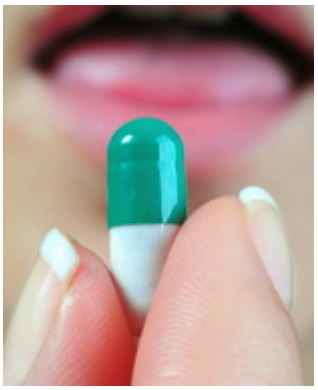
Farmacista33

10-01-2017

http://www.farmacista33.it/

Pillola giorno dopo, Procura: farmacista assolta ma appello da valutare



Non c'è ancora la parola fine sull'assoluzione della farmacista di Monfalcone, esito del processo per la mancata dispensazione della pillola del giorno dopo: per la Procura di Gorizia non è stata assolta perché il fatto non sussiste, ma perché dichiarata non punibile per la particolare tenuità del fatto, dunque si riserva «di leggere i contenuti della sentenza per conoscere le motivazioni dei giudici e valutare l'opportunità impugnare la sentenza». È quanto si è appreso nei giorni scorsi sulle pagine del quotidiano locale il Piccolo. La decisione del tribunale, di cui non è ancora pubblico il testo della sentenza, è stata definita dai legali della farmacista come «la prima nel suo genere in Italia, saggia ed equilibrata», ma secondo il procuratore **Massimo Lia** fino a che non sono note le precisazioni riportate nel dispositivo della sentenza il rischio è di creare un equivoco in quanto rifiutarsi di dispensare la pillola del giorno dopo, dichiarandosi obiettore di coscienza, si commette il reato di omissione di atti d'ufficio.

Dal canto loro i legali della farmacista avevano commentato la sentenza richiamando l'articolo 3 del codice deontologico, sulla libertà, indipendenza e dignità della professione: «Il farmacista deve operare in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo sempre presenti i diritti del malato e il rispetto della vita». Ma secondo l'Ordine provinciale il farmaco in questione (Norlevo) «da un punto di vista tecnico non è propriamente abortivo» tuttavia, aveva aggiunto il presidente provinciale dei farmacisti di Trieste, Marcello Milani, «comprendo la posizione psicologia e morale della collega. In materia a livello nazionale ci sono scuole di pensiero diverse». Secondo Milani «il farmacista non deve lavarsi le mani della questione ma per il momento la legge ci consente di dire di no».

ANSAit

09-01-2017

http://www.ansa.it

Nel mondo un quarto procedure mediche è inappropriato

Da endoscopie a sostituzioni anca, convivono eccessi e carenze

(ANSA) - ROMA, 9 GEN - Circa un quarto di terapie e servizi offerti da medici e ospedali nel mondo è inappropriato perchè inefficace o superfluo. La stima è contenuta in una serie speciale della rivista Lancet sul tema realizzata insieme al Lown Institute di Boston, secondo cui con gli sprechi convivono anche problemi opposti di accesso alle terapie.

Dagli articoli di 27 esperti internazionali emergono diversi esempi, dai 500mila casi di tumore della tiroide che subiscono un eccesso di trattamento ai sei milioni di cesarei di troppo, metà dei quali in Cina e Brasile, al 26% di sostituzioni dell'anca inutili in Spagna. Per l'Italia viene citato ad esempio il fatto che il 22% delle angioplastiche e il 30% delle angiografie sono inappropriate, o che il 9% dei bambini ricoverati per diarrea riceve antibiotici inutili, o ancora un uso eccessivo delle endoscopie, comune a tutto il mondo occidentale con tassi che vanno dal 16 al 33% dei casi. Fra le procedure sottoutilizzate ci sono l'uso di steroidi in gravidanza per ridurre il rischio di morte pretermine, ma anche il mancato accesso a farmaci salvavita come quelli per alcuni tumori o, in Africa, per l'Hiv. "Le terapie inappropriate sono un fenomeno comune - scrivono gli autori - i medici continuano a sottoutilizzare interventi semplici o economici, e ad utilizzare eccessivamente procedure inefficaci ma più note, lucrose o convenienti, nonostante i potenziali danni per i pazienti.

Questi due problemi si possono trovare contemporaneamente nello stesso paese, struttura

sanitaria o addirittura paziente".

