Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 28.334
Lettori Ed. I 2015: 391.000
Quotidiano - Ed. Napoli

IL MATTINO Napoli

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

15-GEN-2016
da pag. 24
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Al Cardarelli

La morte di Gabriela quattro indagati per omicidio colposo

Giuseppe Crimaldi

Gli avvisi di garanzia sono partiti ieri pomeriggio e hanno raggiunto quattro medici: gli stessi che presero parte all'intervento di interruzione di gravidanza in conseguenza del quale si consumò la tragedia di Gabriela Cipolletta, morta a 19 anni all'ospedale Cardarelli. Entra così nel vivo l'inchiesta della Procura che dovrà far luce su ciò che avvenne martedì mattina in quella sala operatoria dove tutto era stato predisposto per il meglio e nulla avrebbe lasciato ipotizzare un simile epilogo. Sempre ieri il pm ha conferito l'incarico, oggi sarà effettuata l'autopsia.

>A pag. 24

Gabriela, indagati 4 medici l'accusa è omicidio colposo

Cardarelli, entra nel vivo l'inchiesta della Procura. In giornata l'autopsia

Gli indagati
Nel mirino dei pm il ginecologo l'anestesista e due colleghi intervenuti in sala

I periti
Per l'esame autoptico tre gli esperti nominati dagli inquirenti e uno indicato dalla famiglia

L'indagine
Al via il lavoro di ricognizione degli ispettori inviati in ospedale dal ministro Lorenzin

Il direttore
Paradiso ribadisce: a un primo esame le procedure sono state corrette

Il dramma Va avanti l'inchiesta sulla giovane di 19 anni di Mugnano morta durante un aborto
Sequestrati il monitor usato durante l'intervento e la cartella clinica: sentiti i primi testimoni

Giuseppe Crimaldi

Gli avvisi di garanzia sono partiti ieri pomeriggio e hanno raggiunto quattro medici: gli stessi che presero parte all'intervento di interruzione di gravidanza in conseguenza del quale si consumò la tragedia di Gabriela Cipolletta, morta a 19 anni all'ospedale Cardarelli. Entra così nel vivo l'inchiesta della Procura di Napoli che dovrà far luce su ciò che avvenne martedì mattina in quella sala operatoria dove tutto era stato predisposto per il meglio e nulla avrebbe lasciato ipotizzare un simile epilogo.

Quattro iscritti nel registro degli indagati: si tratta del ginecologo, dell'anestesista che avviarono l'intervento e di altri due loro colleghi che subentrarono nel momento in cui le condizioni della ragazza di Mugnano si aggravarono improvvisamente. Per tutti l'ipotesi di reato contestata dal sostituto procuratore titolare del fascicolo, Anna Frasca e dal procuratore aggiunto Giuseppe Lucantonio è l'omicidio colposo. La notifica delle informazioni di garanzia - che, ricordiamolo, rappresentano un atto dovuto per leg-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 28.334
Lettori Ed. I 2015: 391.000
Quotidiano - Ed. Napoli

IL MATTINO Napoli

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

15-GEN-2016
da pag. 24
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

ge e non un'anticipazione di giudizio - si sono rese indispensabili alla vigilia dell'autopsia sulla salma di Gabriella: per mettere in condizione gli stessi indagati a nominare eventualmente dei consulenti tecnici di parte in occasione di quello che per la legge resta un «atto irripetibile».

Sempre ieri il pm ha conferito l'incarico peritale a tre esperti (un ginecologo, un anatomopatologo e un anestesista) che oggi effettueranno l'autopsia. Allo stesso modo si è mosso l'avvocato Domenico De Rosa, che rappresenta la famiglia della vittima, nominando un perito di parte che presenzierà all'esame. Il tutto arriva al termine della prima fase delle indagini svolte dalla Polizia di Stato, che subito dopo la tragedia aveva sequestrato la cartella clinica in ospedale e il monitor dell'apparecchiatura utilizzata dai medici durante l'intervento.

Sono già stati sentiti diversi testimoni e nel fascicolo consegnato in Procura è stata anche acclusa l'anamnesi di Gabriela. Accanto a quella penale, lo ricordiamo, è stata disposta una seconda inchiesta amministrativa che vedrà impegnati gli ispettori inviati dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin al Cardarelli per svolgere accertamenti sul caso. In situazioni come queste infatti interviene una task-force del ministero, la cosiddetta «commissione Nicole» perché istituita subito dopo la morte di una neonata in Sicilia.

Subito dopo il decesso sul caso era intervenuto lo stesso direttore sanitario del Cardarelli, il dottor Franco Paradiso - che aveva spiegato come durante l'esecuzione dell'intervento la paziente aveva avuto un'emorragia: «Le è stata praticata una trasfusione con quattro sacche di plasma - aveva precisato Paradiso - e sono stati eseguiti accertamenti per verificare l'esistenza di problemi determinati dall'intervento, ma non è emerso nulla. La giovane ha avuto uno choc ipovolemico ed è morta alle 15. Ad un primo esame le procedure sembrano state corrette». Secondo la direzione dell'ospedale, insomma, i protocolli sono stati seguiti correttamente. Morire a 19 anni durante un intervento considerato di routine: e adesso i familiari chiedono la verità. «I medici non uscivano - ha ricordato la madre di Gabriela - Non usciva nessuno. Uscivano i portantini che portavano il sangue, i tirocinanti, con una faccia... Adesso voglio solo giustizia. E sapere tutta la verità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

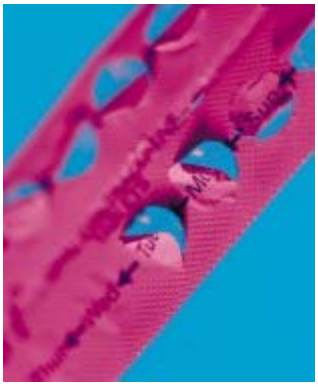
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Farmacista33

15-01-2016

http://www.farmacista33.it/pillole-contraccettive-aifa-ricetta-non-ripetibile-

Pillole contraccettive, Aifa: ricetta non ripetibile per confezioni da 2 mesi in su



Cambiano le modalità di prescrizione delle pillole anticoncezionali in base al formato delle confezioni: per quelle che coprono fino a due mesi di trattamento basta la semplice ricetta ripetibile mentre per confezioni oltre i due mesi la ricetta diventa non ripetibile. È quanto stabilisce una determina dell'Aifa, datata 23 dicembre e pubblicata il 13 gennaio in Gazzetta ufficiale (con effetto da oggi). La modifica del regime di fornitura interessa le specialità medicinali anticoncezionali, nella forma farmaceutica orale, appartenenti alle classi ATC G03AA G03AB, G03AC, vale a dire gli estroprogestinici. Stando a quanto si legge nell'art. 1 della determina, si applica il seguente regime di fornitura: «per le confezioni relative ad unità posologiche inferiori o uguali al trattamento di 2 mesi di terapia: medicinale soggetto a prescrizione medica (RR), per le confezioni relative ad unità posologiche superiori al trattamento di 2 mesi di terapia: medicinale soggetto a prescrizione medica, da rinnovare volta per volta (Rnr). Restano invariate le altre condizioni negoziali».

«Le confezioni soggette a ricetta ripetibile, come quelle che ora possono contenere solo la terapia per due mesi, ma in realtà sono in commercio solo quelle per il trattamento di 1 mese, possono essere acquistate con la stessa ricetta sulla quale ogni volta viene messo il timbro della farmacia, fino a 10 volte in sei mesi dalla data di prescrizione» commenta **Maurizio Cini**, presidente Asfi, «Se si rende meno agevole l'acquisto di quelle per tre o sei mesi di cura, che costano proporzionalmente meno, è ovvio che le pazienti preferiranno farsi ripetere la ricetta per la confezione da un mese. Dal punto di vista sanitario però potrebbe esistere una motivazione e cioè che dopo due mesi (ovvero uno) la continuazione della terapia anticoncezionale dovrebbe essere valutata dal medico». Non rientrano in questo provvedimento le pillole utilizzate per terapie ginecologiche, per esempio per l'acne, e quelle di contraccezione d'emergenza, levonorgestrel e ulipristal acetato, la cui modalità di dispensazione resta invariata.

Come ricordato recentemente da Federfarma, levonorgestrel, la "pillola del giorno dopo", va dispensata esclusivamente con ricetta medica non ripetibile (la prescrizione medica viene sempre ritirata dal farmacista all'atto della presentazione). Mentre l'Ulipristal acetato, la "pillola dei 5 giorni dopo", non richiede ricetta medica esclusivamente se dispensata a soggetti maggiorenni. «La farmacia è obbligata a dispensare i due farmaci secondo le modalità previste» precisa Cini «e se non è disponibile è obbligata a procurarla. Su questo la normativa è chiara anche se restano poco chiare le modalità di delega. Il Ministero ha specificato che se l'acquisto avviene per conto della paziente serve la delega della stessa, anche in caso di una minorenne che in quanto tale non ha alcun potere di firma».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 222.918
Diffusione 11/2015: 166.121
Lettori Ed. II 2015: 1.652.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

21-GEN-2016
da pag. 83
foglio 1
www.datastampa.it

DEPRESSIONE

Dopo il parto arriva a casa la psicologa

Sono circa 90 mila le donne che in Italia soffrono ogni anno di depressione post parto. La stima è del Fatebenefratelli di Milano, che ha creato un progetto di cura e prevenzione per le neo mamme con assistenza domiciliare attraverso un'équipe composta da uno psichiatra, una psicologa e un pediatra.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

15-01-2016

http://www.adnkronos.com/salute/sanita/2016/01/14/miraggio-eterologa

Miraggio eterologa, il tour dell'aspirante donatrice di ovuli che spiazza gli ospedali

di Michela Perrone e Lucia Scopelliti

Ai camici bianchi che incontri non sembra vero: "**Lei è la prima da sempre a informarsi su come donare ovociti alle donne che vogliono accedere alla fecondazione eterologa** ", procedura ora inserita nei nuovi Lea in arrivo. "Su alcuni aspetti non sappiamo bene come muoverci, ma troveremo il modo". **L'AdnKronos Salute ha fatto un viaggio in incognito negli ospedali milanesi**, per capire quale sia la reazione delle strutture sanitarie di fronte a una donna che voglia donare i propri gameti**. Risultato: medici spiazzati**. Alla sorpresa iniziale segue il disorientamento sul percorso da proporre, che in alcuni passaggi chiave resta un rebus ancora da sciogliere.

