quotidianosanità.it

Giovedì 28 APRILE 2016

Nascite. Garantire diritti e dignità delle donne. C'è ancora molto da fare ma una legge non serve

Non è con espedienti legislativi dell'ultima ora, come quello del ddl Zaccagnini, che si recupera un gap di decenni. In Italia non siamo infatti ancora riusciti a modificare un modello ospedaliero di cure alla nascita oramai superato, inefficace e costoso. Ma servirebbe anche un atteggiamento più confidente da parte delle donne verso se stesse e più critico nei confronti del mercato delle nascite

Un fervente dibattito sta animando i social network a seguito della presentazione del Ddl Zaccagnini, che richiama l'attenzione su diritti umani e dignità delle donne che partoriscono negli ospedali italiani. Mentre, quasi contemporaneamente, riempiono la cronaca dei quotidiani gli episodi verificatisi in un ospedale della Calabria, arrivati a fornire una aggiornata esemplificazione.

Le donne sono oggetto dovunque di comportamenti riprovevoli, a volte criminosi, da almeno due secoli, cioè da quando l'aiuto alla nascita è diventato una mezzadria tra due professioni in Ostetricia. Nel secolo XX le battaglie per i diritti e la libertà femminili hanno portato molte donne alla scelta di una professione che permettesse loro di stare dalla stessa parte per riappropriarsi delle competenze procreative.

Dagli anni 70-80 in poi è iniziato, prima in UK e poi anche da noi, con l'appoggio di altre discipline, un vasto movimento per rendere più "umano" il parto in ospedale, e si sono diffuse anche da noi esperienze volte a rompere gli schemi della sanitarizzazione della nascita. Si guardava ai primi, pochi medici/chirurghi/ginecologi che avevano indicato e aperto la via: il parto senza violenza di Leboyer, la Maternità di Pitivier di Odent, le case di maternità in Europa, e poi le prime "rivoluzioni" nelle sale parto nostrane (che altro non erano che l'abbandono di pratiche inutili quando non dannose in travaglio).

Chi ha provato, o è riuscito a cambiare qualcosa in questa direzione, sa quanto è difficile stare per tanti anni giorno e notte nei luoghi della nascita. Ci vuole una concezione del tempo empatica col lavoro del travaglio, uno specifico corso di studi, anni di esperienza. La conoscenza della sala parto non si può improvvisare. Così come l'aiuto alla donna nel parto a domicilio. Nemmeno con la nobile intenzione di legiferare e variamente sanzionare. Impossibile in questa ottica distinguere col bilancino i confini delle responsabilità delle rispettive professioni presenti sulla scena del parto. Perché mediamente si lavora insieme in quei luoghi, a parte i Centri Nascita, non a caso ancora pochi.

Tanto che, è bene ricordarlo, nel 2013, in occasione, per la prima volta in Italia, di uno sciopero dei soli Ginecologi, le Ostetriche espressero solidarietà alla loro protesta contro un eccesso di denunce medico legali, sentendosi allo stesso modo coinvolte, evidentemente. La posta in gioco è alta. C'è il primato italiano quasi mondiale dei Tagli Cesarei, che ben conosciamo. Una resistibile ascesa cui per anni le forze che si sono opposte sono state davvero poche. Neanche uno spot dai tanti Ministri della Sanità succedutisi negli anni, nemmeno adesso che si va avanti a giornate di celebrazione delle donne e a Manifesti quinquennali per la salute femminile.

Oggi il mantra della chiusura dei piccoli ospedali e della legge sulla responsabilità professionale è il fortino del deserto dei tartari in cui è ridotta una professione medica specialistica che non vuole e non sa modificare un modello ospedaliero di cure alla nascita oramai superato, inefficace e costoso.

La sorte della professione ostetrica in Italia è ancora indissolubilmente legata a questo modello, stretta tra le aspettative riposte da molti in una antica vocazione maieutica e la sua attuale incapacità (non volontà?) di essere autonoma e responsabile. Nel mezzo le donne, eterno soggetto bisognoso di tutela, auspicata in tutte le leggi che riguardano la sua salute riproduttiva (ma, se le parole hanno un senso, quando si affermerà un'ottica di genere anche nel legiferare?), dalla contraccezione alla 194, al "parto indolore", alla procreazione assistita, ed infine al reato di violenza ostetrica.

Una marea di testimonianze ha inondato in questi giorni i social, con il riversarsi in rete di centinaia di crimini di pace o più recenti episodi di ordinaria sopraffazione, subiti dalle donne nelle loro esperienze di procreazione. Le stesse donne, se dobbiamo guardare ai numeri ed ai modelli culturali del paese, che ogni anno si distinguono a livello europeo con la scelta, nell'80% dei casi, del ginecologo privato per la gravidanza e il parto (con relative spese out of pocket), con il 7% dei TC su richiesta, e così via.

Abbiamo da sempre criticato l'inefficacia di un sistema educativo che non informa correttamente i pazienti per poi gettare su di loro il peso di scelte inappropriate, ma non è con espedienti legislativi dell'ultima ora, come è stato detto più volte in questi giorni, che si recupera un gap di decenni. In un già asfittico SSN, che nonostante questo conserva ancora i migliori standard assistenziali al mondo.

Da sempre sappiamo come donne quanta relatività vi sia nell'esperienza della procreazione, e come la vita, la nascita, appaiano in tempi e modi i più inaspettati e soggettivi: una gamma infinita, reazioni diverse da persona a persona. E come nessun esito o comportamento possa essere garantito come un elettrodomestico, e a volte neanche il sostegno o viceversa il distacco necessari, per fortuna non siamo macchine.

E' augurabile che la risonanza mediatica della campagna "bastatacere" potenzi al contrario nelle donne la consapevolezza della straordinarietà della propria competenza procreativa e la coniughi con un atteggiamento più confidente verso se stesse e più critico nei confronti del mercato delle nascite (peraltro sempre più poche, e per questo meritevoli di qualità e soddisfazione delle cure).

Indipendentemente dal fatto che non è più rinviabile, nella variegata categoria degli aiutanti alla nascita, una riflessione critica sul futuro della professione ostetrica, tra responsabilità e autonomia, tra compassione e vocazioni.

Sandra Morano
Ginecologa Università degli Studi Genova

la Repubblica.it

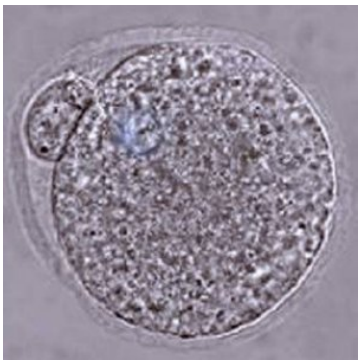
28-04-2016

Lettori
37.302

http://la.repubblica.it/salute

Gameti da cellule della pelle, funzionano i primi test per risolvere infertilità

Circa il 15% delle coppie per procreare devono ricorrere alla donazione di ovuli o sperma. Lo studio di un team di ricercatori spagnoli e americani apre una nuova strada per combattere questo problema. Ma si tratta delle prime sperimentazioni ed è ancora presto per parlare di un nuovo metodo



OVOCITI o spermatozoi ottenuti dalle cellule della pelle. Una possibilità che sembra quasi fantascienza, ma che potrebbe non essere troppo lontana. La pionieristica e sempre più vicina soluzione per l'infertilità umana è stata testata nell'ambito di un nuovo studio pubblicato sulla rivista 'Scientific Reports' da un team di ricercatori spagnoli e americani.

L'infertilità. Nel mondo circa il 15% delle coppie hanno problemi e devono procreare ricorrendo alla donazione di ovuli o sperma. Negli Stati Uniti - ricordano gli scienziati dell'Instituto Valenciano de Infertilidad (Ivi) e della Stanford University - si stima che 220.000 uomini e 290.000 donne fra i 20 e i 44 anni, dunque in età fertile, non siano in grado di produrre gameti per dar luogo a una gravidanza. Anche se la donazione di ovociti e spermatozoi è ormai una soluzione largamente utilizzata con risultati soddisfacenti, sono molti i problemi etici, legali e personali associati a questa tecnica. C'è quindi un crescente interesse verso la ricerca di alternative per generare cellule germinali autologhe in vitro.

INFOGRAFICA I vari tipi di staminali e le loro applicazioni

Lo studio. Dopo cinque anni di lavoro, il team ha pubblicato uno studio in cui si dimostra che, partendo da fibroblasti (cellule della pelle) è possibile ottenere cellule con marcatori compatibili con le cellule germinali. Il tutto mediante riprogrammazione cellulare, tecnica grazie alla quale Shinya Yamanaka ha ottenuto il premio Nobel per la Medicina nel 2012. I ricercatori hanno utilizzato la riprogrammazione cellulare diretta sulle cellule della pelle, con l'impiego di uno specifico cocktail di geni. "E' un primo passo nella specie umana, ma gli studi sui topi hanno rivelato risultati di successo. L'obiettivo finale è quello di manipolare geneticamente le cellule della pelle per far sì che una persona che non è in grado di produrre gameti possa ottenerli e avere figli geneticamente propri", commenta Carlos Simón, direttore scientifico dell'Ivi.

LEGGI Startup francese: "Ottenuti per la prima volta spermatozoi in vitro". Ma sulla scoperta ci sono dubbi

L'altro studio. E' ancora presto per capire quando questa tecnica potrà costituire una cura contro l'infertilità, ma apre comunque una nuova strada per combattere questo problema. Ma non si tratta del primo studio in materia.Spermatozoi pienamente funzionali nati da cellule staminali sono stati creati nell'ambio di una ricerca cinese sui topi. Un gruppo di ricercatori dell'Istituto di Zoologia dell'accademia delle scienze cinesi ha fecondato artificialmente cellule uovo, che poi hanno dato origine a embrioni sani e progenie di piccoli fertili, con spermatozoi ottenuti in laboratorio a partire da cellule staminali embrionali. Il risultato è stato descritto in un articolo apparso sulla rivista Cell Stem Cell.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 33.111
Diffusione 02/2016: 17.472
Lettori Ed. III 2015: 147.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO
Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

29-APR-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

La maratona «rosa» contro il cancro

«Race for the Cure»: appuntamento al Circo Massimo il 13, 14 e 15 maggio
Torna la manifestazione di solidarietà per combattere il tumore al seno

Susan G. Komen Italia
Nel Villaggio della Salute
team medici e lezioni di trucco

La corsa

di **Roberta Maresci**

Musica, rossetti, t-shirt e acconciature contro il cancro. Lo vuole la fratellanza. Lo chiede una buona causa. Perché unire la ricerca della bellezza alla lotta contro il tumore si può, a patto di avere due madrine come Maria Grazia Cucinotta e Rosanna Banfi. È la sfida lanciata da una storica associazione senza scopo di lucro che opera dal 2000 nella lotta ai tumori al seno. L'appuntamento a Roma è al Circo Massimo il 13, 14 e 15 maggio, per tre giorni di salute, sport e benessere che scendono in campo con un obiettivo: stendere al tappeto il cancro al seno. Arriva anche quest'anno con la primavera romana, il diciassettesimo appuntamento con la manifestazione di solidarietà più attesa della Capitale, organizzata dalla Susan G. Komen Italia. Dopo gli oltre 60.000 partecipanti dello scorso anno, torna la «Race for the Cure». Tutti ai posti di partenza per l'immancabile 5 km e alla passeggiata di 2km della domenica mattina: dire che il percorso da compiere tra le meraviglie archeologiche del centro di Roma è stupendo è limitativo. Perché è soprattutto la ciliegina sulla torta di un fine settimana ricco di iniziative per la promozione della prevenzione e di uno stile di vita sano. Consulti medici e prestazioni specialistiche gratuite, esibizioni di fitness e iniziative educative (soprattutto) per le «Donne in Rosa», ossia le donne che si sono confrontate con il tumore del seno e che testimoniano che da questa malattia si può guarire. Per loro dimostrazioni di Shiatsu, riflessologia per la menopausa, Yoga posturale, Biodanza, Riabilitazione del pavimento pelvico e linfodrenaggio e il progetto «Un trucco per amico» con lezioni di trucco. Tutto questo e ancor di più è il Villaggio della Salute», dove partecipare a costo zero e a patto di aver prenotato online un posto (le modalità sono descritte sul sito www.raceroma.it). A capitanare la ciurma, come avviene da anni, tanti i volti noti impegnati ad affiancare le madrine, per testimoniare il proprio sostegno alla causa e stimolare il pubblico alla partecipazione. C'è da dire che per partecipare alla corsa basta una donazione minima di 15 euro, che dà diritto a ricevere - fino ad esaurimento - il pettorale, la borsa gara con gli omaggi delle aziende partner e l'imperdibile t-shirt da collezione della manifestazione, realizzata da uno studio grafico italiano e scelta dalla Susan G. Komen per tutte le edizioni del 2016 a seguito di un contest tra soggetti provenienti da ogni paese. Come sempre, i bambini possono contare sull'area ludica animata da Cartoonito. Per diritto di cronaca, va detto che con i fondi raccolti dalla tre-giorni, la Komen Italia darà avvio a nuovi progetti di educazione, prevenzione e cura del tumore del seno, che si andranno ad aggiungere ai 351 già realizzati grazie alle precedenti edizioni di Roma, Bari e Bologna con l'impiego di oltre 2.700.000 euro. Nulla in confronto alla posta in gioco: il cancro al collo dell'utero è la forma più comune tra le donne con meno di 35 anni e può essere prevenuta eseguendo il pap test periodicamente. Non smette di ripeterlo anche Rosanna Banfi, che nel 2009 ha sconfitto un tumore al seno: «A inizio anno mentre facevo la doccia mi sono accorta di avere un nodulo al seno e sono stata immediatamente operata. Visto che avevo delle metastasi mi hanno tolto i linfonodi dell'ascella, poi ho fatto i cicli di radio e chemio, oltre a cure ormonali». E proprio la Banfi suggerisce di guardare in faccia la malattia: «Il tumore al seno è curabile, a patto di affrontarlo il prima possibile. Molte donne invece arrivano a far sanguinare il seno prima di curarsi».

Speciale Salute
La maratona «rosa» contro il cancro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

29-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Tumori seno e prostata, verso la sconfitta dei big killer

Meno progressi nella lotta a quello del pancreas

Tumori seno e prostata, verso la sconfitta dei big killer

I tumori della mammella e della prostata non fanno più paura, con un tasso di sopravvivenza che ormai supera l'87% per il primo e il 91% per il secondo. Sono queste le neoplasie per cui si hanno numeri migliori, ma secondo i numeri diffusi oggi dall'Aiom anche altri hanno avuto grandi miglioramenti, mentre resta uno 'zoccolo duro' difficile da aggredire. In aumento, scrive l'Aiom, è anche la sopravvivenza per il tumore del colon retto, che è del 64% per gli uomini e del 63% per le donne. Non migliora invece la sopravvivenza per il tumore del polmone, 14% per gli uomini e 18% per le donne, e del pancreas, 7% per gli uomini e 9% per le donne. Il tumore più frequente in entrambi i sessi è quello del colon retto, con quasi 52mila diagnosi stimate, seguito da mammella (48mila), polmone (41mila), prostata e vescica. Dividendo per genere si ha che il cancro più frequente per gli uomini è quello della prostata, seguito da polmone, colon retto e vescica, mentre per le donne al top c'è quello della mammella, un terzo di tutte le neoplasie, seguito da colon retto e polmone. Secondo gli ultimi dati disponibili, risalenti al 2012, il tumore che fa registrare il maggior numero di decessi è quello al polmone, 33538, seguito da colon-retto (19202), seno (12004), pancreas (10722), stomaco (10000) e prostata (7282). Nonostante gli ottimi risultati sul fronte della sopravvivenza i tumori alla mammella restano quelli che uccidono di più le donne, per effetto dell'alta incidenza. Tra gli uomini è invece il tumore del polmone è quello che uccide di più in tutte le fasce di età, e rappresenta il 15% dei decessi tra 0 e 49 anni, il 30% tra 50 e 69 anni e il 27% tra gli over 70. Per le donne il cancro al seno rappresenta il 29% dei decessi oncologici tra le giovani, il 23% tra le adulte e il 16% tra le over 70.

LA STAMPA.it

28-04-2016

Lettori

21.401

http://www.lastampa.it/

Cancro all'ovaio: prevenzione e farmaci mirati

Analisi genetica e terapie a bersaglio molecolare stanno Cambiando la storia del tumore. Nessun trionfalismo ma la situazione rispetto a soli due anni fa è in netto miglioramento

I dati lasciano poco spazio alle interpretazioni: l'80% dei tumori alle ovaie viene diagnosticato troppo tardi quando la malattia si sta già diffondendo verso altri organi. Fare prevenzione è più che mai complicato. Alla base della malattia, nel 25% dei casi, c'è una predisposizione genetica. Saperlo può essere di grande aiuto. Nel restante 75% dei casi la ricerca sta tentando di identificare possibili marker in grado di segnalare il prima possibile la malattia. Sul fronte delle terapie, dopo anni senza nessuna novità degna di nota, dal 2014 l'Unione Europea ha dato il via libera alla commercializzazione di un farmaco, olaparib, capace di cambiare la storia della malattia. A breve sarà commercializzato anche in Italia.

Che cos'è il tumore dell'ovaio?

Come spiega il professor Giovanni Scambia, direttore del dipartimento Salute della Donna presso il Policlinico Gemelli di Roma, «si tratta di un tumore maligno che ha origine dal tessuto di rivestimento della superficie dell'ovaio o della tuba. Ogni anno colpisce -a livello globale- circa 250 mila, quasi 5 mila solo in Italia. Nel nostro Paese rientra tra le prime 5 cause di morte oncologica tra le donne fino ai 70 anni». I sintomi del tumore ovarico sono difficili da individuare, in particolare allo stadio iniziale, e possono spesso venire confusi con altri disturbi con un conseguente grave ritardo nella diagnosi. Tra i principali ritroviamo gonfiore addominale persistente, fitte addominali, bisogno frequente di urinare e sensazione di sazietà anche a stomaco vuoto.

Quali sono le cause?

Nel 25% dei casi il tumore dell'ovaio origina in presenza di mutazioni nei geni BRCA (Breast Cancer Susceptibility). Questi geni mutati, venuti particolarmente alla ribalta grazie al caso di Angelina Jolie, può fare aumentare il rischio di tumore ovarico fino al 46%, rispetto all'1,8% della popolazione generale. Nel restante 75% le cause non sono direttamente riconducibili a delle mutazioni genetiche ereditarie. I fattori di rischio più comuni sono l'età (in particolare tra i 50 e i65 anni), un precedente tumore al seno, precedenti

casi in famiglia, sovrappeso e fumo. Nel tumore all'ovaio la diagnosi precoce è tutto. Purtroppo oggi l'80% delle diagnosi avviene in fase avanzata a causa dei sintomi molto vaghi. «Quando il tumore è diagnosticato in uno stadio iniziale ed è confinato alle ovaie il 90% delle pazienti ha la probabilità di sopravvivere per più di cinque anni. Nel caso la diagnosi arrivi quando il tumore è in stadio avanzato la percentuale di sopravvivenza a cinque anni si riduce drasticamente al di sotto del 30%» spiega il professore.