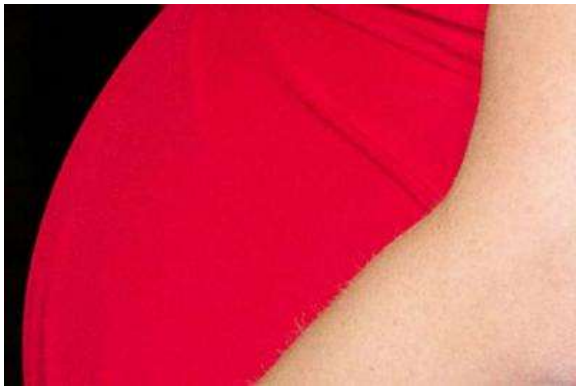
adnkronos

09-01-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Donne incinte, arrivano 800 euro



Nel 2017 entra in vigore il cosiddetto bonus mamme domani (conosciuto anche come bonus gravidanza o premio alla nascita). Come si legge su laleggepertutti.it, si tratta di una **misura di sostegno (pari a 800 euro)** per le donne incinte, approvato con la Legge di Bilancio 2017.

In attesa dei decreti attuativi che disciplinino i requisiti e le modalità di presentazione delle domande, è già possibile individuare alcune indicazioni generali. Il bonus mamme domani consiste in **un assegno 'una tantum'** (e senza possibilità di rateizzazione) dell'importo di 800 euro, riconosciuto alle donne in gravidanza nel 2017. L'assegno è **finalizzato a sostenere i costi delle visite mediche e le spese necessarie per il mantenimento del neonato**, molte delle quali sono sostenute nei mesi prima della nascita.

Tra pannolini e carrozzine come risparmiare con un bebè in arrivo

La **domanda per ottenere l'assegno può essere inviata a partire dal settimo mese di gravidanza** (stadio in cui la gravidanza è a 'minor rischio' e aumentano i costi per le visite mediche e le spese per il bebè). Le modalità di invio devono essere ancora comunicate dettagliatamente dall'Inps.

Quel che è certo che **non sono previsti limiti di reddito** per cui tutte le donne incinte dal settimo mese di gravidanza nel 2017 potranno accedere al beneficio, a prescindere dal reddito e dalla situazione patrimoniale del nucleo familiare. **Non sarà dunque necessario allegare l'Isee alla domanda** di bonus mamme domani 2017. Molto probabilmente, come avviene per i bonus bebè e voucher asilo nido, la domanda dovrà essere presentata all'Inps tramite modalità telematica, autonomamente tramite

accesso all'area riservata con il pin Inps o tramite l'aiuto di un intermediario abilitato o CAF.

Per il 2017 sono stati confermati anche il bonus bebè e il voucher babysitting o asilo nido. Il bonus bebè consiste in un assegno mensile erogato a favore di genitori con un figlio minore di 3 anni. Il bonus è di importo pari a: 80 euro al mese, per ogni figlio minore di 3 anni, se l'Isee del nucleo familiare non supera 25000 euro; 160 euro al mese, per ogni figlio minore di 3 anni, se l'Isee del nucleo familiare non supera 7000 euro.

Il bonus bebè spetta per ogni figlio nato, adottato (se minorenne) o in affido preadottivo tra il'1 gennaio 2015 e il 31 dicembre 2017, ai genitori: cittadini italiani o di uno Stato dell'Unione Europea o di uno Stato extraeuropeo con permesso di soggiorno di lungo periodo; residenti in Italia; conviventi col bambino per il quale si chiede il bonus; con Isee inferiore a 25000 euro annui, per tutta la durata dell'assegno.

I voucher babysitter e i contributi per l'asilo nido sono delle misure riservate alla madre che, in luogo del congedo parentale, ha scelto di affidare il bambino a una babysitter o a un asilo nido. I voucher ed i contributi hanno un valore pari a 600 euro mensili e sono riconosciuti per un massimo di 6 mesi (3 mesi, per le lavoratrici autonome e per le libere professioniste iscritte alla Gestione separata dell'Inps); per le lavoratrici part time, i contributi sono ridotti proporzionalmente all'orario di lavoro.

Il **voucher asilo nido non deve essere confuso con il cosiddetto bonus nido**, nuova misura del 2017 consistente in un voucher fino a 1.000 euro l'anno, erogato per i primi tre anni di vita del bambino al fine di aiutare i genitori nel pagamento della retta per asili pubblici o privati. Tale bonus è riconosciuto anche se i genitori fruiscono del congedo parentale, ma non è cumulabile con i voucher babysitter e asilo nido, né con la detrazione Irpef (del 19% fino a 632 euro per le spese di iscrizione al nido).

quotidianosanità.it

Lunedì 09 GENNNAIO 2017

Cancro endometrio. Liquido lavaggio uterino possibile strumento di diagnosi

Il liquido utilizzato per il lavaggio uterino fornisce utili informazioni molecolari per la diagnosi di cancro dell'endometrio. Questa evidenza è emersa da uno studio americano condotto su 107 donne sottoposte a isterectomia. Se i risultati saranno confermati su un campione più ampio, si può ipotizzare un uso del liquido come mezzo di screening.

