Doctor33

05-12-2016

http://www.doctor33.it/

Terapia ormonale sostitutiva migliora la massa e la struttura ossea

La terapia ormonale sostitutiva migliora non solo la densità minerale ossea (Bmd), ma anche la massa e la struttura ossea, con benefici che persistono almeno 2 anni dopo la fine della cura. Ecco le conclusioni pubblicate sul Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism di uno studio coordinato da Georgio Papadakis, dell'Ospedale universitario di Losanna in Svizzera. «Quasi metà delle fratture da fragilità ossea può verificarsi in soggetti con densità ossea normale e osteopenica» afferma l'autore, precisando che la microarchitettura delle ossa è da sempre riconosciuta come fattore importante di fragilità. «Un totale di 1.279 donne tra 50 e 80 anni hanno preso parte allo studio suddivise in tre gruppi: pazienti attualmente in terapia ormonale sostitutiva, pazienti poste in terapia ormonale in passato e donne mai trattate con la terapia ormonale» scrivono i ricercatori, spiegando che la densità minerale ossea è stata misurata a livello della colonna lombare, del collo del femore e dell'anca e che delle 1.279 donne incluse nell'analisi, 282 (22%) erano le attuali utilizzatrici di terapia ormonale sostitutiva, 380 (30%) l'avevano usata in passato, e 617 (48%) non ne avevano mai fatto uso.

«È importante sottolineare che le donne che avevano usato la terapia ormonale in passato erano significativamente più anziane rispetto agli altri due gruppi, avevano una maggiore prevalenza di fratture e assumevano supplementi di calcio e vitamina D con maggiore frequenza» fanno notare gli autori, aggiungendo che le utilizzatrici attuali di terapia ormonale sostitutiva avevano valori più elevati di punteggio trabecolare e densità minerale ossea in tutti i siti rispetto alle altre partecipanti. Viceversa, i ricercatori non hanno trovato differenze significative nella densità minerale ossea in base alla durata di utilizzo della terapia. «È comunque probabile che, una volta sospesa la terapia ormonale sostitutiva, gli effetti positivi sulla densità minerale ossea o sulla microarchitettura ossea si perderanno nel giro di due anni» conclude Papadakis.

J Clin Endocrinol Metab. 2016. doi: 10.1210/jc.2016-2695
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27854548

Il Messaggero.it

03-12-2016

Lettori
41.007

http://salute.ilmessaggero.it/

FECONDAZIONE

Coppie che desiderano un figlio: raccontarsi on line

di Antonio Caperna

Coppie che desiderano un figlio: il web consente di uscire dalla solitudine. Offre un'intimità che facilita l'espressione e la condivisione del vissuto di infertilità. Da questa esigenza nasce "Parole fertili" (www.parolefertili.it) un nuovo progetto dedicato alla condivisione di storie sulla ricerca di un figlio.
Uno spazio on line, con supporto non condizionato di Ibsa Pma, in cui il raccontarsi senza filtri, aperto a tutte le storie, anche le più difficili, anche a quelle di chi, senza figli, cerca altre modalità di reinventarsi fertile.

«La difficoltà o l'impossibilità a generare è vissuta come un tabù. A differenza di altre patologie, nell'infertilità si diventa pazienti solo nel momento in cui si desidera un figlio - spiega Cristina Cenci, antropologa fondatrice del Center for digital health humanities - Molte donne scrivono, ma molte di più sono quelle che leggono le storie di altre. Al momento tra le nostre storie il grande assente è l'uomo, intrappolato in un silenzio che nasce dal rifiuto del fallimento, che spesso porta anche al rifiuto della diagnosi».

«Il servizio sanitario pone dei limiti alla prestazioni della fecondazione assistita, ma l'esperienza clinica ci dice che ciò che non è avvenuto in tre cicli può succedere in quelli successivi e, ovviamente, più tentativi corrispondono a maggiori possibilità di successo. Gli studi che hanno portato a limitare a tre i cicli sono stati smentiti da altri dati di letteratura. Alla coppia, bisognerebbe dare la possibilità di tentare protocolli diversi e terapie diverse, per aumentare le motivazioni a ripetere i cicli» spiega Andrea Borini, presidente della Società italiana di fertilità e

sterilità, Sifes e Mr.

Ma si evidenzia anche un altro ostacolo: la paura, lo stress, l'essere messi ogni volta di fronte alle proprie difficoltà porta quasi il 50% delle coppie ad abbandonare il percorso prima del termine dei cicli previsti. Il progetto Ibsa Mpa ha lo scopo di promuovere una nuova generazione di ormoni di derivazione umana, che assomigliano strettamente alle specie molecolari prodotte naturalmente. E' il caso di un farmaco utilizzato per la supplementazione della fase luteale nella procreazione assistita e nei cicli di ovodonazione, così come le gonadotropine, utilizzate nella stimolazione ovarica.

«Ad oggi le terapie per l'infertilità sono sempre più personalizzate - aggiunge Rossella Nappi ginecologa all'Università di Pavia - Gli ormoni, tanto spesso demonizzati e associati erroneamente a conseguenze negative per la salute non causano tumori ma, in certi casi, li prevengono. La Pma rappresenta un'area delicata e la richiesta delle donne è sempre più rivolta a prodotti efficaci, allo stesso tempo naturali e ben tollerati».

la Repubblica.it

05-12-2016

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

Tumore polmone: 1,6 mln morti anno. Sempre più a rischio le donne

Previsto un raddoppio nel 2035. Prima causa di morte per cancro nelle americane. Più fragile chi incomincia da adolescente. I dati dal congresso Iaslc in corso a Vienna

dalla nostra inviata ELVIRA NASELLI

VIENNA - È sempre stato considerato una malattia tipicamente maschile. Ma il tumore ai polmoni non discrimina, e infatti negli ultimi dieci anni è diventato la prima causa di morte per cancro nelle donne americane, sorpassando il tumore al seno. E la seconda tra le europee, la terza tra le italiane. La Danimarca ha il primato dei numeri più alti, seguita da Canada e Stati Uniti, paese quest'ultimo dove i nuovi casi negli ultimi 37 anni sono diminuiti del 28 per cento negli uomini e aumentati del 98 tra le donne. Novantotto, sì, che vuol dire praticamente il doppio.

Le teenager. E anche il presidente dell'Uruguay, che ha oggi raccontato ai delegati della diciassettesima edizione del congresso Iaslc (associazione internazionale per lo studio del tumore ai polmoni), in corso a Vienna, della vittoria del suo paese contro la multinazionale Philip Morris, che protestava per le misure anti tabacco intraprese dal piccolo paese sudamericano, ammette sconsolato che la priorità sono le donne. Donne che hanno cominciato a fumare perché era considerato chic e che adesso non smettono. Del resto anche da noi il problema sono le donne, soprattutto le teenager. Che cominciano perché fa

"grande" e poi continuano.

I numeri. Del resto i numeri diffusi a Vienna parlano chiaro. Il tumore ai polmoni resta il più comune cancro negli uomini in tutto il mondo (1,2 milioni di casi), con percentuali più alte di incidenza nell'Europa dell'est e centrale (53,5 su 100.000) e nell'Asia dell'est (50,4 su 100.000). Nelle donne l'incidenza è minore, la più alta è nell'America del nord (33,8), nel Nord Europa (23,7) e nell'Asia dell'est (19,2). E aumenteranno anche le morti: secondo lo Iaslc passeranno dai 1,6 milioni del 2012 ai 3 milioni del 2035, e questi numeri riguarderanno in gran parte anche le donne.

Le specificità. È proprio nelle donne il cancro si presenta con alcune specificità: una maggiore frequenza di adenocarcinoma (64 per cento nelle donne e 48 negli uomini) e una percentuale più alta di non fumatrici tra quelle che si ammalano (30 per cento contro il 10 maschile), percentuale che sale dell'80 per cento in Asia (e correlato all'uso del forno a carbone). Per fortuna le donne hanno una prognosi generalmente migliore e i loro tumori sono più sensibili alla chemioterapia. Secondo alcuni studi c'è infatti un collegamento tra ormoni femminili e cancro ai polmoni: in particolare menopausa precoce, meno di tre gravidanze, ciclo mestruale breve, ricorso alla terapia ormonale e una storia familiare di tumori sensibili agli ormoni.

Il fumo. Questo però non deve allontanare dall'obiettivo numero uno, ribadito in ogni modo dagli oltre seimila ricercatori arrivati a Vienna da oltre cento paesi: combattere il fumo di sigaretta, che pesa per il 90 per cento dei casi di tumore al polmone negli uomini e del 70 nelle donne che, d'altro canto, sembrano più sensibili ai carcinogeni tanto che allo stesso numero di sigarette consumate sviluppano più cancro degli uomini, cosa che probabilmente si spiega in parte con una minore espressione di alcuni geni riparatori del Dna. Fumo ma anche fattori ambientali, visto che in Danimarca si sono registrati più casi nelle donne che guidano autobus e tram.

Le terapie. Ad oggi non ci sono raccomandazioni di strategie terapeutiche diverse differenziate per sesso, si ribadisce all'incontro di Vienna. Ma la maggiore incidenza di alterazioni molecolari nelle donne spinge - o dovrebbe spingere - ad un uso maggiore di terapia targettizzata. E in futuro i trattamenti potrebbero prevedere l'aggiunta di farmaci antiormonali, ipotesi che si sta verificando in alcuni trial in corso. È importante approfondire le conoscenze della diversa biologia del tumore che permetterà anche di identificare alterazioni genetiche specifiche oppure anche profili ormonali che possono essere utilizzati come obiettivi da colpire per contrastare la malattia.

healthdesk

05-12-2016

http://www.healthdesk.it/

LO STUDIO

Tumore al seno: sconfiggere il cancro mettendolo a digiuno

Le medicine già esistono, ma sono usate per altri scopi. Un antidiabetico e un antibiotico inibiscono il metabolismo mitocondrale, che è proprio quello usato dalle cellule tumorali per alimentarsi. Ricercatori della Thomas Jefferson University suggeriscono di usarle come terapie anticancro

A volte, per fare scoperte importanti basta farsi le domande giuste. È quello che hanno fatto i ricercatori della **Thomas Jefferson University**che si sono chiesti come facessero le cellule tumorali del cancro alla mammella a bruciare calorie. Il quesito ha scoperchiato un vaso di Pandora da cui potrebbero venire fuori nuove terapie. Sì perché gli scienziati hanno dimostrato che le cellule del tumore al seno usano un sistema diverso per trasformare il carburante in energia rispetto alle cellule sane.

«La nostra scoperta fa parte di un filone che mostra un crescente interesse nello studio delle funzioni metaboliche del cancro - dice Ubaldo Martinez-Outschoorn, del Department of Medical Oncology della Thomas Jefferson University - Più capiamo sul modo in cui il cancro cresce e si alimenta, più saremo in grado di tagliare il rifornimento di energia di cui ha bisogno per sopravvivere». Per staccare la spina al cancro, bisogna però prima capire dove è attaccata quella spina, che tipo di corrente vi passa e quale tragitto segue.

I ricercatori, che hanno pubblicato i risultati dello studio sul **Journal of Biological Chemistry.** hanno puntato l'attenzione su un punto ben preciso. Tutto dipenderebbe dalla proteina Tigar (l'acronimo sta per "Tp53 inducible glycolysis and apoptosis regulator"), già nota a Martinez-Outschoorn e ai suoi colleghi per indurre dei cambiamenti nel metabolismo delle cellule del tumore.

I ricercatori hanno osservato cosa accade nei topi: le cellule tumorali degli animali malati di

cancro al seno con un livello più alto del normale di proteina Tigar erano più aggressive e crescevano più in fretta di quelle con una normale quantità di Tigar. Il fatto è piuttosto strano.

Perché la Tigar agisce proprio ostacolando il normale processo biochimico di rifornimento energetico, ossia quello che trasforma lo zucchero in carburante attraverso la glicolisi. Le cellule con alti livelli di Tigar quindi non ricorrono alla glicolisi per alimentarsi. Di cosa si servono?

Martinez-Outschoorn e i suoi colleghi hanno dimostrato che le cellule con alti livelli di Tigar modificano il sistema di rifornimento energetico, abbandonano la glicolisi e si rivolgono al mitocondrio per avere energia. I cambiamenti nel metabolismo provocati da Tigar coinvolgono anche le cellule che circondano e sostengono le cellule tumorali, ma avvengono in senso opposto. Piuttosto che aumentare la dipendenza dalla produzione energetica del mitocondrio, Tigar rende queste cellule dipendenti dalla glicolisi e aumenta la crescita del tumore.

«Il fatto che il 70-80 per cento dei tumori al seno presentino alti livelli di Tigar rappresenta una opportunità - dice Martinez-Outschoorn - esistono già alcune terapie che bloccano il metabolismo del mitocondrio che potremmo usare per mettere le cellule del cancro a digiuno».

Per trovare i farmaci giusti non si deve andare lontano. Due molecole già in commercio per altri scopi, come la metformina usata per il diabete e l'antibiotico doxiciclina sono già noti per bloccare il metabolismo dei mitocondri. Gli scienziati hanno usato questi farmaci per interrompere il rifornimento di energia delle cellule con alti livelli di Tigar e hanno notato una riduzione dell'aggressività della malattia. Se ulteriori studi confermassero questa proprietà, i tempi per l'utilizzo di queste terapie non dovrebbero essere troppo lunghi.

«Visto che questi farmaci sono già approvati - Martinez-Outschoorn hanno passato il tes di sicurezza sugli esseri umani. Se veramente possono aiutare a ridurre la crescita dei tumori, come noi i nsotri studi preliminari suggeriscono, potrebbero venire usati in combinazione con altri trattamenti, molto prima rispetto a nuove medicine».

È in partenza un primo trial clinico per testare l'efficacia della metformina e della doxiciclina nelle donne con tumore al seno prima dell'operazione. L'obiettivo è capire se queste molecole che inibiscono il metabolismo mitocondriale hanno un effetto sull'evoluzione del tumore.