E' possibile fare prevenzione?

Essendo causato in un quarto dei casi da una predisposizione genetica, il gene BRCA mutato, una possibile forma di prevenzione è la rimozione delle ovaie dopo i 40 anni. E' questo il caso di Angelina Jolie. «L'intervento, che riguarda molto spesso anche la rimozione del seno, può essere effettuato come forma di prevenzione a cascata partendo dall'osservazione dei casi in famiglia. In linea teorica, avendo a disposizione le informazioni relative all'eventuale predisposizione, i casi di cancro dovuti alla mutazione BRCA potrebbero ridursi fino a quasi scomparire» prosegue Scambia. Nel restante 75% la situazione è molto più complicata. Come fare emergere il sommerso? Da tempo gli scienziati sono al lavoro nel tentativo di individuare possibili marker della malattia in fase precoce. Il dosaggio del fattore CA125, una proteina associata a diversi tumori ginecologici, insieme all'ecografia potrebbe un giorno diventare uno valido strumento di screening combinato.

Quali sono le terapie attuali?

Sul fronte delle terapie qualcosa comincia a muoversi. La strategia principale è rappresentata dalla chirurgia al fine di rimuovere la maggior parte delle cellule tumorali. In aggiunta, in base alla diffusione della malattia, si associa un trattamento chemioterapico. Sino ad oggi questa strategia portava ad una sopravvivenza, al momento della diagnosi, di circa due anni. Accanto a questi due approcci da qualche anno è sbarcata sul mercato la prima terapia biologica che agisce su un bersaglio specifico delle cellule tumorali. «Con la molecola in questione (olaparib), combinata a chirurgia e chemioterapia, oggi è possibile estendere la sopravvivenza a 5-6 anni dalla diagnosi. Un dato importante se si pensa che sino a poco tempo fa non esistevano terapie specifiche per questo genere di tumore e la sopravvivenza era di soli 1-2 anni» conclude Scambia

Twitter @danielebanfi83

quotidianosanità.it

Giovedì 28 APRILE 2016

PA Bolzano. Aborto, nel 2015 scese dell'1,7% le Ivg e del 14% quelli spontanei. Lo studio Astat

Gli interventi di interruzione volontaria di gravidanza sono stati in totale 517. Il 43,7% ha riguardato donne straniere. A ricorrere all'Ivg sono state nel 45,4% dei casi donne in età compresa tra i 25 ed i 34 anni e nel 5,8% donne con meno di 20 anni. Gli aborti spontanei per i quali si è reso necessario il ricovero in strutture pubbliche o private sono stati 618. Lo studio

Sono in diminuzione i casi di aborto spontaneo e interruzione volontaria di gravidanza in Alto Adige. Lo rileva uno studio dell'Astat (l'Istituto provinciale di statistica) secondo il quale, nel 2015, le Ivg sono state 517, cioè l'1,7% in meno dell'anno precedente , e gli aborti spontanei 618, pari al 14% in meno rispetto al 2014.

Per le interruzioni volontarie di gravidanza, lo studio registra che il 40% delle donne che si sono sottoposte a questo tipo di intervento erano straniere. In generale, le donne che sono ricorse all'aborto legale in provincia di Bolzano nel 2015 sono in prevalenza nubili, con una percentuale pari al 58,6% contro il 34,2% delle coniugate ed il 7,2% delle separate, divorziate o vedove.

Nel 2015 il 41,0% delle donne, al momento dell'interruzione volontaria di gravidanza, non aveva figli, mentre il 16,6% aveva un figlio ed il 42,4% più di uno. Il 27,5% ha dichiarato di aver interrotto in passato, almeno una volta, volontariamente la gravidanza ed il 16,8% di aver subito almeno un aborto spontaneo. La percentuale di IVG effettuate da donne straniere con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 36,7% contro il 20,3% di quelle italiane.
La distribuzione percentuale per classe di età ha evidenziato un maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne in età compresa tra i 25 ed i 34 anni (45,4%). Il 12,6% delle interruzioni volontarie di gravidanza riguarda donne con almeno 40 anni, mentre le donne con meno di 20 sono pari al 5,8%.

Il 24,2% delle interruzioni volontarie di gravidanza si è verificato entro l'ottava settimana di gestazione, mentre il 51,5% si è verificato tra la nona e la decima settimana. L'8,3% dei casi riguarda gravidanze interrotte dopo la dodicesima settimana in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali o per patologie materne.

Per quanto riguarda la modalità d'intervento farmacologico mediante la doppia somministrazione di Mifepristone (RU486) e prostaglandine, la sua applicazione ha riguardato solo lo 0,8% dei casi.

Per quanto concerne i casi di aborto spontaneo per i quali si era reso necessario il ricovero in strutture ospedaliere pubbliche o private della provincia di Bolzano, si è passati dai 719 del 2014 ai 618 nel 2015, con un decremento percentuale del 14%.
L'innalzamento dell'età procreativa rappresenta, secondo lo studio, "il fattore di rischio più rilevante di abortività spontanea; ad esempio il rapporto di abortività riferito alle donne con più di 40 anni (334,2) è più del doppio rispetto alla classe di età precedente 35-39 anni (151,3). Da sottolineare il rischio delle giovanissime tra 15 e 19 anni (150,0) che sperimentano livelli di abortività spontanea molto superiori rispetto alle classi di età 25-29 (64,8) e 30-34 (94,3)".

Nel 2015 l'età media della donna al momento dell'aborto si attesta a 34,2 anni: tra le donne con cittadinanza italiana prevalgono quelle in età più avanzata (52,8% dai 35 anni in poi), mentre tra quelle straniere prevalgono le donne più giovani (29,3% sotto i 30 anni).
Il fenomeno dell'abortività spontanea si caratterizza per una forte concentrazione degli eventi nelle prime settimane di gestazione. I dati del 2015 indicano, infatti, che il 71,3% delle gravidanze terminate precocemente per la morte del feto, è avvenuto nelle prime dieci settimane di gestazione. Il numero di settimane di gestazione si mantiene costante nel tempo attestandosi dunque su un valore medio pari a dieci settimane.

L'intervento per aborto spontaneo ha richiesto nell'83,0% dei casi una giornata di ricovero con la formula day hospital. Il raschiamento rappresenta la tecnica più utilizzata (73,9%). Permane elevato il ricorso all'anestesia generale (95,6%).

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 402.906
Diffusione 02/2016: 296.559
Lettori Ed. III 2015: 1.573.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Attilio Giordano

29-APR-2016
da pag. 48
foglio 1
www.datastampa.it

GETTY IMAGES

PRENOTAZIONI ONLINE: ORA I MEDICI VANNO IN RETE

di Gianluca Baldini

La digitalizzazione della sanità pubblica va a rilento. I professionisti **privati**, invece, puntano su internet. Luci e ombre di una nuova tendenza

Dopo il taxi, la pizza, i viaggi, il ristorante e il parrucchiere, anche il medico ora si prenota online. Secondo uno studio del portale *dottori.it*, mentre in Italia la digitalizzazione della sanità pubblica procede a rilento e le strutture pubbliche faticano a costruire la propria presenza sul web, i portali per le prenotazioni online di medici e specialisti sono cresciuti del 46 per cento in un anno per numero di visite. A fronte di questo incremento della domanda, anche l'offerta si è adeguata: il portale *dottori.it* ha registrato un aumento dei dottori presenti in rete pari al 70 per cento in un anno. Del resto, l'utilizzo della tecnologia offre un supporto concreto sia al paziente che al medico. A vantaggio del dottore c'è la possibilità di gestire 24 ore su 24 la propria agenda, i profili dei pazienti e di ridurre il più possibile buchi e persone che non si presentano. Trasparenza e velocità sono invece le due esigenze che guidano chi usa internet per trovare il proprio specialista: da un lato il web permette di selezionare ed identificare il professionista più adatto per il proprio bisogno, in base alle sue specializzazioni e al parere degli altri utenti; dall'altro, grazie alla consultazione in tempo reale dell'agenda del dottore, è possibile gestire al meglio i tempi dell'appuntamento. Senza contare che, statisticamente, il medico presente in rete è più veloce e tempestivo: secondo i calcoli di *dottori.it*, la conferma delle richieste di prenotazione online avviene nel 51 per cento dei casi entro un'ora, e nel 95 per cento entro le 24 ore dalla richiesta. Le specializzazioni mediche a più alto tasso di prenotazioni online sono ginecologia e dermatologia.

«Come medico specialista, che opera solo nella libera professione, ho deciso di rivolgermi alla rete perché la considero un servizio importante per i miei pazienti», racconta la dottoressa Chiara Castagna, otorinolaringoiatra che lavora a Milano. «Oggi se vogliamo puntare alla soddisfazione dei nostri assistiti dobbiamo entrare a fondo nell'ottica 2.0, in cui velocità e disponibilità prima e dopo la visita sono determinanti». Ma se da un lato, la prenotazione online può solo essere un vantaggio, la ricerca di informazioni in Rete da parte di un paziente può essere anche controproducente. Avere informazioni su una malattia, non significa saperle decifrare. Secondo uno studio sul tema della Ibsa Foundation, un'organizzazione no profit che ha lo scopo di promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica solo il 10 per cento dei medici di medicina generale e il 17 per cento degli specialisti intervistati pensa che sia utile cercare informazioni e utilizzarle per confrontarsi con il medico. Il resto dei professionisti è convinto che informarsi su internet possa rendere più difficile il rapporto con il medico.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

28-04-2016

http://www.adnkronos.com

La App fa la 'spia': avverte il medico se il paziente prende la pillola o no

Il telefono squilla: **è il momento di prendere la pillola**. Si punta la fotocamera sul viso per confermare la nostra identità. Viene quindi approvata la dose mostrata e si riceve un 'via libera' quando si mette la compressa in bocca e si beve il classico bicchiere d'acqua. Speciali algoritmi ascoltano e ispezionano viso e gola in cerca di qualsiasi segno che possa segnalare un 'inganno' nella procedura. **A fare da 'cane da guardia' della terapia farmacologica** è una nuova applicazione per smartphone, chiamata 'Aicure', in sperimentazione negli Stati Uniti e che potrebbe avere un ruolo importante nel fermare la diffusione della resistenza agli antibiotici.

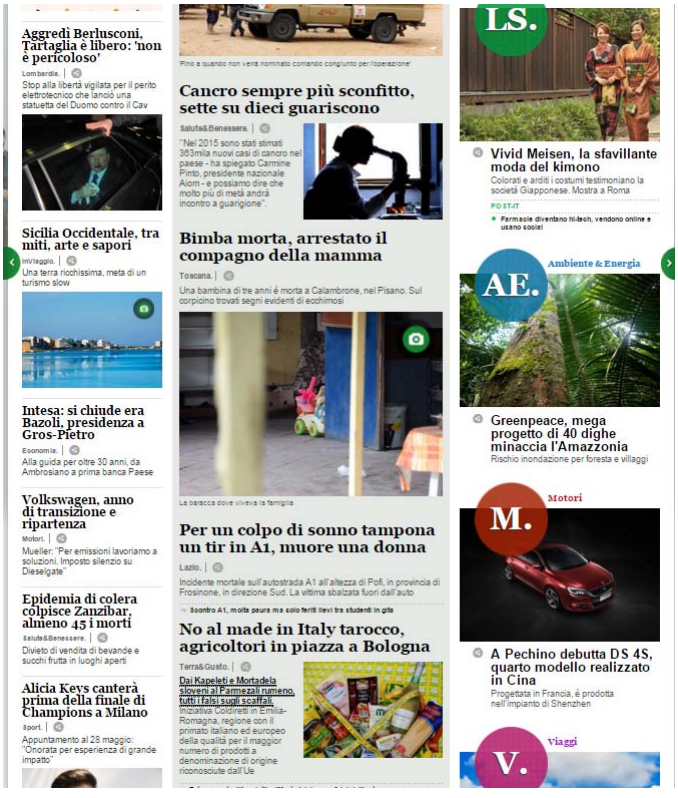
A crearla - sottolinea il 'New Scientist' - la start-up newyorkese che ha ricevuto fondi per 19,5 milioni di dollari, un terzo dei quali dal Governo tramite i National Institutes of Health. L'obiettivo è migliorare la compliance dei trattamenti medicinali. Aicure può essere installata su qualsiasi **smartphone con una videocamera**, assicura il Chief Scientific Officer dell'omonima società, Alejandro Jaimes. La 'furbizia' del sistema sta nel non comunicare al paziente che ha fatto qualche errore o che è stato 'beccato' a ingannare la App. A essere avvertito sarà direttamente il responsabile della sperimentazione o il medico. David Mischoulon del Massachusetts General Hospital di Boston assicura infatti che l'applicazione sarà utile anche al di fuori degli studi clinici, nella vita reale.

ANSA

28-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it



ANSA.it

TORNA SU ANSA.it

Salute&Benessere

NEWS | SPECIALI ED EVENTI | VIDEO | PROFESSIONAL | SALUTE BAMBINI | 65+

cerca

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa | Si può vincere |

Sempre più persone sconfiggono il cancro, ora sono il 70%

Passi avanti su cure ma poca prevenzione, 40% casi evitabile

Per la prima volta cala aspettativa di vita degli italiani
Rapporto Osservasalute, si è ridotta prevenzione

Sempre più persone sconfiggono il cancro, ora sono il 70%
Passi avanti su cure ma poca prevenzione, 40% casi evitabile

Da mano bionica a esoscheletro, Ricerca sanitaria in mostra
A Stati Generali ministero Salute, anche la bionic-leg

Trova le migliori offerte di hotel per qualsiasi destinazione.

PUBBLICITÀ

Epidemia di colera colpisce Zanzibar, almeno 45 i morti

Sarebbero almeno 45 le persone morte a causa dell'epidemia di colera che sta colpendo lo stato di Zanzibar da marzo. Lo ha confermato un funzionario della sanità dell'arcipelago all'Agenzia Ap.

Più di 60 milioni di persone colpite e danneggiate da El Nino

L'aumento delle temperature sta colpendo e danneggiando oltre 60 milioni di persone, dall'Africa orientale fino al Sudamerica e all'Asia.

In 550 farmacie bilance e questionari anti sedentarieta'

Gli italiani sono troppo sedentari, ed in più sono poco coscienti di esserlo, e chi non pratica sport o attività fisica continua ad aumentare. Tanto che una persona su cinque, tra i sedentari, non si rende conto della situazione. Ma soprattutto sottovaluta le conseguenze anche gravi che ne possono derivare

Un farmaco unico contro i virus più

VIDEONEWS

HPV, VACCINAZIONE NON PROTEGGE SOLO DONNE

TUTTI I VIDEO

GLI ALTRI VIDEO

BURIONI, VACCINO E' COME CASCO PER MOTOCICLISTA

TUTTI GLI ALTRI VIDEO

SI PUÒ VINCERE

Ogni anno 5000 donne in età fertile si ammalano di cancro

4% sa che fertilità si può preservare, concorso per

ANSA SALUTE PROFESSIONAL

Amici balsamo contro il dolore, lo rendono più sopportabile
Attivano rilascio analgesici naturali, le endorfine

Sempre più persone sconfiggono il cancro, ora il 70%
Passi avanti su cure ma poca prevenzione, 40% casi evitabili

Nomenclatore protesi, ass. Coscioni scrive a Lorenzin
'Occasione per consegnare a Paese una riforma attesa da 15 anni'

VAI AL SITO PROFESSIONAL

viverla tutta

Pfizer

SPECIALI ED EVENTI

Italiani sedentari, Apoteca Natura lancia lotta all'obesità
A maggio in 550 farmacie al via 'Più chilometri meno centimetri'

Sempre più persone sconfiggono il tumore, ora sono il 70%

Passi avanti su cure ma poca prevenzione, 40% casi evitabile

Sempre più persone sconfiggono il cancro, ora il 70%

Oggi il 70% delle persone che ricevono una diagnosi di uno dei tumori frequenti guarisce, una percentuale aumentata del 15% negli ultimi 10 anni. Lo ha affermato l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) durante il convegno sullo 'Stato dell'oncologia' oggi a Roma.

"Nel 2015 sono stati stimati 363mila nuovi casi di cancro nel paese - ha spiegato Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom - e possiamo dire che molto più di metà andrà incontro a guarigione".

Le percentuali sono ancora maggiori per i due tumori più diffusi, con quello della mammella che ha tassi di guarigione del 91%, mentre quello del seno sono pari all'87%. Al momento in Italia tre milioni di persone vivono con una diagnosi di tumore, mentre due milioni possono affermare di aver sconfitto la malattia. Se sul fronte delle cure ci sono grandi passi avanti, sottolineano gli esperti, su quello della prevenzione c'è ancora molto da fare, con il 40% dei casi che potrebbe essere evitato con una maggiore prevenzione, dallo stop al fumo a una dieta corretta a una maggiore diffusione della vaccinazione per l'Hpv.

28-04-2016

Lettori
24.154

www.agi.it

SETTE ITALIANI SU 10 SCONFIGGONO IL CANCRO

Roma - Fino a qualche anno fa avere un tumore era una condanna certa. Oggi non è più così e il 'male incurabile" sta diventando sempre più curabile. Lo dicono i numeri. Oggi in Italia sette malati di cancro su 10 guariscono: oltre 3 milioni vivono con una diagnosi di tumore e circa due milioni possono affermare di avere sconfitto la malattia. Lo rivela il **dossier sullo Stato dell'Oncologia del 2016**, curato dall'**Aiom** e presentato al Senato. Secondo l'Aiom, l'impegno degli oncologi si muove su piu' fronti: da un lato migliorare la consapevolezza dei cittadini sulle regole della prevenzione, perché il 40 per cento dei casi di tumore può essere evitato con uno stile di vita sano (no al fumo, dieta corretta e costante attività fisica), con evidenti risparmi per il sistema sanitario; dall'altro garantire a tutti le terapie più efficaci e l'assistenza migliore, un obiettivo da raggiungere con la creazione immediata di un Fondo Nazionale per l'Oncologia. "Nel 2015 sono stati stimati 363mila nuovi casi di cancro nel nostro Paese", ha riferito Carmine Pinto, presidente nazionale dell'Aiom. "Il Fondo - ha continuato - può essere finanziato con le accise sul tabacco, 1 centesimo in piu' a sigaretta, per colpire una delle cause del tumore al polmone, tra le forme piu' diffuse, con circa 41mila nuove diagnosi registrate nel 2015. Terapie innovative sempre piu' efficaci consentono ai pazienti di vivere a lungo, in alcuni casi piu' di 5 anni con una buona qualita' di vita, anche se colpiti da patologie particolarmente aggressive come il melanoma avanzato che fino a pochi anni fa era

caratterizzato da una sopravvivenza di 6-9 mesi".