Primo passo: la telefonata di ricognizione. Su 4 istituti sentiti - Policlinico, Humanitas, Fatebenefratelli e Institut Marquès di Barcellona, che ha un poliambulatorio

front office a Milano - solo i primi 2 hanno fissato un appuntamento conoscitivo. Al momento del contatto telefonico, avvenuto nel mese di novembre, l'ospedale di zona Porta Nuova ha risposto di non accettare donazioni, mentre la clinica iberica preleva ovociti solo in Spagna, da donne che vi risiedano da almeno 3 anni. Nei 2 ospedali che acconsentono a fornire informazioni, .al di là della cortesia e della buona volontà dei medici **restano da chiarire alcuni aspetti come la garanzia dell'anonimato.**

Entrambe le strutture assicurano cartelle virtuali 'nascoste' - ad accesso limitato - e garantiscono che troveranno il modo per far superare alla donatrice il banco dell'accettazione senza avere un codice che l'associ alle motivazioni per le quali si trova in ospedale. **Resta da capire come svolgere tutti gli esami preliminari senza essere identificata**. I medici che accompagnano la donatrice nel percorso si danno da fare , ma considerata anche la 'latitanza' di donne disposte a regalare i propri ovuli, non sanno ancora bene come muoversi e alcuni nodi vengono al pettine al momento del colloquio. Come l'aspetto economico, che alla fine degli incontri resta sempre in sospeso.

Ore 17 di un pomeriggio d'autunno. Alla fine di un lungo corridoio semideserto c'è la sala del Policlinico in cui avviene il colloquio con i 2 medici, un uomo e una donna, che accolgono l'aspirante donatrice con grandi sorrisi e molta gentilezza, facendo di tutto per farla sentire a proprio agio. I 2 esperti spiegano nei dettagli il percorso e i rischi: "**Prima occorrono test genetici e ginecologici, oltre a una valutazione psicologica** per essere sicuri che le motivazioni siano abbastanza forti" per affrontare un iter così impegnativo. Se non emergono controindicazioni, "**si procede con l'induzione farmacologica dell'ovulazione**: punture quotidiane per un periodo da 10 a 30 giorni. A parte la prima, le altre potranno essere effettuate a casa, ma dovrà venire da noi ogni 2 giorni per controllare che tutto proceda bene".

Seguono le domande di routine sulla salute dell'aspirante donatrice: operazioni, farmaci assunti, stile di vita, tumori o malattie genetiche in famiglia. I check ogni 2 giorni potranno essere fissati la mattina presto, prima dell'inizio della giornata lavorativa. Dopo la terapia ormonale si procede con **l'intervento vero e proprio: una ventina di minuti durante i quali un ago aspirerà gli ovuli per via transvaginale** . L'operazione è in day hospital e, se non insorgono complicanze, la donatrice può tornare a casa dopo qualche ora di osservazione.

Durante l'incontro conoscitivo vengono anche descritti **i rischi** legati all'iperstimolazione e al possibile incremento del rischio di tumore, oltre alle infezioni che si possono contrarre durante l'intervento. Le percentuali sono comunque molto basse e al termine della chiacchierata i 2 medici consegnano un dettagliato consenso informato e lasciano i propri contatti personali. "La ringraziamo anche solo per averci pensato", è il saluto con cui ci congedano. **Resta un'incognita il capitolo economico: l'assicurazione è che "in qualche modo" le analisi saranno**

erogate gratuitamente.

Approccio diverso all'Istituto Humanitas di Rozzano, dove l'aspirante donatrice deve passare dall'accettazione per accreditarsi. Viene aperta immediatamente una cartella dove sono registrate le informazioni fornite durante il colloquio. Dopo una chiacchierata più sintetica sul percorso da seguire e sui rischi connessi, viene proposta ed eseguita immediatamente un'**ecografia interna**, da considerarsi come "piccolo benefit" per l'azione che forse si intraprenderà.

Anche in questo caso viene assicurata la gratuità degli esami e **si parla di un possibile rimborso per il tempo messo a disposizione, di cui comunque "sarebbero da chiarire le forme di erogazione"** .

Nel documento d'indirizzo sulla fecondazione eterologa, approvato dalla Conferenza delle Regioni il 4 settembre, si precisa infatti che "non potrà esistere una retribuzione economica per i donatori/donatrici, né potrà essere richiesto alla ricevente contributo alcuno per i gameti ricevuti". Ma "non si escludono forme di incentivazione alla donazione di cellule riproduttive in analogia con quanto previsto per donazione di altre cellule, organi o tessuti" **.**

Più disinvolti sulle questioni economiche all'Institut Marquès, dove dopo la prima telefonata la comunicazione procede via mail. Per effetto di un malinteso (la struttura pensava a un'aspirante mamma, non a una donatrice), arriva un **listino prezzi destinato alle coppie che vogliono ricorrere a fecondazione eterologa** in questa struttura, privata non convenzionata.

Per un bebè in provetta 'chiavi in mano' **il pacchetto base è di 6.645 euro**. Però gli aspiranti genitori possono accedere a una lunga lista di servizi aggiuntivi che favoriscono il lieto fine della procedura, ma possono far lievitare il conto finale**fino a quasi 9 mila euro**. Tra gli **'optional'** l'embrioscopio per una migliore selezione degli embrioni da impiantare (450 euro), o l'ecclosione assistita, incisione dell'involucro dell'embrione per facilitare il suo impianto (225), e il maquillage embrionario (325 euro).

Chiarito l'equivoco, arriva la spiegazione, rigorosamente via email: "Purtroppo qui da noi non è possibile donare in quanto la nostra è una struttura adibita a effettuare visite e controlli in preparazione a un possibile trattamento in Spagna. Le donatrici che assegniamo sono persone che donano ovociti direttamente nella nostra clinica di Barcellona. **Per poter donare in Spagna**, però, **bisogna avere una residenza di almeno 3 anni**".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 395.884
Diffusione 11/2015: 308.087
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

15-GEN-2016
da pag. 23
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Non può assistere i pazienti» Le 80 mila deroghe in corsia

Esenzioni per medici e infermieri aggravano la carenza di personale

Il dossier

di **Simona Ravizza**

La loro missione è aiutare i malati ricoverati, ma non lo fanno. L'elenco di motivazioni è lungo, quanto spesso incredibile: «Il dipendente non può svolgere mansioni sovraccaricanti per il rachide»; «Non può compiere assistenza diretta sul paziente»; «Deve evitare sforzi fisici eccessivi»; «Non può assumere ruoli di responsabilità». È meglio avere una sede di lavoro vicino a casa, evitare di trascorrere le notti in corsia e guai a stressarsi troppo. Così, tra i certificati presentati per avere deroghe al lavoro quotidiano in ospedale, si trovano anche giustificazioni che appaiono del tutto opportunistiche: «Non può andare in turno al pomeriggio»; «Non può rimanere in servizio oltre le 17»; «Non può lavorare in otorinolaringoiatria»; «Si consiglia di non spostarlo in altra sede»; «Non deve essere impegnato in turni di guardia e reperibilità».

Mentre gli ospedali italiani sono alle prese con un enorme problema di carenza del personale e ci sono medici, infermieri e operatori sociosanitari costretti a lavorare il doppio per riuscire a dare le migliori cure ai pazienti, c'è chi chiede e ottiene inspiegabili *sconti* sui compiti che deve svolgere.

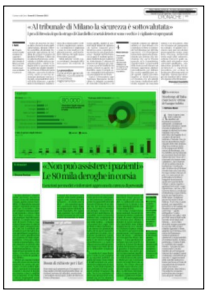
I numeri del fenomeno sono enormi: nella Sanità pubblica oggi ci sono almeno 80 mila lavoratori — in pratica uno su dieci — con mansioni agevolate, autorizzate dalla legge, ma troppo spesso utilizzate in modo improprio. Per capirlo basta spulciare tra i certificati medici presentati da chi vuole vedersi riconosciute le inidoneità lavorative. Li ha raccolti il Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (Cergas) dell'Università Bocconi all'interno di un dossier che, per la prima volta in Italia, ha contato i lavoratori con deroghe. «Il decreto legislativo 81 del 2008 dispone che è possibile essere riconosciuti inidonei allo svolgimento di determinati incarichi dopo una visita medica — spiegano i ricercatori del Cergas Carlo De Pietro e Marco Sartirana —. È una norma che giustamente tutela chi fa lavori usuranti e ha problemi di salute che si possono manifestare soprattutto con l'avanzare dell'età. Il guaio è che sono in troppi ad approfittarsene e a usare la legge per avere privilegi personali, magari con l'aiuto di medici e sindacalisti compiacenti».

Lo studio del Cergas-Bocconi si è svolto su un campione di 49 ospedali pubblici, un quinto del totale. Sono risultati 16.266 lavoratori con «esenzioni allo svolgimento di mansioni», l'11,8% degli organici. Il dato proiettato su base nazionale fa arrivare il numero a 80 mila. Tra chi ne usufruisce di più ci sono gli operatori sociosanitari (24,1%) che aiutano il personale infermieristico nell'assistenza del ricoverato e gli infermieri stessi (15,1%). Lo stesso vale per il 4,8% dei medici. Le inidoneità sono più frequenti tra le donne e crescono significativamente con l'aumentare dell'età.

Chi svolge compiti fisicamente usuranti, incentrati sull'assistenza diretta al paziente, chiede di essere dispensato dal sollevare pesi. Mentre le deroghe al lavoro notturno e alla reperibilità sono diffuse maggiormente tra i medici. «La richiesta di potere svolgere incarichi agevolati incide pesantemente sull'organizzazione del lavoro — sottolineano i ricercatori De Pietro e Sartirana —. È una questione importante non solo perché è a cavallo tra il dovere di tutelare la salute dei lavoratori e quello di garantire il funzionamento dell'ospedale, ma anche perché ha ripercussioni significative sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza dei pazienti. Motivo per cui è necessario trovare in tempi brevi una soluzione. Per evitare abusi gli ospedali stessi devono organizzarsi meglio e aiutare il medico, la direzione infermieristica e i rappresentanti dei lavoratori a collaborare di più».

@SimonaRavizza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 158.213
Diffusione 11/2015: 118.350
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

15-GEN-2016
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Cannabis terapeutica

Depenalizzazioni, intesa nel governo

Silvia Barocci

L'immigrazione clandestina non ci sarà, cannabis e guida senza patente sì.