ANSAit

05-12-2016

http://www.ansa.it

Algoritmo predice decesso e consiglia cure palliative

Wsj, creato da Aspire Health, mira a ridurre spesa sanitaria

(ANSA) - ROMA, 5 DIC - Un algoritmo predice il decesso di pazienti malati e propone cure palliative con l'obiettivo di contenere la spesa sanitaria. L'ha creata una start up che si chiama Aspire Health e ne parla il Wall Street Journal.

"Possiamo capire se i pazienti moriranno tra una settimana, sei settimane o un anno. Siamo in gradi di prenderci cura di loro con un costo inferiore e con una maggiore soddisfazione degli stessi malati", spiega William Frist, co-fondatore della società ed ex senatore. La società con sede a Nashville - ha vinto 32 milioni di dollari in finanziamenti da Google Venture - ha gestito la cura di più di 20.000 pazienti in 19 stati, con un risparmio sui piani salute di circa 4mila dollari a paziente, usando le cure palliative. Per identificare i pazienti viene usato un algoritmo, incrociato a consultazioni mediche. E viene effettuata una completa valutazione dei loro bisogni fisici, emotivi e spirituali. Molti di coloro che si iscrivono - spiega il Wsj - sono consapevoli della loro prognosi. Aspire "sta riempiendo un enorme divario tra ospedali e strutture specializzate", dice al Wall Street Journal Diane E. Meier, direttore del Centro di Advance Palliative Care presso la Facoltà di Medicina dell'Ichan Health System Mount Sinai di New York. (ANSA)

CORRIERE DELLA SERA.it

05-12-2016

Lettori
57.304

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

BISOGNA ATTENERSI A POCHE (MA IMPORTANTI) REGOLE

Lo sport giusto in gravidanza può rendere più facile il travaglio

Il movimento moderato e costante aiuta a mantenere l'aumento di peso entro i parametri e a prevenire il diabete gestazionale, oltre a migliorare la circolazione materno-fetale. E la muscolatura tonica può accorciare il parto di 30 minuti

di Laura Cuppini

Chi pensa che una donna incinta non debba fare sport è in errore. In gravidanza è possibile (anzi, auspicabile) svolgere una regolare attività fisica, che può andare dalla semplice camminata al sollevamento pesi; naturalmente il tipo di impegno e l'intensità dello stesso devono essere valutati caso per caso, in base alle caratteristiche della gestante. Gli studi sull'argomento sono recenti, ma è assodato che muoversi con costanza nei nove mesi di attesa (a meno che non sussistano controindicazioni) offre importanti benefici sia alla futura mamma che al bambino. Lo ha messo nero su bianco anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), nell'aggiornamento delle linee guida pubblicato a ottobre. «Essere fisicamente attive combatte mal di schiena e dolore pelvico - si legge nel documento dell'Oms -, oltre a prevenire l'eccessivo aumento di peso». Un tempo si diceva «sei incinta, devi mangiare per due»: oggi nessuno oserebbe nemmeno pensarlo e i ginecologi sono impegnati nel compito di mettere a dieta le gravide che prendono troppi chili. L'indicazione generale, per le donne normopeso, è di guadagnare circa 1 chilo al mese, quindi 10-12 al massimo. Le obese (con indice di massa corporea superiore a 30) devono stare entro gli 8 chili, mentre le donne sottopeso o anoressiche (indice di massa corporea inferiore a 18,5) possono arrivare a 15.

GUARDA IL GRAFICO

SPORT IN GRAVIDANZA: QUELLI CONSIGLIATI

Travaglio più facile

«L'attività fisica regolare, svolta per tutta la gravidanza, aiuta a mantenere l'aumento di peso entro i parametri - sottolinea Gianfranco Beltrami, medico dello sport e docente del corso di laurea in Scienze Motorie dell'Università di Parma - e di conseguenza aiuta a prevenire il rischio di diabete gestazionale». Un disturbo che può colpire anche chi normalmente non soffre della patologia: quando si aspetta un figlio è frequente un aumento della glicemia (quantità di zucchero nel sangue) e dell'insulino-resistenza (ridotta risposta delle cellule all'ormone responsabile del metabolismo degli zuccheri). Per questo alle donne incinte si raccomanda l'esame della glicemia basale, con un normale prelievo di sangue, e, più avanti, la curva da carico glicemico. L'attività fisica in gravidanza influisce anche sulla circolazione materno-fetale e sulla crescita del bambino. «Il movimento migliora l'ossigenazione, con benefici sull'attività della placenta e sulla nutrizione del feto, riduce i cataboliti e i radicali liberi, ovvero i prodotti di scarto dell'organismo - spiega Beltrami -. Inoltre può ridurre la durata del travaglio: secondo uno studio scandinavo del 2009, il fitness aerobico regolare può accorciarlo mediamente di 30 minuti».

GUARDA IL GRAFICO

SPORT IN GRAVIDANZA: QUELLI DA EVITARE

Serve l'ok del ginecologo

«I vantaggi dello sport in gravidanza sono numerosi - conferma Alessandro Bulfoni, responsabile dell'Unità operativa Ostetricia e ginecologia all'Ospedale Humanitas San Pio X di Milano - e quindi lo consigliamo a tutte le pazienti, anche non allenate, a meno che non ci siano problemi di salute. I benefici principali sono minor aumento di peso, migliore circolazione soprattutto negli arti inferiori, muscolatura delle gambe e della schiena più forte, che protegge dal rischio di dolori. Se la donna è in forma, con addominali e perineo tonici, generalmente risulta meno difficile la fase espulsiva, in cui la collaborazione della paziente è fondamentale. L'attività fisica deve essere però autorizzata dal ginecologo e va sempre associata a una dieta sana. Se si fa sport al mattino è bene concedersi una buona prima colazione con cibi digeribili ed energetici, se di pomeriggio stesso discorso per il pranzo. Sconsiglio il fai-da-te in palestra:

meglio iscriversi a un corso espressamente rivolto a donne incinte».

Attenzione alle cadute

«È fondamentale che la disciplina sia scelta tra quelle consentite in gravidanza - aggiunge Beltrami - e che sia svolta con un'intensità moderata, o addirittura lieve in caso di problemi della futura mamma. Bisogna fare molta attenzione alle possibili cadute ed evitare di stare troppo tempo in piedi o distese in posizione supina, per non schiacciare la vena cava. Inoltre, non si deve mai raggiungere il massimale, ovvero il limite delle proprie potenzialità». Durante la gravidanza il corpo cambia, perché deve adattarsi alla presenza del feto e alla sua crescita. Si accentua la lordosi lombare, cioè la curva della colonna vertebrale, e il bacino ruota in avanti. Per questo si modificano il cammino e l'equilibrio generale, aumenta il rischio di cadute e di dolore alla schiena, contro il quale sono utili esercizi di rafforzamento della muscolatura dorsale. Altri cambiamenti sono meno visibili. Il cuore deve sottoporsi a lavoro extra, in relazione alla quantità di tessuti da irrorare. La respirazione diventa più faticosa e frequente, perché il bambino spinge in alto il diaframma e c'è bisogno di molto ossigeno. Durante i nove mesi di attesa salgono la glicemia e l'insulino-resistenza: di solito si tratta di valori non preoccupanti, lontani dai parametri di chi soffre di diabete. Infine scende la temperatura della soglia di sudorazione, ovvero si suda più facilmente.

I testi di riferimento

Le indicazioni sull'esercizio fisico da praticare in gravidanza sono contenute nel PARmed-X for pregnancy, guida della Canadian Society for Exercise Physiology costantemente aggiornata e il cui valore è riconosciuto in tutto il mondo. Un altro punto di riferimento è l'ACOG, il Collegio americano di ginecologi e ostetriche, che pubblica numerosi vademecum su tutti gli aspetti della «dolce attesa».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 21.495
Lettori Ed. I 2015: 84.000
Quotidiano - Ed. Milano

IL GIORNO MILANO

Dir. Resp.: Giuliano Molossi

06-DIC-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

L'OSPEDALE DI SESTO IL POLO DELL'INFANZIA CAMBIA LOOK, INAUGURAZIONE IN GRANDE STILE

Il parto? Non è più un travaglio: reparto rinnovato

– SESTO SAN GIOVANNI –

IL POLO dell'infanzia passa dalla riqualificazione dell'area parto, che conta ogni anno circa mille nascite e che è stata inaugurata ieri pomeriggio all'ospedale di Sesto alla presenza delle autorità cittadine, regionali e delle associazioni del territorio. I 750 metri quadri al quinto piano del padiglione 2 sono stati oggetto di una radicale ristrutturazione, in sintonia con le concezioni più attuali che non separano gli ambienti per il travaglio e da quelli del parto sul modello della Clinica Mangiagalli e dell'ospedale dei Bambini Buzzi. «L'idea è quella di caratterizzare i nostri presidi ospedalieri – sottolinea Fulvio Odinolfi, direttore generale dell'Asst Nord Milano –. Il progetto ha previsto la realizzazione di aree organizzate, in linea con il percorso diagnostico-terapeutico della partoriente e del neonato, che deve tener conto della continuità assistenziale, della gradualità degli interventi e delle condizioni di urgenza emergenza che possono presentarsi anche in corso di un travaglio apparentemente fisiologico». La nuova area conta tre sale parto-travaglio con l'area per le prime cure del neonato, l'isola neonatale e tutti i locali di supporto per caposala, ostetriche, medico di guardia con un locale tisaneria. È stata inoltre allestita la nuova accettazione ostetrico-ginecologica con sala d'attesa, locale triage/visita, monitoraggio con 4 postazioni e una stanza osservazione con due posti letto. Sotto il profilo logistico, è stato garantito un percorso di continuità assistenziale con l'area strettamente legata al parto, come anche il nuovo blocco operatorio, con una sala operatoria dedicata ai cesarei con locale preparazione e risveglio oltre a quelli filtro e di supporto. Adiacente al blocco parto e in continuità con il reparto di ostetricia/ginecologia, è collocata la nuova nursery, attivata a fine 2014.

I LAVORI di restyling sono durati 8 mesi e sono stati finanziati da Regione Lombardia con 930mila euro (oltre 480mila per arredi, attrezzature e apparecchiature). «La nostra sanità è un'eccellenza e ci auguriamo presto che il modello lombardo sia preso come standard per tutta l'Italia – commenta l'assessore regionale alla Sanità Giulio Gallera, alla prima visita ufficiale al nosocomio sestese –. Il 2017 sarà anche l'anno in cui si avrà lo spostamento delle vaccinazioni dalle Ats alle Asst. Per il piano vaccinale è previsto uno stanziamento di 43 milioni di euro. Anticiperemo le offerte del Nuovo Piano Nazionale a partire dalla vaccinazione contro il meningococco B per i bambini che nasceranno nel 2017».

Laura Lana

laura.lana@ilgiorno.net

FIOCCO ROSA La neomamma Juliette Mouries che tiene in braccio sua figlia Victoire prima nata nel nuovo reparto

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 05 DICEMBRE 2016

Sepsi. Uccide 5,3 mln di persone. In Inghilterra e Germania scatta l'allerta rossa. Mentre in Italia manca un piano nazionale

Al Forum Risk di Firenze della scorsa settimana focus dedicato alla sepsi con la presenza di molti esperti internazionali. "Il problema della sepsi non è solo delle terapie intensive ma di tutti i settori sanitari. Su tre pazienti ricoverati per sepsi uno muore. Chi esce dall'ospedale ha alte possibilità di morire poco dopo o di essere nuovamente ricoverato per infezione entro il primo anno e sviluppare nuovamente una sepsi".

All'11°Forum del Risk Management di Firenze **Ron Daniels**, il coordinatore del Sepsis Trust Inglese lancia un grido d'allarme. Il problema della sepsi non è solo delle terapie intensive ma di tutti i settori sanitari. Su tre pazienti ricoverati per sepsi uno muore. Chi esce dall'ospedale ha alte possibilità di morire poco dopo o di essere nuovamente ricoverato per infezione entro il primo anno e sviluppare nuovamente una sepsi. Chi sopravvive riporta spesso danni permanenti come raccontato dal toccante film "Starfish", una produzione inglese distribuita adesso nel Regno Unito in concomitanza di una imponente campagna nazionale di sensibilizzazione. Storia eroica come quelle della nostra **Beatrice Vio** sopravvissuta ad una sepsi da meningite ed entrata nella storia della scherma italiana para-olimpionica.

"Non possiamo più ignorare il problema"- ha detto Daniels . "E' un imperativo etico. Dobbiamo attivare percorsi coordinati come per il trauma. La sepsi uccide 5,3 milioni di persone all'anno nel mondo, come il cancro e l'infarto. Ma i servizi sanitari non reagiscono come per altre malattie in cui il tempo impiegato nei soccorsi fa la differenza fra la vita e la morte. La sepsi uccide bambini, donne in gravidanza, anziani ed adulti. Uccide silenziosa e con frequenza crescente. Le vittime sono sotto gli occhi di tutti, adesso è il momento di agire: impegnandoci possiamo salvare fino a 14.000 in un anno".
In una sala gremitissima il Dr Daniels racconta la storia di **William Mead**, un bambino di 1 anno deceduto nel natale 2015 a causa di un'infezione non trattata tempestivamente e sfociata in sepsi, una risposta incontrollata dell'organismo dovuta ad un'infezione non più contenibile. Il caso ha portato ad una reazione immediata dell'opinione pubblica. Il ministro della sanità Hunt ha dichiarato durante la relazione sul caso in parlamento che il sistema sanitario inglese non è in grado oggi di identificare e gestire tempestivamente la sepsi. Da qui la scelta di attivare una massiccia campagna di sensibilizzazione anticipata da Daniels al Forum e che interesserà tutto il Regno Unito a partire dal prossimo 14 dicembre.