Ancora troppi esami impropri

"Sono ancora troppi gli esami impropri, un problema che riguarda in particolare i marcatori tumorali". Lo ha sototlineato Stefania Gori, presidente eletto dell'Aiom. "Questi test sono utilizzati in oncologia - ha osservato - da più di 40 anni, ma oggi il loro uso sta diventando eccessivo rispetto al numero dei pazienti oncologici. Perché vengono impiegati a scopo diagnostico in persone non colpite dalla malattia. Nel 2012 sono stati eseguiti oltre 13 milioni di marcatori tumorali a fronte di 2 milioni e 300mila italiani che vivevano dopo la diagnosi (oggi sono oltre 3 milioni)". La soluzione, secondo l'Aiom, è rappresentata dalla uniformazione a livello nazionale delle indicazioni per un loro uso appropriato. Per questo l'associazione presentera', entro il 2016, un documento condiviso con la SIBiOC (biochimici clinici) e altre societa' scientifiche. "Data la bassa specificita' di quasi tutti i biomarcatori - ha aggiunto Carmine Pinto, presidente nazionale dell'Aiom - l'impiego a scopo diagnostico e durante il follow up comporta un'alta probabilita' di incorrere in risultati falsi positivi che, di fronte al numero complessivo di richieste, potrebbe riguardare in Italia ogni anno centinaia di migliaia di persone non affette da tumore, che almeno in parte vengono sottoposte ad ulteriori accertamenti di conferma o esclusione di una possibile neoplasia. L'eccessivo utilizzo di esami in scenari inappropriati rappresenta oggi un problema socio-sanitario complesso. Sono evidenti le conseguenze psicologiche e

fisiche sul paziente e pesanti le ricadute sul piano della organizzazione e fruizione dei servizi, quindi anche economiche, che possono far seguito all'impiego di marcatori tumorali, di esami diagnostici di imaging e esami endoscopici prescritti in modo improprio". L'Aiom mette in campo molti strumenti per migliorare il livello di appropriatezza: dalla VI Edizione del Libro Bianco dell'Oncologia Italiana 2015, alle trentadue linee guida costantemente aggiornate, alle linee guida sul follow up, al documento di consensus sulla continuita' di cura in oncologia, alle sei raccomandazioni cliniche e metodologiche, ai controlli di qualita' nazionali per i test bio-molecolari, alla raccomandazione sull'implementazione del test BRCA nelle pazienti con carcinoma ovarico, fino ai "Numeri del cancro in Italia" che presentano ogni anno il quadro epidemiologico dei tumori nel nostro Paese. (AGI)

Sanità24 — 24 ORE

28-04-2016

Lettori
4.451

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

Tumori, sette malati su dieci vincono la battaglia. Aiom: «Subito un fondo oncologia dalle sigarette»

di *L.Va.*

PDF **Il report Aiom "Lo stato dell'oncologia 2016"**

Aumentano le guarigioni degli italiani colpiti dal cancro: oggi il 68% dei cittadini a cui vengono diagnosticati tumori frequenti sconfigge la malattia. Percentuali che raggiungono il 91% nella prostata e l'87 nel seno, le due neoplasie più diffuse fra gli uomini e le donne. Per garantire a tutti le terapie piu' efficaci e l'assistenza migliore, l'obiettivo da raggiungere è la creazione immediata di un Fondo nazionale per l'oncologia. La proposta arriva dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) nel convegno nazionale sullo **Stato dell'oncologia in Italia**, organizzato dalla società scientifica oggi al Senato con la partecipazione della ministra della Salute, Beatrice Lorenzin.

L'impegno degli oncologi si muove su più fronti: da un lato migliorare la consapevolezza dei cittadini sulle regole della prevenzione, perché il 40% dei casi di tumore può essere evitato con uno stile di vita sano (no al fumo, dieta corretta e costante attività fisica), con evidenti risparmi per il sistema sanitario. Dall'altro, come si diceva, garantire a tutti le terapie più efficaci e l'assistenza migliore. «Nel 2016 sono stati stimati 363mila nuovi casi di cancro nel nostro Paese - spiega Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom -. Il Fondo può essere finanziato con le accise sul tabacco, 1 centesimo in più a sigaretta, per colpire una delle cause del tumore al polmone, tra le forme più diffuse, con circa 41mila nuove diagnosi registrate nel 2015».

Innovazione e appropriatezza in oncologia

Terapie innovative sempre più efficaci consentono ai pazienti di vivere a lungo, in alcuni casi più di cinque anni con una buona qualità di vita, anche se colpiti da patologie particolarmente aggressive come il melanoma avanzato che fino a pochi anni fa era caratterizzato da una sopravvivenza di sei-nove mesi. Più di tre milioni di cittadini (il 4,9% della popolazione) vivono con una diagnosi di tumore. E circa due milioni di pazienti possono affermare di avere sconfitto la malattia. Sulla questione interviene anche Stefania Gori, presidente eletta dell'Aiom.

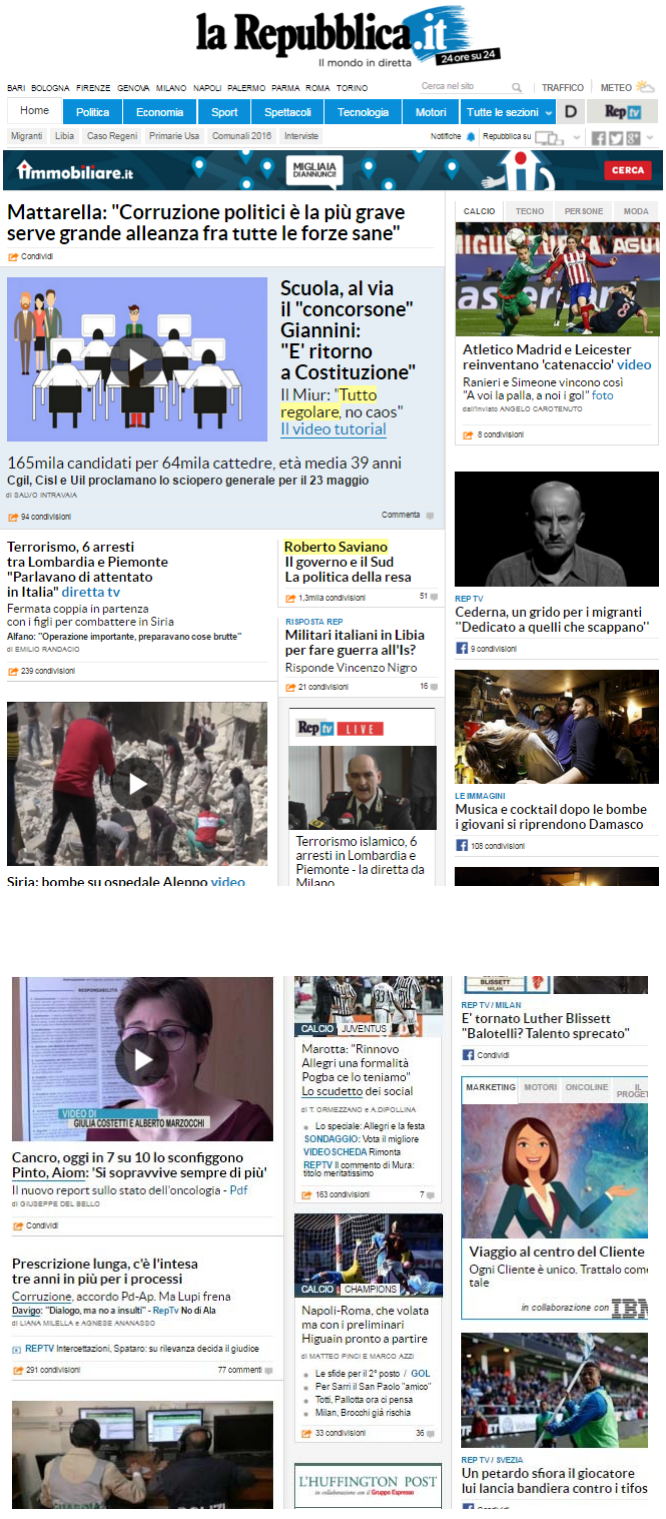
«L'istituzione di un Fondo - sottolinea Gori - non deve esimerci dall'obbligo dell'appropriatezza. Sono ancora troppi gli esami impropri, un problema che riguarda in particolare i marcatori tumorali. Questi test sono utilizzati in oncologia da più di 40 anni, ma oggi il loro uso diventa eccessivo rispetto al numero dei pazienti oncologici, perché vengono impiegati a scopo diagnostico in persone non colpite dalla malattia. Nel 2012 sono stati eseguiti oltre 13 milioni di marcatori tumorali a fronte di due milioni e 300mila italiani che vivevano dopo la diagnosi (oggi sono piu' di 3 milioni). La soluzione è l'uniformazione nazionale delle indicazioni per un loro uso appropriato. Per questo l'Aiom entro il 2016 presenterà un documento condiviso con la Sibioc (biochimici clinici) e altre società scientifiche». «Data la bassa specificità di quasi tutti i biomarcatori - continua Pinto - l'impiego a scopo diagnostico e durante il follow up comporta un'alta probabilità di incorrere in risultati falsi positivi che, di fronte al numero complessivo di richieste, potrebbe riguardare in Italia ogni anno centinaia di migliaia di persone non affette da tumore, che almeno in parte vengono sottoposte ad ulteriori accertamenti di conferma o esclusione di una possibile neoplasia. L'eccessivo utilizzo di esami in scenari inappropriati è un problema socio-sanitario complesso. Sono evidenti le conseguenze psicologiche e fisiche sul paziente e pesanti le ricadute sul piano della organizzazione e fruizione dei servizi, quindi anche economiche, che possono far seguito all'impiego di marcatori tumorali, di esami diagnostici di imaging e esami endoscopici prescritti in modo improprio».L'Aiom mette in campo molti strumenti per migliorare il livello di appropriatezza: dalla VI Edizione del Libro bianco dell'oncologia italiana 2015, alle trentadue linee guida costantemente aggiornate, alle linee guida sul follow up, al documento di consensus sulla continuita' di cura in oncologia, alle sei raccomandazioni cliniche e metodologiche, ai controlli di qualita' nazionali per i test bio-molecolari, alla raccomandazione sull'implementazione del test Brca nelle pazienti con carcinoma ovarico, fino ai **Numeri del cancro in Italia** che presentano ogni anno il quadro epidemiologico dei tumori nel nostro Paese. Senza dimenticare le campagne di prevenzione. Il vero salto di qualità dell'assistenza può essere messo in atto solo a partire dalla realizzazione di un vero sistema di reti oncologiche regionali, per garantire uniformità di comportamenti ed equità di accessi in tutte le fasi della malattia. La strutturazione in rete può inoltre razionalizzare l'impiego delle tecnologie, con una ottimizzazione dei costi e migliorare la partecipazione a studi clinici e la diffusione delle terapie innovative a tutti i pazienti.

la Repubblica.it
Il mondo in diretta
24 ore su 24

28-04-2016

Lettori
1.632.940

http://www.repubblica.it/



Cancro, da condanna a patologia curabile: oggi in 7 su 10 lo sconfiggono

Il report *Lo stato dell'oncologia in Italia* che, curato dall'Aiom, è una guida per medici e utenti

Il report sullo Stato dell'Oncologia del 2016, curato dall'Aiom e presentato al Senato, è una guida con notizie e consigli per addetti ai lavori e utenti comuni. Testimonia che la sopravvivenza al tumore è aumentata. Ma nel modo di affrontarlo ci sono ancora alcuni errori da correggere, come l'uso improprio dei marcatori

ERA una condanna senza appello. Oggi il "male incurabile" con il quale ancora si identifica un tumore (ma la definizione sta per essere bandita dal lessico scientifico) è una patologia curabile. A testimoniarlo sono gli oltre tre milioni di persone (il 4,9% della popolazione) che ci convive e i due milioni che l'hanno lasciata alle spalle. A sconfiggerla sono in sette su dieci. Eppure, nonostante i progressi, c'è ancora tanto da fare, come spiega il report *Lo stato dell'oncologia in Italia* che, curato dall'Aiom, e presentato al Senato con la partecipazione del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**. Programmi da realizzare, ma anche errori da correggere.

Marcatori. Per esempio, l'abuso, o meglio, l'uso improprio che in Italia si fa dei marcatori tumorali. Se ne fanno troppi e senza motivo anche a pazienti per i quali non c'è alcun sospetto di malattia neoplastica. Nel 2012 sono stati eseguiti oltre 13 milioni di test a scopo diagnostico a fronte degli attuali tre milioni di pazienti oncologici. "La soluzione è rappresentata dalla uniformazione a livello nazionale delle indicazioni per un loro uso appropriato", dice **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom, "e per questo entro il 2016 presenteremo un documento condiviso con altre società scientifiche". D'altronde, come sottolinea **Giuseppe Procopio**, consigliere Aiom e dirigente medico nell'Istituto tumori di Milano, "fino a oggi nessun marcatore si è dimostrato utile per la diagnosi precoce. Quindi non andrebbero utilizzati al di fuori dell'ambito strettamente clinico, dove sono impiegati in pazienti che hanno già avuto una diagnosi di alcune specifiche neoplasie e solo in due situazioni: per la valutazione della risposta al trattamento e per la diagnosi di recidiva di malattia in pazienti già trattati". I marcatori tumorali non andrebbero usati, invece, come strumenti di screening del cancro, né tantomeno rappresentare test diagnostici in presenza di sintomi.

Tumore della prostata. A proposito, fa scuola il Psa, l'antigene per il tumore della prostata cui si ricorre sempre più spesso. "Lo screening per il carcinoma prostatico mediante Psa rappresenta, al momento, l'esempio più importante del grave rischio di sovradiagnosi e sovratrattamento conseguenti ad un intervento a scopo di prevenzione", si legge nel rapporto Aiom. Ed è stato proprio la massiccia diffusione del Psa nella popolazione maschile a determinare dagli anni '80 un aumento critico delle diagnosi di tumore prostatico. Ma la ricerca del tumore "sempre" e dei protocolli "fai da te" è anche causa di risultati privi di significato clinico. Il dato, controverso, sull'efficacia o meno del test, risulta da alcuni studi secondo cui ci sarebbero pesanti effetti negativi dello screening mediante Psa. Ancora nel rapporto: "In un'ottica di screening è stato calcolato che per prevenire un decesso per tumore della prostata è necessario diagnosticarne 33: nella maggior parte dei casi, diagnosticare significa trattare anche in presenza di un tumore a basso rischio di progressione e, per ogni vita salvata, si verificano 4 casi di impotenza e 1 di incontinenza urinaria". Per districarsi nel mare magnum dei 40 biomarcatori tumorali e per disciplinarne un corretto utilizzo è stata redatta la Guida nell'ambito del programma regionale biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi del Veneto di cui è responsabile **Massimo Gion** dell'ospedale civile di Venezia (Usl 12). Dentro ci sono le raccomandazioni e le indicazioni sui marcatori tumorali presenti in tutte le linee guida pubblicate negli ultimi sette anni.

I numeri del cancro. Nel 2015 è stata pubblicata la quinta edizione de *I numeri del cancro in Italia 2015*, frutto della collaborazione di Aiom e Airtum, un lavoro coordinato da Stefania Gori. I dati sono stati raccolti grazie ai 43 Registri tumori attivi in Italia, unico strumento di monitoraggio della patologia oncologica. I dati 2015 rivelano 363000 nuovi casi (194000 negli uomini e 169000 nelle donne, con circa 1000 nuove diagnosi al giorno). I tumori più frequenti? Negli uomini la classifica è guidata dal tumore della prostata (20%) seguito da quello del polmone (15%), del colon-retto ((14%), della vescica(11%) e dello stomaco (5%); nelle donne si parte dalla mammella (29%), al secondo e terzo posto troviamo il tumore del colon-retto (13%) e del polmone (6%), seguiti da quelli di tiroide (5%) e corpo dell'utero (5%). I dati confermano anche una costante riduzione della mortalità nei due sessi: l'andamento nel periodo 1999-2010 proiettato al 2015 evidenzia un calo dell'1% all'anno. Un risultato, spiega il rapporto, frutto della prevenzione primaria (riduce l'esposizione ai fattori oncologici e quindi il numero di nuovi ammalati), agli interventi di prevenzione secondaria (anticipazione della diagnosi in fase più aggredibile) e delle terapie, più efficaci e più estesamente accessibili. Positiva anche la sopravvivenza che, a cinque anni in Italia, è aumentata (dal '90-92 al 2005-2007): negli uomini del 18% (dal 39% al 57%) e nelle donne del 10% (dal 53% al 63%), tra le più alte in Europa.

Prevenzione e informazione. La chiave di volta è l'informazione. Che, sottolineano gli esperti Aiom, deve essere "corretta e puntuale, indirizzata agli specialisti, ma anche alla popolazione". La prevenzione primaria, attraverso programmi di formazione ed educazione della popolazione è al primo posto per combattere le malattie tumorali. Tra le iniziative promosse nell'ultimo anno figura *Non fare autogol*, progetto rivolto agli adolescenti a cui trasmettere la conoscenza dei principali fattori di rischio oncologico. Un ruolo di supporto alla scuola che Aiom svolge insieme alle istituzioni in varie regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto). E non a caso, vista la fascia d'età dei destinatari la campagna

educativa ha coinvolto grandi calciatori di serie A che, con degli oncologi, hanno incontrato, direttamente nelle scuole italiane, gli studenti. *PanCrea* è invece il progetto (il primo dedicato al tumore del pancreas) che ha previsto la realizzazione di due sondaggi nazionali (per i pazienti e per gli oncologi) con la distribuzione di due opuscoli (per i pazienti già colpiti dalla malattia e per la prevenzione della neoplasia).

Il fumo. C'è poi la campagna antifumo. Non cominciare a fumare e l'educazione a corretti sili di vita, dall'alimentazione all'attività fisica, è un altro dei punti chiave delle campagne di prevenzione. E così, ai più giovani soprattutto, si lancia il messaggio di un tumore tenuto lontano proprio grazie alla rinuncia della sigaretta. E se si è già preda del vizio, si ricorda che smettere il prima possibile consente di ridurre notevolmente il rischio di ammalarsi. Un fattore di rischio, quello del tabagismo, che in Europa ha già fatto registrare un calo notevole di fumatori tra gli uomini, mentre ci sono ancora donne che non ce l'hanno fatta. Eppure, scrive Aiom nel rapporto, queste persone mettono a repentaglio la loro vita e quella degli esposti al fumo passivo: ogni anno 19000 europei non fumatori muoiono per effetto dell'esposizione al fumo secondario, a casa o sul luogo di lavoro.

Nelle 'bionde' 4000 sostanze chimiche. Dall'esortazione benevola all'informazione che fa da deterrente: ad ogni boccata, durante la combustione, si sprigionano più di 4000 sostanze chimiche, tra le più pericolose c'è il catrame, che contiene elementi cancerogeni che si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie. La nicotina, invece, è un alcaloide che influenza il sistema cardiovascolare e nervoso e induce dipendenza. Lanciata a luglio 2015 la campagna *Il Tumore della prostata e i tumori negli anziani* è la prima del genere rivolta a sensibilizzare tutti i cittadini. Durante gli incontri programmati un oncologo spiega i principali fattori di rischio tumorali, educando i partecipanti su quanto sia importante seguire stili di vita corretti, sottoporsi a screening oncologici e cosa significhi ritornare alla vita normale dopo un'esperienza di cancro con un riferimento alle nuove terapie.