A pag. 9

Cannabis depenalizzata per uso medico

▶Oggi al Consiglio dei ministri il pacchetto Orlando: solo sanzioni per chi viola le autorizzazioni alle coltivazioni per scopi terapeutici

▶Superate le resistenze dell'area centrista anche per il reato di guida senza patente: previste multe da 5.000 a 30.000 euro

SPARISCONO DAL CODICE CINQUE FATTISPECIE TRA CUI L'INGIURIA SULL'IMMIGRAZIONE CLANDESTINA SI RINVIA

IL CASO

ROMA L'immigrazione clandestina non ci sarà, ma nel corposo pacchetto di depenalizzazioni che oggi arriverà sul tavolo del consiglio dei ministri restano la guida senza patente e la violazione delle norme per la coltivazione della cannabis ad uso terapeutico. Due reati che, fino all'ultimo, hanno "ballato" in forza di quella "percezione" della sicurezza che, vista anche l'imminenza delle amministrative, hanno indotto il governo Renzi a espungere la clandestinità dalla lunga lista di ciò che d'ora innanzi sarà considerato solo un illecito amministrativo da punire con una sanzione.

LA SVOLTA

I caveat di alcuni partiti, Ncd in testa, sarebbero stati superati in zona Cesarini, visto che la delega al governo scade il 17 gennaio. Per quanto riguarda la cannabis, la sostituzione della pena di un anno con una sanzione da 5mila a 30mila euro riguarderà soltanto chi, già autorizzato alla coltivazione per scopi terapeutici o di ricerca, violi le prescrizioni. Far crescere una piantina di cannabis sul terrazzo di casa resterà reato. Cade anche l'ultima perplessità sulla depenalizzazione della guida senza patente. Oggi, infatti, chi viene pizzicato incorre nella pena dell'ammenda da 2.257 a 9.032 euro, il più delle volte "bruciata" dalla prescrizione. Con la riforma messa a punto dal ministro della Giustizia Orlando, invece, scatterebbe subito il fermo e la confisca amministrativa del mezzo, e una multa ben più salata: dai 5mila ai 30mila euro (senza contare la permanenza del reato in caso di recidiva). Circostanza che avrebbe contribuito a far spazzare via gli ultimi dubbi di centristi (e non solo) sulla difficoltà di coordinare l'abolizione del reato della guida senza patente con il futuro reato autonomo di omicidio stradale.

LUNGA LISTA

I due decreti legislativi contengono numerose altre novità che entreranno subito in vigore. Si parte dall'abolizione di cinque reati - ingiuria, sottrazione di cose comuni, appropriazione di cose smarrite, falsità in scrittura privata, falsità in foglio firmato in bianco - nessuno dei quali prevedeva il carcere. Per questi reati la persona offesa non dovrà più sporgere querela, ma chiedere al giudice civile il risarcimento del danno. Si va da un minimo di 100 a un massimo di 12 mila euro. L'effetto sarà anche quello di sfoltire, e molto, le cause pendenti in tribunale. E ancora: una serie di reati, ora puniti con la sola pena pecuniaria, diventeranno illeciti amministrativi. L'elenco, in questo caso, è più lungo: si va dagli atti osceni all'abuso della credulità popolare, fino all'omesso versamento di ritenute previdenziali non oltre 10mila euro. La sanzione sarà da un minimo di 5mila a un massimo di 30mila euro. La fedina penale resterà immacolata ma si dovrà sborsare molto di più rispetto alle vecchie ammende o multe. Restano fuori dalle depenalizzazioni reati che, pur prevedendo sino ad oggi la sola pena pecuniaria, tutelano interessi importanti in materia di urbanistica, alimenti, ambiente, salute nei luoghi di lavoro, giochi d'azzardo, sicurezza pubblica etc. Quanto all'immigrazione clandestina, il reato sarà abolito ma non oggi: «il rinvio non sarà sine die - assicura Orlando -. Servirà un sistematico ripensamento della materia».

Silvia Barocci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 248.061
Diffusione 11/2015: 175.698
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

15-GEN-2016
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Pagano dai 10 ai 13 mila euro

Duecento italiani l'anno in fuga in Svizzera per scegliere di morire

GIACOMO GALEAZZI
ROMA

Per porre fine alle loro sofferenze devono emigrare laddove è legale la morte volontaria assistita. Si affidano ad una rete di associazioni che li accompagnano da casa all'hospice. Nelle ultime tre settimane sono una cinquantina le persone che hanno contattato i Radicali «in forma non anonima» per informarsi sui viaggi dell'eutanasia. Sono in eguale misura uomini e donne, la maggior parte di loro sono malati oncologici, una parte minoritaria soffre di malattie psichiche (quindi non possono essere aiutati nemmeno in Svizzera) e il resto sono affetti da malattie degenerative, Sla e distrofia muscolare.

L' ultimo viaggio

Ogni anno 200 italiani arrivano in Svizzera per trovare la dolce morte: pagano dai 10 ai 13mila euro. Per ogni paziente che ottiene l'eutanasia almeno 50 non ci riescono. I volontari che li accompagnano nell'ultimo viaggio difendono il diritto al fine vita e li chiamano «esuli del suicidio». Non esistono cifre ufficiali sugli italiani che dall'Italia arrivano in Svizzera: le cliniche non forniscono dati. Il 46% degli italiani che si suicidano hanno la malattia come movente, stima l'Istat. Prima di Natale Marco Cappato si è autodenunciato ai carabinieri di Roma: «Ho aiutato Dominique Velati ad andare in Svizzera, le ha pagato il biglietto del treno». Ora l'esponente radicale aggiunge: «La parola eutanasia non figura nel nostro codice penale, eppure la morte è buona, cioè meno cattiva, solo se posso sceglierne le modalità». Quindi «testamento biologico, suicidio assistito, sospensione delle terapie, sostanza letale somministrata dal medico su richiesta reiterata del paziente, come accade in Olanda, Belgio, Lussemburgo».

Ma solo in Svizzera l'eutanasia non è riservata ai residenti, ossia a chi fa parte del sistema sanitario nazionale. In clinica, con una pastiglia di un potente narcotico come il pentobarbital sodico, in tre minuti ci si addormenta per non svegliarsi più. «E' un fenomeno sociale diffuso e in costante crescita- spiega Cappato-.Il potenziamento delle tecniche di rianimazione rende sempre più spesso la morte un processo lungo e non un fatto istantaneo. In tutti i sondaggio europei la maggioranza è favorevole alla legalizzazione dell'eutanasia, persino tra cattolici e leghisti del Nordest».

Squarci di umanità dolente. La casistica è ampia. «Ci sono persone che vogliono morire per solitudine e disperazione: vanno aiutate e curate da assistenti sociali e medici ma in Italia è difficile intercettare questa richiesta di aiuto- racconta Cappato-. I pazienti la avvertono come un potenziale atto criminale». Disagio sommerso, piaga invisibile. Il 40% delle persone, dopo il colloquio con medici e psicologi, desiste dal suo proposito e torna a casa. «Una milanese malata di Sla ha dato l'assenso per il viaggio in Svizzera- prosegue Cappato-. Il marito è contrario e lei, del tutto immobilizzata, è di fatto sequestrata nella sua scelta. In Svizzera può andare solo chi trova i soldi ed è trasportabile, quindi la maggioranza dei malati terminali deve rinunciarvi».

Corsa contro il tempo

Dal momento in cui viene fatta la richiesta a quando dalla Svizzera arriva l'assenso passano mesi tra invio di documenti, analisi, perizie. Troppo per quanti nel frattempo diventano intrasportabili. «In Olanda, Belgio e Lussemburgo il medico somministra la sostanza letale, in Svizzera deve essere il paziente ad assumerla, anche attraverso un marchingegno». Ma la Svizzera è l'unico paese in cui dal 1942 sono ammessi al suicidio assistito anche stranieri provenienti da paesi in cui l'eutanasia è illegale. Il primo contatto è in Rete, la stanza di una clinica è l'ultima fermata.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Eutanasia
Per ogni paziente che ottiene l'eutanasia, almeno 50 non ci riescono

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 32.889
Diffusione 11/2015: 17.058
Lettori Ed. II 2015: 137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

15-GEN-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

«Vincere il male sognando la maternità»

Colicchia: «Ogni giorno trenta nuovi casi di tumore fra le under 40 Promuovere la crioconservazione degli ovuli prima di ogni terapia»

Troppo pochi

«Gli oncologi che affrontano la questione con le pazienti»

di **Antonio Colicchia** *

Ogni giorno in Italia vengono diagnosticati almeno 30 nuovi casi di tumore in donne di età inferiore ai 40 anni, pari cioè al 3% della casistica generale. Il tipo più comune resta quello della mammella (29%), che nel 45% dei casi colpisce donne appartenenti alla medesima fascia d'età, con circa 2400 nuovi casi diagnosticati ogni anno. Il tumore alla mammella è seguito dai tumori del colon-retto (14%), del polmone (6%), del corpo dell'utero (5%) e della tiroide (5%). Un dato estremamente confortante riguarda oggi il tasso di sopravvivenza delle donne colpite dal tumore tra loro maggiormente diffuso: infatti, grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia della terapia chirurgica, siamo giunti oggi, a cinque anni dall'insorgenza del male, all'89%. Tuttavia, da ginecologi e da esperti di medicina della riproduzione, non possiamo ignorare, o sottovalutare, che il "costo" di questo importantissimo successo resta la possibile comparsa di sterilità nella donna e con essa un enorme disagio psicosociale. Alcuni tipi di chemioterapici, infatti, e in particolare quelli che danneggiano il Dna, riducono drasticamente il numero degli ovociti primordiali diminuendo la cosiddetta riserva ovarica e aumentando il rischio di sterilità e di menopausa anticipata; rischi tanto maggiori quanto più l'età della donna è avanzata. La domanda quindi è: «si può preservare la fertilità per le pazienti oncologiche? E come?». Innanzitutto, la risposta è sì. Le donne che sono sopravvissute a un cancro possono avere figli e mi permetto di aggiungere che hanno il sacrosanto diritto di diventare mamme dopo la malattia. Purtroppo, però, sono ancora pochi gli oncologi che affrontano la questione con le proprie pazienti. Il mio appello va quindi a tutti noi, a partire proprio dai ginecologi: occorre informare le pazienti sulle opportunità offerte oggi dalla tecnica di crioconservazione degli ovociti (unica tecnica considerata come non sperimentale da tutte le più importanti Società Scientifiche di Medicina della Riproduzione del mondo), che permette il congelamento dei gameti femminili prelevati in età fertile, per farvi ricorso una volta terminata la terapia. Eppure, ancora oggi, una parte della comunità medica è molto scettica sulle conseguenze di questo percorso rispetto alla cura e il primo passo è invece quello di chiarire che certe tecniche non influiscono in alcun modo sulle possibilità di cura e di sopravvivenza delle donne, anzi, a livello psicologico possono diventare uno stimolo positivo. Ci sono tumori, ad esempio il morbo di Hodgkin, che colpiscono donne molto giovani e la prospettiva di non poter avere più figli rappresenta un aspetto molto doloroso, in grado di minare la salute psicologica delle pazienti e di incidere pesantemente anche sulla risposta alle terapie antitumorali. In conclusione, ritengo quindi che la mancata informazione sulle opportunità offerte dalle tecniche di crioconservazione rappresenta un grave carenza assistenziale del nostro paese e del nostro sistema sanitario. Non esistono dati precisi, ma una cosa è certa, ovvero che in Italia ci sono solo due centri pubblici che erogano il servizio di crioconservazione di ovociti per pazienti oncologiche, ovvero a Bologna e a Milano. Uno degli scopi del convegno promosso dall'AIPF a Roma alla fine del 2015 è stato proprio quello di sensibilizzare il mondo dell'oncologia, a partire dai ginecologi, su questo lavoro di informazione che - in base alle linee guida internazionali ed europee - deve essere obbligatoriamente fornita alle pazienti.