"Sappiamo come trattare la sepsi ma non tutti sanno riconoscerne i sintomi" – afferma **Shankar Hari** di Londra autore insieme a **Mervin Singer** di autorevoli e ricerche sulla sepsi. Troppi arrivano in ospedale quando non è più possibile intervenire. Nel 60% dei casi le persone affette da sepsi non sono riuscite ad avere cure adeguate o perché non erano consapevoli della gravità della loro situazione o perché gli operatori che hanno contattato non hanno compreso immediatamente il rischio che correvano i pazienti. Tutti gli operatori sanitari di tutti i settori devono essere preparati a riconoscere una sepsi così come si riconosce e si tratta un infarto. La mancanza di una consapevolezza del problema e di un percorso condiviso fra le discipline sanitarie, ospedale e cure primarie sono criticità che hanno portato al fallimento delle azioni in Germania come ha mostrato **Daniel Schwarzkopf** del gruppo del prof **Konrad Reinhart** leader della Global Sepsis Alliance.

La situazione Italiana non è affatto migliore. La mortalità per sepsi va dal 35% al 60% nei casi di shock settico. Eppure la sepsi ancora non è riconosciuta come un'emergenza. Sono sepsi i casi letali di meningite in Toscana e Lombardia. Le morti materne di inizio 2015 in Italia sono state causate infezioni non prontamente riconosciute che una volta divenute sepsi hanno portato via madri e figli all'affetto dei loro cari causando sofferenze e danni incalcolabili per la collettività. Servono delle azioni concrete che diano un sostegno alle azioni che le regioni italiane (Toscana, Lombardia, Emilia Romagna e Friuli) stanno portando avanti in

collaborazione con le principali società scientifiche.

"Non esistono altre strategie che aumentare la sensibilità al problema" conclude Daniels. "Non sappiamo chi potrebbe sviluppare una sepsi ma sappiamo che se lasciamo un paziente con una sospetta infezione fuori dal un percorso sanitario che rilevi i parametri vitali valutando i possibili rischi e attuando azioni diagnostiche e terapeutiche di base – come somministrare fluidi e antibiotici – esponiamo i pazienti ad un grave rischio che cresce ogni ora dell'8%: questo non è più giustificabile di fronte ai cittadini".

La sepsi è un problema molto grave, complicato dalle antibiotico resistenze. Un aspetto importante è la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria afferma **Benedetta Allegranzi** dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Si stimano 55 milioni di sepsi all'anno e di queste il 30% ha un'eziologia chirurgia". Allegranzi espone esperienze di successo che dimostrano come sia possibile prevenire fino al 60% le infezioni del sito chirurgico attraverso network di sorveglianza nazionali ed applicando un approccio basato sui fattori umani fondamentali per l'implementazione delle strategie di prevenzione.
Sconfiggere la sepsi è possibile ma servono campagne di sensibilizzazione forti ed azioni di sistema che ricevano un impulso dai decisori politici come succede nei servizi sanitari in Inghilterra e negli Stati Uniti. Ormai chiaro che aspettare non farà che aumentare la dimensione del problema.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 04/2016: 34.000
Lettori Ed. I 2015: 154.000
Quotidiano - Ed. Varese

LA PREALPINA

Dir. Resp.: Maurizio Lucchi

06-DIC-2016
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Ritardano il parto cesareo Danni gravi al neonato

Dottoresse erano a fine turno In due sospese dal servizio

CATANIA - «Per evitare di rimanere a lavorare oltre l'orario previsto, avrebbero omesso di eseguire un parto cesareo, nonostante i molteplici episodi di sofferenza fetale emersi dal tracciato». E per «simulare una inesistente regolarità nell'esame medico» avrebbero «somministrato atropina alla gestante». La procedura, e «il non avere informato della situazione i colleghi del turno successivo avrebbe causato la nascita del neonato con lesioni gravissime».

E' l'accusa contestata dalla Procura di Catania a due dottoresse dell'ospedale "Santo Bambino", struttura da oltre 2mila parti l'anno, **Amalia Daniela Palano** e **Gina Corrao**, che sono state sospese dal servizio, rispettivamente per 12 e 6 mesi. Un analogo provvedimento, per 4 mesi, è stato notificato alla dottoressa **Paola Cairone** che, «pur non essendo a conoscenza degli avvenimenti precedenti, praticava alla paziente per due volte le manovre di Kristeller, bandite dalle linee guida, nonostante un tracciato non rassicurante, e non contattava in tempo il neonatologo». Le tre dottoresse sono accusate anche di falso nella cartella clinica.

L'episodio risale al 2 luglio del 2015 e le indagini sono state avviate dopo la denuncia dei familiari. Il neonato, venuto al mondo con un giro di cordone ombelicale attorno al collo, ha riportato lesioni gravissime e danni irreversibili cerebrali e motori. Su questo filone d'inchiesta, chiuso per chiedere e ottenere dal Gip la sospensione delle tre dottoresse che erano ancora in servizio, la Procura di Catania ha aperto un altro fascicolo: quello sulla redazione delle cartelle cliniche. Perché, sottolinea il procuratore **Carmelo Zuccaro**, dalle indagini è emerso il sospetto che "all'ospedale "Santo Bambino" le cartelle cliniche sovente vengono redatte successivamente all'insorgere dell'avvenimento clinicamente rilevante». Una tecnica che la Procura ritiene possa essere una «prassi finalizzata ad occultare le prove di eventuali responsabilità mediche».

L'azienda ospedaliera "Santo Bambino" ha sospeso immediatamente i tre medici. «Stiamo cercando di sostituirli - afferma il manager **Paolo Cantaro** - per continuare a dare un servizio pubblico in una struttura alla quale si rivolge ogni anno un imponente numero di donne e gestanti». Sulle indagini della polizia nella redazione di cartelle cliniche Cantaro sottolinea che «c'è in corso un'inchiesta della magistratura e una nostra interna: aspettiamo quindi che si concludano entrambe prima di esprime giudizi».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

06-DIC-2016
da pag. 24
foglio 1
www.datastampa.it

INCHIESTA ALL'OSPEDALE DI MATERNITÀ SANTO BAMBINO

I medici non fanno il cesareo il neonato ha lesioni cerebrali

Catania, due dottoresse volevano evitare di allungare il turno di lavoro La terza indagata ha falsificato la cartella clinica. Sono tutte sospese

La prassi
Secondo la procura al Santo Bambino le cartelle cliniche «sovente vengono redatte successivamente, per occultare eventuali responsabilità mediche»

Neonati
All'ospedale Santo Bambino avvengono circa duemila parti all'anno

FABIO ALBANESE
CORRISPONDENTE DA CATANIA

Due dottoresse avrebbero «simulato» un regolare travaglio in una loro giovane paziente in sofferenza, per evitare il cesareo che le avrebbe costrette ad allungare il loro turno di lavoro; un'altra per far nascere quel bambino avrebbe attuato manovre «proibite» e falsificato la cartella clinica. È lo scenario ricostruito dalla procura di Catania all'ospedale di maternità Santo Bambino, dove ora le tre dottoresse sono state sospese dall'esercizio dell'attività medica: per un anno Amalia Daniela Palano, per sei mesi Gina Currao, per cinque mesi Paola Cairone. Si tratta di misure interdittive che la procura ha chiesto e ottenuto dal gip: «Siamo alla fine dell'indagine - dice il procuratore Carmelo Zuccaro - aspettiamo di interrogare le tre indagate e, se non arriveranno elementi nuovi e convincenti dalla loro difesa, ne chiederemo il rinvio a giudizio a breve. Ma intanto non si poteva lasciarle in attività».

L'inchiesta è partita poco più di un anno fa quando Deborah Percolla, 26 anni, assieme al marito porta il figlio appena nato ad una visita di controllo, dalla quale emerge che il bimbo ha gravi lesioni cerebrali e psicomotorie che, secondo chi lo ha visitato, possono essere solo effetto di un parto travagliato. I due, sbalorditi, presentano denuncia dando il via all'indagine. Secondo la ricostruzione della procura, il 2 luglio del 2015 la signora Deborah si presenta in ospedale con le doglie; il tracciato dice che c'è una sofferenza fetale per la quale l'unica cosa da fare è intervenire il prima possibile con un parto cesareo. Le dottoresse Palano e Currao sono a fine turno e, secondo l'inchiesta, decidono di somministrare atropina «simulando in tal modo una regolarità del tracciato», per potere lasciare il servizio in orario. «Le due indagate omettevano inoltre sia di segnalare tali avvenimenti in cartella, sia di informare i colleghi del turno successivo, impedendo a questi ultimi di venire a conoscenza della gravità della situazione», scrivono i pm.

Il bambino nascerà con parto naturale qualche ora dopo, con il cordone ombelicale attorno al collo. Ad assistere la donna nel parto è l'altra dottoressa, Paola Cairone, che «pur non essendo a conoscenza degli avvenimenti precedenti» avrebbe posto in essere «una serie di condotte negligenti», e non contattando in tempo il neonatologo, arrivato solo quando il bimbo era già nato. L'inchiesta, spiega la procura, ha pure accertato come al «Santo Bambino», ospedale da duemila parti all'anno, le cartelle cliniche «sovente vengono redatte successivamente all'insorgere di avvenimenti clinicamente rilevante; ciò a causa di una prassi instaurata dai sanitari (e talvolta imposta anche alle ostetriche) e finalizzata ad occultare eventuali responsabilità mediche». Accuse gravissime che l'Azienda ospedaliero-universitaria «Policlinico-Vittorio Emanuele», da cui il Santo Bambino dipende, non sa spiegare. Il manager dell'Azienda, Paolo Cantaro, ha annunciato l'apertura di un'inchiesta interna. «Abbiamo sospeso immediatamente i tre medici, e stiamo cercando di sostituirli per continuare a dare un servizio pubblico in una struttura importante come l'ospedale Santo Bambino».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 32.759
Diffusione 09/2016: 20.102
Lettori Ed. II 2016: 388.000
Quotidiano - Ed. Sicilia

LA SICILIA

Dir. Resp.: Mario Ciancio Sanfilippo

06-DIC-2016
da pag. 9
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Negarono cesareo per non dover fare lavoro fuori orario

Per le gravi lesioni provocate durante il parto la Procura di Catania ha sospeso tre dottoresse

VITTORIO ROMANO

CATANIA. Se l'accusa mossa dalla Procura distrettuale della Repubblica di Catania nei confronti di tre dottoresse dell'ospedale Santo Bambino sarà confermata, ci troveremmo di fronte a un'aberrazione da ogni principio morale, da ogni codice deontologico, da ogni norma.

"A seguito di una lunga attività investigativa - si legge nel comunicato diramato ieri dalla Procura e firmato dal procuratore distrettuale Carmelo Zuccaro - si è accertato che il 2 luglio 2015, in occasione del parto di una ragazza catanese di 26 anni, Deborah Percolla, alcuni dei sanitari che la ebbero in cura (le dottoresse Amalia Daniela Palano e Gina Currao), per evitare di rimanere a lavorare oltre il proprio orario di lavoro, non soltanto omettevano di procedere con un immediato intervento cesareo nonostante i molteplici episodi di sofferenza fetale che il tracciato evidenziava (ben cinque episodi di bradicardia in poco più di un'ora), ma, addirittura, somministravano alla paziente l'atropina (farmaco che non trova alcuna specifica indicazione in travaglio di parto essendo, per contro, controindicato in presenza di sofferenza fetale), simulando, in tal modo, una regolarità del tracciato in realtà non sussistente. Le due indagate, inoltre - prosegue la Procura etnea - omettevano sia di segnalare tali avvenimenti in cartella, sia di informare i colleghi del turno successivo, impedendo a questi ultimi di avere immediata contezza dell'estrema gravità della situazione clinica".

Accuse terribili, che lasciano sgomenti, e per le quali, su richiesta della Procura, è stata data esecuzione all'ordinanza di applicazione della misura interdittiva della sospensione dall'esercizio del pubblico ufficio di medico a carico di Palano, sospesa per 12 mesi, Currao, sospesa per 6 mesi, e Paola Cairone, sospesa per 4 mesi. Quest'ultima, "pur non essendo a conoscenza degli avvenimenti precedenti - scrive la Procura - poneva in essere una serie di condotte negligenti, imprudenti e imperite, da un lato, praticando alla Percolla, per ben due volte, le cosiddette manovre di Kristeller (pratica bandita dalle linee guida) nonostante un tracciato non rassicurante, e, dall'altro, non contattando in tempo il neonatologo, il quale, arrivato quando già il feto era stato espulso dalla madre, effettuava il proprio intervento di rianimazione con gravissimo ritardo. Anche la Cairone, per occultare la propria condotta, poneva in essere una serie di falsi in cartella clinica".

Ed ecco le conseguenze di questi comportamenti sul povero neonato, Benedetto Grillo, venuto alla luce quel maledetto giorno: "il piccolo - scrive la Procura -, che presentava un giro di cordone intorno al collo, pur riuscendo miracolosamente a venire alla luce, riportava lesioni gravissime (grave encefalopatia ipossico-ischemica, tetra paresi spastica, grave ritardo neuropsicomotorio, microcefalea, epilessia generalizzata sintomatica, con conseguente indebolimento permanente del tronco neuroencefalico e con gravissime implicazioni anatomo-funzionali)".

Le indagini della Procura etnea hanno permesso, infine, di accertare la circostanza secondo la quale, all'ospedale Santo Bambino, "le cartelle cliniche spesso vengono redatte successivamente rispetto all'insorgere dell'avvenimento clinicamente rilevante; ciò - conclude il procuratore Zuccaro - a causa di una prassi instaurata dai sanitari (e talvolta anche imposta alle ostetriche) e finalizzata a occultare le prove di eventuali responsabilità mediche".