Vaccino hpv. La prevenzione non può escludere la vaccinazione. Anche in oncologia e per tumori la cui causa è stata confermata dalla ricerca. L'esempio che fa il report è quello del tumore del collo dell'utero: il 75% potrebbe essere evitato grazie alla vaccinazione contro il Papilloma Virus (HPV). E lui è responsabile anche di tumore in altre sedi: vulva, vagina, pene, ano, bocca e faringe. È pericoloso, quindi, anche per gli uomini. La neoplasia nelle donne under 50 è tra le più frequenti e si piazza infatti al V posto con 2100 nuove diagnosi stimate in Italia nel 2015. La media italiana della copertura vaccinale (per le ragazze nate nel '97) è pari al 70,8% e quindi ben lontana da quel 95% inizialmente stabilito e con una notevole disomogeneità regionale. Aiom nel 2016 distribuirà materiale informativo e organizzerà congressi sull'argomento.

Screening. Per alcune neoplasie esistono test di screening efficaci. Per il tumore della mammella: mammografia ogni 2 anni per le donne tra 50 e 69 anni. Ma se ci sono le risorse, si legge nel documento, l'invito biennale dovrebbe essere esteso fino a 74 anni, mentre dovrebbe essere annuale per le donne tra 45 e 49 anni. Tumore della cervice uterina: Pap-test ogni tre anni per le donne di età tra 25 e 64 anni. Tumore del colon-retto: test per la ricerca del sangue occulto fecale per uomini e donne tra 50 e 69 anni. È raccomandato l'impiego del metodo immunochimico perché riconosce selettivamente l'emoglobina umana e non necessita di restrizione dietetica. In più, se utilizzato su un solo campione ha un migliore bilancio sensibilità/specificità. È ammesso, come test di screening, la rettosigmoidoscopia

eseguita una sola volta intorno ai 60 anni.

Una rete nazionale per garantire la qualità dei test biomolecolari. Nicola Normanno, coordinatore sezione Aiom Campania e ricercatore del Pascale di Napoli, ha riferito i risultati ottenuti finora grazie al tavolo di lavoro permanente con la Società Italiana di Anatomia Patologica e Citopatologia (Siapec) per la "caratterizzazione molecolare delle neoplasie in funzione terapeutica". Scopo principale di questo gruppo di lavoro è la creazione di una rete laboratoristica diffusa sul territorio nazionale e in grado di offrire con adeguata qualità testbiomolecolari in oncologia. Lo Stato dell'Oncologia del 2016 contiene tanti altri elementi di consultazione, 136 pagine di notizie scientifiche, di prevenzione. Nel documento, addetti ai lavori e utenti comuni, troveranno di tutto. Dal counseling genetico alla ricerca del BRCA nel carcinoma ovarico, al follow-up in oncologia, alla valutazione delle tossicità, alle reti oncologiche regionali, alla nutrizione in oncologia, alle cure all'umanizzazione, ai farmaci oncologici "equivalenti" e fino al volontariato oncologico.

CORRIERE DELLA SERA.it

28-04-2016

Lettori
571.565

http://www.corriere.it/

CORRIERE DELLA SERA / SPORTELLO CANCRO

Fondazione Umberto Veronesi

ATTIVA LE NOTIFICHE

abbvie L'INNOVAZIONE GUIDA LA NOSTRA SCIENZA. LA VITA DELLE PERSONE GUIDA IL NOSTRO IMPEGNO. abbvie.it

IL RAPPORTO

Il 70 per cento degli italiani sconfigge il cancro

Durante il convegno Aiom al Senato, presentato il censimento dei centri che curano i tumori in Italia: servono reti oncologiche regionali e un Fondo nazionale per finanziare nuovi farmaci

0

Informazione e prevenzione Dopo il seno anche utero e ovaie

In 20 anni le guarigioni dal tumore alla mammella sono raddoppiate ma sono oltre 10 mila le donne che nel 2015 hanno affrontato il cancro uterino

1

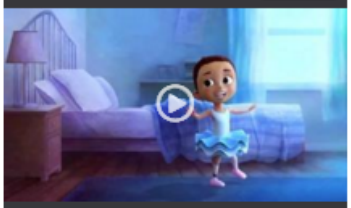
SALUTE

Le microcalcificazioni al seno sono indizio di un tumore maligno?

La loro forma, la densità, il numero e la distribuzione nella ghiandola mammaria: sono questi i parametri che permettono al radiologo di trarre indicazioni sulla benignità *di Paolo Veronesi*

64

CORRIERE TV TUTTI I VIDEO



Scarlett contro il cancro: il corto per raccontare la vita dopo la malattia

ANCHE TU PUOI FARE MOLTO
ACQUISTANDO
I PRODOTTI SEGNALATI
NEI PUNTI VENDITA COOP

LIBRO BIANCO DELL'ONCOLOGIA 2016

Il 70 per cento degli italiani sconfigge il cancro, ma urgono misure per continuare a garantire gratis le cure migliori a tutti

Durante il convegno Aiom al Senato, presentato il censimento dei centri che curano i tumori in Italia: servono reti oncologiche regionali e un Fondo nazionale per finanziare nuovi farmaci

di Vera Martinella

0

Oltre 363mila italiani, oltre 194mila uomini e quasi 169mila donne, nel 2015 hanno scoperto di avere un tumore. Seno, colon retto, prostata, polmone e vescica sono gli organi più colpiti. Secondo le più recenti statistiche, le guarigioni sono in aumento e sette su dieci ce la faranno, andando a ingrossare le fila di quei tre milioni di connazionali che possono considerarsi guariti o che comunque già convivono con una diagnosi di cancro. «Ad oggi il livello delle cure nel nostro Paese è fra i migliori e perché le cose continuino ad essere così serve l'impegno di tutti – sottolinea Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), durante il convegno nazionale sullo "Stato dell'Oncologia in Italia" organizzato a Roma dalla società scientifica, con la partecipazione del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin -. Serve appropriatezza prescrittiva da parte degli specialisti, un impegno concreto nella prevenzione da parte di tutti i cittadini e l'intervento delle Istituzioni perché si si realizzino due cose indispensabili per continuare a garantire gratuitamente a tutti le terapie migliori: le Reti oncologiche e il Fondo Nazionale per l'Oncologia».

Ognuno deve fare la sua parte: 4 tumori su 10 di potrebbero evitare

Nell'incontro al Senato è stata presentata la sesta edizione del Libro Bianco dell'oncologia (disponibile in formato pdf sul sito Aiom), che offre una fotografia delle strutture italiane che si occupano di oncologia: «Una ricognizione dell'esistente, un censimento di tutti i centri, al fine di poter valutare eventuali necessita ed evitare, nella pianificazione delle attività, ridondanza di strutture quando non necessarie» chiarisce Giordano Beretta, segretario nazionale Aiom. L'impegno degli oncologi si muove su più fronti: da un lato migliorare la consapevolezza dei cittadini sulle regole della prevenzione, perché il 40 per cento dei casi di tumore può essere evitato con uno stile di vita sano, che parte soprattutto con un no al fumo, dieta corretta e costante attività fisica, con evidenti risparmi per il sistema sanitario. Dall'altro garantire a

tutti le terapie più efficaci e l'assistenza migliore, «un obiettivo da raggiungere con la creazione immediata di un Fondo Nazionale - dice Pinto -, che può essere finanziato con le accise sul tabacco, 1 centesimo in più a sigaretta, per colpire una la prima causa di cancro al polmone, di cui nel nostro Paese sono stati diagnosticati circa 41mila nuovi casi nel 2015. Cure e farmaci innovativi consentono ai pazienti di vivere a lungo, in alcuni casi più di 5 anni con una buona qualità di vita, anche se colpiti da patologie particolarmente aggressive come il melanoma avanzato che fino a pochi anni fa era caratterizzato da una sopravvivenza di poco più di sei mesi».

Razionalizzare con le Reti e l'appropriatezza: l'impegno degli oncologi per tagliare i costi

In Italia come nel resto del mondo, insieme al numero di malati che continua a salire, cresce inevitabilmente anche il costo delle terapie anticancro. Più volte gli oncologi hanno sottolineato che, affinché il nostro Sistema sanitario continui a essere sostenibile, è anche fondamentale evitare gli sprechi, razionalizzare al meglio ospedali, assistenza domiciliare e territoriale, visite, terapie ed esami vari.Da molti anni si parla di Reti Oncologiche Regionali, ma solo poche Regioni hanno intrapreso un reale percorso di attivazione, il cui obiettivo è garantire uniformità di comportamenti ed equità di accessi in tutte le fasi della malattia. La strutturazione in reti può anche razionalizzare l'impiego delle tecnologie, con un'ottimizzazione dei costi, e migliorare la partecipazione a studi clinici e la diffusione delle terapie innovative a tutti i pazienti. «L'istituzione di un Fondo non deve esimerci dall'obbligo dell'appropriatezza – sottolinea Stefania Gori, presidente eletto Aiom -. Sono ancora troppi gli esami impropri, un problema che riguarda in particolare i marcatori tumorali. Questi test sono utilizzati in oncologia da più di 40 anni, ma oggi il loro uso sta diventando eccessivo rispetto al numero dei pazienti oncologici. Perché vengono impiegati a scopo diagnostico in persone non colpite dalla malattia. Nel 2012 sono stati eseguiti oltre 13 milioni di marcatori tumorali a fronte di 2 milioni e 300mila italiani che vivevano dopo la diagnosi (oggi sono più di 3 milioni). Data la bassa specificità di quasi tutti i biomarcatori – continua Gori -, l'impiego a scopo diagnostico e durante il follow up comporta un'alta probabilità di incorrere in risultati falsi positivi che, di fronte al numero complessivo di richieste, potrebbe riguardare in Italia ogni anno centinaia di migliaia di persone non affette da tumore, che almeno in parte vengono sottoposte ad ulteriori accertamenti di conferma o esclusione di una possibile neoplasia. L'eccessivo utilizzo di esami in scenari inappropriati rappresenta oggi un problema socio-sanitario complesso. Sono evidenti le conseguenze psicologiche e fisiche sul paziente e pesanti le ricadute sul piano della organizzazione e fruizione dei servizi, quindi anche economiche, che possono far seguito all'impiego di marcatori tumorali, di esami diagnostici di imaging e esami endoscopici prescritti in modo improprio».

CORRIERE DELLA SERA.it

28-04-2016

Lettori
571.565

http://www.corriere.it/

Aiom, 70% persone con tumori guarisce

12:01 (ANSA) - ROMA - Oggi il 70% delle persone che ricevono una diagnosi di uno dei tumori frequenti guarisce, una percentuale aumentata del 15% negli ultimi 10 anni. Lo ha affermato l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) in un convegno a Roma. "Nel 2015 sono stati stimati 363mila nuovi casi di cancro nel paese - ha spiegato Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom - e possiamo dire che molto più di metà andrà incontro a guarigione". Le percentuali sono ancora maggiori per i due tumori più diffusi, con quello della mammella, con tassi di guarigione del 91%, mentre quello del seno sono dell'87%. Ora in Italia tre milioni di persone vivono con una diagnosi di tumore, mentre due milioni possono affermare di aver sconfitto la malattia. Se sul fronte delle cure ci sono grandi progressi, dicono gli esperti, su quello della prevenzione c'è ancora molto da fare: il 40% dei casi potrebbe essere evitato con più prevenzione, dallo stop al fumo a una dieta corretta a una maggiore diffusione della vaccinazione per l'Hpv.

Cancro. Aumenta sopravvivenza. “Il 68% lo sconfigge. Ma il 40% dei tumori evitabile con prevenzione”. Il Report 2016 dell’Aiom

Questi alcuni numeri emersi dal Report sullo Stato dell'oncologia in Italia. “Le terapie innovative sono sempre più efficaci ma servono risorse dedicate. Più impegno per l’appropriatezza: no all’uso dei marcatori tumorali per la diagnosi”. L'Associazione ribadisce poi la sua proposta per creare un fondo ad hoc sull'oncologia. IL RAPPORTO

28 APR - Aumentano le guarigioni degli italiani colpiti dal cancro, oggi il 68% dei cittadini a cui vengono diagnosticati tumori frequenti sconfigge la malattia. Percentuali che raggiungono il 91% nella prostata e l’87% nel seno, le due neoplasie più diffuse fra gli uomini e le donne. L’impegno degli oncologi si muove su più fronti: da un lato migliorare la consapevolezza dei cittadini sulle regole della prevenzione, perché il 40% dei casi di tumore può essere evitato con uno stile di vita sano (no al fumo, dieta corretta e costante attività fisica), con evidenti risparmi per il sistema sanitario. Dall’altro garantire a tutti le terapie più efficaci e l’assistenza migliore, un obiettivo che si potrebbe raggiungere con la creazione immediata di un Fondo Nazionale per l’Oncologia.

La proposta è avanzata alle Istituzioni dall’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) nel convegno nazionale sullo “Stato dell’Oncologia in Italia” organizzato dalla società scientifica oggi al Senato con la partecipazione del Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**. “Nel 2015 sono stati stimati 363mila nuovi casi di cancro nel nostro Paese – spiega il **Carmine Pinto**, presidente nazionale AIOM -. Il Fondo può essere finanziato con le accise sul tabacco, 1 centesimo in più a sigaretta, per colpire una delle cause del tumore al polmone, tra le forme più diffuse, con circa 41.000 nuove diagnosi registrate nel 2015. Terapie innovative sempre più efficaci consentono ai pazienti di vivere a lungo, in alcuni casi più di 5 anni con una buona qualità di vita, anche se colpiti da patologie particolarmente aggressive come il melanoma avanzato che fino a pochi anni fa era caratterizzato da una sopravvivenza di 6-9 mesi”.

Più di 3 milioni di cittadini (il 4,9% della popolazione) vivono con una diagnosi di tumore. E circa due milioni persone possono affermare di avere sconfitto la malattia. “L’istituzione di un Fondo non deve esimerci dall’obbligo dell’appropriatezza – sottolinea **Stefania Gori**, presidente eletto AIOM -. Sono ancora troppi gli esami impropri, un problema che riguarda in particolare i marcatori tumorali. Questi test sono utilizzati in oncologia da più di 40 anni, ma oggi il loro uso sta diventando eccessivo rispetto al numero dei pazienti oncologici. Perché vengono impiegati a scopo diagnostico in persone non colpite dalla malattia. Nel 2012 sono stati eseguiti oltre 13 milioni di marcatori tumorali a fronte di 2 milioni e 300mila italiani che vivevano dopo la diagnosi (oggi sono più di 3 milioni). La soluzione è rappresentata dalla uniformazione a livello nazionale delle indicazioni per un loro uso appropriato, per questo l’AIOM entro il 2016 presenterà un documento condiviso con la SIBiOC (biochimici clinici) e altre società scientifiche”.

“Data la bassa specificità di quasi tutti i biomarcatori – continua **Pinto** -, l’impiego a scopo diagnostico e durante il follow up comporta un’alta probabilità di incorrere in risultati falsi positivi che, di fronte al numero complessivo di richieste, potrebbe riguardare in Italia ogni anno centinaia di migliaia di persone non affette da tumore, che almeno in parte vengono sottoposte ad ulteriori accertamenti di conferma o esclusione di una possibile neoplasia. L’eccessivo utilizzo di esami in scenari inappropriati rappresenta oggi un problema socio-sanitario complesso. Sono evidenti le conseguenze psicologiche e fisiche sul paziente e pesanti le ricadute sul piano della organizzazione e fruizione dei servizi, quindi anche economiche, che possono far seguito all’impiego di marcatori tumorali, di esami diagnostici di imaging e esami endoscopici prescritti in modo improprio”.

28 aprile 2016

© Riproduzione riservata

Allegati:

Rapporto Aiom 2016

Altri articoli in Scienza e Farmaci

Cancro del colon-retto. Dal 1975

Fumo. I risultati del più grande

quotidianosanità.it

Giovedì 28 APRILE 2016

Fumo. I risultati del più grande studio clinico sui farmaci per la disassuefazione su *The Lancet*

Gli autori concludono che non c'è un aumento significativo di gravi eventi avversi neuropsichiatrici con vareniclina rispetto al placebo o al cerotto alla nicotina. I fumatori trattati con vareniclina hanno tassi di disassuefazione significativamente più alti di quelli trattati con bupropione, cerotti sostitutivi della nicotina (NRT cerotti) o placebo.

Pfizer ha annunciato i risultati pubblicati su *The Lancet* relativi al più grande studio clinico sui farmaci per la disassuefazione da fumo, lo studio EAGLES (Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study). Lo studio ha coinvolto 8.144 fumatori adulti ed è stato disegnato per mettere a confronto la sicurezza neuropsichiatrica di vareniclina e bupropione rispetto al placebo e al cerotto alla nicotina in fumatori adulti con e senza precedenti disturbi psichiatrici. Gli autori hanno concluso che lo studio non ha mostrato un aumento significativo dell'incidenza dell'endpoint composito primario di sicurezza di gravi eventi avversi neuropsichiatrici con vareniclina o bupropione rispetto al placebo e cerotti sostitutivi della nicotina.

Le differenze tra i tassi di incidenza sono state considerate significative se il 95% dell'intervallo di confidenza (95% CI) associato era interamente al di sopra o al di sotto dello zero. Circa la metà dei partecipanti allo studio aveva una storia di disturbi psichiatrici, o pregressi e in remissione, o in atto e clinicamente stabili. La diagnosi psichiatrica includeva principalmente disturbi depressivi, bipolari, di ansia e/o psicotici.

Lo studio EAGLES aveva come obiettivo di efficacia la valutazione dei tassi di astinenza continua dal fumo nei pazienti trattati con vareniclina o bupropione rispetto al placebo, durante le ultime quattro di 12 settimane di trattamento. L'astinenza continua è stata valutata anche rispetto ai cerotti sostitutivi della nicotina. E' stata inoltre valutata, per tutti i trattamenti, l'astinenza a lungo termine durante un periodo di follow up senza trattamento della durata di 12 settimane (settimane 9-24). I risultati hanno mostrato che i pazienti di entrambe le coorti (con e senza precedenti di disturbi psichiatrici)+ che hanno preso vareniclina avevano un tasso di astinenza continua maggiore rispetto a quelli trattati con bupropione o cerotti sostitutivi della nicotina in entrambi i periodi. I pazienti trattati con ciascuna terapia hanno avuto tassi di astinenza più alti di quelli trattati con placebo. Questo è il primo studio controllato vs placebo che compara direttamente l'efficacia di vareniclina, bupropione e cerotti sostitutivi della nicotina per aiutare i fumatori a smettere di fumare.