** Segretario Aipf (Associazione Italiana Protezione della Fertilità)*

Colicchia
Un figlio aiuta a guarire

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 32.889
Diffusione 11/2015: 17.058
Lettori Ed. II 2015: 137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

15-GEN-2016
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Sangue infetto, la Ue condanna l'Italia

La Corte dei diritti: risarcite i 350 che hanno preso Hiv ed epatiti con le trasfusioni
Prevista anche una sanzione di 25.000 euro a malato per il ritardo dei pagamenti

Francesca Mariani

La Corte europea dei diritti dell'uomo ha dato ragione ai pazienti italiani contaminati da virus come l'Hiv e l'epatite tramite trasfusioni di sangue avvenute nel corso di trattamenti medici.

In una sentenza emessa ieri, i giudici di Strasburgo condannano lo Stato italiano a risarcire i cittadini che si erano rivolti alla Corte Edu, nati fra il 1921 e il 1993. I ricorrenti - riporta una nota della Corte - hanno diritto a un risarcimento poichè è stato provato il collegamento causa-effetto fra la trasfusione di sangue e la loro infezione, ma i ricorrenti lamentano la lunghezza dei procedimenti per il risarcimento o le conciliazioni amichevoli e che non è stato posto effettivo rimedio ai loro casi. L'avvocato, 350 cittadini coinvolti, sentenza storica».

Sono circa 350 i cittadini infettati da trasfusioni che saranno risarciti «con una cifra totale molto alta, che stiamo calcolando con precisione proprio in questo momento - ha precisato l'avvocato napoletano Michele Scolamiero, che con Sergio Guadagni segue da anni il caso - ma ciò che emerge è anche che per ognuno sono previsti 25.000 euro per risarcire il ritardo nell'adempimento» dell'Italia. Oltre 8 milioni di euro solo per questo aspetto. «È una sentenza molto importante, storica direi - ha rilevato Scolamiero - che crea uno spartiacque rispetto a tutta una serie di sentenze avvenute in passato in Italia. Dal 2007 portiamo avanti questa causa e avevamo già raggiunto dei successi. Poi il governo Monti ha eliminato ogni beneficio ottenuto. È arrivata successivamente con il Governo Renzi la legge 114/2014, in cui all'articolo 27 bis lo Stato italiano ha prodotto un rimedio legislativò senza il quale sarebbe stato sanzionato a pieno dalla Corte Edu».

L'emendamento ad hoc ha salvato la faccia all'Italia agli occhi dell'Europa, almeno pr quanto riguarda quest'aspetto. «.Per quanto riguarda il ritardo nell'adempimento, i giudici di Strasburgo hanno invece sanzionato, una media di 25.000 euro per paziente».

Della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali sono stati invocati l'articolo 2 (diritto alla vita) sotto l'aspetto procedurale, l'articolo 6 comma 1 (diritto a un equo processo), l'articolo 13 (diritto a un risarcimento effettivo) e l'articolo 1 del protocollo 1 (protezione della proprietà). «È un condanna vera e propria sui tempi lumaca dello Stato italiano - ha commentato .Andrea Spinetti, portavoce del Comitato vittime sangue infetto - Questa sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo si aggiunge ad altre. La Corte ha rimarcato l'inqualificabile mancanza e il ritardo sui risarcimenti. Ora speriamo che si accelerino i tempi per risolvere le tante situazioni che attendono una risposta». Il ministero della Salute, dal canto suo, ha voluto sottolineare «che la Corte ha affermato che la procedura di cui all'art. 27-bis del decreto-legge n. 90/2014 - la cui introduzione è stata fortemente voluta dal Ministro Lorenzin - che riconosce ai soggetti danneggiati, a titolo di equa riparazione, una somma di denaro determinata nella misura di euro 100.000, costituisce un rimedio interno, del tutto compatibile con le previsioni della Convenzione».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 248.061
Diffusione 11/2015: 175.698
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

15-GEN-2016
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

RISARCITE 350 PERSONE

Sangue infetto Italia condannata da Strasburgo

PAOLO RUSSO
ROMA

«L'Italia risarcisca i cittadini che tra gli Anni 70 e 80 hanno contratto epatite e Aids per colpa del sangue infetto». L'aut-aut viene dalla Corte europea per i diritti umani di Strasburgo, che ha condannato lo Stato italiano a risarcire 350 emotrasfusi, nati fra il 1921 e il '93 e i loro eredi, contagiati prima che nel 1989 fossero introdotti i controlli sugli agenti patogeni nel sangue. In realtà le persone in attesa di giustizia nel nostro Paese sono molte di più, almeno seimila e da anni chiedono al governo quanto dovuto per il danno subito. Diritto cancellato per il 60% di loro dalla prescrizione che nel frattempo è scattata bloccando i rimborsi.

La sentenza riguarda solo i danneggiati che hanno presentato ricorso e che ora otterranno complessivamente circa 10 milioni come rimborso. Ma la decisione della Corte europea accende una speranza anche per gli altri. Per il nostro ministero della Salute la vicenda invece si chiuderebbe qui. In una nota emanata subito dopo la sentenza si ricorda infatti che con il decreto legge «94» del 2014, fortemente voluto dal ministro Lorenzin, è stata riconosciuta ai danneggiati, a titolo di riparazione, una somma di 100mila euro. Per le associazioni dei danneggiati sarebbe invece appena sufficiente a coprire le spese legali sostenute dalla vittime del sangue infetto, infettatesi quando negli ospedali italiani i controlli sulle sacche di plasma erano ancora un optional. Intanto il M5S chiede che «saldi finalmente il suo debito con le vittime», e anche nella maggioranza Giovanni Monchiero di Scelta civica si augura «che le autorità paghino quanto dovuto perché le sentenze si applicano».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

14-01-2016

http://salute.agi.it/primapagina/notizie/alcol_in_e_cig_ha_effetto_negativo_su_capacita_psico_motorie-201601131421-hpg-rsa1017

ALCOL IN E-CIG HA EFFETTO NEGATIVO SU CAPACITA' PSICO-MOTORIE

(AGI) - Washington, 13 gen. - Le quantita' di alcol presenti nei liquidi utilizzati nelle sigarette elettroniche possono avere un effetto negativo sulle capacita' psico-motorie. Queste, in estrema sintesi, le conclusioni di uno studio della Yale University, pubblicato sulla rivista Drug and Alcohol Dependence. I ricercatori hanno coinvolto nello studio persone che utilizzano due tipi di sigarette elettroniche disponibili in commercio. I dispositivi analizzati contenevano importi elevati di alcol (23,5 per cento) o bassi (0,4 per cento). Nessuno dei soggetti che ha utilizzato i due diversi tipi di sigaretta elettronica ha riferito di sentisi in modo diverso dopo aver inalato i vapori. Ma il gruppo che ha usato la sigaretta elettronica con piu' elevato livello di alcol ha ottenuto risultati peggiori nei test psico-motori. In alcuni casi avevano anche livelli rilevabili di alcol nelle urine. "Dato l'uso diffuso e regolamentato delle e-cig, soprattutto da parte dei giovani e di altre popolazioni vulnerabili, sono necessari altri studi per valutare sia la sicurezza sulla salute a breve e a lungo termine, che i rischi di usare le e-cig contenenti alcol", ha detto Mehmet Sofuoglu, principale autore dello studio.

.

quotidianosanità.it

Giovedì 14 GENNNAIO 2016

Anziani. Nuovo studio Ocse: “Nel 2050 saranno 2,4 mld nel mondo. Oggi meno di 900 milioni. Ma in Italia sono già il 20% della popolazione”. L’allarme: “Sistemi sanitari non sono pronti”

Oggi il 12% della polazione mondiale ha più di 60 anni, diventeranno il 21% tra 35 anni. Gli esperti dell’Organizzazione internazionale fotografano l’invecchiamento della popolazione globale nel Report Ageing debate the Issues. Per la sanità serve più assistenza territoriale. E poi focus su sviluppo, pensioni e sociale: l'analisi su come cambierà la struttura demografica del pianeta nei prossimi 30 anni e le ‘ricette’ su come affrontare il fenomeno per non rimanere spiazzati. IL RAPPORTO

A Funabashi, ridente città giapponese a est di Tokyo, sono avanti. Qui hanno da tempo aperto un *mall* dedicato alla terza (ma ormai forse anche alla quarta) età. Gli anziani del terzo millennio sono i più in salute, attivi e longevi della storia dell’umanità. E in più hanno anche una buona pensione. Per questo non potevano sfuggire alle leggi del marketing. E neppure ad un interessante rapporto dell’OCSE (*OECD Insights: Ageing debate the Issues)*, dedicato appunto agli anziani, considerati ormai un ‘fenomeno’ demografico nella maggior parte dei Paesi del mondo. Qualche numero: in Giappone nel 1963 solo 1 persona su 16 superava i 65 anni. A distanza di appena mezzo secolo gli *over* 65 sono diventati 1 su 4. Nello stesso periodo in Italia gli anziani sono passati da 1 su 10, a 1 su 5. E la tendenza è generalizzata, visto che oggi si contano in tutto il mondo 868 milioni di persone ultrasessantenni, pari al 12% della popolazione, con proiezioni che si spingono verso i 2,4 miliardi per il 2050, quando 21 persone su 100 avranno più di 60 anni.

