gemelli, che sfrutta la combinazione di studi in-vivo (sul paziente) ed ex-vivo (sulla biopsia pancreatica)". Si puo' ipotizzare che in un futuro, speriamo prossimo, la plasticita' delle isole di Langerhans possa essere sfruttata per la cura delle persone con diabete che normalmente conservano un numero significativo di cellule alfa per l'intero corso della loro vita; indurre queste ultime a trasformarsi in cellule beta, che producono insulina, potrebbe permettere di migliorare significativamente il trattamento del diabete anche in chi ne e' gia' affetto.

.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 247.255
Diffusione 10/2015: 174.866
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-DIC-2015
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

IL GOVERNO STANZIA CINQUE MILIONI MA PER REGIONI E COMUNI NON BASTANO

Emergenza smog in tutta Italia

Smog, è allarme in tutta Italia

Resta il bel tempo, il livello di polveri rimarrà doppio o triplo rispetto ai limiti di legge
Il governo stanzia cinque milioni, ma per Regioni e Comuni non sono sufficienti

ROBERTO GIOVANNINI
ROMA

È più che mai emergenza inquinamento nelle grandi metropoli italiane. I meteorologi e gli scienziati confermano che anche nei prossimi giorni il tempo sarà bello: niente venti , niente piogge e temperature miti, con rischio di nebbie e strati nuvolosi bassi. Gli inquinanti prodotti dal trasporto, dal riscaldamento e dall'attività economica non si disperderanno, e come chiarisce Nicola Pirrone, direttore dell'Istituto sull'inquinamento atmosferico del Cnr, ci sarà quella «cappa grigia» fatta essenzialmente da polveri sottili pericolosa per la salute, con livelli attesi (specie in Val Padana) doppi o tripli rispetto ai limiti di legge ed europei.

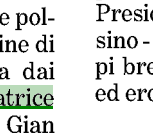
Superare questi limiti significa letteralmente mettere a repentaglio la salute presente e futura dei cittadini; ma apparentemente nessuno ha il coraggio di affrontare radicalmente il problema, che è drammatico. Del resto, anche le misure straordinarie adottate - come i blocchi del traffico o le «targhe alterne» - danno fastidio a tanti; compresi coloro che un giorno magari si ammaleranno per aver respirato le polveri nell'aria. Ieri, al termine di una riunione organizzata dai ministri della Salute, Beatrice Lorenzin, e dell'Ambiente, Gian Luca Galletti si è deciso di sostenere queste misure di Regioni e Comuni con un fondo di 5 milioni di euro. Troppo pochi soldi? «Se necessario il fondo sarà certamente rifinanziato», chiarisce il ministro Galletti. Verranno utilizzati per sostenere i Comuni nello sforzo economico che stanno affrontando. Ad esempio, per compensare i mancati introiti delle aziende del trasporto pubblico, laddove si è deciso la gratuità o sconti per favorire l'uso dei mezzi pubblici. «Ho già parlato col Presidente dell'Anci Piero Fassino - conclude Galletti - in tempi brevi faremo il regolamento ed erogheremo le risorse».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Roma

Targhe alterne e polemiche "Rovinano lo shopping"

«Non credo che il Campidoglio si diverta a mettere le targhe alterne, non ci crocifiggete. Ci sono dei livelli di polveri sottili, ci sono delle indicazioni delle centraline di rilevamento... Che cosa dovrebbe fare il Campidoglio se non cercare di calmierare la circolazione?». Questa la dichiarazione di ieri del prefetto di Roma Franco Gabrielli. Del resto anche domenica, nonostante la giornata festiva, in undici centraline di Roma sono stati superati i livelli consentiti dalla legge. E ieri e oggi nella Capitale si è tornati al meccanismo delle targhe alterne. Ma anche se la salute pubblica è in pericolo, a quanto pare per i commercianti questo non è un serio problema: quelli della Cna, preoccupati degli incassi natalizi piuttosto che dei polmoni, minacciano un azione legale contro le misure (obbligate, e apparentemente poco efficaci) prese dal Commissario Tronca. Tra l'altro, a differenza di quel che accade nelle metropoli del Nord, castigate dalla conformazione della Val Padana circondata dai monti, a Roma il problema polveri sottili nasce prevalentemente per colpa del traffico, lento e poco scorrevole, e del riscaldamento. [R. GI.]



BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 247.255
Diffusione 10/2015: 174.866
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

22-DIC-2015
da pag. 12
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Milano

Poca pioggia non basta Area C attiva anche il 24

Per la prima volta nel mese di dicembre Milano si è svegliata lunedì sotto una debole pioggia. Una pioggia sottile, ma che di fatto ha interrotto un periodo di siccità che durava da oltre 40 giorni. La pioggia ha iniziato a cadere nella notte e, anche se di scarsa intensità, potrebbe contribuire a migliorare la qualità dell'aria e interrompere la striscia di 25 giorni di superamento dei limiti dei valori del Pm10 a Milano. Si tratta della peggiore serie registrata dal 2011, quando si arrivò a contarne 28. Nonostante un lieve miglioramento delle concentrazioni di PM10 nell'aria, infatti, sabato le colonnine dell'Arpa Lombardia sono tornate a misurare livelli che restano oltre il limite di 50 milligrammi per metro cubo: 84 in via Senato, 77 in Verziere.

Intanto Comune e Regione stanno studiando i piani di intervento per far fronte all'emergenza inquinamento. Palazzo Marino ha deciso di tenere accese le telecamere dell'Area C anche giovedì 24 dicembre, giorno della Vigilia di Natale. Mentre Palazzo Lombardia ha già in programma di inasprire i divieti: «Anche adottando provvedimenti impopolari», aveva detto il governatore Roberto Maroni. [R. GI.]

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Torino

Anche il Po è ai minimi Per ora solo misure soft

Non butta una goccia di pioggia dal 29 ottobre e a Torino le previsioni dicono che l'alta pressione accompagnerà le feste molto probabilmente fino a Capodanno. Con bel tempo e poco vento. In montagna non c'è neve, stenta a partire la stagione sciistica. Dopo 55 giorni (a oggi) di siccità, anche il tratto piemontese del Po è ai minimi, per il mese di dicembre. Il torinese sta vivendo giorni da bollino rosso per la concentrazione di Pm10 nell'aria, con picchi da «bollino viola», il più pericoloso. Le centraline Arpa sparse per la città hanno rilevato, la scorsa settimana, punte di 93 microgrammi per metro cubo di Pm10 (il limite di legge sarebbe 50, mentre sarebbero consentiti 35 giorni l'anno di sforamenti, Torino li ha raddoppiati). Il sindaco Fassino, per ora, ha disposto solo una misura «soft» per contrastare lo smog: due giorni di gratuità dei mezzi pubblici, il 10 e 11 dicembre. È in programma per stamattina una riunione dei sindaci della città metropolitana, che intendono far pressione su Fassino, chiedendo la riattivazione del tavolo «inquinamento», per valutare misure straordinarie anti-smog da applicare su tutto il territorio. [L. TOR.]

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

I nodi del problema

I meteorologi e gli scienziati confermano che anche nei prossimi giorni il tempo sarà bello: niente venti, niente piogge e temperature miti, con rischio di nebbie e strati nuvolosi bassi

Nicola Pirrone, direttore dell'Istituto sull'inquinamento atmosferico del Cnr, spiega che ci sarà quella «cappa grigia» di polveri sottili pericolosa per la salute, con livelli altissimi (specie in Pianura Padana)

Ieri il governo ha organizzato una riunione, coordinata dai ministri della Salute, Beatrice Lorenzin, e dell'Ambiente, Gian Luca Galletti

Il governo annuncia di aver già parlato col Presidente dell'Anci Piero Fassino, e di esser pronto «in tempi brevi a fare il regolamento ed erogare le risorse»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Nei disturbi del sonno nel Parkinson meno effetti collaterali dal patch solo notturno di rotigotina

20 dicembre 2015

La somministrazione notturna transdermica di rotigotina è efficace per il controllo dei sintomi notturni in pazienti con malattia di Parkinson (PD). Il farmaco ha indotto una riduzione della disabilità notturna e ridotto al minimo la comparsa di effetti indesiderati dopaminergici e reazioni nel sito di applicazione. La somministrazione notturna è stata ben tollerata, con un minor numero di eventi avversi rispetto all'uso tradizionale di 24 ore al giorno. Sono i risultati di un trial in aperto, pubblicati su Parkinson's Disease.

«I pazienti più anziani con PD relativamente avanzata e gravi sintomi notturni, in particolare, possono beneficiare dell'uso notturno transdermico di rotigotina, così come i soggetti con insonnia, inquieti e con problemi dolorosi agli arti» aggiungono gli autori, guidati da Francesc Vallderiola, dell'Istituto di Neuroscienze dell'Ospedale Clinico dell'Università di Barcellona (Spagna).

«I disturbi del sonno sono comuni nei pazienti con PD, si verificano durante tutto il corso della malattia e contribuiscono in modo importante alla riduzione della qualità della vita (QoL)» ricordano. «Esistono prove per un coinvolgimento dopaminergico in tali disturbi, ma gli effetti della stimolazione dopaminergica sul sonno e la veglia nel PD sono complessi e non ben compresi».