"Secondo le linee guida della pratica clinica il modo più efficace per smettere di fumare è dato dalla combinazione di un farmaco per la disassuefazione da fumo e dal counseling. Tuttavia, gli ausili per la disassuefazione sono spesso sottoutilizzati a causa di una percezione errata relativamente alla loro efficacia e sicurezza - ha affermato l' investigatore principale dello studio **Robert M. Anthenelli**, M.D., Professore di Psichiatria, Università della California, San Diego - Questo studio offre nuove informazioni ai medici e ai fumatori per aiutarli a prendere una decisione informata sulle diverse opportunità di trattamento."

L'endpoint primario di sicurezza dello studio EAGLES è stato definito con l'occorrenza di almeno un

evento avverso grave, emerso durante il trattamento, di ansia, depressione, alterazione delle proprie sensazioni e/o ostilità e/o l'occorrenza durante il trattamento di almeno un evento avverso moderato/severo, tra agitazione, aggressività, percezione errata, allucinazioni, idee omicide, mania, panico, paranoia, psicosi, idee suicidarie, comportamenti suicidari o suicidio portato a termine.

L'incidenza dell'endpoint primario di sicurezza nella coorte di pazienti che non avevano precedenti disturbi psichiatrici è stato 1.3% (vareniclina), 2.2% (bupropione), 2.5% (cerotti sostitutivi della nicotina) e 2.4% (placebo). I tassi di incidenza nella coorte di pazienti con precedenti disturbi psichiatrici è stato 6.5% (vareniclina), 6.7% (bupropione), 5.2% (cerotti sostitutivi della nicotina) e 4.9% (placebo). Nei pazienti senza precedenti disturbi psichiatrici, la differenza di rischio (RD) vareniclina vs placebo e bupropione vs placebo per l'endpoint primario di sicurezza è stata rispettivamente −1.28 (95% CI −2.40 a −0.15) e −0.08 (−1.37 a 1.21),. La differenza di rischio per vareniclina vs cerotti sostitutivi della nicotina e bupropione vs cerotti sostitutivi della nicotina è stata rispettivamente −1.07 (−2.21 a 0.08) e 0.13 (−1.19 a 1.45). Nei pazienti con precedenti disturbi psichiatrici, la RD vareniclina vs placebo e bupropione vs placebo è stata rispettivamente 1.59 (−0.42 a 3.59) e 1.78 (−0.24 a 3.81),; la RD per vareniclina vs cerotti sostitutivi della nicotina e bupropione vs cerotti sostitutivi della nicotina è stata rispettivamente 1.22 (−0.81 a 3.25) e 1.42 (−0.63 a 3.46). Tra entrambe le coorti di pazienti, il 95% degli intervalli di confidenza associati con queste differenze di rischio sono stati inferiori o hanno incluso lo zero. Si sono verificati più eventi avversi neuropsichiatrici nella coorte psichiatrica che in quella non psichiatrica per tutti i trattamenti, compreso il placebo.

In tutta la popolazione dello studio, l'evento avverso più frequente per gruppo di trattamento è stato: nausea (25%, vareniclina), insonnia (12%, bupropione), sogni anomali (12%, cerotti sostitutivi della nicotina) e cefalea (10%, placebo).

"Il fumo è una delle principali cause di morte prevenibile in tutto il mondo, e i benefici della disassuefazione sono immediati e sostanziali - ha commentato **Freda Lewis-Hall**, M.D., DFAPA, Chief Medical Officer e EVP di Pfizer Inc -. I dati dello studio EAGLES partono da una solida base di evidenze cliniche sulla sicurezza neuropsichiatrica e l'efficacia di vareniclina, che fanno di questo farmaco un'importante opzione terapeutica per le persone che vogliono smettere di fumare".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 6.562
Lettori Ed. I 2015: 28.000
Quotidiano - Ed. Venezia

CORRIERE DEL VENETO
VENEZIA E MESTRE

Dir. Resp.: Alessandro Russello

29-APR-2016
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

La commissione parlamentare Ecomafie

«Studi del ministero ed esposti dell'Arpav, gli allarmi c'erano Caso sottovalutato»

Bratti
Bisogna capire perché ci si è svegliati così tardi, ben 3 anni dopo l'allarme Arpav

Il ministero
Segnalò all'Arpav nel 2013 i dati Pfas ma li stava studiando dal 2006

L'Arpav
Fece esposti a ben tre procure ma vennero archiviati: mancavano i limiti di legge

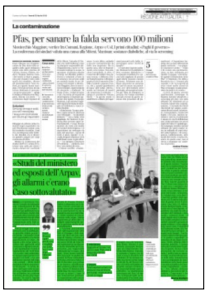
VENEZIA La Commissione bicamerale Ecomafie sta indagando sulla contaminazione da Pfas nelle acque di 53 comuni. Il rapporto sarà pubblicato tra un paio di settimane e dodici delle 430 pagine della relazione sullo smaltimento del ciclo dei rifiuti in Veneto saranno dedicate all'inquinamento delle falde attribuibili agli scarichi della Miteni.

Visti gli sviluppi delle ultime settimane però la pubblicazione potrebbe slittare perché il presidente Alessandro Bratti vuole approfondire e ha chiesto aggiornamenti ad Arpav, alla Regione e alle Asl per poter includere dati aggiornati nelle conclusioni e dipanare una delle più ingarbugliate vicende di inquinamento del Nord Italia. «La vicenda è stata sottovalutata e bisogna capire perché ci si è svegliati così tardi, a tre anni dall'allarme lanciato dall'Arpav e dai comitati – riflette Bratti, presidente Pd della commissione bicamerale - Le prime denunce dell'Arpav sono del giugno 2013 e l'audizione del direttore nell'ottobre 2014 conferma la presenza di una grave inquinamento. Tre anni fa l'agenzia ambientale veneta segnalò alle procure di Vicenza, Verona e Padova la situazione ma le denunce furono archiviate destando non poche perplessità ma la motivazione fu che la normativa non aveva individuato i limiti massimi di concentrazione nelle acque. Adesso acquisiremo gli ultimi dati e le indagini epidemiologiche perché la questione merita un approfondimento».

La relazione parlamentare parte dall'inquinamento della Valle di Chiampo e dalle risultanze dei rilievi del 2013 nelle acque di Trissino, a Vicenza. «Il Ministero della Sanità a maggio 2013 aveva fornito ad Arpav Veneto rassicurazioni su mancanza rischio immediato per la popolazione, pur suggerendo trattamento per le acque», dice Bratti. Allora furono installati filtri meccanici in quattro depuratori dell'area contaminata da Vicenza a Verona a Padova e i dati di dicembre 2015 parlano di un drastico abbattimento delle sostanze perfluoro-alchiliche. Davvero il Ministero della Sanità disse che non c'erano rischi per la salute? L'Arpav fa una ricostruzione puntuale. «La segnalazione sulla concentrazione dei pfas ci arrivò a metà maggio 2013 dal ministero della Salute- riferisce il commissario Alessandro Benassi, capo del Dipartimento Ambiente della Regione - Solo allora venimmo a sapere che dal 2006 al 2013 il dicastero dell' Ambiente e il Cnr avevano condotto una ricerca ad hoc lungo la valle del Po, del Tevere in Veneto ed Emilia nell'ambito del progetto europeo Perforce e che erano stati trovati valori significativi». La classificazione cancerogena dei Pfas è di tipo «B1», la stessa del caffè. La letteratura parla di un limite massimo di 5.000 nanogrammi per litro e arriva perlopiù dalla Germania visto che l'Italia non ha mai, prima d'ora, messo un tetto massimo alla concentrazione di queste sostanze. Neanche dopo che la multinazionale Dupont, produttrice del Teflon che rende le padelle antiaderenti, nel 2001 fu costretta a versare risarcimenti per 350 milioni di dollari da destinare alla ricerca per aver sversato nel fiume Ohio ingenti quantità di Pfas. E allora come mai per sette anni Cnr e ministero dell'Ambiente hanno effettuato ricerche senza informare le Regioni interessate, comunicando i risultati solo a cose fatte? È il nocciolo politico della questione ed è il motivo della polemica di queste ore tra il governatore Luca Zaia e la sottosegretaria Barbara Degani. Al momento non c'è una risposta. «E' questione che andrà in collo ai ministeri dell'Ambiente e della Sanità», annuncia Bratti. «A metà maggio 2013 il ministero della Salute comunicò ai servizi sanitari regionali la presenza di queste sostanze e a fine maggio dello stesso anno il ministero dell'Ambiente scrisse alla Provincia di Vicenza e all'Arpav – fa mente locale Benassi - E noi facemmo mettere i filtri meccanici in quattro acquedotti. In mancanza di una legge che fissasse i limiti, abbiamo fatto il massimo possibile. E fummo noi tecnici ad informare la politica di questa ricerca e delle precauzioni che avevamo assunto. I politici non ne sapevano nulla. La genesi di una ricerca svolta senza comunicazione e non accompagnata da raccomandazioni sulla buona prassi è un nodo scientifico che ancora non ci spieghiamo – conclude – Noi, intanto, abbiamo adottato le precauzioni più restrittive. L'importante è che adesso non scatti la psicosi».

Monica Zicchiero

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 31.653
Diffusione 02/2016: 23.632
Lettori Ed. III 2015: 478.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

29-APR-2016
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

IL RAPPORTO DI LEGAMBIENTE

Amianto, bonifiche in attesa quasi 2 milioni di metri cubi da smaltire in tutta la Puglia ma mancano le discariche

GIUSEPPE ARMENISE

● **BARI.** Secondo il piano regionale pugliese dei rifiuti, che non ha ancora compiuto un'anno dalla sua approvazione, in ogni provincia, accanto all'impianto di discarica, dovrebbe essere prevista un'area dedicata ai materiali provenienti dalle attività di stabilizzazione e bonifica degli inerti contenenti amianto. 5mila i tetti in eternit solo tra quelli censiti ormai un quinquennio grazie alle rilevazioni di Guardia di finanza e Copnsiglio nazionale delle ricerche su tutto il territorio regionale e una quantità stimata di circa 1.750.000 metri cubi di materiale contenente amianto, di cui oltre 50mila metri cubi nella sola provincia di Bari, attendono l'esecuzione di quella previsione di piano.

«Il risanamento ambientale, la bonifica e il corretto smaltimento dei materiali contenenti amianto devono essere le priorità per portare a zero il rischio connesso con l'esposizione alla pericolosa fibra - ha detto Francesco Tarantini, presidente di Legambiente Puglia, in occasione della ricorrenza della giornata mondiale in memoria delle vittime dell'amianto - Per questo occorre un serio impegno da parte della Regione Puglia affinché dia piena attuazione al Piano regionale Amianto, a partire dalla realizzazione degli impianti necessari a garantire un corretto smaltimento dell'asbesto sino allo stanziamento delle risorse necessarie per incentivare le bonifiche».

Incentivazione e sostegno alle attività di rimozione di amianto domestico che abbattano i costi a carico dei cittadini, sui quali incidono in maniera ancora significativa le analisi dalle quali evincere la soglia di rischio collegata allo stato di conservazione degli inerti sui quali intervenire: sono azioni che discendono dal piano regionale e lo rendono esecutivo. Nelle more di questo processo di passagfgio dal piano quadro al piano attivo, Legambiente di Puglia ha avviato, con il patrocinio dell'Assessorato alla Qualità dell'Ambiente della Regione Puglia e con la collaborazione del partner tecnico Teorema Spa, ormai da mesi la campagna regionale di informazione "Puglia Eternit Free" con l'obiettivo di fornire ai cittadini gli strumenti per difendersi dalla fibra killer ed eliminare il pericolo amianto avviando un percorso virtuoso a tutela della salute.

«Legambiente, nell'ambito dell'iniziativa - spiega Tarantini - ha attivato il numero verde 800 131 026 a cui cittadini ed enti possono rivolgersi per richiedere un sopralluogo tecnico gratuito al fine di censire l'eventuale presenza di materiali e/o manufatti contenenti amianto e verificarne lo stato di conservazione. In caso di esito positivo, quanti ne faranno richiesta saranno affiancati nella compilazione della scheda di autonotifica al fine di procedere al censimento previsto per legge. Con questa campagna, a cui hanno aderito oltre 70 Comuni pugliesi, vogliamo non solo informare i cittadini sul rischio amianto ma anche contribuire a censire le piccole quantità di asbesto presenti sul nostro territorio che esulano dai 5mila tetti finora censiti. Nella nostra regione purtroppo c'è ancora tanto da fare per dire "addio" all'amianto».

Sud-Est, la Corte dei conti indaga sugli appalti d'oro

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

29-APR-2016
da pag. 31
foglio 1
www.datastampa.it

«Una sede del mio istituto Usa per monitorare Terra dei fuochi»

Giordano in collegamento con Marcianise: così intendo dare sostegno alla Campania

MARCIANISE. «Metto a disposizione in maniera continua dagli Stati Uniti tutte le mie conoscenze e risorse intellettuali per dare un mio contributo al problema ambientale e della salute a Marcianise. Un progetto-laboratorio che vedete, caro Antonello, in prima linea».

Lo ha detto Antonio Giordano, direttore dello Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine di Philadelphia, tra i massimi scienziati al mondo impegnati nella lotta contro il cancro, in collegamento via Skype con la sede del comitato elettorale del giornalista Antonello Velardi, candidato a sindaco a Marcianise, nel corso di un incontro con i cittadini dal titolo «Conosciamoci - ambiente e sanità». Parlando del problema ambientale, Giordano, citando i suoi studi, ha spiegato che la popolazione italiana, e non solo quella campana, ha una suscettibilità a sviluppare una serie di patologie in maniera elevata. «C'è bisogno di un programma serio, scientifico e tecnologico, che possa basarsi su due principi importanti: noi ci continueremo ad ammalare se non eliminiamo il danno perpetuo che insulta la nostra aria, la nostra terra, la nostra acqua, e noi. E poi la nostra popolazione deve avere una serie di controlli specifici che dovrebbe portarci anche a decontaminarci. Per questo dobbiamo trovare il modo, le risorse e le strategie per poter risolvere questi due grandi problemi di cui, purtroppo, la classe politica, si è occupata, finora, solo a parole».

E a proposito di politica, l'allievo del Nobel Dewey Watson, ha anche rivelato di essere entusiasta del progetto Marcianise perché potrebbe essere «un modello per la rinascita della nostra terra, un laboratorio dove poter generare oltre il programma ambientale anche una nuova classe politica». Non ha poi risparmiato complimenti alla classe medica di Marcianise «dove operano tanti medici e oncologi bravi che non ricercano il clamore. Mi sento marcianisano e vorrei lavorare per il riscatto di una Marcianise Felix». Giordano ha rivelato anche che martedì ha ricevuto la visita del segretario della Lega, Matteo Salvini, e di averlo obbligato a bere il caffè in una tazzina con i colori e lo stemma del Napoli (di cui il prof è molto tifoso). «I nostri dati scientifici dimostreranno che Milano è il posto di Italia dove c'è la maggiore percentuale di mortalità pediatrica, al secondo posto c'è Torino, al terzo Roma e infine Napoli. Questo vi fa capire come la situazione ambientale sia grave». Velardi ha poi annunciato che Giordano sarà coinvolto con un incarico a titolo gratuito nelle attività della prossima amministrazione comunale di Marcianise, specificamente dedicato allo studio sui tumori. «Creeremo una sede dello Sbarro e della Temple University di Philadelphia a Marcianise - ha concluso lo scienziato - sulla scorta delle altre strutture connesse con i centri di ricerca che dirigo negli Stati Uniti».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Analisi
«Italia molto esposta alle conseguenze dell'inquinamento»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

29-APR-2016
da pag. 25
foglio 1
www.datastampa.it

"Troppi limiti ai test sugli animali" Così Bruxelles vuole punire l'Italia

L'annuncio. L'Unione europea prepara una procedura di infrazione: contestata la legge per la protezione delle cavie a fini scientifici. "Eccessivamente rigida rispetto agli altri Paesi" Il governo avrà adesso due mesi di tempo per replicare o per cambiare la sua normativa

La senatrice a vita Elena Cattaneo "La messa in mora è l'opportunità di riportare razionalità nella disciplina della sperimentazione"

ELENA DUSI

ROMA. La Commissione Europea ha inviato ieri un cartellino giallo all'Italia per la sua normativa sulla "Protezione degli animali utilizzati a fini scientifici". Bruxelles punta il dito contro il nostro decreto legislativo 26/2014 (approvato il 4 marzo del 2014), che porrebbe secondo la Commissione limiti troppo restrittivi alla sperimentazione sugli animali per le ricerche mediche e scientifiche. Dopo la lettera di messa in mora inviata ieri da Bruxelles, Roma avrà due mesi di tempo per replicare o cambiare la sua normativa. Altrimenti si aprirà la procedura di infrazione vera e propria.

LE REGOLE SOTTO ACCUSA

La normativa italiana del 2014 ha vietato l'allevamento in Italia di cani, gatti e primati da usare nei laboratori di ricerca. Ma non impedisce l'importazione da allevamenti all'estero. Dal 1° gennaio 2017, se il decreto legislativo non sarà modificato, entreranno in vigore anche altri tre divieti: quello di testare sugli animali le sostanze d'abuso (alcol, droghe, tabacco), quello di utilizzare gli animali in più di un test e quello di effettuare xenotrapianti, cioè trapianti d'organo da un animale all'altro. Dopo forti proteste, da quest'ultimo divieto è stato escluso quel filone della ricerca molto attivo nella lotta contro il cancro che prevede il trapianto di cellule del tumore umano sugli animali, per testare sulle cavie terapie efficaci anche sull'uomo. Anche la scelta di posticipare l'entrata in vigore di alcuni provvedimenti al 2017 non sembra avere alcun senso logico. È solo un compromesso nato dal braccio di ferro fra animalisti e sostenitori della sperimentazione.

LE CONTRADDIZIONI CON L'EUROPA

L'Europa non avrebbe nulla da ridire contro la nostra legge, se non avesse emanato lei stessa una direttiva sulla sperimentazione animale il 22 settembre 2010 (la 2010/63/Ue). Questa direttiva, per dare a tutti i paesi uguali opportunità di ricerca, esclude espressamente che gli stati membri adottino misure più restrittive di quanto da lei disposto, come invece l'Italia ha fatto con i divieti su allevamento, riuso delle cavie, test su sostanze d'abuso e xenotrapianti.

COSA ACCADRÀ ORA?

Il nostro paese sembra orientato a recepire la direttiva europea del 2010 così com'è, senza gli ulteriori limiti previsti dal decreto legislativo del 2014. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che ha la competenza sulla sperimentazione animale, ha commentato così la notizia della messa in mora: «In questi due giorni di Stati generali della ricerca sanitaria abbiamo affrontato l'argomento con i presidenti delle Commissioni salute del Senato e Affari sociali della Camera e entrambi hanno concordato che nei prossimi mesi il Parlamento dovrà compiere dei passi verso la norma europea. Quanto accaduto oggi rende obbligatorio questo percorso».