Gli esperti dell’OCSE riconducono le cause dell’invecchiamento planetario a due ragioni principali: si fanno sempre meno figli e si vive sempre più a lungo. Negli anni ’70 la media dei figli nei Paesi OCSE era di 2,7 per donna; oggi siamo a 1,7, cioè ben lontano dal ‘tasso di sostituzione’, necessario per mantenere stabile il numero della popolazione, che è di 2,1 figli per donna. Ma la tendenza è generalizzata. Basti pensare che in India da una media di 5,5 figli per donna negli anni ’70, si è passati agli attuali 2,5.

C’è poi la questione della longevità. In Giappone ormai, l’aspettativa di vita alla nascita è di 83 anni (86 per le donne) e in almeno metà dei Paesi OCSE supera gli 80 anni. Un fenomeno questo legato ad una migliore alimentazione, alla disponibilità di acqua potabile, ai progressi della medicina e alle vaccinazioni di massa.

Un fenomeno di questa portata non può non avere importanti ripercussioni sociali. La prima delle quali è che naturalmente sarà necessario lavorare più a lungo prima di poter ambire alla pensione. E comunque, anche oltre la soglia della pensione, gli anziani, nella loro veste di nonni ad esempio, rivestono un ruolo sempre più importante nell’occuparsi (a costo zero) dei nipoti e anche nel contribuire al bilancio familiare dei figli. In più danno un contributo non indifferente all’economia (negli Usa, agli over-50 viene attribuito il 60% dei consumi). Di certo però le previsioni per il futuro non sono

rosee. Già nel 2010 in Spagna ad esempio si contava un pensionato ogni due lavoratori attivi. E secondo le previsioni OCSE questo rapporto diventerà 1:1 entro il 2050. Con ovvie conseguenze: problemi nel coprire la spesa pensionistica e tensioni tra generazioni.
Molti governi si stanno già attrezzando, innalzando l’età pensionistica, altri danno incentivi a chi vuole rimanere al lavoro più a lungo.

E per fortuna, gli anziani del terzo millennio sono in generale, nonostante gli acciacchi di repertorio, in buona salute: 2 over-65 su 5 nei Paesi OCSE e addirittura 4 su 5 in Nuova Zelanda si considerano in buona salute. Ma è altrettanto chiaro che più avanti si va con gli anni, più le probabilità di ammalarsi aumentano. Così se una donna europea di 65 anni ha una prospettiva di vita di altri 20 anni, è destinata a viverne almeno la metà in condizioni non ottimali di salute. E questo significa *tout court*, spesa sanitaria (che già ammonta in media all’8% del PIL) in aumento nei prossimi anni e necessità di ridisegnare l’assistenza sanitaria, mirandola più sulla cronicità che non sull’emergenza.

Cambia la demografia della morte.
Se nel 1850 il 50% dei morti in Inghilterra e nel Galles era rappresentato da persone al di sotto dei 60 anni, oggi il 90% dei decessi si registra negli ultra-60enni. In appena 170 anni, l’aspettativa di vita è cresciuta di 7 anni per gli uomini e di 9 per le donne. In queste stessi regioni, il numero dei centenari è passato dai circa 200 nel 1922, ai 12.318 del 2012; e continuando con questa progressione, per l’anno 2100 gli ultracentenari di sua maestà britannica supereranno il milione. Ma l’elemento di trasformazione demografica più eclatante riguarda la mortalità infantile (al di sotto del primo anno di vita), passata da 154 decessi su 1.000 nati vivi all’inizio del 1900 a 4,4 morti/1.000 nati vivi nel 2011.

Invecchiamento: il futuro dello sviluppo
Le attuali stime prevedono un numero di oltre 2 miliardi di anziani (il 21% della popolazione) entro il 2050; per quell’epoca ci saranno più ultra-sessantenni che ragazzi sotto i 16 anni e sarà la prima volta nella storia dell’umanità. Un fenomeno questo al quale non sono estranee le nazioni in via di sviluppo, dove già adesso vive oltre il 62% degli ultra-sessantenni del mondo. Lo scenario demografico in molti Paesi dell’Asia e del Sud America sta evolvendo così rapidamente da non dar tempo ai governi di adeguarsi.
L’esercito degli over-60 è sempre più nutrito in tutto il mondo; e infatti, non a caso, l’agenda dei *Sustainable Development Goal* (SDG) per gli anni oltre il 2015 ha per la prima volta riconosciuto gli anziani come parte integrante del processo di sviluppo; occuparsi dei diritti e delle necessità degli anziani è infatti imprescindibile se si vuole perseguire l’obiettivo del ‘non lasciare nessuno indietro’.

L’esistenza di una persona è stata finora considerata divisa in tre tronconi: infanzia (dipendenza), età adulta (produttività), età avanzata (dipendenza). Secondo gli autori del rapporto però non c’è nulla di più lontano dal vero, visto che gli anziani rappresentano spesso una grande risorsa economica, sia per le loro pensioni che per come si occupano dei bambini, migliorando la loro alimentazione, assistendoli nei compiti, ecc. Lo stesso dicasi per i volontari della terza età.

Le persone di età avanzata insomma non sono semplicemente degli anziani, ma maestri, contadini, persone in grado di badare ad altre, professionisti. Persino premi Nobel. Certo però tra di loro ci sono anche persone fragili, affette da demenza, malattie croniche e disabilità varie. Ciò che conta quindi è avere un quadro preciso della situazione per costruire e pianificare il futuro su solide basi, liberandosi dei preconcetti sulla terza età e disegnando politiche che tengano conto del rapido invecchiamento delle nostre società.

Senectus and the city
I giornali sono prodighi di suggerimenti su posti esotici, vista spiaggia o campo da golf, dove ritirarsi in pensione spendendo niente. Ma realtà, fotografata dal rapporto ‘Ageing in the City’, racconta un’altra storia: almeno metà degli over-65 di area OCSE continuano a vivere in città. La popolazione anziana delle metropoli italiane supera di poco il 22% del totale; quella giapponese sfiora il 22%.

Un dato su cui riflettere. Anche per quanto riguarda il settore delle ristrutturazioni, che potrebbe fare un bel *business* con l’adeguamento degli appartamenti alle necessità degli anziani. Ma anche l’urbanistica dei diversi municipi dovrebbe tener conto delle esigenze degli anziani, assicurando trasporti e servizi

adeguati. Così l’OCSE propone di utilizzare un certo numero di indicatori (concernenti la salute, le abitazioni, i trasporti, l’occupazione, ecc) che aiutino i cittadini e i loro rappresentanti a comprendere meglio i cambiamenti demografici e a pianificare come gestirli. O anche meglio, a precorrere i tempi. Ecco qualche esempio. Lo Yokohama *Walking Point Programme* (Giappone) incoraggia le persone di tutte le età a camminare, allo scopo di migliorare la salute, utilizzando un programma di ‘fidelizzazione’ tipo quelli dei *frequent flyer* delle compagnie aeree: più cammini, più punti raccogli e con i punti ottieni sconti nei negozi. Presso l’università della terza età di Lisbona, dei volontari anziani offrono conferenze agli over-50 e iniziative analoghe si registrano presso la Rakuno School in Toyama (Giappone). Ci sono insomma vari modi per mantenere in attività gli anziani e per renderli un ‘fardello’ quanto più leggero possibile per la società.

Sistemi sanitari: non pronti per popolazioni sempre più anziane.
Secondo il rapporto OCSE sull’Ageing, il modello di assistenza sanitaria prevalente al giorno d’oggi non ha tenuto conto delle variazioni epidemiologiche e delle reali necessità assistenziarie della popolazione. Il principale obiettivo a tutt’oggi rimane quello di costruire nuovi ospedali, acquistare attrezzature innovative e costose, migliorare sempre più i servizi per gli acuti. L’invecchiamento della popolazione richiede invece un deciso cambio di direzione, che sposti il baricentro dalla cura di pochi episodi acuti, alla moltitudine delle necessità dei ‘cronici’. Uno scenario che riporta in primo piano il ruolo della medicina di famiglia e della *continuity of care* attraverso diversi attori sul territorio.

Un esempio di quanto gli attuali sistemi sanitari siano inadeguati rispetto alla crescente complessità di una popolazione in invecchiamento è la demenza, condizione che interessa oggi almeno 47 milioni di persone, destinate a diventare 76 milioni entro il 2030. Il più alto tasso di prevalenza di questa condizione in area OCSE si registra in Francia, Italia, Svizzera, Spagna, Svezia e Norvegia (6,3-6,5% degli over-60 affetti). E non esistono cure, neppure all’orizzonte. In attesa dei progressi della ricerca la vita dei pazienti affetti da demenza e dalle loro famiglie è decisamente difficile. A medici e *care giver* dovrebbero essere offerti training specifici, dati strumenti migliori per assistere queste persone; dovrebbe essere semplificato il dialogo tra servizi sanitari e sociali. Una ricerca dell’OCSE ha individuato 10 punti che potrebbero fare la differenza, che vanno dal minimizzare il rischio di sviluppare questa condizione, allo sfruttare tutto il potenziale delle nuove tecnologie per supportare questi pazienti e consentire loro una morte dignitosa.

Un discorso a parte merita la raccolta dati, ancora assai carente nonostante la nostra sia considerata l’epoca dei *big data*. Implementare i dati della *digital health* potrebbe tornare estremamente utile nel campo della ricerca di nuove terapie per le patologie neurodegenerative come la demenza, ma anche per la loro assistenza. Per questo sono necessari investimenti importanti in personale, corsi di formazione, training e per la realizzazione di infrastrutture.

Tutti obiettivi che devono fare i conti con la realtà di un budget per le demenze che ammonta a meno dell’1% del totale nel campo ‘ricerca e sviluppo’ in area G7.