Le terapie dopaminergiche possono migliorare il sonno notturno nei pazienti con PD, riducendo i sintomi motori e non motori notturni e influenzando i meccanismi intrinseci del sonno. «È generalmente accettato che il trattamento più efficace per i sintomi del PD sia la levodopa, che però ha una breve emivita plasmatica, pari a 60-90 minuti, e la durata del beneficio alla fine declina» continuano. «Pertanto, una continua stimolazione del recettore della dopamina durante la notte con agonisti della dopamina a lunga durata d'azione può alleviare questi sintomi».

La rotigotina – specificano - è un agonista del recettore della dopamina non ergolinico somministrato attraverso un cerotto transdermico che facilita un rilascio costante e una concentrazione plasmatica stabile del farmaco nelle 24 ore, evitando in tal modo la stimolazione pulsatile dei recettori della dopamina. Nell'Unione Europea, il cerotto transdermico di rotigotina è approvato come monoterapia nei primi mesi del PD e in associazione con

levodopa nel corso del PD.

«Studi che hanno valutato l'effetto della rotigotina transdermica sui sintomi notturni del PD hanno dimostrato che la somministrazione per 24 ore al giorno determina effetti benefici sul sonno e altri sintomi motori e non motori» affermano Vallderiola e colleghi. «Abbiamo puntato a stabilire se gli effetti sui sintomi notturni del PD della rotigotina transdermica in somministrazione notturna fossero simili a quelli osservati con cerotto applicato per 24 ore e se questo esclusivo metodo minimizzasse il rischio di eventi avversi correlati al trattamento (AE)». Per fare ciò, gli autori hanno disegnato uno studio in aperto.

Pazienti con PD e sintomi notturni e al mattino presto hanno ricevuto cerotti transdermici di rotigotina (2-16 mg/24 h) applicati alla sera e rimossi al mattino per 3 mesi. I disturbi del sonno sono stati valutati tramite la Parkinson's Disease Sleep Scale (PDSS-2) modificata. (Il PDSS-2 è una versione modificata del PDSS originale, sviluppata per riflettere meglio gli effetti del trattamento sulla disabilità notturne). Altri outcome comprendevano la pain visual analogue scale (VAS) e il short form Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-8) per valutare, rispettivamente, il dolore e la QoL.

In questo studio hanno completato il trattamento 74 pazienti. Al termine, il punteggio totale PDSS-2 era migliorato in media di 10,9 punti rispetto al basale (p <0,001). Tutti e tre i domini (disturbi del sonno, sintomi motori notturni e sintomi notturni) del punteggio PDSS-2 sono risultati significativamente migliorati, rispettivamente del 41%, 56% e 48% (p <0,001). Il punteggio relativo al dolore (VAS) è diminuito da 3,2 a 2,3 (p <0,001) e lo score PDQ8 è sceso da 23,8 a 18,1 (p <0,001). Gli eventi avversi più frequentemente riportati sono stati nausea (9%), ansia (4%) e vertigini (4%)

Dunque «la somministrazione notturna di rotigotina transdermica ha portato miglioramenti significativi nel sonno e nella disabilità notturna dei pazienti con PD» commentano gli autori. «Queste modifiche sono state evidenziate da riduzioni significative dello score totale e per domini del PDSS-2. Le altre valutazioni di efficacia hanno evidenziato significativi miglioramenti nel dolore e nella QoL».

«A nostra conoscenza, questa è il terzo, ma più ampio, studio in aperto condotto per indagare l'applicazione notturna transdermica di rotigotina per trattare i sintomi notturni nei pazienti con PD» sostengono gli autori, specificando che i risultati ottenuti «sono in linea con le prove esistenti». Inoltre, aggiungono «nel nostro studio i pazienti con i più alti punteggi totali PDSS-2 al basale hanno beneficiato maggiormente di rotigotina. In generale, questa osservazione suggerisce che i pazienti anziani con maggiore durata di malattia e gravi sintomi notturni possono trarre particolare beneficio da rotigotina».

Da segnalare, che contrariamente ai trial precedenti con patch applicato per 24 ore, in questo studio è stato riportato un solo caso di reazione al sito di applicazione. «In generale» osservano gli autori «sembra possibile che l'applicazione notturna del patch di rotigotina possa ridurre il potenziale per tale AE rispetto all'applicazione standard per 24 ore».