(Reuters Health) - Il liquido usato per il lavaggio uterino può trasformarsi in un mezzo di screening molecolare e diagnosticare il cancro dell'endometrio. È quanto emerge da uno studio effettuato negli USA su donne sottoposte a isterectomia, pubblicato da Plos Medicine.

John Martignetti e colleghi, del Mount Sinai Hospital di New York, hanno analizzato un campione di 107 donne, confrontando la pratica del lavaggio uterino con le evidenze emerse dai campioni di sangue raccolti. Il team ha utilizzato due panel di nuova generazione per il sequenziamento genetico ultra profondo. L'analisi istopatologica classica ha mostrato che sette pazienti avevano il tumore dell'endometrio. Sei di queste pazienti avevano un cancro di stadio IA e uno era rilevabile solo a livello microscopico poiché si trovava all'interno di un polipo.

A tutte e sette sono state trovate significative mutazioni genetiche associate al cancro sia nel pellet cellulare, sia in frazioni di Dna libero dalle cellule. Nelle quattro pazienti in cui era disponibile un adeguato campione di tumore, tutte le mutazioni tumorali sopra una frazione specifica di allele erano presenti nei campioni di Dna del lavaggio uterino. Delle 95 pazienti con diagnosi di patologia benigna o di non-cancro, 44 non avevano significative mutazioni tumorali. Ma, "in modo intrigante", dicono i ricercatori, 51 pazienti senza evidenza istopatologica di cancro hanno fatto rilevare livelli relativamente alti di mutazioni tumorali associate. Così l'esame del liquido di lavaggio uterino di per sé non ha distinto tra donne con e senza evidenze clinicamente rilevanti di tumore dell'endometrio.

I commenti
"Con la scoperta di un panorama di mutazioni genetiche precedentemente non conosciute in donne con e senza tumore, questo lavoro rappresenta una straordinaria opportunità per acquisire nuove conoscenze sul perché alcune donne rimangono sane e senza cancro, mentre altre sviluppano questa malattia", osserva Eric Schadt, direttore dell'Icahn Institute for Genomics and Multiscale Biology all'Icahn School of Medicine at Mount Sinai, non coinvolto nello studio. "La prossima fase della nostra ricerca prevede mille donne arruolate e ci aiuterà a provare a rispondere a queste domande chiave per migliorare la cura del cancro al momento", ribadisce Martignetti.

Fonte: PLoS Med 2016

David Douglas

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

10-GEN-2017
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

Malati per terra in ospedale, sospesi i dirigenti

Nola, Pronto Soccorso assediato per il picco di influenze e le ferie dei medici di base. Mancano pure le barelle Lorenzin invia gli ispettori, De Luca: licenziare i responsabili. La Campania è ultima per livelli di assistenza

Emergenza
Quella Asl è già stata commissariata e non ha nemmeno un bilancio certificato

ROMA Neve, freddo, influenza, ambulatori dei medici di famiglia e pediatri chiusi per le festività. E così centinaia di persone in più rispetto all'affluenza normale tra sabato e domenica si sono riversate sul Pronto Soccorso dell'ospedale di Nola, il Santa Maria della Pietà, già in difficoltà per la rottura di una grossa condotta d'acqua. Fino alla scena rimbalzata sui social: due pazienti a terra su un plaid, i medici inginocchiati per curarli.

Le conseguenze sono una raffica di provvedimenti disciplinari e denunce incrociate. Il presidente della Regione, Vincenzo De Luca, sospende i responsabili di medicina d'urgenza, pronto soccorso e direttore sanitario. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin invia i suoi ispettori. I Nas dopo un sopralluogo consegnano un rapporto molto negativo: il 118 non sarebbe stato in grado di smistare le chiamate su altri ospedali, barelle poche. A questo si aggiungono mali endemici: inefficienza della rete territoriale che dovrebbe assorbire i casi meno seri.

Pessima pubblicità per un territorio già martoriato da carenze di ogni tipo, dove la sanità è frammentata in tanti piccoli centri a capo di una Asl, la Napoli 3 Sud, commissariata e con una situazione contabile oscura: «I dati scritti in bilancio non sono certificati. Le criticità sono l'emergenza e anche le camere operatorie che si ingolfano facilmente», affermava in un'audizione al Senato nel 2015 la commissaria Antonietta Costantini.