I nuovi anziani: smart e ‘verdi’
L’invecchiamento della popolazione rappresenta un*challenge* alla sostenibilità delle società moderne, ma secondo alcuni, l’*ingrigimento* demografico potrebbe comportare anche dei vantaggi. Uno studio condotto in Germania, la seconda nazione del mondo in termini di popolazione con età media superiore ai 44,3 anni, focalizzato sulle potenzialità e le opportunità di questa realtà, ha individuato 5 aree di possibili vantaggi.

La rappresentazione grafica della società tedesca attuale, assomiglia più ad un albero, che alla classica piramide demografica. In realtà questa è la fotografia attuale, mentre nelle prossime decadi, le fasce più anziane attualmente iper-rappresentate diverranno più esigue e tenderanno a scomparire. Nelle ultime due decadi la percentuale d cittadini tedeschi over-65 è aumentata del 2-3%; tra il 2020 e il 2040 passerà dal 23% al 33%; ma nelle successive due decadi tenderà a rimanere stabile su questi valori. Ma anche il grado di istruzione è destinato a crescere; così si stima che dopo il 2050 sarà ben il 46% dei tedeschi ad avere un titolo di studio elevato, contro l’attuale 28%. Un maggior grado di educazione comporta importanti ricadute sullo stato di salute e dunque è prevedibile che aumenteranno gli anni spesi in buona salute. In altre parole i tedeschi che già oggi trascorrono il 60% della vita in buona

salute, entro il 2050, passeranno ben l'80% della loro esistenza al riparo da acciacchi e malattie, secondo questo studio. Quindi, la perdita di produttività lavorativa sarà in parte compensata da un più elevato grado di istruzione e da una migliore salute.

Una popolazione anziana in numeri più contenuti potrebbe rivelarsi inoltre non solo più produttiva del previsto, ma anche più amica dell'ambiente. I giovani viaggiano e consumano di più, quindi determinano una maggior quantità di emissioni di CO_2, rispetto ai pensionati. Così se le emissioni sono aumentate del 30% dagli anni '50 ad oggi, nelle prossime decadi potrebbero addirittura ridursi a livelli pre-anni '50.

L'attuale struttura demografica potrebbe inoltre contribuire a rendere più benestanti le generazioni future, che erediteranno beni da dividere tra meno persone.

Insomma gli anziani secondo questo rapporto non sono, né saranno in futuro solo un fardello ma una miniera di opportunità. Il futuro non sarà tutto rose e fiori. Ma di certo neppure così nero come lo si dipinge.

Lavorare più a lungo per giovare all'economia e alla pace familiare
Un rapporto OCSE del 2006, *'Live longer'*, stima che in assenza di modifiche degli attuali schemi di lavoro e pensionamento, il rapporto anziani inattivi per lavoratore attivo è destinato a raddoppiare, passando dal 38% del 2000, al 70% entro il 2050. In questo stesso lasso di tempo in Europa questo rapporto potrebbe diventare 1:1. Restando così le cose, il PIL pro capite in area OCSE si ridurrà dell'1,7% l'anno nell'arco delle prossime tre decadi, riducendosi di circa il 30% rispetto al suo tasso tra il 1970 e il 2000.

Ma in realtà il futuro non è mai così semplice da decifrare. Così appena un anno dopo la pubblicazione di questo rapporto, la pensione di molti anziani è stata ridotta in polvere dalle speculazioni in borsa. Di conseguenza, molti di loro sono dovuti tornare a lavorare. Almeno quelli che hanno avuto la fortuna di trovarlo un lavoro. Secondo gli autori del rapporto OCSE a questo punto vanno innanzitutto sfatati due miti: che gli anziani tolgano lavoro ai giovani e che con l'avanzare degli anni la capacità lavorativa si deteriori.

Il motto *live longer, work longer* va però declinato nelle realtà delle singoli nazioni e per questo l'OCSE ha lanciato una serie di studi nazionali chiamati '*Working better with age'*. Che non significa tornare alla realtà degli USA di fine 1800, quando il 68% degli uomini over-65 erano ancora al lavoro, ma trovare soluzioni per far lavorare meglio le persone di età compresa tra i 55 e i 64 anni. In area OCSE il 57,5% di questa fascia d'età è ancora al lavoro, anche se le percentuali variano sensibilmente da una nazione all'altra. A guidare la classifica degli anziani più stacanovisti è l'Islanda, con l'83,6% ancora al lavoro, seguita da Nuova Zelanda (76,3%), Svezia (74%), Norvegia (72,2%) e Svizzera (71,5%). Sul versante opposto la Turchia, con appena il 31,4% di questa fascia d'età ancora al lavoro, la Grecia (33,7%) e la Slovenia (35,8%).

Tutto ciò riguarda l'ambito della macroeconomia dell' invecchiamento e del lavoro.
Marco Bertoni e **Giorgio Brunello** dell'Università di Padova sono invece andati ad analizzare un altro aspetto del pensionamento, cioè le ricadute in ambito domestico. Analizzando le interviste fatte a 840 donne di Osaka, i due ricercatori hanno trovato interessanti informazioni e dati sulla cosiddetta 'sindrome del marito pensionato' (SMP) che affligge la salute mentale delle mogli dei pensionati in tutto il mondo. I ricercatori italiani hanno evidenziato che il pensionamento del marito e la sua durata hanno un significativo impatto sulla SMP, che si traduce in un aumento di stress, depressione e disturbi del sonno per le mogli. In particolare, ogni anno di vita da pensionato in più del marito si traduce in un aumento del 5,8-13,7% di probabilità che le 'casalinghe disperate' sviluppino la 'sindrome del marito pensionato'.

Invecchiamento e pensioni.
Il sistema pensionistico, è noto, non gode certo di buona salute a livello planetario. Il rapporto OCSE *Pensions Outlook 2014* , analizza le varie modalità messe in atto dalle diverse nazioni per affrontare sfide, quali quella demografica, alla base di questa crisi. Le generazioni 'baby boom' sono destinate

pian piano a scomparire, lasciandosi dietro elementi più permanenti quali l’allungamento dell’aspettativa di vita.

Con la prospettiva di anziani sempre più longevi, mantenere invariati gli anni di versamenti pensionistici, significherà trovarsi a spalmare i contributi accumulati su un maggior numero di anni, cioè in definitiva rassegnarsi ad avere pensioni più basse.
Nel caso in cui invece i governi o i datori di lavoro dovessero addossarsi l’onere dei costi extra generati dal maggior numero di anni trascorsi in pensione, rispetto ai contributi versati durante gli anni di lavoro, probabilmente si troverebbero a fronteggiare problemi di solvenza o di sostenibilità fiscale.

Gli autori del rapporto insomma concludono che versare più contributi e più a lungo, soprattutto ritoccando in avanti l’età pensionabile, sembra il modo migliore per venir fuori da questi problemi. In questo modo si andrebbe a mantenere il giusto rapporto tra anni di contributi versati e anni di pensionamento. E molti Paesi si sono infatti adeguati, innalzando l’età pensionistica o definendo l’età della pensione sulla base dell’aspettativa di vita.

Non si può certo dire che questo sia un approccio equo però, perché l’allungamento dell’aspettativa di vita non è distribuito uniformemente attraverso tutta la società. Fissando l’età pensionabile a 65 anni, quindi un impiegato potrebbe contare in media su quattro anni di pensione, rispetto ad un operaio, che magari i contributi li ha cominciati a versare molto prima dell’impiegato, avendo iniziato a lavorare prima. In altre parole l’operaio con questo sistema verserebbe in proporzione più contributi e godrebbe della pensione per un minor numero di anni. Forse, riflettono gli autori, un approccio migliore potrebbe dunque essere quello di collegare il numero degli anni di versamenti all’aspettativa di vita; ma per fare questo sono necessari una serie dati, attualmente non disponibili in tutti i Paesi. Per non parlare del fatto che non è affatto detto che l’aspettativa di vita si mantenga quella attuale o magari aumenti in futuro.

Il rapporto OCSE *Roadmap for the Good Design of DC Pension Plans* raccomanda delle rendite parziali di *default* per proteggersi dal rischio longevità. I fondi pensione e i *provider* di rendite hanno bisogno di strumenti finanziari per mitigare il rischio longevità. E qualche suggerimento è contenuto nel rapporto OCSE, il *Mortality Assumptions and Longevity Risk* .

I pensionati del terzo millennio
Di cosa c’è bisogno per vivere una vecchiaia felice? Di una salute di ferro, una bella casa in cui vivere, famiglia, amici e naturalmente di un po’ di soldi per godersi la vita.

Secondo i dati del rapporto OCSE *Pensions at a Glance 2013* oggi la maggior parte dei pensionati ha uno standard di vita non dissimile da quello dei lavoratori attivi. Almeno come regola generale. E non sorprende, perché il pensionato di oggi ha alle spalle una vita all’insegna del posto di lavoro fisso, un miraggio per chi si affaccia oggi nel mondo del lavoro. Così i pensionati delle prossime generazioni saranno molto ma molto diversi; alcuni saranno stati disoccupati a lungo, altri avranno avuto lunghi periodi di bassi salari; solo alcuni continueranno a godere di buoni stipendi e di posti stabili. Il *gap* tra chi guadagna molto e chi poco si allarga sempre di più e parallelamente diverge la propensione al risparmio di questi due gruppi.

Essere povero, significa in genere anche non godere di buona salute e arrivare alla vecchiaia con un bel carico di malattie e disabilità. Così, la vecchiaia per i giovani di oggi potrebbe essere assai meno dorata di quella che osservano oggi nei loro genitori.
Ma lasciare che la gente invecchi in maniera così dissimile non rappresenta una buona politica, oltre ad essere eticamente scorretto.

La disoccupazione giovanile è a cifre record in tutti i Paesi OCSE e questo impone una pesante ipoteca sugli anziani di domani. E’ necessario intervenire prima che questa generazione entri nella terza età, cercando di prevenire al massimo i rischi per la salute e ridisegnando i sistemi di protezione sociale. E soprattutto cercando di dare ai giovani le migliori *chance* di mettere in atto tutte le loro potenzialità.

Com’è la vita da vecchi?

I giovani non ci pensano perché per loro la vita è l’*hic et nunc*, il presente, in genere bello e felice. Ma affacciarsi nel futuro restituisce un quadro un po’ diverso di come saremo da anziani ed è bene cominciare a farci un pensiero.