Vallderiola F, Compta Y, Aparicio J, et al. Effects of Night-Time Use of Rotigotine on Nocturnal Symptoms in Parkinson's Disease. Parkinson Dis, 2015;2015:475630.
leggi

[chiudi questa finestra]

LA STAMPA.it

21-12-2015

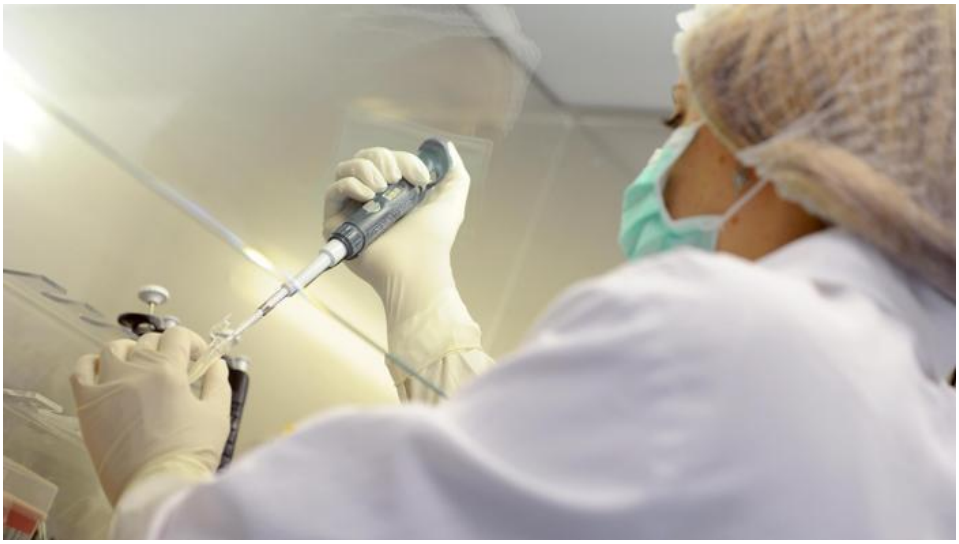
Lettori

21.401

http://www.lastampa.it/

Immunoterapia oncolitica, così l'herpes attacca le cellule cancerose

Approvato anche in Europa l'utilizzo di talimogene laherparepvec. Il sistema immunitario viene pilotato affinché risponda alla presenza di un agente estraneo come il cancro



Dopo l'approvazione da parte della Food and Drug Administration –l'ente che regola negli USA l'immissione in commercio dei farmaci- anche l'Europa da il **via libera all'utilizzo di talimogene laherparepvec** (sviluppata da Amgen), il primo farmaco che si basa sul concetto di «immunoterapia oncolitica» nella lotta ad alcune tipologie di melanoma. Un'arma in più per combattere questo temibile tumore che **nella sola Italia fa registrare ogni anno 7000 nuovi casi e 1500 decessi**.

Prima dell'avvento dei nuovi farmaci il melanoma, se diagnosticato in fase avanzata, era una neoplasia che non lasciava scampo. Oggi la situazione è radicalmente cambiata e **la sopravvivenza è arrivata al 20% a 5 anni dalla diagnosi**. Il merito è dell'**immunoterapia, una branca relativamente giovane dell'oncologia**.

L'approccio consiste nello sfruttare e pilotare il sistema immunitario affinché possa rispondere in modo adeguato alla presenza di un agente estraneo come il cancro. Un modo per farlo è rappresentato dall'immunoterapia oncolitica, un'evoluzione dell'immunoterapia classica: tramite questo approccio l'idea dei ricercatori è quella di utilizzare i virus per

distruggere dall’interno il tumore e attivare una risposta immunitaria.

L’idea «kamikaze» non è di certo nuova e affonda le proprie radici già nei primi anni del secolo scorso. Una serie di evidenze scientifiche mostrò infatti la capacità delle infezioni virali, come ad esempio quella dell’epatite, di migliorare i sintomi nelle persone colpite dal Linfoma di Hodgkin. O - come il caso del vaccino per il vaiolo - di prevenire alcune forme tumorali nei topi. Ecco perché, nel corso degli anni, **lo studio dei virus come strumento di una possibile terapia si è sempre più intensificato**.

Da un punto di vista operativo questa tecnica può essere realizzata sia introducendo e rimuovendo alcuni geni essenziali per il virus **sia regolando la produzione di proteine dello stesso genoma virale che servono ad attaccare il tumore**. L’idea di fondo è sempre quella di sfruttare le particelle virali come dei veri e propri «cavalli di Troia», capaci di invadere il tumore dall’interno e disgregarlo. Una strategia vincente –che ha utilizzato un virus Herpes modificato- che ha portato il farmaco dopo anni di sperimentazione ad essere finalmente approvato per la cura di alcune tipologie di melanoma metastatico.