A pagare le conseguenze, chi lavora in prima linea, naturalmente bersagli facili. L'accusa è di non aver avvertito i vertici aziendali che l'affollamento era insostenibile. Però anche i «grandi capi» dovevano prevedere che fra meteo e ambulatori chiusi sarebbe stato opportuno un rinforzo. De Luca parla di «vergogna» e chiede di avviare le pratiche di licenziamento dei responsabili. La Asl Napoli 3 è una delle più critiche in una Campania in piano di rientro dal deficit.

Un recente rapporto del ministero della Salute la indica come ultima nella classifica della risposta ai Livelli essenziali di assistenza, cioè capacità di garantire le prestazioni a carico del servizio pubblico. Sette anni di tagli, ticket e tasse straordinarie, finora sono serviti a poco: è ancora lontana dall'assestamento un'organizzazione che prediliga la rete territoriale e che non sia basata soltanto sugli ospedali, che oggi continuano a essere l'unico punto di riferimento per cittadini che non sanno a chi rivolgersi e corrono al pronto soccorso anche per i mali di stagione.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

- Le immagini rimbalzate sui social di alcuni pazienti a terra su un plaid nell'ospedale di Nola hanno fatto scattare provvedimenti disciplinari e denunce
- In tre sono stati sospesi: i responsabili di medicina d'urgenza e pronto soccorso, e il direttore sanitario

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 59.807
Diffusione 09/2016: 40.854
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

10-GEN-2017
da pag. 2
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Sospesi tre dirigenti dell'ospedale. L'ira di De Luca: licenziateli. Il ministro invia i carabinieri del Nas

Nola, la notte della vergogna

Malati curati a terra e due morti nel pronto soccorso in tilt: la Procura di Napoli indaga

Gigi Di Fiore
INVIATO A NOLA

All'ospedale Santa Maria della Pietà di Nola pesano quelle foto dei pazienti adagiati a terra su delle coperte nelle sale del Pronto soccorso, pubblicate dal Mattino. Pesano come una vergogna su medici e infermieri del Pronto soccorso, che hanno dovuto affrontare un fiume di arrivi di gente da assistere e curare nella notte tra sabato e domenica. Il bilancio della notte è di due morti, «deceduti per arresto cardiocircolatorio». Eventi non legati direttamente all'emergenza, ma che aggravano il bilancio di quelle ore passate come in un ospedale da campo. La Procura apre un'inchiesta. E anche il ministro Lorenzin avvia l'indagine affidata ai Nas, che ieri sono arrivati nella struttura. Intanto, il governatore De Luca sospende tre dirigenti e ne chiede il licenziamento. Ma il direttore dell'ospedale, che è tra i medici sospesi, replica: «Non potevamo mandare via gli ammalati».

> Alle pag. 2 e 3
> Ausiello, C. Fusco
e servizi alle pagg. 3, 4 e 5

Nola, malati per terra: blitz dei Nas due morti nella notte della vergogna

Colpiti da infarto, deceduti nella bolgia del pronto soccorso al collasso

La Procura
Indagano i magistrati di Napoli: nel mirino il sistema organizzativo sanitario

Il disastro
La stanza dove i malati dovrebbero essere tenuti in osservazione ospita il reparto di medicina

Le barelle
La richiesta di acquisto datata 2015 è rimasta senza risposta e i posti letto sono un lusso

Gigi Di Fiore
INVIATO

NOLA. Come in un ospedale di guerra, come un fortino assediato dopo una tremenda notte di affanno. Il giorno dopo, è quello del duro risveglio dall'adrenalina vissuta nell'emergenza, senza aiuti e senza alternative possibili. All'ospedale Santa Maria della Pietà di Nola, pesano quelle foto dei pazienti adagiati a terra su delle coperte nelle sale del Pronto soccorso, pubblicate dal Mattino. Pesano come uno schiaffo su medici e infermieri del Pronto soccorso, che hanno dovuto affrontare un fiume di arrivi di gente da assistere e curare.

Il bilancio della notte è di due morti. Due uomini, che i referti medici certificano «deceduti per arresto cardiocircolatorio». Si chiamano Nicola Maglio, 50 anni, di San Vitaliano e Alfonso Iervolino, 56 anni, di Palma Campania. Maglio era arrivato con un dolore al petto, in «codice bianco». Mentre cominciava la verifica delle sue condizioni con l'elettrocardiogramma, è morto. Iervolino, invece, portato in auto dalla moglie, è stato adagiato su una barella in «codice rosso». Pochi secondi ed era già privo di vita, senza neanche la possibilità di un intervento con il defibrillatore.