I fatti. Il parto risale al 2 luglio 2015. I medici "omisero di fare il cesareo nonostante la sofferenza fetale che nascosero"

«Abbiamo sospeso immediatamente i tre medici - ha detto il manager dell'azienda ospedaliera Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania, Paolo Cantaro - e stiamo cercando di sostituirli per continuare a dare un servizio pubblico in una struttura, come l'ospedale Santo Bambino, alla quale si rivolge ogni anno un imponente numero di donne e gestanti (e che già soffre per carenza d'organico, ndr.). Ci sono in corso un'inchiesta della magistratura e una nostra interna. Aspettiamo dunque che si concludano entrambe prima di esprimere giudizi».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-DIC-2016
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

IL CASO/ SOSPESE TRE GINECOLOGHE DELL'OSPEDALE "SANTO BAMBINO" DI CATANIA. NON VOLLERO OPERARE FUORI ORARIO DI LAVORO

"Niente cesareo, è tardi". Lesioni per un neonato

Benedetto ha una grave encefalopatia, epilessia, tetraparesi spastica e un ritardo psicomotorio

Secondo le indagini i tre medici falsificarono la cartella clinica per non lasciare tracce

ALESSANDRA ZINITI

CATANIA. Benedetto ha un anno e mezzo, non parla e non cammina e probabilmente non lo farà mai. E chissà cosa percepisce del mondo che gli gira attorno se non l'amore di sua madre Deborah, una ragazza di 26 anni che il 2 luglio dell'anno scorso, invece di uscire dall'ospedale Santo Bambino con il suo piccolo sano, tornò a casa con un terribile verdetto che avrebbe condizionato per sempre la vita di suo figlio: grave encefalopatia, tetraparesi spastica, grave ritardo neuro psicomotorio, epilessia.

Se Benedetto fosse nato con un tempestivo parto cesareo — hanno stabilito i periti della Procura — oggi sarebbe un bambino normale. Ma le ginecologhe quel giorno in servizio non avevano alcuna intenzione di fare straordinario e di prolungare l'orario di lavoro. E quindi, piuttosto che entrare in sala operatoria e far nascere immediatamente il piccolo che, nelle ultime fasi del travaglio, aveva dato evidenti sintomi di sofferenza fetale con il rallentamento del battito, somministrarono alla giovane donna atropina, un farmaco vietatissimo per chi è in quelle condizioni, allo scopo di "normalizzare" il tracciato. E poi se ne andarono a casa senza neanche informare della situazione i colleghi che subentravano in turno né il neonatologo stando bene attente, subito dopo, a falsificare la cartella clinica in modo da non lasciare traccia. Perché all'Ospedale Santo Bambino pare che spesso si usasse fare così: "sistemare" le cartelle cliniche al primo insorgere di grane giudiziarie.

Così avrebbero accertato le indagini della Procura guidata da Carmelo Zuccaro che ha ottenuto dal gip la sospensione dal servizio delle tre ginecologhe coinvolte: Amalia Daniela Palano per un anno, Gina Currao per sei mesi e Paola Cairone per quattro mesi. Le prime due, stando alle risultanze dell'inchiesta, avrebbero ritardato il parto di Deborah Percolla per non prolungare l'orario di lavoro, la terza invece avrebbe agito in modo ritenuto inadeguato e negligente effettuando per ben due volte la cosiddetta manovra di Kristeller, pratica bandita dalle linee guide e molta pericolosa per i nascituri, soprattutto in condizioni di sofferenza fetale. Alla fine, dopo un terribile e lunghissimo travaglio, Benedetto è nato con il cordone stretto al collo, in stato di ipossia e con gravissimi e permanenti danni cerebrali.

Accuse gravissime davanti alle quali il manager dell'ospedale Paolo Cantaro ha immediatamente aperto un'inchiesta interna anche per verificare la "prassi" della redazione postuma delle cartelle cliniche.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

06-DIC-2016
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

Neonato gravissimo, «niente cesareo per fine turno»

Il caso nel 2015 a Catania, sospese tre dottoresse: «Non volevano fare straordinari». Il piccolo ha danni irreversibili

Il silenzio
L'accusa: negligenti e imprudenti, non avvisarono neanche i loro colleghi

CATANIA Mamma Debora se lo stringe con amore il suo piccolo tesoro che, a un anno e mezzo dal parto rotea gli occhi come fossero interrogativi puntati sul futuro, un futuro su una sedia a rotelle, il corpo incollato alla culla. «L'hanno fatto nascere male due dottoresse troppo indaffarate per occuparsene in sala parto», spiega questa madre addolorata davanti al suo bimbo che non potrà mai correre nel salone di casa.

È la storia amara di una creatura colpita, al «Santo Bambino» di Catania, da irreversibili danni cerebrali, da una tetraparesi spastica con indebolimento del tronco neuroencefalico e grave ritardo neuropsicomotorio. Effetto di cure e interventi rinviati e non praticati per non allungare il turno di lavoro. Almeno secondo le accuse mosse alle due dottoresse, poi pronte a falsare le cartelle cliniche con una loro collega, adesso tutte sospese dal servizio per precauzione, su ordine della Procura della Repubblica di Catania. Una complessa indagine ancora da completare per il reato di lesioni permanenti sottoposte al vaglio del Gip, ma già vicine ad un secondo procedimento civile per risarcimento danni.

Il 2 luglio del 2015, al «Santo Bambino», le dottoresse Amalia Daniela Palano e Gina Currao, a fine turno, per non fare lo straordinario, avrebbero deciso di non praticare il cesareo. «Per non perdere tempo», come sintetizzano i genitori del bimbo, soddisfatti dalla sospensione di 12 mesi dal servizio per la prima e di 6 mesi per la seconda. Misura che si aggiunge ai 4 mesi di sospensione inflitti alla terza dottoressa, Paola Cairone. Pur non essendo a conoscenza dei fatti precedenti, secondo la Procura, avrebbe posto in essere «una serie di condotte negligenti e imprudenti». Da un lato, praticando alla paziente per due volte le manovre di Kristeller, bandite da protocolli ufficiali, «nonostante un tracciato non rassicurante». Dall'altro, non contattando in tempo il neonatologo.

Si è arrivati alle decisioni del procuratore della Repubblica Carmelo Zuccaro, dopo una lunga attività investigativa cominciata con le denunce della madre, Debora Percola, e di suo marito, sconvolti dal fatto che fosse stato escluso il ricorso al parto cesareo, «nonostante i molteplici episodi di sofferenza fetale». Episodi, assicurano anche i periti incaricati dalla Procura, rilevabili dai tracciati di quel giorno, «cinque di bradicardia in un'ora». Alla signora Debora sarebbe invece stato somministrato un farmaco che non troverebbe alcuna indicazione specifica per il travaglio da parto, l'atropina. Addirittura controindicata in presenza di sofferenza fetale. Sarebbe stata simulata una fittizia regolarità del tracciato, inesistente.

Le accusate smentiscono, ma senza convincere i magistrati, sorpresi davanti a una cartella clinica in cui non sono stati segnalati travaglio, sofferenza ed episodi ai colleghi del turno successivo. «Una pratica irregolare, quella di non trascrivere dati clinici — spiega il procuratore Zuccaro — che ostacola eventuali indagini. Verificheremo se ci sono stati altri casi».

Felice Cavallaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

35

Per cento
È la media nazionale italiana dei parti cesarei L'indicazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità è il 15%

L'inchiesta

● La Procura di Catania ha aperto una indagine per il reato di lesioni permanenti dopo i danni irreversibili subiti al momento del parto da un bimbo nato il 2 luglio 2015, al «Santo Bambino» di Catania

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 32.759
Diffusione 09/2016: 20.102
Lettori Ed. II 2016: 388.000
Quotidiano - Ed. Sicilia

LA SICILIA

Dir. Resp.: Mario Ciancio Sanfilippo

06-DIC-2016
da pag. 9
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

L'ESPERTO

Prof. Perino «Sconsigliata la manovra di Kristeller»

ANTONIO FIASCONARO

PALERMO. Una delle dottoresse sospese al Santo Bambino, secondo l'accusa, pur non essendo a conoscenza dei fatti precedenti delle altre due colleghe, anch'esse sospese, avrebbe posto in essere «una serie di condotte negligenti e imprudenti, da un lato praticando alla paziente per ben due volte le manovre di Kristeller, - pratica bandita dalle linee guida, -, nonostante un tracciato non rassicurante», dall'altro non contattando in tempo il neonatologo il quale arrivato quando già il feto era stato espulso dalla madre, ha effettuato il proprio intervento di rianimazione con gravissimo ritardo.

Ma in cosa consiste la manovra di Kristeller che sarebbe stata eseguita?

E' una manovra eseguita durante il parto in contemporanea con la contrazione. Consiste nell'applicazione di una spinta a livello del fondo dell'utero con lo scopo di facilitare l'espulsione della testa fetale in fase espulsiva avanzata. Anche se è ad oggi non sono tutti i centri italiani ed esteri che la utilizzano. «Questa manovra - spiega il prof. Antonio Perino, Past President della Società italiana di edoscopia ginecologica e direttore dell'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'azienda ospedaliera "Villa Sofia-Cervello" di Palermo - non è esente da rischi tanto che in molti stati europei è vietata dalla legge. In Inghilterra, non viene più praticata da diverso tempo. In Italia ne è fortemente sconsigliata l'adozione nel parto vaginale dopo cesareosebbene in occasione di distocie (anomalie nello svolgimento del parto, ndr), tale manovra può risultare ammissibile. La complicanza più temuta, anche se rara, è la rottura d'utero. Possono invece verificarsi con maggior frequenza, lacerazioni perineali causate dalla rapida espulsione della testa fetale».

Il prof. Perino ha poi aggiunto che «questa manovra se praticata deve essere effettuata soltanto una vola e dopo avere informato la paziente trascritto il protocollo in cartella clinica.Tale manovra trova pertanto indicazione soltanto quando ci sia urgenza di espletare il parto e la testa fetale si trovi già al piano perineale, prima di utilizzare il più pericoloso forcipe. Anches e oggi esistono altre manovre quali le cosiddette ventose che sono

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 32.759
Diffusione 09/2016: 20.102
Lettori Ed. II 2016: 388.000
Quotidiano - Ed. Sicilia

LA SICILIA

Dir. Resp.: Mario Ciancio Sanfilippo

06-DIC-2016
da pag. 9
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

L'OSPEDALE
L'Ospedale Santo Bambino è uno dei presidi ospedalieri dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele". La struttura è un presidio specializzato di Maternità e composto da diversi reparti della specialità Ostetrica-Ginecologica che svolgono attività ambulatoriale nei confronti dell'utenza.

L'ospedale Santo Bambino di Catania ha comunicato di avere già sospeso i tre medici coinvolti nell'inchiesta della Procura

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 101.382
Diffusione 09/2016: 39.034
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

06-DIC-2016
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

Secondo i magistrati agirono con «imperizia e negligenza»

Incinta di nove mesi morì all'ospedale: due medici a processo

::: GIUSEPPE SPATOLA

■■■ Il tribunale di Brescia ha rinviato a giudizio i due medici degli Spedali civili, Federico Prefumo e Emilia Buccheri, accusati di omicidio colposo per la morte di Giovanna Lazzari, la trentenne incinta di quasi nove mesi deceduta il 31 dicembre dello scorso anno a causa di un grave shock settico. I due medici, che si sono sempre dichiarati innocenti, non hanno scelto riti alternativi e il processo inizierà il 3 marzo.

Giovanna Lazzari, madre di altri due bambini, è morta nella notte tra il 30 e il 31 dicembre all'ospedale bresciano insieme alla bimba che aveva in grembo e che sarebbe dovuta nascere quinaidici giorni dopo l'improvviso ricovero. La donna, secondo quanto appurato dagli inquirenti, sarebbe deceduta per aver contratto, con ogni probabilità all'esterno della struttura ospedaliera, il batterio dello streptococco. I medici per i magistrati avrebbero colpa per «imperizia e negligenza». Già nei giorni successivi alla morte la Procura di Brescia aveva iscritto nel registro degli indagati i due medici con l'accusa di omicidio colposo e procurato aborto. Secondo i sostituti procuratori Ambrogio Cassiani e Carlo Nocerino, titolari dell'inchiesta, i due dottori in questione non si sarebbero adoperati per provare a salvare la donna «liquidando la situazione come una banale febbre in gravidanza dovuta a gastroenterite». Peraltro uno dei due medici iscritti nel registro degli indagati era anche il ginecologo della vittima.

Ora il processo potrà fare definitivamente chiarezza sulla vicenda, chiarendo le effettive responsabilità di chi avrebbe dovuto prendersi cura della donna incinta dopo il suo ricovero in corsia e le notti passate in bianco a causa dei dolori lancinanti che tormentavano la paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 63.700
Diffusione 09/2016: 39.803
Lettori Ed. II 2016: 222.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL GIORNO

Dir. Resp.: Giuliano Molossi

06-DIC-2016
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it

Mamma incinta uccisa da setticemia Medici a giudizio per negligenza

Il caso spinse il ministro Lorenzin a inviare ispettori al Civile di Brescia

OMICIDIO COLPOSO

È l'ipotesi di reato che verrà contestata in aula a ginecologo e ostetrica

Paolo Cittadini
■ BRESCIA

RINVIATI a giudizio i due medici del Civile di Brescia accusati di omicidio colposo e di interruzione di gravidanza per la morte di Giovanna Lazzari, la donna già mamma di due bambini, deceduta il 31 dicembre del 2015 mentre si trovava a pochi giorni dal termine della gravidanza. Inizierà il prossimo 3 marzo il dibattimento nei confronti di Federico Prefumo, 44 anni ginecologo del Civile e di fiducia di Giovanna Lazzari, e Emilia Buccheri, ostetrica di 37 anni.

SECONDO i titolari dell'inchiesta, il sostituto procuratore Ambrogio Cassiani e il procuratore aggiunto Carlo Nocerino, i due medici del Civile avrebbero sottovalutato il quadro clinico di Giovanna Lazzari arrivata in ospedale dopo avere contratto con ogni probabilità fuori dal Civile il batterio dello streptococco. Per gli inquirenti la diagnosi fatta dai due medici sarebbe stata estremamente superficiale: «Non hanno nemmeno preso in considerazione, già all'ingresso della paziente al Pronto soccorso ostetrico-ginecologico avvenuto poco dopo le 21 del 30 dicembre i sintomi indicativi di un quadro clinico di sepsi – scrivevano nell'avviso di chiusura indagini i titolari dell'inchiesta –. In più non hanno allargato il loro ragionamento clinico nonostante verso le 22.30 fossero manifesti tutti i sintomi di una sepsi batterica severa o di uno choc settico trascurando il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il riconoscimento precoce e la gestione dell'infezione».