LE VIE D'USCITA

Una possibile via d'uscita è l'inserimento di una norma ad hoc all'interno della cosiddetta legge europea, che regolarmente il Parlamento approva per sanare le procedure d'infrazione con l'Unione Europea. A questo proposito ieri la senatrice a vita Elena Cattaneo ha presentato un ordine del giorno che chiede di "eliminare i divieti del decreto legislativo 26/2014 difformi alla direttiva comunitaria cui si procedeva al recepimento". «La notizia della messa in mora dell'Italia da parte della Commissione — ha commentato — è un'opportunità per riportare razionalità nella disciplina della sperimentazione animale in Italia».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

LE CIFRE

777.731
NEL 2010
Gli animali usati per la sperimentazione scientifica in Italia erano quasi 800mila prima dell'entrata in vigore della legge del 2014, adesso contestata dalla Ue

768.796
NEL 2012
Anche senza la legge che dal primo gennaio 2017 vieterà gli xenotrapianti e le sostanze d'abuso, la sperimentazione su animali è stata in costante diminuzione

507.204
I TOPI
Nel 2012 sono stati oltre 500mila gli esperimenti eseguiti su topi e simili. Non sono stati usati gatti o scimmie, ma 550 cani, 43.565 pesci, 2.500 suini, 24.828 uccelli

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Giovedì 28 APRILE 2016

Stati generali della Ricerca Sanitaria. Seconda giornata. Lorenzin: “Pronti ad arruolare fino a 20mila ricercatori”

Lo ha annunciato il ministro in un'intervista al quotidiano 'La Repubblica'. Nel corso del suo intervento agli Stati Generali ha poi declinato nel dettaglio la proposta: i contratti di lavoro assumeranno una struttura piramidale e potranno durare sino a un massimo di 15 anni. Il trattamento economico sarà composto da una parte fissa e da una variabile.

Prima l’annuncio dirompente, riferito in un’intervista a *Repubblica*, poi la proposta per la durata dei contratti formulata nel suo intervento conclusivo presso l’Auditorium Massimo di Roma. In occasione della seconda giornata degli Stati generali della ricerca sanitaria il ministro della Salute,**Beatrice Lorenzin,** ha messo in campo spunti e novità di ampia portata. Al quotidiano ha spiegato che si partirà con bandi a d hoc per selezionare “chi merita di ottenere il finanziamento per condurre una ricerca” per poi offrire “contratti che in una prima fase arrivano a durare fino a 7 anni”, con valutazioni “ogni anno per capire come procede il lavoro”.

“Se tutto va bene – ha sottolineato - si potrebbe arrivare fino a 15 anni di contratto. Altrimenti si interrompe il rapporto”. Con questo sistema secondo il ministro della Salute **sarà possibile arruolare fino a 20mila ricercatori** “ma anche di più”. E gli stipendi? “Chi fa ricerca negli Irccs e in generale nel sistema sanitario – ha osservato - talvolta guadagna pochissimo, anche solo 800 euro al mese. Vogliamo portare lo stipendio a 1.800-2.000 euro. Ma l'importante è dare la stabilità anche dal punto di vista della prospettiva. Spesso i ricercatori vanno via dall'Italia proprio perché non hanno certezze sul futuro del progetto di studio che stanno portando avanti. Così perdiamo persone che potrebbero produrre valore qui. Miglioriamo le condizioni di vivibilità, diamo loro la possibilità di costruire una carriera in Italia, teoricamente anche all'interno di un reparto ospedaliero, e non se ne andranno per sempre”.

Lorenzin è poi entrata nel dettaglio tecnico e delle cifre durante gli Stati generali. **I contratti di lavoro per i ricercatori assumeranno una struttura piramidale composta da vari gradini:** il primo step sarà di 5anni+2, in base al rendimento prodotto; il secondo di 3anni+2; l’ultimo di 2 anni. Al termine dei 15 anni si potrà restare all’interno del mondo della ricerca oppure accedere all’interno del Ssn con un ruolo assistenziale.

L’idea di fondo è quella di ripercorrere i principi che hanno ispirato la Carta Europea dei Ricercatori: dalla flessibilità al diritto di proprietà intellettuale, passando per la mobilità geografica e intersettoriale tra pubblico e privato. Ma, soprattutto, la stabilità delle condizioni di lavoro da intendersi, però, come continuità. Il **trattamento economico** sarà composto in parte in misura fissa annuale e in parte in misura variabile secondo la performance fissa o dell’istituto di ricerca.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 213.091
Diffusione 02/2016: 162.324
Lettori Ed. III 2015: 879.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

29-APR-2016
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it

Impegno. Il ministro Lorenzin promette «assunzioni a lungo termine»

«Un nuovo ruolo per i ricercatori»

Stop al precariato e un nuovo ruolo, specifico e remunerativo, per i ricercatori. Lo ha promesso il ministro della Sanità, Beatrice Lorenzin, chiudendo ieri gli Stati generali della ricerca sanitaria. Oggi sono assunti con contratti di collaborazione o a tempo determinato, oppure con assegni di ricerca. Ma domani la figura del ricercatore potrebbe assumere una nuova identità (e la dignità che compete alla carica) con contratti di lavoro a lungo termine, ovvero di dieci anni con possibile rinnovo di cinque, e una carriera a "piramide" con varie tappe e la possibilità finale di rimanere nel settore della ricerca o di entrare nell'organico del Servizio sanitario nazionale. «Il progetto - ha annunciato Lorenzin – prenderà corpo con il prossimo strumento legislativo utile e cioè nella prossima legge di Stabilità». Gli scalini della piramide si iniziano a scalare come ricercatore junior (dopo il superamento di un concorso per dottori di ricerca o specializzati) per diventare passo dopo passo senior, advanced, ruolo scientist: nell'ultimo passaggio il ricercatore potrà entrare nell'organico del Ssn nel ruolo assistenziale, dopo una verifica di idoneità, oppure rimanere nell'ambito della ricerca con funzioni di grado superiore. «Una parte del trattamento economico - ha sottolineato Lorenzin - sarà fissa mentre la parte variabile sarà legata alle performance singole o di istituto. I fondi per il nuovo percorso (1 miliardo) arriveranno dall'aumento del fondo sanitario nazionale previsto per il prossimo anno».

Ernesto Diffidenti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tante supplenze e poco merito

Premio Guido Carli
Settima Edizione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 15.642
Lettori Ed. I 2015: 140.000
Quotidiano - Ed. Bologna

la Repubblica BOLOGNA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

29-APR-2016
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

IL PERSONAGGIO / PASQUALE SANSONE, 35 ANNI LAVORA NEL PIÙ PRESTIGIOSO POLO ONCOLOGICO AMERICANO

"Io, cervello in fuga, così studio i tumori a New York"

LA STORIA

"I tumori alla mammella li combatto da New York"

La sua ricerca sulle recidive del cancro alla mammella è stata pubblicata su una importante rivista scientifica

ROSARIO DI RAIMONDO

DA Bologna a New York per amore della ricerca. Pasquale Sansone, 35 anni, è un cervello in fuga. Il suo nome è legato all'ospedale Sant'Orsola, dove in passato ha studiato e lavorato. Ma la sua storia è anche quella di un italiano all'estero che porta avanti un importante studio scientifico sulla cura del tumore al seno.

«LAVORO a questo progetto da sette anni. Qui ho iniziato da zero, non è stato facile ma la determinazione e il tempo mi hanno premiato» racconta, non senza una punta di amarezza pensando alla complicata realtà italiana. «L'Italia non l'ho mai dimenticata, i miei colleghi di Bologna mi mandano gli studenti e i ricercatori, anche grazie a loro porto avanti ipotesi innovative». Sansone lavora al Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York, il più prestigioso polo oncologico americano, è la prima firma e ideatore di uno studio pubblicato sulla rivista Nature Communication che riguarda i casi di recidiva del tumore al seno. Anche se sconfitta, la malattia può tornare per colpa delle cellule staminali tumorali, molto più aggressive di quelle normali e "resistenti" alle terapie tradizionali. Sansone e i suoi colleghi hanno scoperto che le cellule "cattive" riescono a nascondersi e proliferare grazie a delle corazze che fanno da scudo. Rompendo le corazze, si possono sconfiggere le cellule più importanti del tumore. «Da qui la nostra ipotesi: se riusciamo a far perdere le caratteristiche staminali alle cellule del cancro mammario, possiamo anche renderle sensibili ai farmaci. È un'ipotesi innovativa che apre nuovi approcci terapeutici. Abbiamo definito le basi per lo sviluppo di nuovi studi clinici mirati». Poi, con entusiasmo, aggiunge: «Fare ricerca oncologica è un percorso lungo e tortuoso, non si impara sui libri e neanche in laboratorio. Si parte dal paziente, si arriva a una molecola».

Nella vita di questo ricercatore, e nel suo studio che spalanca nuove porte, c'è pure un pezzo di Sant'Orsola, visto che tra i firmatari figura Massimiliano Bonafè, che lavora nel centro di ricerca biomedica applicata del policlinico (Dimes), ed è stato il suo primo mentore: «Sì, lui è un cervello in fuga, contento di esserlo — dice —. Ha scelto di passare una parte della propria vita in un Paese straniero per portare avanti una linea di ricerca nata qui da noi, ma non avrebbe potuto raggiungere tali risultati se non fosse stata effettuata in una struttura tecnicamente avanzata come quella americana».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Bologna
Eterologa, il primo bebè al Sant'Orsola

La città e la salute
Fiocco azzurro al Sant'Orsola Prima eterologa dopo due anni
"Io, cervello in fuga, così studio i tumori a New York"
GENERAZIONI. NÉ VECCHI, NÉ GIOVANI: CITTADINI.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-APR-2016
da pag. 25
foglio 1
www.datastampa.it

«Il finto cibo made in Italy? Vale il doppio delle esportazioni»

La denuncia della Coldiretti: un affare da 60 miliardi all'anno con «kapeletti» e «mortadela»

Perisecco, parmezali, kapeletti, spagetti, mortadela. No, non sono dei refusi ma sono i nomi (storpiati) di prodotti che arrivano ogni giorno sulle tavole imbandite fuori dai confini italiani. Senza considerare che nei ristoranti europei vengono proposte ricette bizzarre come la pasta alla carbonara con il prosciutto cotto al posto del guanciale o la cotoletta alla milanese cucinata friggendo carne di pollo nell'olio di semi piuttosto che la carne di vitello nel burro.

«L'agropirateria internazionale fattura sul falso *made in Italy* 60 miliardi di euro — dice Roberto Moncalvo, presidente di Coldiretti — quasi il doppio dei prodotti originali».

Per questo l'organizzazione, ha collaborato al lavoro della task force che il reparto Tutela della salute (Nas) dei Carabinieri ha condotto all'estero per verificare «Cosa mangiano di italiano in Europa». Il progetto, finanziato dall'Europol, è stato presentato ieri nel corso della mobilitazione a difesa del made in Italy che si è svolta a Bologna. Proprio l'Emilia Romagna è un fiore all'occhiello per l'Italia perché vanta il primato europeo per il maggior numero di prodotti a denominazione di origine (43) riconosciuti dall'Ue. Eppure la task force ha verificato come nei supermercati delle capitali europee (da Londra a Berlino, da Bruxelles a Budapest) due prodotti tricolori su tre non abbiano niente a che vedere con la nostra tradizione enogastronomica.

Il danno economico per l'Italia è notevole perché dal contrasto alla falsificazione alimentare potrebbero nascere, calcola l'associazione, 300mila posti di lavoro. «Negli ultimi anni sono aumentate le esportazioni di prodotti a denominazione di origine — analizza Moncalvo — dai vini ai formaggi, dalle conserve all'olio fino ai salumi e valgono il 20% del totale». Per Coldiretti, questi prodotti sono stati determinanti per consentire all'Italia di stabilire, nel 2015, il record storico nell'export agroalimentare: 36,8 miliardi. Mettendo a segno un balzo del 74% rispetto a 10 anni fa. «Abbiamo fatto molto in questi ultimi anni — ha rivendicato il ministro dell'Agricoltura Maurizio Martina — e siamo il Paese che di gran lunga ha l'iniziativa di controllo più capillare».

Coldiretti chiede uno sforzo in più. «In una fase di stagnazione dei consumi nazionali il mercato estero in crescita è diventato fondamentale per l'agroalimentare nazionale — conclude Moncalvo — ed è ormai improrogabile estendere e potenziare in Ue le azioni di vigilanza, tutela e valorizzazione del vero *made in Italy*».

Alessio Ribaudo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sugli scaffali Alcuni prodotti venduti nei supermercati europei mostrati ieri dalla Coldiretti

Chi è

● L'ingegnere Roberto Moncalvo, torinese di 35 anni, presiede dal 2013 Coldiretti che ha 1,6 milioni di imprenditori agricoli associati in Italia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 91.390
Diffusione 02/2016: 45.501
Lettori Ed. III 2015: 252.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

29-APR-2016
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

La denuncia di Coldiretti: uno scandalo non solo americano

L'Europa si mangia l'Italia Due prodotti su tre sono falsi

Tortellini bolognesi fatti in Belgio, carpaccio» olandese, maccheroni d'Ungheria, Prosecco e pomodori San Marzano inglesi. Nel continente impazzano gli alimenti taroccati. A danno dei nostri produttori

IL RAPPORTO
Secondo il rapporto della Coldiretti "Cosa mangiano di italiano in Europa" sarebbero due prodotti su tre quelli contraffati, venduti all'estero come nostrani. Una perdita che secondo l'associazione agricola costa all'Italia 300.000 posti di lavoro.

I PRODOTTI
Dai Kapeleti e Mortadela sloveni al Parmezali romeno, dalla Milaneza pasta portoghese fino al Carpaccio formaggio olandese, sono fantasiose le imitazioni che tolgono spazio al vero made in Italy.

GLI SPAGHETTI
Gli spaghetti perdono consonanti o cambiano vocali a seconda del Paese "imitatore": Spageti in Slovenia, Spaghete in Romania, fino alle Spagheroni scovati in Olanda.

::: ATTILIO BARBIERI

■■■ Le grandi capitali europee sono il regno del made in Italy tarocco. In due casi su tre, quando tedeschi francesi e britannici apparecchiano con cibi italiani, finiscono per portare a tavola delle imitazioni grossolane che non hanno nulla a che vedere con il Belpaese. Il dato emerge dalla prima indagine a tappeto condotta dai Carabinieri del Comando tutela della salute, i Nas, in alcune capitali europee: Londra, Berlino, Bruxelles, Budapest, Bucarest e Lubiana.

La falsificazione è al contempo sistematica e grossolana e si serve a mani basse di nomi, simboli e immagini che ricordano la Penisola. Colpiti con uguale frequenza, sia i prodotti a Denominazione d'origine protetta (Dop), quali Grana Padano, Parmigiano Reggiano e Gorgonzola, sia le ricette caratteristiche della nostra tradizione culinaria. E il fenomeno è così diffuso che i taroccatori non si preoccupano più di tanto di mantenersi fedeli alla denominazione originale della specialità made in Italy copiata.

A presentare un dossier sul lavoro svolto dai Carabinieri che hanno battuto i supermercati di mezza Europa, è stata la Coldiretti che ieri a Bologna ha organizzato una mobilitazione a difesa del made in Italy, con migliaia di agricoltori che hanno manifestato dentro e fuori il Paladozza.

Il tarocco è talmente grossolano che non ingannerebbe neppure un bambino sui banconi dei nostri supermercati. La regola, infatti, è la storpiatura del nome. Così gli spaghetti perdono consonanti o acquistano vocali a seconda del Paese imitatore. Diventano **Spageti** in Slovenia, **Spaghete** in Romania e addirittura **Spagheroni** in Olanda. L'importante è l'assonanza con le vere specialità del Belpaese, nella peggiore tradizione dell'*italian sounding*. Ma tra i termini più usati dai taroccatori c'è anche l'italianissimo «maccheroni» con una serie di varianti sintattiche originali quanto agghiaccianti. Così ci sono i **Makaroni** in vendita nei supermercati inglesi e ungheresi, ma pure i **Macarone** (al singolare) trovati dai Nas in Romania e Bulgaria.

In una ideale classifica per i nomi più fantasiosi sarebbe prima senza dubbio la vicina Slovenia che si segnala per alcune imitazioni inattese: dalla **Mortadela** al **Bovizola**, formaggio di latte bovino destinato a evocare il Gorgonzola, dalla **Milanska salama** al **Maskerpone**. E neppure i rigorosi tedeschi si sottraggono al gioco delle imitazioni che vanno dalla **Mortadella a macina grossa italiano** fino alla **Zottarella**, un formaggio destinato a imitare la nostra mozzarella, passando per un improbabile **Feine salami** con l'aggiunta di parmigiano (falso, naturalmente) fino al **Cambozola**, altra volgare imitazione del nostro pregiato formaggio con la muffa.

In questo gioco a chi copia peggio non manca neppure il Belgio. A Bruxelles, la capitale dell'Unione europea, i carabinieri hanno scovato un'infinità di tarocchi. Dai barattoli di **Italiano sugo**, fino alle improbabilissime **Tagliatelle Carbonara**. Senza dimenticare i celeberrimi **pomodori San Marzano** che non arrivano dalle coltivazioni dell'Agro Sarnese Nocerino, ma dalle serre alla periferia della città belga.

A Londra, invece, impazzano i **Capri tomatoes** e i **Mini San Marzano**, ma si segnala una new entry, vale a dire i **Ta-**

L'Europa si mangia l'Italia
Due prodotti su tre sono falsi
Cucina più sana? Copiamo gli antichi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 91.390
Diffusione 02/2016: 45.501
Lettori Ed. III 2015: 252.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

29-APR-2016
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

ralli Don Maralli che di religioso non hanno proprio nulla, visto che sulla confezione il logo è sormontato da un omino in coppola e maglietta a righe.

Capitolo a parte per il re dell'export tricolore, il Prosecco, divenuto a tal punto star sui mercati internazionali da scatenare la fantasia degli imitatori. Si va dai **Semisecco**, **Consecco** e **White Secco** fatti in Germani, dove si producono pure **Meer Secco** e **Krissecco**, al **Crisecco** imbottigliato in Romania, fino al **Perisecco** inglese aromatizzato alla frutta. Una vera bestemmia per gli amanti delle bollicine.