Un conta di morti, non legata certo direttamente alla notte da tragedia, ma che aggrava il bilancio di quelle ore passate dai medici come in un ospedale di frontiera. Alle nove del mattino, in ospedale ci sono già i carabinieri dei Nas. Chiedono documenti, vogliono fare verifiche sulla disponibilità e le carenze dei posti letto, capire cosa sia successo. Li accompagna il comandante della compagnia dei carabinieri di Nola, Alberto Degli Effetti. Girano e si dirigono subito negli uffici del direttore sanitario, Andreo Di Stefano, per interrogare i dirigenti. Esaminano atti, fotocopiano, scrivono il loro verbale. Accertano che in ospedale ci sono solo 17 barelle, altre ne sono state chieste da tempo. La relazione dei Nas sarà inviata al ministero della Salute che, sulla base di quanto scritto, dovrà decidere se spedire una commissione ispettiva al Santa Maria della Pietà. Una notte documentata dalle foto del Mattino, su cui anche la Procura di Napoli ha deciso di aprire un fascicolo conoscitivo. Emblematico che se ne occupi per

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 59.807
Diffusione 09/2016: 40.854
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

10-GEN-2017
da pag. 2
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

competenza l'ufficio requirente napoletano: significa che l'accertamento non esclude verifiche su tutta l'organizzazione e programmazione del settore sanitario regionale. Il sostituto cui sembra sia stata affidata l'indagine è Walter Brunetti. Già dalle prossime ore potrebbe cominciare a sentire i primi testimoni. A cominciare da chi era in servizio al Pronto soccorso, nella notte da dimenticare.

Dinanzi all'ingresso del Pronto soccorso, sembrano minacciose, come da incubo permanente, quattro sedie a rotelle vuote. Sono gli oggetti dell'emergenza, quelli che vengono utilizzati quando anche le barelle sono tutte occupate. Come nella notte tra il sette e l'otto gennaio. Un medico, in servizio da anni al Pronto soccorso, racconta che sono in 17 ad alternarsi nell'assistenza «h24». E, tutti, hanno accumulato in media un numero di ferie arretrate che arriva a 50 giorni. È l'emergenza perenne, che è cresciuta quando il piano regionale ha eliminato il Pronto soccorso al vicino ospedale di Pollena. Risultato: tutte le emergenze, nell'area nolana che ha un'utenza complessiva di circa 600mila persone, si riversano sul Santa Maria della Pietà che ha soltanto 105 posti letto.

Racconta un infermiere: «Siamo allo stremo. Pensi che esiste l'obbligo della cosiddetta osservazione breve intensiva (l'Obi). Significa che, quando arriva un paziente al Pronto soccorso, nell'incertezza sul ricovero o sulla dimissione, si deve tenere in osservazione per un po'. Ebbene, la stanza dove l'Obi doveva essere sistemata è occupata dalla Medicina, con 9 posti letto per mancanza di spazio».

La stanza dell'Obi fantasma è una delle quattro del Pronto soccorso. È la fotografia dell'ampliamento mancato dell'ospedale, sempre promesso e annunciato da almeno 15 anni. Anzi, nel tempo gli spazi si sono assottigliati. Al quarto livello, che è quello dove sono sistemate le uniche due sale operatorie, tra mura sgangherate e rovinate, la cappella con la statua di Padre Pio e il quadro di Domenico Moscati, c'è a destra l'Ortopedia fantasma. Ne è rimasta solo la scritta velata. Il corridoio deserto ha ai lati 14 stanze. Sulle porte chiuse, le scritte sui fogli indicano depositi e spogliatoi. È la destinazione di quest'area da un paio d'anni, da quando i Nas certificarono la non idoneità dei locali per farne un reparto di Ortopedia.

Il primo livello, con le pareti ben tinteggiate in azzurro e giallo, ha la Rianimazione. Al terzo livello, c'è folla. È qui che sono sistemate l'Oncologia, la Cardiologia, la Medicina d'urgenza e l'Ortopedia (trasferita dal quarto livello, nelle stanze della ex Medicina generale), le divisioni dove maggiore è la richiesta di ricovero. Ma i riflettori tornano sempre al Pronto soccorso. A terra, le strisce con i diversi colori che identificano le priorità di assistenza a scalare: rosso, giallo, verde, bianco. Il bancone «Triage», che sta per accoglienza e selezione degli arrivi, è vuoto. Dovrebbero esserci almeno due infermieri fissi, ma le necessità di averli anche in sala per aiutare i medici ad assistere i pazienti, rende la postazione vacante fino a nuovi arrivi.