I DUE MEDICI per la procura avrebbero operato con imperizia e negligenza provocando la morte del feto e quello della madre. «Hanno liquidato la situazione come una febbre dovuta a una gastroenterite – evidenziano dalla Procura alla luce della relazione sull'autopsia eseguita nei giorni successivi al decesso di Giovanna Lazzari –. La loro negligenza si è poi palesata quando entrambi hanno affidato tutta l'attività di monitoraggio a una specializzanda e a una ostetrica con poco più di un anno di esperienza».
Per la Procura Giovanna Lazzari poteva essere salvata se solo fosse stata prestata maggiore attenzione. «Nonostante la diagnosi di morte uterina del feto entrambi i medici hanno omesso di adottare congrui provvedimenti per tentare di salvare almeno la paziente» la conclusione dei magistrati. All'indomani della tragedia il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, inviò una task force per valutare e verificare eventuali criticità.
«L'esame della documentazione clinica resa immediatamente disponibile ha mostrato un certo disallineamento rispetto ai colloqui intercorsi con il personale dell'ospedale coinvolto nei fatti ed alla prima relazione sintetica (fornita dalla Direzione aziendale) – sottolineava la relazione degli ispettori ministeriali – Sono emersi alcuni aspetti di criticità sia di carattere organizzativo sia clinico».

Il fatto

Terzogenito

Giovanna Lazzari era già madre di due bimbi, a pochi giorni dal terzo parto giunse in ospedale con sintomi che furono ritenuti causati da una gastroenterite

Le relazioni

A seguito dell'autopsia furono riscontrate delle anomalie
Per la Procura ci fu anche negligenza nell'affidare a una dottoranda il compito di monitorare la paziente

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 04/2016: 34.000
Lettori Ed. I 2015: 154.000
Quotidiano - Ed. Varese

LA PREALPINA

Dir. Resp.: Maurizio Lucchi

06-DIC-2016
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

ANGERA

Sindaco pronto al ricorso «Punto nascite da riaprire»

Paladini Molgora spera che la caduta del Governo fermi il decreto che riguarda l'Ondoli

Antonello a pagina 33

«Salveremo il punto nascite»

Il sindaco spera che la caduta del Governo fermi il decreto. Ed è pronto al ricorso

Andrea Pellicini

ANGERA - Il punto nascite dell'ospedale angerese pare destinato a emettere l'ultimo vagito, ma il sindaco **Alessandro Paladini Molgora** e il sindacalista **Antonio Negro** non ci stanno. Lotteranno e, in tal senso, non è detto che la caduta del governo possa essere, per la struttura del Lago Maggiore, una notizia negativa. «Stiamo cercando di capire - afferma il sindaco - se le dimissioni di **Matteo Renzi** possano in qualche modo bloccare il decreto del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**. In caso contrario stiamo valutando l'ipotesi di un ricorso in tutte le sedi opportune». Insomma, come avviene in un ospedale, anche nei casi disperati si cercherà di fare l'impossibile per salvare "il paziente". In tal senso il primo cittadino promette battaglia: «La motivazione della chiusura - afferma Paladini Molgora - riguarda la sicurezza per quei presidi che effettuano meno di 500 parti all'anno, ma questo dato non ha nessun parametro scientifico, anzi. I dati dell'Organizzazione mondiale della sanità per esempio, inseriscono l'Italia immediatamente dopo i primi setti Paesi al mondo, con sole 3 mortalità di neonati su 100.000, mentre in Germania si sale a 9 e negli Stati Uniti a 14. Non ha senso, insomma, toccare il nostro sistema con motivazioni di sicurezza».

Ma il sindaco va oltre: «Non ci prendano in giro. Questa statistica è stata elaborata a misura per tagliare sulla sanità. E chiedo al prossimo ministro di telefonare a tutte le Ats, chiedendo informazioni sulle strutture laddove la mortalità di neonati è maggiore. Avrebbe delle sorprese: i riscontri peggiori potrebbero essere degli ospedali grandi. Ad Angera abbiamo tutte le garanzie per la sicurezza delle mamme e dei nati: anestesisti, pediatri neonatali e ginecologi sono presenti h24 e non ricordo nemmeno quando sia morto di parto l'ultimo bimbo. L'unica logica alla chiusura riguarda il depotenziamento dei piccoli centri per trasformarli in cronicari per anziani ma, così, la sanità torna indietro di cent'anni».

E' furibondo pure Antonio Negro: «Le future mamme - spiega il sindacalista della Fsi - non avranno più un punto di riferimento certo e sicuro, ma dovranno affrontare diversi chilometri per raggiungere Varese o Cittiglio dove pare che, in futuro, si effettueranno soltanto parti naturali. Chiudendo Angera ci saranno molti più rischi e, in questo modo, si sta devastando la sanità. Siamo di fronte all'ennesima pagliacciata vergognosa dell'Italia, anche perché i presidi piccoli sono delle eccellenze. Piuttosto ad Angera il problema da risolvere riguarda lo scarso personale nei reparti di medicina: i dipendenti non ce la fanno più e si deve agire prima che la situazione diventi insostenibile».

Nicola Antonello

Alessandro Paladini Molgora

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

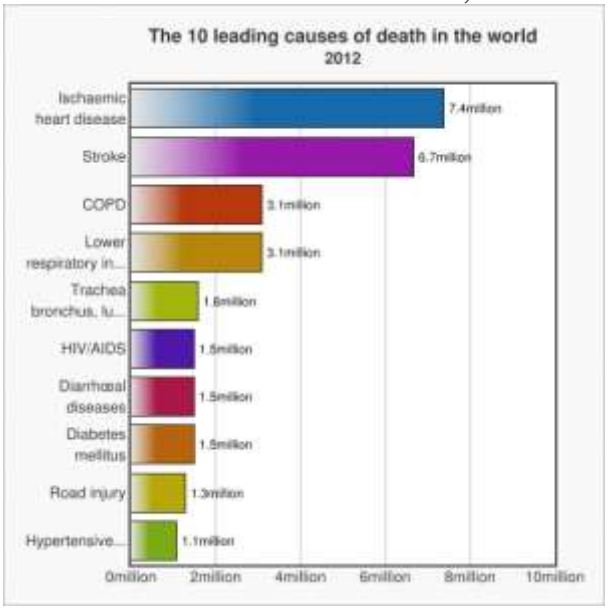
la Repubblica.it

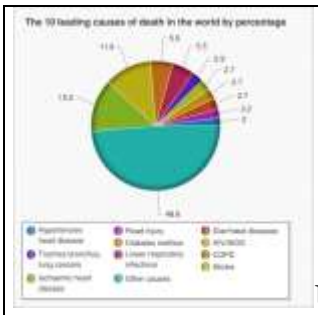
23-11-2016
Lettori
291.389

http://www.repubblica.it/

Tumori, siamo tutti coinvolti

Su *Jama Oncology* sono apparse le stime globali dei casi di cancro nel mondo nel 2015: 17,5 milioni di casi e 8,7 milioni di morti. Il report (frutto della Global Burden of Disease Cancer Collaboration) è stato redatto da una équipe guidata da Christina Fitzmaurice, Università di Washington, sulla base dei dati dei registri sui tumori nazionali e relazioni mediche. Così emerge che tra il 2005 e il 2015 i casi di cancro sarebbero aumentati del 33%, soprattutto a causa dell'invecchiamento della popolazione; globalmente le probabilità di sviluppare un tumore durante la nostra esistenza sarebbero 1 a 3 per gli uomini e 1 a 4 per le donne. Inutile nascondersi di fronte a queste cifre, non bisogna voltarsi dall'altra parte ma guardare la realtà, siamo tutti coinvolti, come diceva De Andrè. Le cure progrediscono, la diagnosi precoce cambia radicalmente l'approccio alla malattia, la prevenzione diventa fondamentale. Il tumore alla prostata resta il tumore più diffuso tra gli uomini (1,6 milioni di pazienti) ma è il cancro al sistema respiratorio ad essere quello con maggiori decessi sempre tra gli uomini (1,2 milioni di decessi nel 2015 per polmoni-bronchi-trachea; nei dati Oms 2012 e dal congresso Iaslc, associazione internazionale per lo studio del tumore ai polmoni, in corso a Vienna si stimano 1,6 milioni decessi tra uomini e donne: vedi articolo di Elvira Naselli http://www.repubblica.it/salute/medicina/2016/12/05/news/tumore_polmone_1_6_mln_morti_anno_sempre_piu_donne-153512648/). Per le donne il cancro al seno è il più diffuso (2,4 milioni di casi) ma anche quello che guida, nonostante i progressi, la classifica della mortalità tra il sesso femminile. Nell'età pediatrica i più comuni tumori sono la leucemia, il linfoma non Hodgkin, i tumori al cervello e al sistema nervoso.





Uno sguardo ai dati Oms 2000-2012 (il report del 2014) sulle 10 maggiori cause di morte vede il sistema cardio-circolatorio nel suo complesso al primo posto (nel 2012 erano 7,2 milioni di morti solo infarti e ischemie, 6,7 milioni di ictus), il cancro assomma 8,2 milioni di decessi, 1,6 milioni solo quelli al polmone seguiti da fegato (745 mila decessi), stomaco (723mila) colon e retto (694 mila), seno (521 mila). Sempre nel Report Oms erano14,1 milioni i casi di tumore seguendo le stime del World Cancer Report dello Iarc (report 2014, dati 2012) e oltre 32 milioni di persone che ci convivono a 5 anni dalla diagnosi. Lo Iarc stimava per i prossimi 20 anni un aumento di casi fino ad arrivare a 25 milioni l'anno nel 2034: un aumento del 75% e una curva crescente di morti nei paesi in via di sviluppo. La prevenzione può fare la differenza su queste stime.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

06-DIC-2016
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

STUDIO ANAAO/ Focus fabbisogni: negli ospedali mancheranno 7.280 dottori nei prossimi dieci anni

Ogni giorno due medici Ssn in meno

Gli effetti del doppio imbuto formativo e lavorativo - In pensione 4.720 camici bianchi

Due medici in meno ogni giorno. È il ritmo dell'emorragia di specialisti che attende le corsie degli ospedali italiani nei prossimi dieci anni. E tra imbuto formativo e blocco del turnover nel 2016-25 i camici bianchi rischiano l'«effetto panda»: mancheranno infatti all'appello 7.280 medici specialisti ospedalieri, circa 730 l'anno, tenendo conto che nello stesso periodo una media di circa 4.720 camici bianchi andranno in pensione. Un allarme estinzione lanciato da uno studio di Anaao Assomed su «Il fabbisogno di personale medico nel Ssn dal 2016 al 2030». Un'analisi dalla quale emerge chiaramente che la quadratura del cerchio tra curve di pensionamento, contratti specialistici Miur, fabbisogni specialistici richiesti dalle Regioni e numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia resta una chimera. Con il triste e antieconomico fenomeno della fuga all'estero dei giovani camici bianchi, che registra dati in salita arrivando a quota 1.000 ogni anno.

Le soluzioni proposte: stabilizzare tutto il precariato, recuperare un ruolo formativo del Ssn, con una collaborazione più stretta fra l'Università e Ospedali. E in base ai dati analizzati nello studio, Anaao Assomed propone che il numero dei posti per la Scuola di Medicina e Chirurgia debba essere limitato a circa 6.500 ogni anno, mentre le borse di studio per la formazione post laurea dovrebbero aumentare fino a circa 7.200, magari anche con finanziamenti Ue considerata l'emigrazione dei laureati e specialisti «made in Italy».

La questione, secondo il sindacato dei medici, va affrontata su un duplice fronte. «Assistiamo a un doppio imbuto - spiega **Domenico Montemurro**, responsabile Anaao Giovani - formativo e lavorativo. Il primo rappresenta il gap tra accessi al numero chiuso e stanziamento dei contratti di formazione specialistica, largamente insufficienti. Il secondo rappresenta la difficoltà a esaurire una alta domanda post lauream e post specialistica tra ricorsi al Tar, numero chiuso dilatato, rallentamento del turnover pensionistico e blocco delle assunzioni. Adesso attendiamo dalla legge di stabilità risorse certe per assunzioni e contratti».