Il timore è che, contrariamente a quanto sostiene la nostra industria alimentare, i tarocchi non facciano da apripista agli originali, ma arrivino alla lunga a erodere quote di mercato. Come dimostrano i dati dell'osservatorio Nomisma Wine Monitor diffusi mercoledì: sui maggiori mercati mondiali il vino sta vivendo un boom inarrestabile, ma le nostre vendite crescono meno del mercato. Negli Usa, ad esempio, il nettare di Bacco italiano segna un +12,2% in valore contro il +21,3% delle vendite provenienti da tutto il mondo. Certo, i nostri produttori vendono di più, ma la parte del leone la fanno i taroccatori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ETICHETTE INGANNEVOLI

Qui sopra, alcuni prodotti presentati dalla Coldiretti. Da sinistra: tortellini alla bolognese realizzati in Belgio; «formaggio carpaccio» in Olanda; «Perisecco Cucumber» e pomodoro San Marzano in Inghilterra

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 213.091
Diffusione 02/2016: 162.324
Lettori Ed. III 2015: 879.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

29-APR-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

Dopo il voto sul Def. Il Parlamento: tagli mirati sulla sanità per preservare i servizi

Spending, più selettiva e con partecipate

Marco Rogari

«Priorità agli interventi sui beni e servizi intermedi e sulle società partecipate». L'indicazione del Parlamento al Governo e al commissario alla revisione della spesa, Yoram Gutgeld, è chiara: occorre accelerare il più possibile sulla centralizzazione degli acquisti ma anche sul riordino delle partecipate nella nuova fase di spending review. Che dovrà essere caratterizzata da un'accentuazione dell'azione «selettiva». Secondo la risoluzione di maggioranza al Def approvata dalle Camere, quindi, anche il riassetto delle partecipate sembrerebbe essere destinato a diventate uno dei pilastri portanti della "fase tre" della spending da realizzare con la prossima legge di Stabilità.

Il piano partecipate, previsto dal decreto di attuazione della riforma Pa al parere delle Camere, dunque, non dovrebbe rivelarsi solo un intervento senza risparmi cifrati e comunque da lasciare a esclusiva disposizione degli enti locali come più volte lasciato intendere dall'esecutivo. E sempre facendo riferimento alle partecipate, il Parlamento sottolinea che gli interventi di razionalizzazione devono essere visti «come occasione di sviluppo di processi aggregativi e di crescita industriale del settore dei servizi pubblici locali, anche al fine di reperire risorse aggiuntive per sostenere la domanda aggregata e la competitività del Paese».

"Mission" analoga per i risparmi legati alle misure sugli acquisti Pa già messe in atto dal Governo, in primis il nuovo dispositivo con sole 33 stazioni appaltanti Consip compresa.

Ieri, tra l'altro, il vicepresidente della Commissione Ue ha detto che «un'area in cui servirebbero riforme è la spending review». Matteo Renzi, a distanza, ha ripetuto che sulla lotta agli sprechi della Pa «ci stiamo lavorando», anche se «è una partita complicata». E le stesse Camere fissano qualche paletto. Con la richiesta al Governo di «assicurare che l'azione di spending review in ambito sanitario sia condotta attraverso recuperi di efficienza senza riduzione dei servizi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 205.956
Diffusione 02/2016: 152.634
Lettori Ed. III 2015: 1.533.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

05-MAG-2016
da pag. 42
foglio 1
www.datastampa.it

Annunci

Quest'anno per la sanità si risparmieranno 1,7 miliardi

ROMA Quest'anno si spenderanno 1,7 miliardi in meno per la spesa sanitaria. A quantificarlo ufficialmente è il Documento di economia e finanza (Def) in discussione in questi giorni alla Camera. Che sostiene: non si tratta dei soliti tagli al sistema ma del risparmio frutto delle misure introdotte nell'ultima legge di stabilità, che prevedono il potenziamento delle centrali d'acquisto, piani di rientro ad hoc per gli ospedali con i conti in rosso e la possibilità per le Asl di aggregarsi al fine di ottenere una riduzione dei costi.

Inoltre, specifica il documento, altri risparmi saranno possibili grazie all'accordo firmato tra Regioni e Ministero della Salute, che comporterà minori trasferimenti agli enti locali per importi pari a 3,5 miliardi nel 2017 e per 5 miliardi nel 2018. Molto curioso un grafico contenuto nel Def: dopo dieci anni in diminuzione, la spesa sanitaria si assesterà nel 2020 al 6,5 per cento del Pil, per poi tornare ad aumentare gradualmente fino al 7,5 per cento nel 2045. Chi vivrà, vedrà.

Sara Dellabella

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 72.642
Diffusione 02/2016: 34.073
Lettori Ed. III 2015: 117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

29-APR-2016
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità, l'H16 emargina i centri minori

La riorganizzazione dell'assistenza medica di base che prevede la nascita di studi medici «h16», ossia aperti dalle 8 del mattino a mezzanotte, preoccupa non poco i piccoli comuni. Infatti i due modelli organizzativi in cui si dovranno aggregare i medici di famiglia e di continuità assistenziale, ossia le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Unità complesse di cure primarie (Ucct), rischiano in entrambi i casi di sottrarre assistenza ai centri minori per portarla nei grandi municipi, costringendo così i pazienti, spesso anziani, a disagevoli viaggi anche solo per una ricetta. A preoccupare i piccoli comuni sono soprattutto le Ucct perché, ha denunciato Franca Biglio, «rischiano di creare pesanti disagi ed elevati costi sociali». «La presunta disponibilità h16 non è per nulla una buona notizia per chi vive nelle aree interne, marginali, montane, collinari, rurali del nostro Paese dove i medici già oggi vanno poco e, dopo questa riforma, non andranno più. Gli abitanti, infatti, dovranno far riferimento ad un unico ambulatorio che servirà un territorio molto vasto e saranno costretti a spostamenti costosi e faticosi, soprattutto per gli anziani, per i malati ed i loro familiari». L'Anpci parteciperà alla manifestazione contro il nuovo sistema «h16» che si terrà l'11/5 davanti a Montecitorio.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Giovedì 28 APRILE 2016

L'Ema "arruola" i medici di famiglia. Costituita una task force per rafforzare l'interazione con l'Agenzia europea del farmaco sulla gestione dei medicinali

Tra gli obiettivi decisi in un workshop a Londra, quello di aiutare l'Ema ad acquisire una migliore comprensione di come i farmaci vengono utilizzati nella vita reale. Il workshop ha portato alla creazione di un gruppo di esperti di medicina generale, inizialmente composto da 20 rappresentanti che supporteranno l'Agenzia. Per l'Italia presente Marrocco della Fimmg.

L'Agenzia europea per i medicinali (Ema) ha organizzato un workshop con i rappresentanti dei medici di famiglia europei, al fine di esplorare nuovi modi di interagire con questi fornitori di cure primarie negli Stati membri dell'UE e coinvolgerli ulteriormente nell'attività dell'Agenzia.

"I medici di medicina generale e i medici di famiglia hanno un ruolo chiave nella cura del paziente; spesso hanno il primo contatto con il paziente e lo accompagnano per tutta la vita" , ha spiegato il direttore esecutivo EMA **Guido Rasi** durante il workshop. "Questo è il motivo per cui vogliamo coinvolgerli di più nelle nostre attività con le loro conoscenze ed esperienze sul modo in cui un farmaco viene usato e risponde alle esigenze del paziente nella vita reale e come essi siano in grado di dare notevoli informazioni per il nostro processo decisionale".

Venti rappresentanti delle tre principali organizzazioni - il Forum europeo per la Primary Care (EFPC), l'Unione Europea di Medicina Generale (MMG) / medici di famiglia (UEMO) e l'Organizzazione Mondiale della Nazionale Collegi, accademie e associazioni accademiche di Medicina Generale / Family Physicians (WONCA) l'Europa - hanno partecipato al laboratorio. Per l'Italia era presente **Walter Marrocco** (Fimmg).

Tutti i partecipanti hanno convenuto che rafforzare l'interazione sarà:

- aiutare EMA ad acquisire una migliore comprensione di come i farmaci vengono utilizzati nella vita reale e il potenziale impatto delle azioni normative specifiche sulla cura del paziente;

- sensibilizzare i medici di medicina generale su come possono informare e discutere le normative sui benefici e rischi dei farmaci in modo che le decisioni tengano conto della realtà della pratica clinica.

Il workshop ha portato alla creazione di un gruppo di esperti di medicina generale, inizialmente composto da 20 rappresentanti che hanno partecipato alla riunione, che a loro volta fungono da facilitatori e comunicare alle loro comunità più ampie.

Questo nuovo gruppo sarà coinvolto in una vasta gamma di attività dell'Ema ogni volta che sarà necessario un feedback specifico. Questo include contributi alla consulenza scientifica ad Ema per gli sviluppatori di farmaci, l'ingresso sul mercato e l'impatto sui pazienti di misure di minimizzazione del rischio e revisione delle informazioni sui prodotti e la diffusione delle informazioni ai loro reti nazionali e pazienti.

quotidianosanità.it

Giovedì 28 APRILE 2016

Lavorare di notte fa male. Nuovo studio su *Jama* conferma aumento rischi per il cuore nelle infermiere che fanno turni notturni rispetto alle colleghe che non li fanno

Una ricerca del Brigham and Women's Hospital di Boston, basata sugli studi Nurses' Health Study I e II, torna a far parlare dei pericoli per la salute delle infermiere turniste, comportati dal lavoro notturno. Già dopo 5 anni trascorsi a fare turni notturni, il rischio di cardiopatia ischemica comincia ad emergere. Dopo dieci anni di turni l'aumento del rischio è del 15-18% rispetto alle lavoratrici che non fanno turni di notte

La cardiopatia ischemica è la principale causa di morte per entrambi i sessi nei paesi occidentali. Negli USA, le statistiche di mortalità rivelano infatti che un decesso su 4 è attribuibile a coronaropatia.
Oltre ai 'soliti noti' tra i fattori di rischio, di recente l'attenzione degli studiosi è stata attirata dalle alterazioni dei pattern del sonno. E non solo quelle causate da motivi ludici.

Un gruppo di ricercatori del *Brigham and Women's Hospital* (BWH) di Boston ha appena pubblicato su JAMA uno studio che rivela come le infermiere turniste, dopo 10 anni di turni a ciclo di rotazione continuo, presentano un rischio di cardiopatia ischemica aumentato del 15-18% rispetto alle donne con orari di lavori che non prevedono turni di notte.

"La cardiopatia ischemica - ricorda il primo autore dello studio Celine Vetter, epidemiologa presso la *Channing Division of Network Medicine* e cronobiologa presso il BWH - riconosce una serie di fattori di rischio, i più noti dei quali sono il fumo, l'ipertensione, le alterazioni del colesterolo, il diabete, lo stress, l'obesità, la sedentarietà, la scarsa qualità della dieta.

Eppure, anche dopo aver aggiustato per tutti questi fattori, il rischio per la salute del cuore comportato dai turni di notte continua ad emergere chiaramente. Si tratta di un piccolo aumento del rischio d'accordo, comunque importante tuttavia poiché si tratta di un fattore di rischio modificabile; cambiare i turni di lavoro può avere infatti un impatto sulla prevenzione della cardiopatia ischemica".

I risultati di questo studio sono molto solidi e scaturiscono dalle osservazioni fatte in una finestra temporale di 24 anni sulle 189.000 infermiere che hanno preso parte ai *Nurses' Health Study* I e II.
Le donne incluse nello studio hanno riferito la loro esposizione nel corso della vita al lavoro da turnista, comprendente 3 o più turni di notte al mese, in aggiunta ai turni diurni e serali.

È stata valutata quindi l'incidenza di cardiopatia ischemica in questa popolazione di donne e sono state prese in considerazione le eventuali coronarografie effettuate a conferma di un dolore toracico correlato a coronaropatia, gli infarti, le procedure di angioplastica, di posizionamento di stent o di by-pass aorto-coronarico.
Sono stati inoltre esaminati la documentazione clinica e gli eventuali certificati di morte, attestanti il decesso per cardiopatia.

Ogni 2-4 anni, per tutta la durata dello studio, sono stati aggiornati i dati relativi alla presenza di altri

fattori di rischio cardiovascolari. Nell'arco dei 24 anni di durata dello studio sono stati registrati circa 10.000 nuovi casi di coronaropatia.
Un altro dato scaturito dallo studio è che il recente passaggio ad un lavoro comportante una rotazione di turni, compresi quelli notturni, in molti casi rappresentava il principale fattore di rischio. Più tempo trascorre dall'abbandono del lavoro da turnista inoltre, più sembra ridursi il rischio di cardiopatia ischemica. Un dato quest'ultimo in attesa però di conferma da parte di ulteriori studi.

"I nostri risultati – afferma la Vetter - confermano precedenti osservazioni, ma è possibile che orari diversi possano comportare rischi differenti, così come gli orari di inizio e di fine turno. Riteniamo che i risultati del nostro studio suggeriscano la necessità di effettuare ulteriori ricerche per esplorare più in profondità la relazione tra i turni di lavoro, le caratteristiche individuali e la salute delle coronarie, al fine di ridurre il rischio di malattie cardiovascolari".

I ricercatori americani sottolineano che caratteristiche individuali, quali i ritmi biologici di un individuo, disturbati dalla rotazione dei turni, soprattutto di quelli notturni, e informazioni più puntuali sui pattern e sulla qualità del sonno potrebbero contribuire a modulare e a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari.

Maria Rita Montebelli

quotidianosanità.it

Giovedì 28 APRILE 2016

Spesa farmaceutica Ocse. Nel 2018 arriverà a 1.200 mld di dollari: +30% rispetto al 2013. “Sistema prezzi non valuta efficienza. Senza modifiche Governi costretti a scelte dolorose”

Un focus dell'Ocse dedicato al mercato del farmaco e alle sue prospettive. “Dopo gli anni della crisi dove spesa si è ridotta ora con nuovi farmaci ad alta specialità è destinata ad invertire la rotta”. Ma attenzione: “Alcuni di questi farmaci portano grandi benefici ai pazienti, altri forniscono solo miglioramenti marginali. E tutto ciò mette in discussione l'efficienza della spesa farmaceutica”. IL REPORT

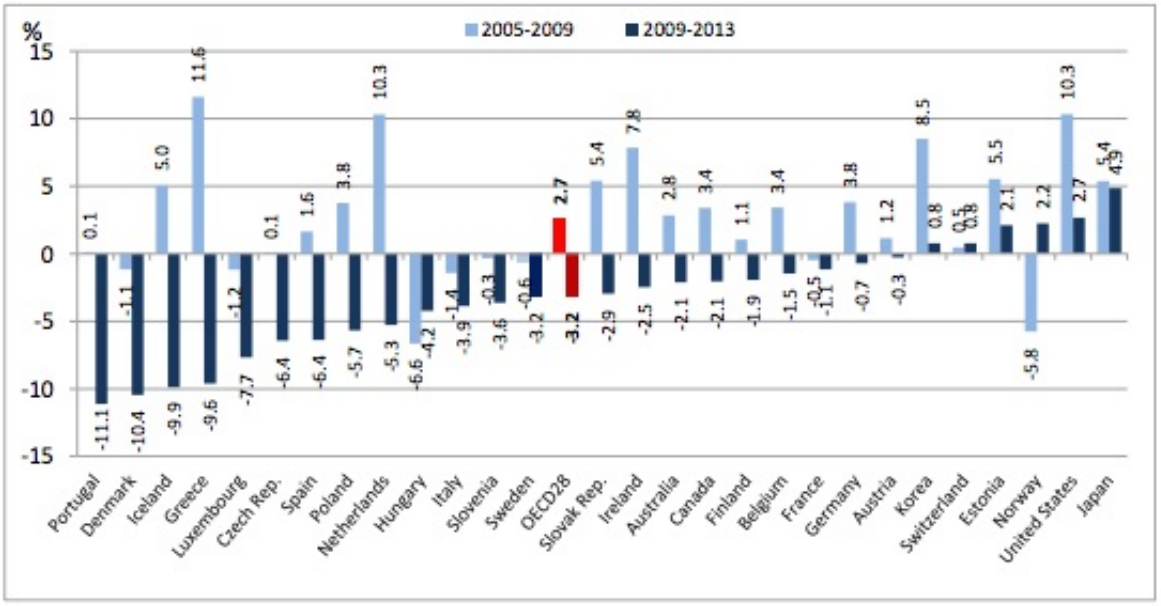
La spesa farmaceutica è stata di circa 800 miliardi di dollari nel 2013 nei Paesi OCSE, circa il 20% in media della spesa sanitaria totale. Una spesa che dopo gli anni di crisi con le politiche di contenimento dei costi e la scadenza del brevetto per un certo numero di prodotti best-seller ha visto ridursi. Ma il futuro non sembra andare in quella direzione: “La proliferazione di farmaci speciali ad alto costo sarà un importante motore di crescita della spesa sanitaria nei prossimi anni. Ma mentre alcuni di questi farmaci portano grandi benefici ai pazienti, altri forniscono solo miglioramenti marginali. E tutto ciò mette in discussione l'efficienza della spesa farmaceutica”. Ecco perché serve “una radicale revisione delle pratiche tariffarie per i nuovi farmaci”. A fotografare lo scenario e i possibili rischi di esplosione della spesa farmaceutica mondiale è l’Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico **(Ocse)** che in un suo report esamina le recenti tendenze e le prospettive del comparto.

1 dollaro su 5 è spesa per farmaci

I farmaci rappresentano una quota significativa della spesa complessiva sanitaria in tutti i paesi dell’Ocse. In media, un dollaro ogni cinque per la salute vale per l'acquisto di prodotti farmaceutici. “A partire dalla metà degli anni 2000 – si legge - , il ritmo di spesa farmaceutica è generalmente rallentato rispetto ad altri settori di spesa sanitaria, come ad esempio quelli ospedaliero e ambulatoriale. La crisi finanziaria ed economica globale, che ha portato a riduzioni diffuse della spesa pubblica e l'introduzione di politiche di contenimento dei costi, in coincidenza con le perdite di brevetto di molti farmaci tra i più venduti hanno esercitato delle pressioni al ribasso sulla spesa farmaceutica”.

I numeri Ocse seppur con differenze tra i vari Paesi propendono per il segno meno in quanto a spesa con picchi in negativo in Europa.

Figure 6. Retail pharmaceutical spending growth before and after 2009 (real terms)



È boom ospedaliera
Per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale essa rappresenta il 15% della spesa sanitaria, in media, tra i paesi OCSE, equivalenti a più di 500 dollari pro capite nel 2013.

Ma mentre la spesa farmaceutica territoriale è cresciuta ad un ritmo più lento o addirittura è calata con l'inizio della recente crisi, la spesa farmaceutica ospedaliera ha avuto la tendenza ad espandersi in un certo numero di paesi. Ma le tendenze non sono omogenee nel tempo e tra i vari paesi. “Le analisi riportate in questo documento hanno dimostrato che la spesa farmaceutica territoriale è aumentata ad un ritmo più lento o addirittura diminuito negli ultimi anni (in particolare dal 2009), mentre la spesa farmaceutica negli ospedali è aumentata nella maggior parte dei paesi per i quali sono disponibili dati”.

Ma perché accade? L’aumento della spesa è frutto del risultato dell'interazione di numerosi fattori che sono “difficili da isolare e il loro ruolo nel plasmare la spesa futura può differire da paese a paese”.

La spesa per i farmaci ospedalieri è aumentata spinta dalla disponibilità e prezzi dei farmaci di specialità. Questi nuovi prodotti di specialità ad alto costo stanno arrivando sul mercato e sono tenuti a rappresentare dal 50 al 100% della crescita della spesa farmaceutica nel prossimo futuro”.