Spiega un medico del Pronto soccorso: «Mi avevano chiesto di studiare un'organizzazione del Triage, ma l'impossibilità ad alternarvi infermieri fissi mi ha costretto a rinviare l'impegno». Tutto si fa sulla necessità e l'emergenza. Poi c'è chi segnala che, tra ferie, permessi, alternanza al lavoro e agevolazioni da legge 104, i sanitari presenti ogni giorno siano in concreto al di sotto dell'organico.

Cinque ambulanze sono nell'hangar parcheggio. Di fianco c'è il bar in un prefabbricato dove ha trovato posto dal 1990. «I bicchieri d'acqua non sono gratis, 0,20 centesimi» c'è scritto dietro il piccolo bancone. Da qui, a sinistra, si arriva ai cancelli laterali d'uscita. L'ingresso principale arriva direttamente al Pronto soccorso.

Nel primo pomeriggio, quando ormai i carabinieri del Nas sono andati via, Antonietta Costantini, la direttrice generale della Asl Napoli 3 da cui dipendono i due ospedali riuniti dell'area nolana (Nola e Pollena) convoca tre medici. Sono il direttore sanitario Andreo De Stefano, il responsabile del Pronto soccorso, Andrea Manzi, e il responsabile della medicina d'urgenza, Felice Avella. Vengono sospesi dal servizio, in attesa di chiarire cosa sia successo nella notte folle tra il sette e l'otto gennaio. Commenta il dottore Felice Avella, uno dei tre colpiti dal provvedimento: «Mi aspettavo diversa solidarietà, considerando quanto è successo. Un medico viene incolpato se non ha fatto tutto il possibile per assistere un paziente. Abbiamo dovuto affrontare un'emergenza senza precedenti. Spiegheremo tutto».

Negli uffici della direzione sanitaria, sono in archivio documenti di richiesta di acquisto di nuove barelle. Risalgono al 2015 e sono rimasti senza risposta. Di certo, l'ospedale di Nola è in emergenza dalla sua apertura nel 1970. Spiega uno dei medici anziani del Pronto soccorso: «I pochi posti letto sono sempre occupati, si trasferiscono i pazienti che arrivano qui d'urgenza. Naturale che i tempi dei ricovero programmati siano lunghissimi, devono sempre andare in coda a quelli dell'emergenza. È una catena inarrestabile. Tutto mentre a Pollena, eliminato il Pronto soccorso, si fa assistenza programmata che non affronta quanto abbiamo dovuto vivere noi la notte del sette gennaio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

10-GEN-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

> IL COMMENTO

Chi ha messo in ginocchio la sanità al Sud

OTTAVIO RAGONE

Quei pazienti stesi sul pavimento nel pronto soccorso di Nola raccontano meglio di ogni classifica le condizioni mortificanti del sistema sanitario in Campania e in molte aree del Mezzogiorno. Un Paese non può dirsi civile, se in un ospedale mancano perfino le barelle. La Campania è ultima in Italia per i livelli essenziali di assistenza. L'ospedale di Nola non rappresenta un caso isolato. Certo, l'ondata di gelo ha moltiplicato i ricoveri. Ma il disastro è quotidiano e investe altri ospedali molto più grandi a Napoli, come il Loreto Mare, dove non funziona nemmeno la Tac, e il Cardarelli, pieno di barelle nel pronto soccorso. La Campania ha subito pesanti tagli ai fondi per l'assistenza sanitaria, perché ha la popolazione più giovane. Un criterio discutibile, che non tiene conto della povertà generale, del basso livello di istruzione e di altri fattori che incidono sulla diffusione delle malattie. Il presidente della Regione Vincenzo De Luca contrasta le difficoltà con una politica muscolare di dubbia efficacia. Annuncia rimedi drastici scivolando spesso sulla demagogia. Anche adesso è perentorio, chiede il licenziamento dei medici. Ma i dirigenti di ospedali e Asl non li nomina la Regione? E se i governi tagliano i fondi e la sanità campana è commissariata, quanto pesa l'incapacità dei politici locali?