I medici attivi in Italia al 2016 sono circa 354mila, con un'età media di oltre 54 anni. Una situazione di stallo, complice il blocco del turnover, che dopo la pausa creata dalla Riforma Fornero, dovrebbe vedere un'accelerazione del trend dei pensionamenti. Circa 19.157 usciranno nel primo quinquennio (2016-2020) e circa 28.127 nel secondo quinquennio (2021-2025). A queste cifre vanno aggiunte le uscite del personale medico universitario e specialista ambulatoriale convenzionato. Tenendo conto anche del nodo formazione, in dieci anni mancheranno all'appello a 7.280 medici.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli autori dello studio

Carlo Palermo
(vice segretario nazionale vicario Anaao Assomed)
Fabio Ragazzo
(direttivo nazionale Anaao Giovani)
Domenico Montemurro
(responsabile nazionale Anaao Giovani)
Matteo D'Arienzo
(responsabile regionale Anaao Giovani Emilia Romagna)

Box riassuntivo programmazione

Analisi descrittiva numero medici per categoria (2014-15)		Cessazioni (percentuale) attese nel decennio 2016-2025
Medici dipendenti a tempo indeterminato	102.204	circa **47%**
Medici dipendentia tempo determinato	7.750	percentuale **non significativa**
Medici universitari (prof. O-A/ ricercatori)	8.537	circa **47%**
Medici con contratti atipici	6.500	percentuale **non stimabile**
Medici specialisti ambulatoriali	8.469	circa **50%**

Analisi descrittiva delle variabili che insistono oltre le cessazioni sulla programmazione

Numero di medici specialisti ospedalieri mancanti nel decennio 2016-2025 dal rapporto cessati/neo-specialisti: **circa 730/anno**
Studenti ricorsisti Tar riammessi alle scuole di Medicina e chirurgia: **circa 9.800 per il biennio acc. 2013/14 e 14/15**

I numeri della programmazione per quinquenni accademici per categoria

Numero programmato di accessi alle scuole di Medicina e chirurgia per il quinquennio acc. 2017/18 - 2021/22: **circa 6.450/anno**
Numero programmato di contratti di formazione specialistica per il quinquennio acc. 2016/17 - 2020/21: **circa 7.170/anno**
Numero programmato di contratti di formazione specialistica per il quinquennio acc. 2021/22 - 2025/26: **circa 7.200/anno**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

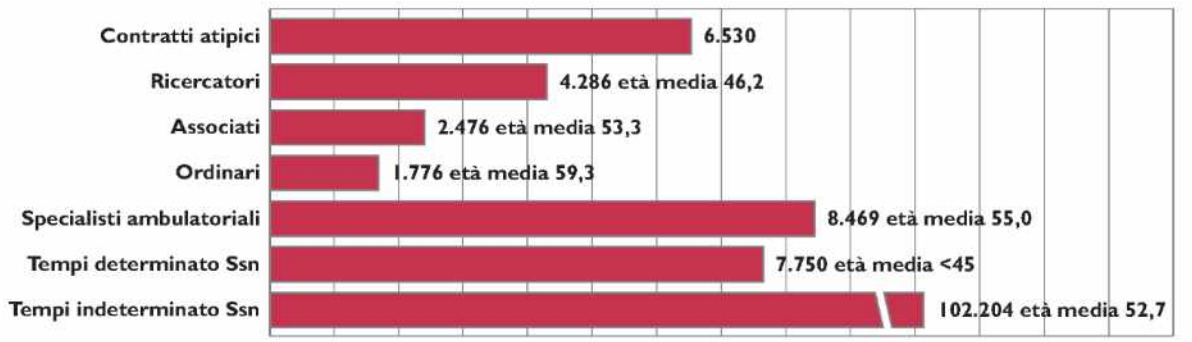
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

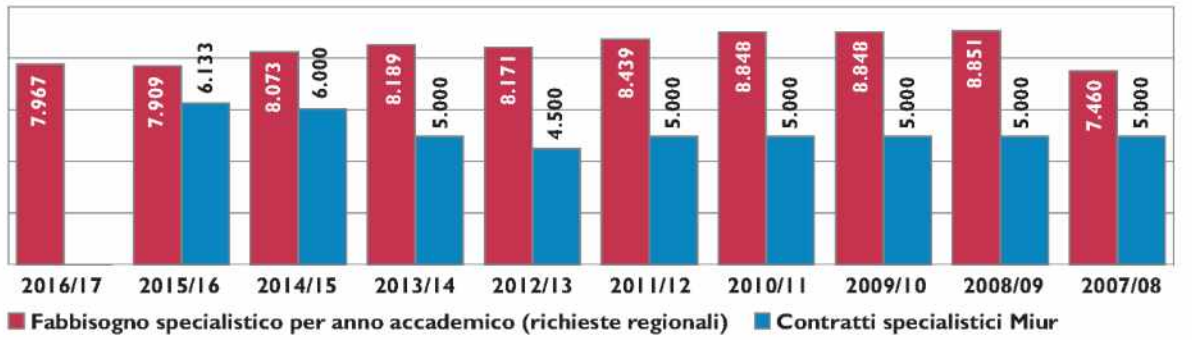
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

06-DIC-2016
da pag. 12
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Categorie di medici specialisti suddivisi per tipologia, numerosità ed età media (anni)



Confronto tra fabbisogni specialistici regionali e contratti di specialità Miur



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 05 DICEMBRE 2016

Influenza. Report Ocse: in Italia si vaccina solo il 55% degli anziani. Messicani e coreani i più vaccinati

Il nostro Paese in linea con la media dei paesi aderenti all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. Il rapporto ha messo a confronto i dari sulle vaccinazioni antinfluenzali tra gli over 65 nel 2004 e nel 2014. In Italia registrato un calo di circa il 10%, Mentre Messico e Corea del Sud viaggiano su percentuali dell'80%.

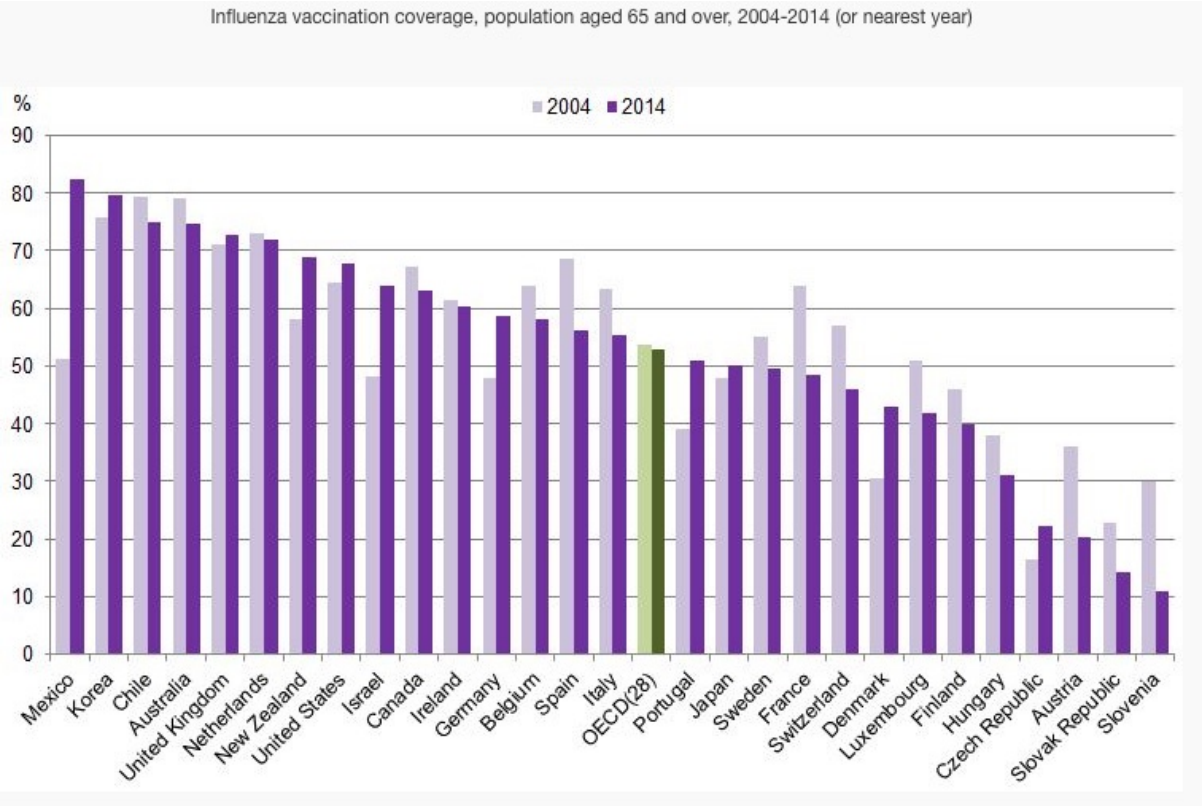
Evitare di ammalarsi, soprattutto nei periodi invernali, è il consiglio che gli esperti danno soprattutto alle fasce più deboli della popolazione. Tra questi ci sono gli anziani ma, gli over 65 ricorrono sempre meno all'aiuto dei vaccini per restare in buona salute.

Il bilancio è stato tracciato dall'Ocse che, tra gli studi pubblicati nel novembre del 2016, ne ha dedicato uno alla diffusione delle vaccinazioni anti-influenzali tra le persone più avanti con l'età. In particolare, sono stati analizzati due degli anni che racchiudono un decennio: il 2004 e il 2014. In Italia, in questo periodo, gli over 65 vaccinati sono passati dal 65 al 55%. Il Belpaese, nonostante il calo, risulta perfettamente in media con il resto dei paesi analizzati dall'Ocse: due anni fa, infatti solo la metà delle persone di età superiore ai 65 anni si sono vaccinate contro l'influenza.

A fare da modello ci sono solo alcune realtà che rispettano le raccomandazione dell'OCSE di mantenere una copertura vaccinale, in questa fascia di età, attorno al 75%. In prima linea c'è il Messico che, nel 2014, ha registrato una richiesta di vaccini superiore all'80%. Un vero salto di qualità se si considera che un decennio prima era poco più di 50 punti percentuali. A seguire, c'è la Corea che ha mantenuto una quota piuttosto stabile intorno agli 80 vaccinati su 100. Al 75% di vaccinati, per il 2014, ci sono anche il Cile e l'Australia. Tutti gli altri paesi sono al di sotto della soglia raccomandata. L'Italia si trova al quindicesimo posto, quasi a metà della classifica dei 28.

Maglie nere per Austria, Slovacchia e Slovenia, rispettivamente al terzultimo, penultimo e ultimo posto della classifica. Tutti e tre questi paesi non raggiungevano il 50 per cento dei vaccinati anziani nemmeno nel 2004. Per il 2014 l'Austria ha toccato i 20 punti percentuali, con un peggioramento di circa il 15%. La Slovacchia è passata dal 22% al 15 del 2014. La Slovenia, invece due inverni fa, ha visto vaccinarsi solo l'11% circa della popolazione anziana, con una diminuzione in 10 anni, di 20 punti percentuali.

Una situazione eterogenea e, dunque, non ottimale. Per questo l'Ocse consiglia di affrontare quanto prima una serie di problemi per aumentare la copertura vaccinale. In cima alla lista : una bassa percezione del rischio tra gli anziani, la paura di effetti collaterali e le questioni relative all'accesso e costo del vaccino.


Influenza vaccination coverage, population aged 65 and over, 2004-2014 (or nearest year)
%
2004
2014
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Mexico
Korea
Chile
Australia
United Kingdom
Netherlands
New Zealand
United States
Israel
Canada
Ireland
Germany
Belgium
Spain
Italy
OECD(28)
Portugal
Japan
Sweden
France
Switzerland
Denmark
Luxembourg
Finland
Hungary
Czech Republic
Austria
Slovak Republic
Slovenia

quotidianosanità.it

Lunedì 05 DICEMBRE 2016

Il No stravince col 59,11%. E Renzi si dimette. Oggi Cdm e poi al Colle. Mattarella: “Ci sono impegni e scadenze da rispettare in ogni caso”

Il governo Renzi finisce oggi. Dopo la sconfitta al referendum il premier getta la spugna e nel pomeriggio, dopo il Cdm delle 18,30, salirà al Quirinale per rassegnare le dimisissioni. Martedì la direzione del PD. E adesso? Governo di scopo (Padoan o Grasso) per riformare la legge elettorale e poi al voto è l’ipotesi più gettonata. Ma nulla è scontato. LA CONFERENZA STAMPA DI RENZI

“Nel pomeriggio riunirò il consiglio dei Ministri e poi salirò al Quirinale per consegnare al presidente della Repubblica le dimissioni". L’annuncio di **Matteo Renzi** è arrivato in diretta da Palazzo Chigi ieri dopo la mezzanotte quando ormai i risultati mostravano già inequivocabilmente la sconfitta del Sì.

“Gli italiani hanno parlato in modo inequivocabile chiaro e netto”, ha detto in conferenza stampa il presidente del Consiglio, aggiungendo, “questa riforma è stata quella che abbiamo portato al voto, non siamo stati convincenti, mi dispiace, ma andiamo via senza rimorsi. Come era chiaro sin dall'inizio l'esperienza del mio governo finisce qui”.

A scrutini terminati il risultato è netto e il No si afferma con percentuali ancora maggiori di quelle previste alla vigilia del voto. Il Sì infatti si ferma al 40,89% dei voti contro un 59,11% di Sì. E il verdetto è stato unanime in tutta Italia tranne Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Toscana e circoscrizione estera dove hanno prevalso i Sì (vedi tabella voto regione per regione). E per lo più con un dato sorprendente dell’affluenza che ha toccato il 65,47% degli aventi diritto dando conseguentemente ancora più valore e peso al risultato finale.

Quindi superati da poco i primi mille giorni di governo, il Renzi I cade e un reincarico al premier, anche se non escluso a priori, sembra a questo punto abbastanza improbabile. Tranne la minoranza PD che ha votato No e che chiede di non chiudere adesso la legislatura, “sarebbe irresponsabile” ha detto **D’Alema**, tutte le altre forze politiche dello schieramento del No chiedono elezioni subito.

Ma per andare ad elezioni bisognerebbe cambiare la legge elettorale oppure aspettare comunque la decisione della Consulta sull’Italicum sperando magari che sia la Corte a togliere le castagne dal fuoco smontandone l’impianto.

In ogni caso l’Italicum non va più bene e andrebbe comunque cambiato essendo concepito per elezioni monocamerali senza Senato elettivo.

Sui giornali di stamattina già inizia il toto nomi di chi dovrà guidare il governo per portare a termine la legge di Bilancio e per cambiare la legge elettorale (**Padoan** e **Grasso** le due ipotesi più gettonate).

Ma è presto per qualsiasi scenario concreto. La crisi di governo è appena agli inizi e la sua soluzione, come in ogni crisi di Governo non è mai scontata.

Al momento le tappe certe sono un Consiglio del ministri oggi alle 18,30 e poi la salita al Colle di Renzi per la formalizzazione delle dimissioni.

Intanto il presidente Mattarella auspica "serenità e rispetto reciproco". “L'alta affluenza al voto, registratasi nel referendum di ieri, è la testimonianza di una democrazia solida, di un Paese appassionato, capace di partecipazione attiva”, così il presidente della Repubblica in una nota ufficiale diramata dal Quirinale.

“L'Italia – prosegue Mattarella - è un grande Paese con tante energie positive al suo interno. Anche per questo occorre che il clima politico, pur nella necessaria dialettica, sia improntato a serenità e rispetto reciproco”.