Il fattore chiave che determina come sarà la vita nella terza età è la disponibilità economica. Al momento le cose sono abbastanza soddisfacenti, visto che il tasso medio di povertà tra gli anziani in area OCSE è sceso dal 15,1% del 2007, al 12,8% del 2010, nonostante l’aumento dei tassi di povertà sperimentato a livello di popolazione generale per via della crisi economica. Certo, anche nel caso delle pensioni il *gender gap* si fa sentire, con le donne esposte ad un maggior rischio di povertà, vuoi perché percepiscono pensioni più basse, vuoi perché spesso sopravvivono al compagno di una vita e dunque anche alla sua pensione.

Importanti determinanti di una vecchiaia di successo sono anche gli amici e la famiglia; eppure oltre il 20% degli over-65 afferma di non avere più rapporti con gli amici.

Altrettanto importante per l’anziano è l’accessibilità ai servizi pubblici, visto che necessitano di maggior assistenza rispetto al resto della popolazione.

C’è poi la spesa per l’assistenza, che a volte assorbe oltre il 60% della pensione. Qualcuno già da tempo ha adottato soluzioni drastiche. In Svizzera ad esempio, il costo dell’assistenza degli anziani è così alto (anche 5-10.000 dollari al mese) che alcune famiglie ‘esportano’ nonno e nonna in Tailandia per potersi permettere di pagare una casa di riposo. Tra l’altro la Svizzera è uno dei Paesi col più alto tasso di povertà (22%) in area OCSE.

In Corea, dove di anziani ce ne sono molti, le famiglie sono ricorse a soluzioni meno drastiche, servendosi del sistema uHouse (*Ubiquitous Health House*) per monitorare via internet la salute dei propri cari. Questo sistema aiuta le famiglie e gli anziani a mantenere la loro privacy e indipendenza, fornendo comunque assistenza domiciliare e di fatto sostituendo i servizi ospedalieri.

Maria Rita Montebelli

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 80.157
Diffusione 11/2015: 40.318
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

15-GEN-2016
da pag. 28
foglio 1
www.datastampa.it

La federazione dei professionisti chiede più tempo alle Entrate

Dati medici da rinviare

I professionisti: evidenti criticità tecniche

DI ANDREA BONGI

Causa evidenti criticità tecniche il termine per la trasmissione delle spese sanitarie deve essere prorogato. Vanno giù duro i medici e gli odontoiatri italiani che mentre l'Agenzia delle entrate prova a risolvere in extremis le problematiche ancora sul tappeto, non ultima quella del mancato abbinamento delle Pec degli studi associati, alzano la voce e attraverso la loro federazione chiedono ufficialmente al ministro Pier Carlo Padoan una proroga del termine. La richiesta di rinvio del termine è contenuta in una nota che la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha inviato ieri al ministro per permettere a tutti i medici e gli odontoiatri l'invio dei dati di cui all'art. 3, comma 3, del dlgs 175/14. Le problematiche tecniche ed interpretative ancora sul tappeto a pochi giorni dalla dead line del 1° febbraio sono infatti ancora molte. Tra le principali criticità che agitano il sonno degli oltre 400 mila iscritti alla federazione nazionale ci sono le misure sanzionatorie collegate al tardivo o errato invio delle comunicazioni. E se è vero che con la legge di stabilità 2016 si è disposto un regime di favore per il primo anno di trasmissione, stabilendo che non vi saranno sanzioni in ipotesi di lieve tardività o di errore nella trasmissione dei dati dal quale non derivino indebite detrazioni, è altrettanto vero, precisa la richiesta di proroga della Fnmceo, che «devono essere stabiliti, infatti, i casi in cui le sanzioni trovino applicazione e le relative modalità e deve essere chiarito cosa si intenda per mancata applicazione delle sanzioni in caso di «lieve tardività» nella trasmissione dei dati». Tra gli altri dubbi sul tappeto ci sono anche l'esatta individuazione dei soggetti obbligati all'adempimento relativo alle spese del 2015 e le problematiche di natura tecnica relative all'abbinamento delle Pec dei soggetti delegati alla trasmissione a quelle dei medici. Su queste ultime due tematiche è intervenuta ieri anche una nota della Cna, basata su risposte informali ricevute dall'Agenzia delle entrate, con le possibili soluzioni.

Per quanto riguarda i soggetti obbligati alla prima trasmissione dei dati 2015 la nota della Cna precisa che per quanto riguarda le strutture autorizzate, ma non accreditate al Ssn e ai Sasn, le stesse saranno obbligate a trasmettere i dati solo a partire dal 2016. Tra gli altri soggetti che potrebbero essere obbligati all'invio vi sono anche le strutture sanitarie accreditate che vendono ausili protesici ed i presidi specialisti ambulatoriali, se accreditati al Ssn. Fuori dall'obbligo invece gli odontotecnici ed i veterinari. In linea generale sono escluse anche le parafarmacie che potrebbero però rientrare fra gli obbligati alla trasmissione qualora fossero accreditate per altre prestazioni e nel caso solo limitatamente a queste ultime. Altra questione dubbia riguarda l'indicazione del codice fiscale dell'assistito. Può infatti accadere, specie ai medici pediatri e più in generale a chi effettua prestazioni a favore di soggetti fiscalmente a carico, che le fatture siano intestate al soggetto che ha richiesto la prestazione (per esempio, genitore), anziché all'assistito. In queste situazioni la nota di Cna precisa che il medico non deve procedere ad alcuna integrazione della fattura per indicare anche il codice fiscale dell'assistito poiché tra i dati che il sistema Ts mette a disposizione ai fini della dichiarazione precompilata è previsto, in alternativa al codice fiscale del familiare a carico a cui si riferisce la spesa, il codice fiscale del contribuente.

In via di risoluzione invece il problema relativo al mancato abbinamento degli indirizzi Pec qualora il soggetto delegato sia uno studio associato. Stando a una nota diffusa nella serata di ieri dalle Entrate, sarebbe stata apportata una specifica funzionalità al Sistema Ts finalizzata alla rimozione dei suddetti problemi tecnici. Tale funzionalità, stando alla nota di ieri, sarà operativa a partire dal 16 gennaio 2016.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 158.674
Diffusione 11/2015: 125.505
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

15-GEN-2016
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

Gli orfani di ebola: in 23mila a rischio

L'Oms: «È finita l'epidemia in Africa» Msf: impariamo da questa esperienza

Terminata l'emergenza anche in Liberia, l'Unicef ha lanciato un appello per sostenere tutti i bambini rimasti senza genitori a causa della malattia e i minori sopravvissuti

PAOLO M. ALFIERI

Ora che la minaccia è alle spalle, restano tutte le macerie, personali e sociali, di un virus che ha colpito duro come mai aveva fatto prima d'ora. Ebola, il grande incubo che partito dall'Africa occidentale ha spaventato per mesi pure Europa e Stati Uniti, è stato sconfitto. Anche la Liberia, dopo Guinea e Sierra Leone, è ufficialmente «ebola free», libera da «tutte le catene conosciute di trasmissione nell'Africa dell'Ovest», come ha sancito ieri l'Organizzazione mondiale della sanità essendo trascorsi 42 giorni dall'ultimo caso registrato nel Paese. In poco più di due anni dal primo caso in Guinea, il virus ha provocato 11.315 morti su 28.637 contagi. E in molti villaggi, ora, il dramma è per chi è rimasto solo.

Nei tre Paesi più colpiti dal virus, sottolinea l'Unicef, sono ben 23mila i bambini che a causa della malattia hanno perso uno o entrambi i genitori e la persona che si prendeva cura di loro. Spenti i riflettori sul dramma sanitario, un'intera generazione continuerà quindi ad avere bisogno di sostegno. E come se non bastasse, più di 1.260 bambini contagiati ma sopravvissuti alla malattia, devono ora affrontare delle vere e proprie sfide (mediche e sociali) per essere nuovamente accettati nella propria comunità.

«Ebola è stata un'esperienza terrificante per i bambini – sottolinea Manuel Fontaine, direttore regionale dell'Unicef in Africa occidentale e centrale –. Dobbiamo fornire loro e al popolo della Guinea, della Liberia e della Sierra Leone tutto il nostro supporto per far sì che continuino a riprendersi dai devastanti effetti che questa malattia ha avuto sulla loro vita». La stragrande maggioranza degli «orfani da ebola» è stata affidati a parenti più stretti oppure a membri delle comunità. Secondo l'agenzia dell'Onu, però, è fondamentale continuare ad aiutarli con sostegni in denaro, materiale scolastico, abbigliamento e cibo per sostenere nuove modalità di assistenza familiare.

Da parte sua Unicef, che ha lanciato un appello per raccogliere 15 milioni di dollari per le necessità più immediate, si pone l'obiettivo di rafforzare i sistemi di protezione dei minori. Ciò significa garantire che le autorità nazionali si impegnino per il supporto psico-sociale, il ricongiungimento familiare, cure provvisorie o alternative, e lo sviluppo di una rete che permetta di prevenire e contrastare abusi e violenze contro i bambini più a rischio.

«Oggi è una giornata di celebrazione», ma «dobbiamo tutti imparare da questa esperienza per migliorare la nostra risposta di fronte a future epidemie e malattie trascurate», sottolinea da parte sua Joanne Liu, presidente internazionale di Medici senza frontiere. Importante è anche ricordare i tanti operatori sanitari che hanno perso la vita lottando in prima linea contro l'ebola. Nel momento di picco dell'epidemia, Msf ha impiegato quasi 4mila persone di staff nazionale e oltre 325 operatori internazionali – 63 gli italiani – per combattere il virus. «Per tutta l'epidemia ho visto la malattia distruggere intere comunità – spiega Saverio Bellizzi, epidemiologo di Msf –. All'inizio la risposta dalla comunità sanitaria internazionale è stata paralizzata dalla paura. È stato orribile essere lasciati soli a rincorrere ogni giorno l'onda dell'epidemia».