Il mix letale è dettato dal fatto che la “loro disponibilità, in combinazione con l'invecchiamento della popolazione, suggerisce che la spesa farmaceutica può riprendersi dopo la stagnazione o addirittura un calo osservato a seguito della recente crisi, anche se è difficile prevedere con certezza quanto crescerà”.

Anche perché il punto non è la crescita della spesa farmaceutica in sé. “La crescita della spesa non è necessariamente un problema in sé. I medicinali svolgono un ruolo importante nella gestione di un numero di malattie croniche (ad esempio diabete, asma) e in alcuni casi impediscono complicazioni e l'utilizzo dei servizi sanitari costosi”.

“Tuttavia, la crescente disponibilità e impennata dei prezzi per i nuovi farmaci, in particolare in oncologia, epatite C, ipertensione polmonare, la sclerosi multipla o per le malattie rare, hanno sollevato una serie di domande e sfide”.

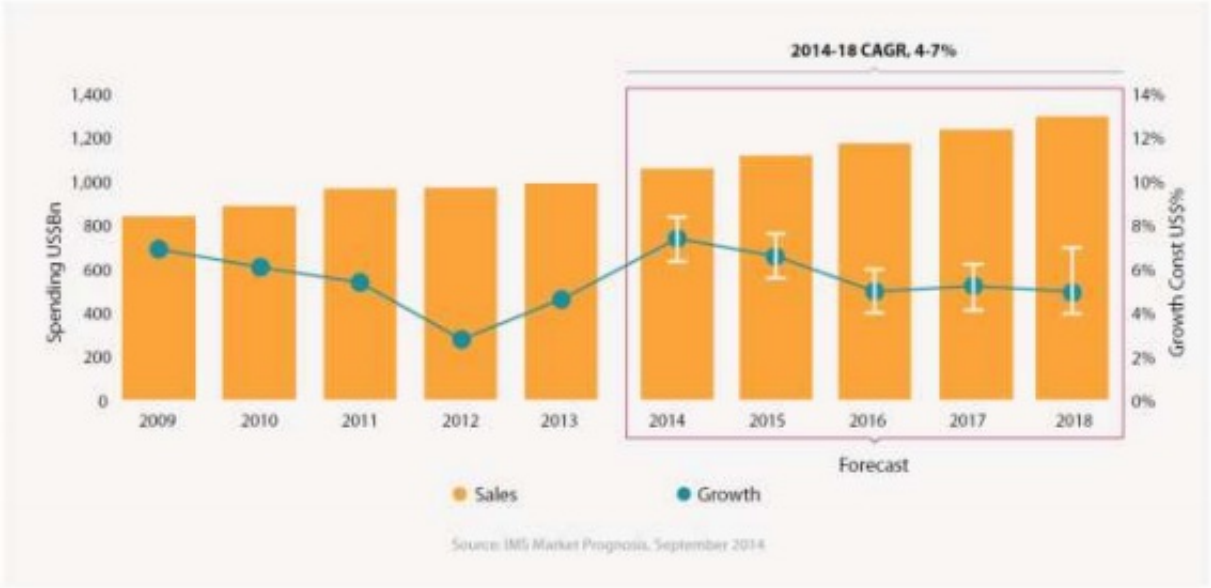
Le sfide per il futuro: con prezzi che sappiano rapportati a reali benefici. “In primo luogo – rileva l’Ocse - , in un certo numero di paesi, questi farmaci non sono accessibili, o non accessibili a tutti i pazienti che veramente ne hanno bisogno. In seconda istanza, i contribuenti, i professionisti e il pubblico stanno mettendo sempre più in discussione la ratio di tali prezzi elevati e la loro legittimità. In

genere, i farmaci utilizzati per pazienti in condizioni molto gravi e/o per malattie in cui non sono disponibili trattamenti alternativi, hanno prezzi elevati, scollegati dai benefici per la salute che portano ai pazienti. Molti di questi farmaci non sono *cost effective*, in base a soglie standard. Ciò significa che le società non ottengo ‘oggi’ un valore dai soldi che spendono per questi farmaci”.

Il problema della crescita dei farmaci ad alto costo. “La proliferazione di farmaci ad alto costo e il loro crescente aumento di quota all’interno della spesa farmaceutica e sanitaria è problematico. Fino ad ora, i prezzi elevati hanno fornito incentivi per le imprese a sviluppare farmaci destinati ai mercati di piccole dimensioni e tutto ciò era sostenibile, ma per un po’. Tuttavia, le aziende stanno sviluppando terapie sempre più specifiche per il trattamento di un numero inferiore di pazienti, prodotti che hanno prezzi alti in modo che le imprese possano recuperare i loro investimenti. Poiché il numero di approvazioni farmaci con "target di popolazione piccole" sta aumentando, il problema dell'efficienza sta diventando sempre più acuta e per i paesi sarà necessario prendere in considerazione se vogliono spendere una quota sempre crescente dei loro bilanci per un minor numero di pazienti e avere meno "benefici per la salute".

La crescita della spesa farmaceutica. Tra 2013 e 2018 + 30%. Secondo le previsioni la spesa farmaceutica crescerà nei prossimi anni con tassi medi compresi tra il 4 e il 7%. E nel 2018 essa potrebbe essere superiore a quella del 2013 del 30%, arrivando a quasi 1200 mld di dollari. Per quanto riguarda i paesi europei con mercati maturi sono previsti livelli più bassi di crescita. Secondo l’IMS i 5 principali mercati europei (Germania, Francia, Regno Unito, Italia e Spagna) vedranno tassi di crescita annui compresi tra 1 e 4% durante il periodo 2014 al 2018.

Figure 15. Trend in global drug sales and growth, 2009-2018



Source: IMS, 2014

In questo senso l’Ocse rileva poi come solo alcuni paesi, come l'Australia, il Canada, l'Italia e la Germania, effettuano un controllo periodico dei componenti della crescita della spesa farmaceutica. Questo processo di monitoraggio è molto utile a livello nazionale
per capire come il denaro assegnato a prodotti farmaceutici viene speso.

Rivedere il sistema dei prezzi. “Il sistema di innovazione e dei prezzi farmaceutica ha, in passato, consegnato molti guadagni di salute per la popolazione – sottolinea l’Ocse - . Tuttavia, non vi è ragione di credere che questo continuerà inevitabilmente in futuro. In particolare, l'aumento dei costi per i farmaci di specialità suggerisce che vi è la necessità di una rivalutazione radicale delle pratiche tariffarie per i nuovi prodotti”.

L’Italia e la spesa farmaceutica. Confronti Ocse

Spesa procapite (esclusa ospedaliera): 11° posto in classifica pari a 572 dollari rispetto ad una media Ocse di 515 dollari. Al 1° posto ci sono gli Usa con 1026 dollari.

Spesa farmaceutica sul Pil: 9° posto con una spesa pari all1,6% del Pil (0,8% pubblica e 0,8% privata) rispetto ad una media Ocse dell’1,4%. In testa la Grecia che spende il 2,8% del Pil.

Consumo farmaci per ipertensione: 7° posto in classifica con un consumo di 399 dosi al giorno per 1000 abitanti di fronte ad una media Ocse di 318 per 1000 ab. Al primo posto c’è la Germania con 575.

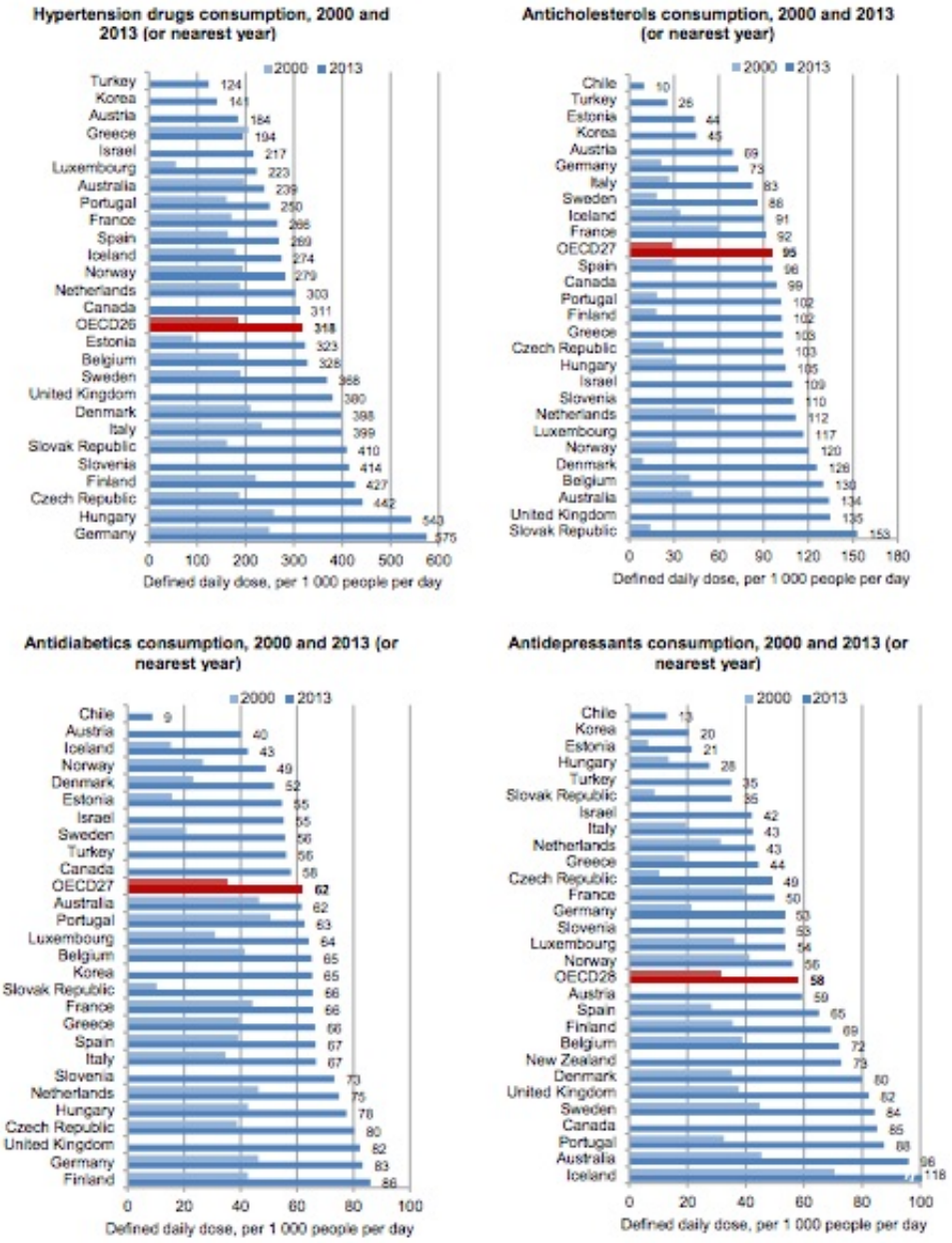
Consumo farmaci anticolesterolo: 21° posto con un consumo di 83 dosi al giorno per 1000 abitanti di fronte ad una media Ocse di 95 per 1000 ab. Al primo posto c’è la Slovacchia con 153.

Consumo farmaci antidiabete: 8° posto con un consumo di 67 dosi al giorno per 1000 abitanti di fronte ad una media Ocse di 62 per 1000 ab. Al primo posto c’è la Slovacchia con 86.

Consumo farmaci antidepressivi: 21° posto con un consumo di 43 dosi al giorno per 1000 abitanti di fronte ad una media Ocse di 58 per 1000 ab. Al primo posto c’è l’Islanda con 118.

Mercato generici. Italia al 19° posto con il 20%. In testa Messico e Uk con l’80%.

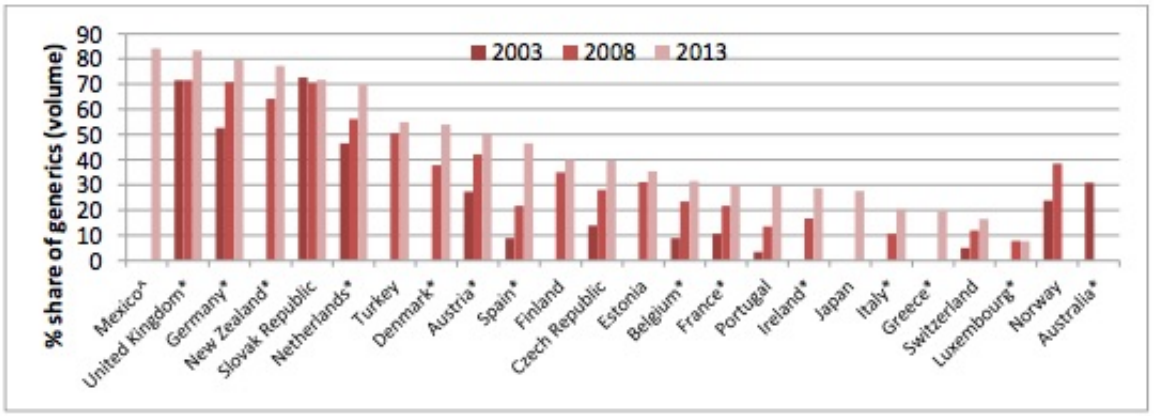
Figure 10. Trends in pharmaceutical consumption

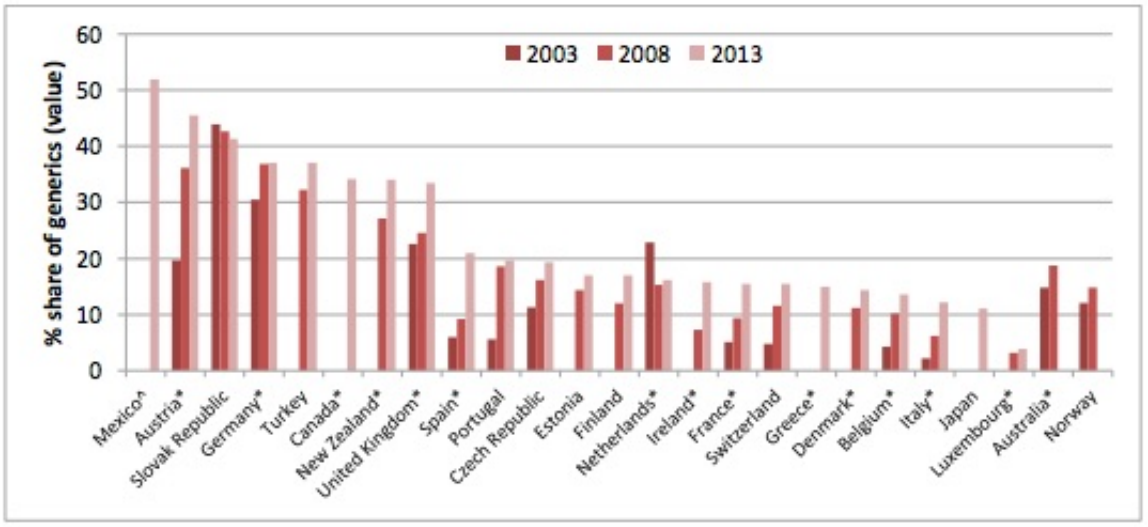


Note: Excludes hospital consumption in Australia, Belgium, Canada, Chile, Germany, Hungary, Israel, Luxembourg, Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain and United Kingdom.

Source: OECD Health Statistics 2013

Figure 14.Trends in generic market shares in volume and in value in OECD countries between 2003 and 2013





Notes: * Data refer only to reimbursed pharmaceutical market, ^ data provided by COFEPRIS
Source: OECD Health Data 2015

Luciano Fassari

quotidianosanità.it

Giovedì 28 APRILE 2016

Veneto. Choc all'ospedale di Vicenza, medici e infermieri si sfidavano sulla pelle dei pazienti

La "gara" era stata lanciata per stabilire chi riuscisse a spingersi più in là nell'infilare cannule ed aghi nelle vene dei pazienti. Secondo quanto riportato dal Giornale di Vicenza, a parteciparvi erano medici e infermieri. Zaia: "Se le responsabilità saranno accertate, le punizioni dovranno essere esemplari".

"Vediamo chi riesce a mettere la cannula più grossa, quella che può essere più dolorosa, nelle vene di pazienti ignari". Sarebbe questa la folle sfida che, secondo quanto riportato oggi dal Giornale di Vicenza, avrebbero lanciato alcuni medici e infermieri del reparto di urgenza dell'ospedale San Bortolo. Un gioco crudele sulla pelle dei pazienti, oggi salito alle cronache ma sulle quali c'erano già stati interventi interni. Infatti, sempre secondo quanto riferito dal *Giornale di Vicenza*, il primario **Vincenzo Riboni** aveva già scoperto cosa accedeva nel suo reparto e individuato otto responsabili, contro i quali il dg **Giovanni Pavesi** avrebbe aperto altrettanti procedimenti disciplinari. "L'avvocato **Laura Tedeschi,** capo dell'ufficio legale dell'Ulss - riferisce il *Giornale di Vicenza* -, formalizza i capi di accusa, ascolta gli imputati ed emette le sentenze. Due sanzioni e sei archiviazioni. Un medico è punito con la censura scritta. Un infermiere con il rimprovero scritto. Prosciolti l'altro medico, una donna, e gli altri 5 infermieri, 3 donne e 2 uomini".

Ma la vicenda non si chiude qui. Il presidente della Regione, **Luca Zaia,** ha infatti annunciato che si andrà a fondo e i responsabili saranno puniti in modo "esemplare". Zaia, secondo quanto riferito dall'*Ansa*, avrebbe già allertato il segretario generale regionale per la sanità affinché acquisisca al più presto tutti gli atti in possesso dell'Usl di Vicenza e "l'avvocato regionale chiedendo che venga inoltrata una mia segnalazione alla procura assieme a tutti gli atti acquisiti". "Solo la procura - aggiunge - potrà chiarire fino in fondo i lati oscuri di questa vicenda. Qualora ci fossero responsabilità accertate le punizioni dovranno essere esemplari. Per me non finisce qui. Porterò atti in procura".

Sulla stessa posizione anche l'assessore alla Salute, **Luca Coletto**, secondo il quale "la linea dura annunciata dal Presidente della Regione è l'unica possibile. Sono arrabbiato e addolorato – dichiara Coletto in una nota - perché, al di là delle conseguenze sul piano disciplinare e giuridico, che mi auguro esemplari, siamo anche di fronte al tradimento della deontologia e dell'etica professionale, che per un operatore della sanità è di una gravità assoluta".

"Sarebbe inaccettabile anche se solo avessero scherzato sul web – aggiunge l'Assessore – ma temo che non sia così. In ogni caso, anche per tutelare il buon nome di decine di migliaia di operatori della sanità veneta che trattano i malati come figli, mi auguro che la cosa possa essere valutata con rigore anche dall'Ordine dei Medici, da sempre insostituibile garante del giuramento di Ippocrate. Per parte mia – conclude Coletto – chiedo a queste persone di farsi un profondo esame di coscienza, traendone onestamente tutte le conseguenze del caso".