“Vi sono di fronte a noi impegni e scadenze di cui le istituzioni dovranno assicurare in ogni caso il rispetto, garantendo risposte all'altezza dei problemi del momento”, conclude il Capo dello Stato.

La conferenza stampa del Presidente Renzi sul referendum (...

quotidianosanità.it

Lunedì 05 DICEMBRE 2016

Convenzione Medicina generale. Nuova bozza Sisac. Libera professione, ruolo unico e per la notte tre opzioni: ambulatori H24, centrali uniche o H16

Nuova definizione del ruolo professionale con la parola 'parasubordinazione' che viene eliminata. E poi ridefinizione della medicina generale in 4 settori e istituzione di un Tavolo di consultazione nazionale con i Sindacati per valutare l'applicazione dell'accordo. Ecco tutte le novità dell'articolato della convenzione dei medici di famiglia dopo il confronto degli ultimi mesi. IL TESTO

Ruolo unico, assistenza notturna e non solo. Ecco la nuova bozza della convenzione della medicina generale elaborata dalla Sisac e approvata dalla Regioni che raccoglie il lavoro fatto negli ultimi mesi sui tavoli separati con i sindacati. Ma vediamo le novità (vedi anche la sintesi dell'articolato).

Primo punto la definizione del ruolo professionale con la scomparsa della parola “parasubordinazione” e un riaffermazione più chiara della libera professione. Altra novità la costituzione di un Tavolo di consultazione nazionale con le organizzazioni sindacali firmatarie che si riunirà almeno una volta l'anno, al fine di operare un confronto su a) assetto organizzativo dei servizi territoriali; b) principali attività degli stessi servizi; c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione. Dal confronto potranno emergere proposte condivise per le quali la SISAC può farsi promotrice presso gli Organi preposti in sede di rinnovo contrattuale.

Grossa novità poi sull’assistenza notturna che 'non scompare'. La nuova bozza conferma infatti l’apertura degli studi raccordati in AFT dalle 8.00 alle 20.00 ma per la notte richiamando un Accordo Stato Regioni del 2013 si danno alle sostanzialemnte tre opzioni all’Azienda:

a) attivazione della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti;

b) attivazione di ambulatorio di continuità assistenziale h24 gestito da medici di cure primarie ad attività oraria integrati, ove necessario, con personale infermieristico, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso una sede propria o in prossimità di un DEA di I° o II° livello (purché con percorso ben distinto e separato da quello dedicato all'emergenza);

c) attivazione del servizio di continuità assistenziale realizzato con i medici di cure primarie ad attività oraria, organizzato per fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi di medicina generale per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.

Ritocchi anche sulla parte riguardante il Referente delle AFT per cui non sono più previsti dei requisiti specifici.

ANSA.it

05-12-2016

http://www.ansa.it

In un pugno di noci o noccioline l'elisir per il cuore, anche anti tumore

Bastano 20 grammi al giorno, frenano i radicali liberi

Una manciata di noci o noccioline al giorno, circa 20 grammi, riduce il rischio di problemi cardiaci, cancro e morte prematura. È quanto emerge da uno studio dell' Imperial College London e della Norwegian University of Science and Technology, pubblicato su BMC Medicine. Il gruppo di ricerca ha analizzato 29 studi in tutto il mondo che hanno coinvolto fino a 819.000 partecipanti, che includevamo più di 12.000 casi di malattie delle coronarie, 9.000 casi di ictus, 18.000 casi di malattie cardiovascolari e cancro, e più di 85.000 morti. Sebbene con delle variazioni legate alle differenze di genere, ai fattori di rischio e alla provenienza geografica, dai risultati è emerso che 20 grammi al giorno di noci, nocciole o noccioline, l'equivalente di un pugno, possono ridurre il rischio di malattie delle coronarie di quasi il 30 per cento, il rischio di cancro del 15 per cento, e quello di morte prematura del 22 per cento.

Una media di almeno 20 grammi di consumo è stata anche associata ad un ridotto rischio di morire di malattie respiratorie di circa la metà, e di diabete di quasi il 40 per cento, anche se i ricercatori osservano che vi sono meno dati su queste malattie in rapporto al consumo di frutta secca. Diverse le varietà analizzate, come noci, nocciole, noci pecan, ma sono state incluse anche le noccioline. Alcune tipologie in particolare, evidenziano gli studiosi, come le noci semplici e quelle pecan, sono ricche oltre che di magnesio, fibre e grassi polinsaturi, di antiossidanti che potrebbero contrastare il cosiddetto stress ossidativo, una condizione causata dall'eccessiva produzione di radicali liberi da parte dell'organismo, e questo potrebbe ad esempio ridurre il rischio di cancro.

adnkronos

05-12-2016

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Un pugno di noci al giorno 'scudo' contro il cancro e malattie del cuore

Buone notizie per gli appassionati di frutta secca. Una vasta analisi delle ultime ricerche condotte in materia dimostra, infatti, che **le persone che mangiano almeno 20 grammi di noci al giorno corrono un rischio minore di malattie cardiache, cancro e altre malattie rispetto a chi non sgranocchia questi alimenti**. In pratica, concedersi con regolarità uno spuntino a base di noci - l'equivalente di un pugno al dì - può ridurre il rischio di malattia coronarica di quasi il 30%, quello di cancro del 15%, e quello di morte prematura del 22%.

Non solo. Sembra che le noci abbiano virtù trasversali, dal momento che **20g al dì sono stati associati anche a un rischio dimezzato di morire di malattie respiratorie e del 40% in meno per quanto riguarda il diabete**. Anche se i ricercatori osservano che nel caso di queste ultime patologie i dati sono meno corposi. Lo studio, condotto da ricercatori dell'Imperial College di Londra e dell'Università norvegese di Scienza e Tecnologia, è stato pubblicato su 'BMC Medicine'.

Il gruppo di ricerca ha analizzato **29 lavori pubblicati in tutto il mondo**, **condotti su circa 819.000 partecipanti**. All'interno c'erano dati su oltre 12.000 casi di malattia coronarica, 9.000 casi di ictus, 18.000 casi di malattie cardiovascolari e cancro e più di 85.000 morti.

Insomma, numeri alla mano i ricercatori hanno scoperto che il consumo di noci è associato a una riduzione del rischio di malattia. "Abbiamo riscontrato una consistente riduzione del rischio in molte malattie diverse, aspetto che è un forte indicatore

dell'esistenza di un vero e proprio rapporto tra il consumo di noci e diversi risultati per la salute. E si tratta di un effetto notevole per una tanto piccola quantità di questo alimento", spiega Dagfinn Aune della School of Public Health dell'Imperial College. **La ricerca ha incluso tutti i tipi di frutta a guscio, come nocciole e noci, ma anche le arachidi, che in realtà sono legumi**. I risultati sono stati in simili, anche se è stata analizzata l'assunzione generale totale di nocciole, noci o arachidi.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

06-DIC-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

UNDICI REGIONI PROTAGONISTE DELLO EUROPEAN SUMMIT ON DIGITAL INNOVATION FOR ACTIVE AND HEALTHY AGEING

Healthy ageing, il made in Italy premiato dall'Ue

DI LISA LEONARDINI *

Il 7 dicembre a Bruxelles 11 Regioni italiane - Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Veneto e la Provincia autonoma di Trento riceveranno dalla Commissione europea il premio come Siti di riferimento del Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo (Reference site of the european and innovation partnership on active and healthy aging, Eip-Aha), insieme ad altri 63 selezionati a livello Eu.

Tale riconoscimento assegnato alle Regioni, e ai loro partner pubblici e privati, giunge grazie alle politiche e soluzioni innovative attuate a favore degli anziani e che contribuiscono a tradurre in pratica gli obiettivi strategici dell'Eip-Aha, tra cui: aumentare di 2 anni il periodo di vita sana e attiva entro il 2020 e ridurre i costi dei sistemi sanitari. Ruolo chiave nella scalata a Reference site delle Regioni italiane l'ha avuto il Programma Mattone internazionale salute (ProMis) che la Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni ha istituito, il 29 luglio 2015, quale servizio a supporto delle Regioni e Pa nei loro processi di internazionalizzazione.

Il partenariato Eu prevede la collaborazione di Enti governativi regionali che si occupano di materie sanitarie, il mondo imprenditoriale, il mondo accademico e la società civile (come per esempio le organizzazioni che rappresentano gli anziani e i pazienti) in un ecosistema integrato.

Gli 11 reference site italiani si sono impegnati a investire oltre 600 milioni di euro, nel periodo che va dal 2016 al 2019, in soluzioni innovative che porteranno: miglioramenti nella qualità della vita della popolazione, efficienza e sostenibilità per la salute, supporto all'assistenza sociale e, infine, crescita economica e aumento della competitività. Si prevede che questi investimenti porteranno benefici per circa 800mila persone nei prossimi tre anni.

Come noto, in Italia i processi demografici, che perdurano ormai da diversi anni e che influenzano l'indice di vecchiaia, sono riconducibili all'incremento della popolazione in età anziana, alla riduzione di quella in età giovanile, all'aumento della sopravvivenza e al contenimento della fecondità, ben al di sotto del livello di sostituzione delle generazioni. In ragione di tali fattori, l'Italia è il 4° Paese dell'Ue per popolazione (dopo Germania, Francia e Regno Unito) e il 23° al mondo. Le persone con oltre 65 anni d'età ormai rappresentano più di 1/5 della popolazione (fonte Istat).

L'invecchiamento demografico e il calo del tasso di natalità creano stress sui sistemi di welfare e implicano la necessità di interventi mirati, come politiche d'integrazione lavorativa e d'inclusione socio-culturale degli anziani. Con l'active ageing si può agire sul sistema economico nel suo complesso, favorendo anche giovani e donne. L'aumento prospettico delle persone attive e la conseguente diminuzione dei carichi socio-assistenziali sono fonte, infatti, di ricadute positive sulla tenuta dei sistemi di welfare regionali.

La partecipazione all'Eip-Aha offre, quindi, all'Italia l'opportunità di sperimentare e implementare buone pratiche capaci di sviluppare ricadute positive: riduzione della spesa pubblica (calo dei consumi e dei costi dei servizi sociosanitari), aumento degli investimenti e della produttività nei settori delle nuove tecnologie applicate ai servizi sociosanitari, e sviluppo di nuove opportunità sul mercato del lavoro.

I siti italiani che verranno premiati stanno mettendo in campo progetti e azioni di impatto strutturale. Le Regioni come Friuli Venezia Giulia e Lombardia hanno adottato leggi specifiche che hanno dato impulso a interventi finalizzati a garantire un'ottimale integrazione socio-sanitaria, secondo una visione centrata sui bisogni del paziente, e orientata a superare la frammentazione dei servizi e i tradizionali dualismi ospedale-territorio, sanitario-sociosanitario. La Campania punta al trasferimento delle innovazioni biomediche e tecnologiche per il mercato, sfruttando l'integrazione tra ricerca, formazione e fornitura di servizi attraverso collaborazioni internazionali. La Liguria sta studiando l'applicazione di sistemi digitali che coinvolgano le zone rurali e arrivino ai cittadini maggiormente isolati. Il Piemonte scommette sulla formazione, per diminuire l'ospedalizzazione, formando alle tecniche dell'infermieristica di comunità un team di professionisti in diverse zone montane. La Puglia ha attivato i distretti tecnologici multidisciplinari attraverso l'utilizzo dei fondi strutturali (appalti pubblici per l'innovazione). La Toscana ha sviluppato il modello proattivo di prevenzione e presa in carico delle patologie croniche (Sanità d'iniziativa) e i programmi di attività fisica adattata. Il Lazio ha sviluppato un modello di valutazione della qualità delle cure promuovendo l'aderenza a cure basate sulle evidenze. L'Emilia Romagna ha sviluppato un modello predittivo per la diagnosi precoce di condizioni prefragili e fragili legate a fattori sociali e sanitari. La Pa di Trento ha realizzato la piattaforma di sanità elettronica denominata TreC (Cartella clinica del cittadino) attiva, attraverso le sue applicazioni, nel contesto di continuità assistenziale ospedale-territorio. Anche il Veneto è impegnato nel campo digitale con lo sviluppo della Regional health information exchange (Hie) che consente ai cittadini di accedere ai servizi sanitari elettronici. Trasversalmente, la "presa in carico della cronicità" rappresenta il cuore delle buone pratiche italiane attraverso modelli gestionali innovativi basati sulla presa in carico proattiva e integrata del malato.

Il premio sarà conferito dal Commissario Ue per l'economia e la società digitali Oettinger in occasione dell'European summit on digital innovation for active and helthy Ageing che riunirà rappresentanti politici a livello europeo e internazionale, inclusi i rappresentanti dei governi di Giappone, Canada e Usa, ministri del settore Ict del G7, rappresentanti dell'Oms, Ocse, Ong e Ceo di imprese private.

** Ulss 10 Veneto*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fumetti, una cura metafisica

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Corriere della Sera Agenda Italia

06-DIC-2016
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

La pediatra

La donna che trovò i segreti del sistema immunitario

Chi è

Maria Grazia Roncarolo guida l'Institute for stem cell biology and regenerative medicine della Stanford School of Medicine, negli Stati Uniti

È la pediatra che dopo essere tornata da Palo Alto scala le vette della ricerca in Italia, fino a diventare tra il 2008 e il 2013 la prima donna a essere nominata direttore scientifico del San Raffaele, ospedale ai vertici in Italia per pubblicazioni scientifiche (oltre 1.100). Maria Grazia Roncarolo oggi è di nuovo di casa negli Usa, stavolta alla Stanford School of Medicine, dove guida l'*Institute for stem cell biology and regenerative medicine*: ma la sua figura resta tuttora centrale all'Istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica (SR-Tiget), una joint-venture tra l'ospedale e la Fondazione Telethon.

Tra le scoperte principali, il ruolo delle cellule T regolatorie di tipo 1 (Tr1), componenti del sistema immunitario che possono trovare importanti applicazioni nella prevenzione e nella cura delle malattie autoimmuni e contro il rigetto nei trapianti. È suo un protocollo all'avanguardia per curare i bambini affetti da immunodeficienza combinata grave (Scid), con benefici clinici comprovati.