©RIPRODUZIONE RISERVATA

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
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

10-GEN-2017
da pag. 30
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Oncologia. Il sistema immunitario può attivarsi contro il cancro. È la ratio delle nuove terapie. Ma è anche la spiegazione di molte guarigioni "divine". Lo hanno detto in Vaticano. Come racconta un volume in uscita. Che spiega la rivoluzione in corso

Quell'infezione ha fatto il miracolo

Virus e batteri attivano le difese del corpo. Che così possono agire anche contro i tumori. Non curati

AGNESE CODIGNOLA E MICHELE MAIO

È FINE APRILE 2016, e Papa Francesco ospita una delegazione alquanto insolita, per le stanze del Vaticano: quella di circa 200 ricercatori e filantropi che si occupano di cancro, riuniti per la seconda edizione dell'incontro *Il progresso della medicina rigenerativa e il suo impatto culturale*, dedicata in larga misura all'immunoterapia. In realtà i legami tra Chiesa cattolica e approccio immunologico ai tumori sono assai più antichi: secondo la tradizione, infatti, san Pellegrino, il santo che protegge i malati di cancro, morto nel 1345, guarì improvvisamente da un tumore subito dopo aver contratto un'infezione. Il prodigio, secondo qualcuno, non sarebbe frutto dell'intervento divino, ma solo del risveglio del sistema immunitario scatenato dall'infezione appena contratta.

Ma le cronache riportano un caso analogo assai più vicino. È il 1952 e ad Ann O'Neill, una bambina di nove anni di Baltimora, viene diagnosticata una leucemia linfoblastica acuta. Viene ricoverata all'ospedale St. Agnes, dove vengono tentate le poche terapie allora esistenti, nessuna delle quali ha una qualche efficacia. La bambina peggiora, fino a quando viene posta sotto una tenda a ossigeno, in attesa dell'inevitabile fine. L'ospedale è stato fondato nel 1862 dal ramo americano delle Sorelle della Carità ed è gestito dalle suore anche quando arriva Ann; una di loro, sorella Mary Alice Fowler, propone ai genitori di chiedere una grazia appellandosi alla misericordia della fondatrice, Elisabeth Seton, morta nel 1821, cui è stata già attribuita la guarigione di un malato di tumore del pancreas di New Orleans, nel 1935. I genitori acconsentono e recitano la prevista novena, mentre un frammento della veste della quasi santa viene appuntato sulla camicia da notte della piccola malata. Ann, dopo essere stata trasportata sulla tomba della Seton, guarisce improvvisamente. Due anni dopo la bambina, ancora in ottima salute, viene visitata da un investigatore del Vaticano, che nel frattempo ha aperto un'indagine sulla sua guarigione. Gli approfondimenti durano otto anni e vengono espletati, tra gli altri, da Sidney Farber, l'oncologo che per primo ha messo a punto una terapia contro la leucemia. Farber, come i colleghi, non ha spiegazione per il caso di Ann, e si arrende: è un miracolo.

Ma la vicenda, oggi, secondo alcuni andrebbe giudicata in modo tutto diverso. Letta attraverso le lenti dell'immunoterapia, infatti, la storia di Ann sembra spiegabile con eventi molto poco soprannaturali e molto biologici, soprattutto se si considera un episodio di pochi giorni prima della remissione, cui allora non era stato dato grande peso: la comparsa, sul corpo di Ann, di eruzioni tipiche di una gravissima forma di varicella (a detta dell'oncologo che aveva in cura la bambina, una delle peggiori mai viste), malattia scatenata da un virus erpetico. Naturalmente non c'è alcuna prova scientifica, ma coloro che erano in Vaticano in aprile avevano pochi dubbi: si è trattato di un caso lampante di immunoterapia endogena, simile ad altri descritti in letteratura e accomunati dalla co-presenza di infezioni e tumori regrediti senza apparente spiegazione. Casi che hanno sempre suscitato la curiosità di alcuni medici, come quello che è da considerarsi il vero fondatore dell'immunoterapia, il chirurgo newyorkese William Coley. Nel 1891, infatti, Coley descrive la guarigione di un immigrato tedesco con un voluminoso sarcoma scomparso in seguito a un'infezione da streptococco, ipotizzando un qualche coinvolgimento di quest'ultima nella scomparsa del tumore. Ne discute perfino con il grande scrittore e medico russo Anton Cechov, in una lettera del 1890: «È noto da tempo che la crescita dei tumori maligni si arresta per qualche tempo quando è presente l'erisipela [l'infezione da streptococco presente sul paziente guarito, N.d.R.]». Coley proverà a replicare quanto accaduto trattando centinaia di malati, ma il miracolo si ripeterà solo in modo sporadico, fino a quando, dopo la sua morte, la cura sarà abbandonata. Non è ancora tempo. E i miracoli non c'entrano.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