Nei prossimi tre mesi la Liberia comincerà un periodo sotto stretto monitoraggio. I rischi, spiega l'Oms, rimangono, anche perché il virus può rimanere nei liquidi corporei dei sopravvissuti anche per nove mesi. La Liberia, infatti, ha vissuto l'esperienza amara di dichiararsi già «ebola free» nel settembre del 2015, ma il Paese ha conosciuto, nei mesi successivi, delle nuove insorgenze localizzate. La speranza è che questa volta davvero si possa pronunciare per questa epidemia la parola fine.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 73.858
Diffusione 11/2015: 49.633
Lettori Ed. II 2015: 252.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL GIORNO

Dir. Resp.: Giancarlo Mazzuca

15-GEN-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

«Vietato fumare anche davanti a cani e gatti»

Campagna dell'Ordine dei Medici Veterinari e del Comune di Milano

■ MILANO

SE POTESSERO parlare vi chiederebbero di spegnere la sigaretta. Sono gli animali che in casa sono più esposti alle patologie provocate dal fumo passivo. A dirlo è l'Ordine dei Medici Veterinari che, insieme al Comune, ha lanciato la campagna «Il Fumo uccide anche loro», per sensibilizzare i cittadini attraverso la diffusione di manifesti e materiale informativo in tutte le strutture veterinarie del territorio della città metropolitana.

Infatti, secondo uno studio della Henry Ford Health System di Detroir, se informato correttamente, il 28,4% dei fumatori proprietari di cani o gatti cercherà di smettere. Dalle ricerche presentate ieri a Palazzo Marino dall'Ordine dei Veterinari emerge quanto cani e gatti siano vittime di fumo passivo al pari, se non più, dei bambini. Infatti passano più tempo in casa dei proprietari, sono spesso fisicamente vicini al fumatore e maggiormente a contatto con le superfici in cui si depositano i residui.

I cani sono esposti a tumori a naso e polmoni, i gatti ai tumori orali. Altissima poi la percentuale di avvelenamenti causata da ingestione di mozziconi. Il fumo non risparmia neppure canarini e pappagalli, a rischio polmonite. «La civiltà di una città - ha affermato l'assessore con delega alle Politiche animali, Chiara Bisconti *(nella foto)* - si misura dal benessere e dal rispetto di tutti gli esseri senzienti». La campagna è promossa anche da Fnovi (Federazione nazionale ordini veterinari italiani) e Alcase (Associazione per lo studio e la ricerca clinica per il cancro al polmone). **Luca Salvi**

Focus

Sigarette e malattie A rischio tumore animali domestici

A causa delle tante ore vicino ai padroni fumatori i cani sono esposti a tumori a naso e polmoni i gatti ai tumori orali Altissima è anche la percentuale di avvelenamenti causata da ingestione di mozziconi Il fumo non risparmia neppure canarini e pappagalli a rischio polmonite

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

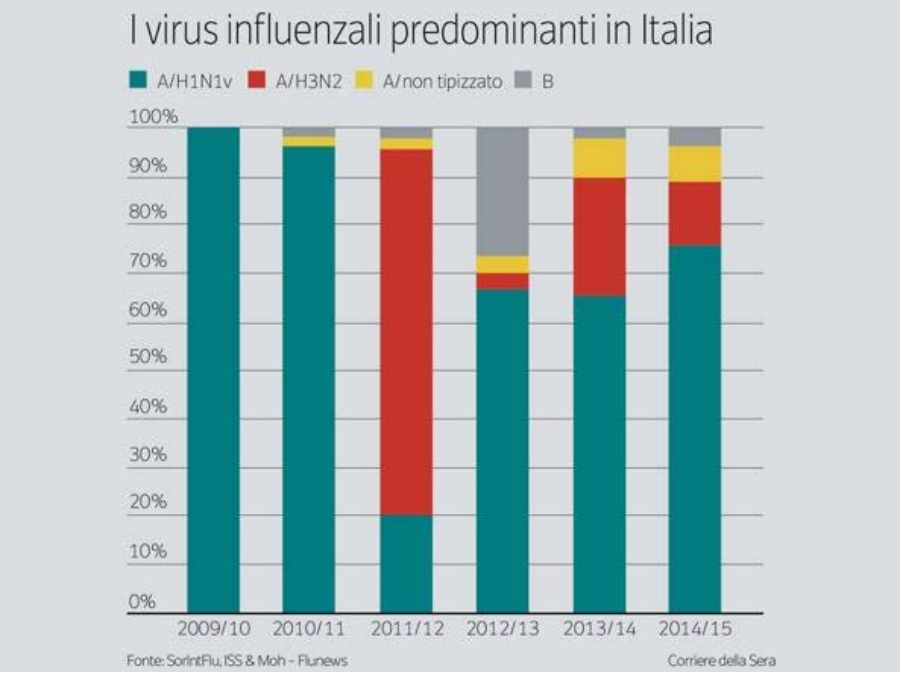
15-01-2016

http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/

L'influenza «suina» è ancora in circolazione

Sembrava uscito di scena, ma in realtà il ceppo virale A(H1N1) ha continuato a colpire negli anni. E gli esperti invitano a non abbassare la guardia

di Roberta Villa



Talvolta si crea più allarme per la minaccia remota di un virus sconosciuto, che non per un pericolo concreto avvertito come più familiare. «Nei giorni scorsi per esempio si è parlato di una variante di virus influenzale H1N1, l'*Eurasian avian-likeH1N1* (EAH1N1), che circola nei suini fin dal 1979, perché è stato dimostrato che potrebbe trasmettersi tra gli esseri umani», racconta Stefano Prandoni, pediatra di famiglia e membro della rete internazionale *FluTrackers*, costituita da volontari dediti alla sorveglianza epidemiologica. «Qualche anno fa il virus ha colpito alcune persone e fatto una vittima in Cina — prosegue —, ma non ci sono stati casi più recenti. Nulla quindi fa pensare che al momento rappresenti un rischio per la salute umana».

A(H1N1) sottovalutato

Piuttosto, ci si dovrebbe preoccupare per il gran ritorno del virus influenzale A(H1N1) responsabile della cosiddetta "pandemia suina" del 2009-2010, archiviata troppo frettolosamente come una bufala. «In quell'occasione, anche a causa di errori di comunicazione da parte delle autorità, passò sotto silenzio la difficile stagione successiva, quella del 2010-2011, in cui l'elevato numero di ricoveri in rianimazione e di vittime si sarebbe potuto evitare con una campagna di vaccinazione più convinta», rimarca Prandoni.

Negli anni successivi il virus non ha mai smesso di circolare, tanto che è sempre stato incluso nei vaccini stagionali, ma nel 2014-2015 è stato protagonista di un'ondata di influenza particolarmente intensa: nella scorsa stagione infatti si è verificato il maggior numero di casi dal 2005, con oltre 6 milioni di italiani messi a letto dall'infezione e più di 650 finiti in rianimazione per polmoniti gravi, 165 dei quali non ce l'hanno fatta. «Più di 9 casi gravi su 10 non erano vaccinati contro l'influenza — sottolinea Gianni Rezza, direttore del Dipartimento di malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità — . Né, in questo novero, erano vaccinate le 11 donne in gravidanza, categoria ad alto rischio che dovrebbe essere sempre sottoposta a vaccinazione, una delle quali è deceduta nonostante le cure».

Il virus continua a contagiare in Europa

Per l'influenza la stagione 2014-2015 è stata quella della "tempesta perfetta", soprattutto in Italia: «Il falso allarme che si era scatenato a novembre 2014 sul vaccino Fluad ha ridotto le coperture vaccinali — prosegue Rezza —. Ma a determinare un così grande numero di malati e di casi gravi nei mesi successivi è stato soprattutto il ritorno in grande stile dell'H1N1 "pandemico", che ha colpito milioni di persone ancora suscettibili. A questo si è aggiunto a fine stagione un altro virus influenzale, di tipo H3N2, leggermente mutato dopo la definizione dei ceppi da includere nei vaccini. Nei confronti di questo, quindi, anche gli anziani vaccinati risultavano meno protetti».
Secondo i dati europei, il ceppo H1N1 pandemico è ancora oggi prevalente: «Circa l'80 per cento dei virus influenzali isolati in Europa sono di ceppo A e di questi circa l'80 per cento sono H1N1 — riferisce Pier Luigi Lopalco, che durante la pandemia era a capo del Programma malattie prevenibili col vaccino del Centro europeo per il controllo delle malattie (ECDC) —. Come già osservato in passato, il ceppo pandemico è certamente più associato degli altri a sindromi di insufficienza respiratoria grave che richiedono il ricovero in rianimazione e il ricorso a terapie molto impegnative».

I sistemi di sorveglianza

Il dato è confermato da GIVITI, il progetto che collega le unità di terapia intensiva di 7 Paesi europei, e che solo in Italia raccoglie informazioni da oltre 250 reparti diffusi su tutto il territorio nazionale: «Le rianimazioni rappresentano un osservatorio privilegiato per valutare la gravità di una minaccia emergente», sottolinea Enrico Bertolini, epidemiologo dell'Istituto Mario Negri di Milano, che coordina la rete italiana. «Altri sistemi di sorveglianza sono più esposti a variabili come l'attenzione mediatica a una malattia — aggiunge — , per cui la gente si presenta di più in Pronto Soccorso o dal proprio medico se è spaventata, mentre in terapia intensiva arrivano solo i casi davvero gravi in cui la diagnosi è certa».
Come durante la pandemia e nell'anno successivo, anche nel 2014-2015 i casi di polmonite da H1N1 hanno colpito prevalentemente persone giovani o di mezza età, soprattutto fumatori sovrappeso, magari diabetici o asmatici, che avrebbero dovuto essere vaccinati, ma senza altre condizioni patologiche gravi.

I casi più gravi

Più di un caso su cinque, invece, non presentava alcun fattore di rischio: «Il virus H1N1 sembra essere tornato con maggiore aggressività — continua l'epidemiologo —. Il tasso di mortalità in questi pazienti è infatti maggiore oggi che durante la pandemia, nonostante la prontezza con cui riusciamo a sottoporli a terapie più avanzate». Nei casi più gravi, infatti, occorre intervenire con un metodo di circolazione extracorporea chiamato ECMO, che garantisce l'ossigenazione del sangue, senza sottoporre i polmoni sofferenti ai traumi di una ventilazione artificiale: «Durante la pandemia del 2009-2010 è stata istituita una Rete nazionale per H1N1 che oggi comprende 16 centri ad alta specializzazione in grado di trasportare i pazienti e sottoporli a questo trattamento», spiega Antonio Pesenti, direttore di Anestesia e Rianimazione all'Azienda ospedaliera San Gerardo di Monza, che coordina il progetto. Con gli anni la Rete H1N1, che serve anche per assistere altre gravi condizioni polmonari, è stata ribattezzata ReSpIRA (Rete Specialistica per l'Insufficienza Respiratoria Acuta): ma il virus H1N1 era in agguato e ha ricominciato a farsi sentire.