È tra le vincitrici 2013 del premio *Marisa Bellisario*, «per il contributo dato al progresso della medicina e per l'impegno con cui persegue l'obiettivo della rinascita della ricerca scientifica in Italia. Raro esempio di cervello tornato in patria che con ammirevole spirito di sacrificio e passione autentica ha dedicato la propria vita a trovare le migliori e più efficaci cure per le più terribili malattie».

S. Rav.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

06-DIC-2016
da pag. 22
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Così l'infermiera killer preparava i delitti «Ho fatto un corso...»

Il piano per eliminare un conoscente svelato all'amante: «Ho seguito le lezioni sulla morte cardiaca improvvisa»

L'inchiesta

di **Andrea Galli**
e **Roberto Rotondo**

MILANO L'infermiera amante e killer aveva una «giustificazione» per ogni vittima anche se erano tutte invenzioni, auto-convincimenti mai suffragati da prove e da conferme dei famigliari poi sentiti dai carabinieri. Del marito Massimo Guerra, ucciso dalle dosi d'insulina aumentate di giorno in giorno, Laura Taroni diceva che l'aveva trascurata e si era negato sessualmente perché ormai devoto a un «giro» di escort in Svizzera. Della mamma Maria Rita Clerici, mandata in coma e lasciata agonizzare per due ore prima di chiamare l'ambulanza, ripeteva che si era opposta alla sua relazione con l'anestetista e complice Leonardo Cazzaniga. La presunta «colpa» di Giacomino Angelinetta, ex della cugina Dolores Prestinari detta «Dolli», era invece quella di farsi mantenere dalla donna e d'essere un lavativo perditempo. Andava eliminato, inutile discuterne.

L'assassinio non è stato mai consumato ma era nel «programma» della coppia diabolica. Ed era Taroni, in particolare, a spingere. A prepararsi e preparare il compagno all'ennesimo grande passo. Aveva addirittura compiuto degli «approfondimenti» tecnici, si era «specializzata» come testimoniato dal dialogo in macchina con lo stesso anestetista alle 16 dello scorso 29 febbraio: «Se quello venisse giù in ospedale da noi trac! Tra il chiaro e lo scuro via, gli è venuto un infartaccio... Comunque adesso io che ho fatto il corso per la morte cardiaca improvvisa...». Rideva, l'infermiera, rideva sonoramente. Aveva dunque frequentato appositi corsi per studiare meglio il cuore e la sua fine. Quali e dove non si sa, sarà Taroni a dirlo nel caso in cui scegliesse di parlare col pm dopo il silenzio del primo interrogatorio. O forse potrebbe rivelarlo Cazzaniga, che s'è visto bocciare la richiesta dei domiciliari e che dovrebbe essere ascoltato ancora. Sembra che abbia voglia di confidarsi.

Come con il marito e la madre, ricoperti di insulti anche quand'erano deceduti — ed entrambi cremati per impedire alla Procura di Busto Arsizio le autopsie —, così l'infermiera odiava Angelinetta. «Giacomino prende lo stipendio ma alla Dolli non gli dà una lira... mangia lì, quando fa freddo lui sta lì perché i caloriferi da lui non li fa andare... è mantenuto in tutto e per tutto e allora basta basta!». Taroni e Cazzaniga sceglievano gli «obiettivi» e la strategia d'azione, e avevano un arsenale sempre a disposizione per i delitti. La coppia ha rubato parecchi medicinali per indurre le morti. Nell'ospedale di Saronno gli inquirenti hanno accertato l'assoluta mancanza di verifiche interne sugli ammanchi: chiunque poteva arraffare quel che preferiva, non c'era nemmeno un sistema minimo di controllo. I due se ne approfittavano. L'ospedale era lo spazio libero dove sfogare e concretizzare gli istinti bestiali. Di nuovo una conversazione in macchina con Cazzaniga che in quel momento stava violando il codice della strada. «La faccio sporca?». «Sì falla sporca, che ti frega». «Ehi quando sei up, sei forte ca...». Perché? «Sei forte!». «Senti e se quello venisse in ospedale....». «Una morte cardiaca improvvisa...». «Uhm». «E l'arresto cardiaco, sono due cose diverse! Cioè si può morire per morte cardiaca improvvisa, non solo per arresto cardiaco ma perché si mettono insieme componenti tipo l'embolia polmonare massiva che provoca la morte cardiaca imp..». «... improvvisa». «Improvvisa sì, senza gli infarti». «Ma anche la morte improvvisa elettrica...». «Esatto». «Ehh...». «Collegata alle famose patologie... Tu che sai tutto!». *Tu che sai tutto*. A complimentarsi era l'anestesista con l'infermiera, non viceversa. Laura Taroni: forse la «guida», l'istigatrice e provocatrice, l'anima più nera e buia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

06-DIC-2016
da pag. 22
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

La parola

PROTOCOLLO CAZZANIGA

Così è stata definita la somministrazione per via endovenosa del cocktail letale di farmaci, in dosi massicce, alle vittime nell'ospedale di Saronno. Le sostanze, in sovradosaggio e rapida successione tra loro, sono clorpromazina, midazolam, morfina, propofol e promazina.

La vicenda

- Laura Taroni, 40 anni, infermiera, e Leonardo Cazzaniga, 60 anni, medico anestesista, ex viceprimario del Pronto soccorso, sono finiti in carcere per alcune morti all'ospedale di Saronno
- Sono cinque gli omicidi per i quali sono stati arrestati. Per altri due delitti contestati non è scattata la custodia cautelare
- Ai malati ricoverati il medico avrebbe somministrato dosi letali di farmaci. La sua amante, l'infermiera Taroni, è stata arrestata per l'omicidio in concorso con Cazzaniga di suo marito
- Nel 2013 era stata istituita una Commissione in ospedale ma non aveva rilevato irregolarità

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

06-DIC-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

GLI EFFETTI DELLA SENTENZA

Il castello che crolla per il Ssn, dai manager ai 5mila dirigenti

Rispetto ai quattro articoli bocciati dalla Consulta, le aziende sanitarie hanno un diretto interesse nelle problematiche connesse all'articolo 11 e all'articolo 17. In ordine alla prima norma di delega la principale conseguenza è la sospensione (sarebbe meglio dire la morte, visto che la delega è ormai scaduta) del decreto che istituisce la Dirigenza della Repubblica e che riguarda i dirigenti dei ruoli professionali, tecnici e amministrativi per un totale di circa 5.000 soggetti.

Tutto azzerato, quindi: il ruolo regionale, il reclutamento, le modalità di conferimento e la durata degli incarichi, il destino dei dirigenti privi di incarico, il trattamento economico e le responsabilità dirigenziali. Ma dei numerosi punti dell'articolo 11 uno in particolare aveva già visto l'ufficialità in un decreto legislativo in Gazzetta, a stralcio della delega generale. Si tratta dell'istituzione dell'elenco nazionale dei direttori generali che aveva generato non poche polemiche (decreto legislativo 171/2016). Le regole vanno riscritte di nuovo previa modifica della legge delega in conformità al dispositivo della pronuncia della Corte.

Dovrà in buona sostanza essere prevista una Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e c'è da scommettere che la trattativa sarà furibonda - altro che le "genuine trattative" e la leale collaborazione invocata dalla Corte - visto che la materia è quella di cui le Regioni sono più gelose.

Per trascinamento sono da ritenere decaduti il Dm del ministro della Salute del 17 ottobre scorso sui parametri per i punteggi da assegnare ai candidati Dg e l'altro Dm, sempre della Salute ma non ancora in Gazzetta ufficiale, con il quale è stata nominata la Commissione per la costituzione dell'elenco. Non è un caso che non appena diffusasi la notizia della sentenza della Corte, l'azzeramento delle norme sulle nomine dei direttori generali è stato il primo argomento che ha concretizzato la evidente di soddisfazione del Presidente della Regione Veneto.

Per ciò che concerne invece l'articolo 17 - cioè la lunghissima delega sul riordino del lavoro pubblico - non esisteva neanche una bozza di decreto in quanto la scadenza della delega era fissata per il 27 febbraio 2017. Tuttavia anche in questo caso il Governo aveva stralciato un punto, quello contrassegnato dalla lettera s).

L'argomento ha riempito le cronache per mesi e probabilmente è quello che ha suscitato il maggiore interesse mediatico, visto che stiamo parlando del licenziamento "speciale" degli assenteisti (Dlgs 116/2016). Dunque, anche su questa materia, bisognerà ricominciare da capo e soltanto dopo che la Conferenza sia pervenuta a una Intesa che ci si augura porrà rimedio alle evidenti assurdità contenute nel decreto adottato lo scorso aprile.

S.Sim.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Legge Madia, tutto da rifare

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

06-DIC-2016
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'ACCESSO DIRETTO ALL'INFORMAZIONE SANITARIA

Tutti sul web ma la fonte resta il medico di base

Inevitabilmente il web dilaga, anche quando l'informazione da cercare è di natura sanitaria. Il 50° rapporto Censis fa il punto: il 41,7% della popolazione usa la rete per questioni riguardanti la salute, in particolare per approfondimenti su patologie o su corretti stili di vita, ma anche come guida pratica. La connessione è uno strumento per ottenere informazioni su medici e strutture (29,3%) e per prenotare visite ed esami (il 25,2%). L'impiego per finalità pratiche va crescendo negli anni, parallelamente alla quota di internauti che utilizzano il web per la salute, passati dal 25,2% del 2006 al 32,3% del 2012).

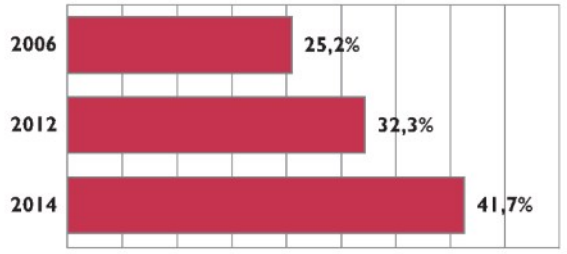
All'empowerment progressivo del paziente hanno senz'altro contribuito le potenzialità offerte da internet, ma ciò non comporta come contraltare un venire meno dell'autorevolezza del medico. Solo il 20,6% degli italiani ritiene che il camice bianco debba esprimersi solo per informare il paziente; il 50,9% degli intervistati crede nella scelta terapeutica condivisa, cui arrivare dopo una collaborazione effettiva e proficua di entrambe le parti. Resta poi uno "zoccolo duro", un 28,5% di tradizionalisti, per lo più anziani, che conferma il ruolo del medico decisore autonomo rispetto alla salute dei suoi pazienti.

In generale, pare voler affermare il Censis, gli internauti della salute sono ormai "maturi": la quota di quanti ritengono che troppe informazioni possano rischiare di confondere i meno esperti e che quindi sulle questioni di salute debba decidere il medico, è cresciuta nel tempo, passando dal 46,6% del 2006 al 54,5% del 2014. E nel 2016 quasi la metà degli italiani attribuisce al medico di medicina generale il compito di indirizzarli alle strutture più adatte, mentre la percentuale crolla al 12,1% quando ci si esprime sulle potenzialità in questo senso di Internet. La realtà conferma queste dichiarazioni: nel 50,1% dei casi il contatto più recente con una struttura del Ssn è avvenuto dietro indicazione di un Mmg. A distanza seguono il Cuo (14,6%) e lo sportello dell'Asl o dell'ospedale (12,2%).

Infine, la rete diventa una "piazza" per dialogare con il medico: tra gli utilizzatori dei social network (nel 2015 il 47,2% della popolazione), nel 2014 il 16,2% aveva utilizzato un forum per ottenere un consulto medico. Nel 2012 la percentuale arrivava appena all'8,6 per cento. Complementare a questa ricerca del medico on line è l'impiego di app che mettono in contatto con medici specialisti.

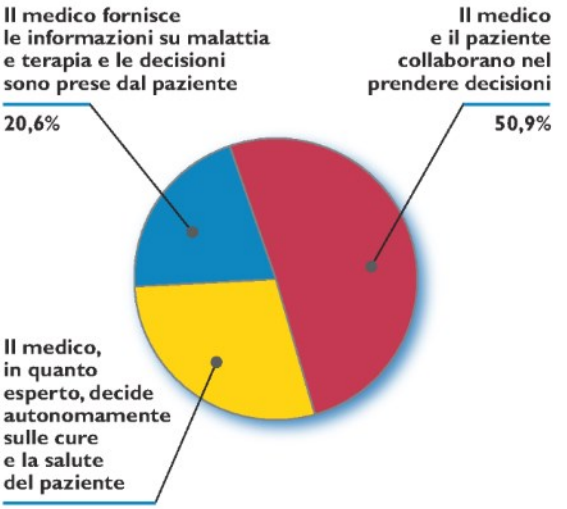
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Internauti per questioni relative alla salute



Fonte: indagini Censis, 2006-2014

Il rapporto medico-paziente



Fonte: indagine Censis, 2014

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

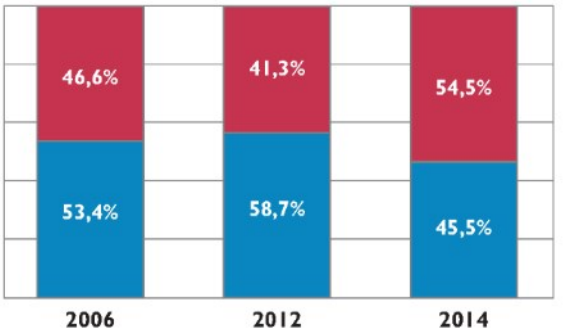
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

06-DIC-2016
da pag. 2
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

L'approccio a informazione e gestione della salute



■ Troppe informazioni rischiano di confondere chi non è esperto, sulla salute devono decidere i medici

■ È opportuno procurarsi il maggior numero di informazioni per decidere autonomamente della propria salute

Fonte: indagini Censis, 2006-2014

data stampa
dal 1980 monitoraggio media