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
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

10-GEN-2017
da pag. 30
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

La nuova arma
L'immunoncologia mira a neutralizzare i tumori potenziando l'attività delle cellule che si attivano quando l'organismo viene minacciato

I farmaci
Si sperimentano decine di sostanze per molte neoplasie. Quelle già disponibili in Italia sono efficaci per il melanoma e il cancro del polmone

I tempi
Non distrugge la massa tumorale, ma potenzia le difese, perciò gli effetti si manifestano in tempi più lunghi: anche dopo 16-20 settimane

La tossicità
Gli effetti collaterali più frequenti sono a carico del sistema gastroenterico (diarrea, ecc.) e della cute (prurito e dermatite)

Il saggio
In libreria per Piemme, il libro di Agnese Codignola e Michele Maio racconta la rivoluzione dell'immunoncologia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

09-01-2016

http://www.doctor33.it

La mastectomia preventiva è utile solo in pochi casi ad alto rischio

In un sondaggio pubblicato su Jama svolto in pazienti trattate per cancro al seno in stadio precoce, la mastectomia profilattica, ossia la rimozione chirurgica di entrambi i seni, quello colpito dal cancro e quello sano controlaterale, è stata spesso usata in assenza di indicazioni cliniche dal chirurgo, mentre le donne il cui medico la sconsigliava vi si sono sottoposte più raramente.

«La mastectomia profilattica è una procedura controversa per chi si trova alle prese con una diagnosi di cancro al seno monolaterale, sia perché nessuna prova convincente suggerisce una maggiore sopravvivenza, sia perché il rischio di un carcinoma mammario controlaterale è basso nella maggior parte dei casi» esordisce **Reshma Jagsi** dell'Università del Michigan ad Ann Arbor, ri cordando che l'uso di questa procedura aggressiva, costosa e onerosa in termini psicologici, estetici e di qualità di vita è in aumento anche tra pazienti senza un elevato rischio genetico, anche a causa dell'esposizione mediatica dell'attrice e regista Angelina Jolie, che ha rivelato di essersi sottoposta all'intervento. «Poco si sa circa le decisioni riguardo al trattamento e delle loro interazi oni con il medico nelle diverse

sottopopolazioni di pazienti» scrivono i ricercatori, che tra luglio 2013 e settembre 2014 hanno intervistato 3.631 donne con nuova diagnosi di cancro al seno monolaterale in stadio pr ecoce, identificate grazie agli archivi dei registri tumori Surveillance Epidemiology and End Results della contea di Los Angeles e della Georgia.

Il 70% delle donne cui il sondaggio è stat o inviato ha inviat o una risposta, e tra queste ne sono state selezionate 2.402 per l'analisi finale. «A conti fatti, a considerare la mastectomia profilattica è stato il 44% delle pazienti, ma solo il 38% di esse sapeva che la procedura non migliora la sopravvivenza in tutte le donne con cancro al seno, ma solo in quelle ad alto rischio genetico» riprende Jagsi, precisando che in ultima analisi il 17% del campione si è sottoposta all'intervento profilattico. E conclude: «Questi risultati dovrebbero motivare gli sforzi dei chirurghi di info rmare al meglio le proprie pazienti sulle indicazioni della mastectomia profilattica allo scopo di ridurre i trattamenti inappropriati».

LA STAMPA.it

10-01-2017

Lettori
21.401

http://www.lastampa.it/

Il fumo passivo provoca seicentomila morti l'anno

In Italia fuma il 22 % della popolazione e nel 2016 s'è registrato un lieve incremento in entrambi i sessi. 13 in media le sigarette consumate in un giorno

FABIO DI TODARO

Ci si ricorda di loro soltanto una volta all'anno, oggi: nella giornata dei diritti dei non fumatori, dal 2000 segnata sul calendario ogni dieci gennaio. «Spetta a tutti il diritto di respirare aria pulita», si legge sul sito dedicato all'iniziativa, che ha come fine ultimo la prevenzione, caratterizzata dall'informare i fumatori e non sui pericoli del tabacco. Le stime ufficiali dicono che, soltanto nel secolo scorso, sono stati cento milioni i decessi legati al fumo. E non si esclude che, entro la fine di quello in corso, potrebbero salire addirittura a un miliardo. Da qui la necessità di parlare con costanza dei danni provocati dal fumo di sigaretta, visto che anche una sigaretta al giorno aumenta il rischio di sviluppare un tumore del polmone.

Anche il fumo passivo può provocare il tumore del polmone

In Italia, dopo i primi anni successivi all'entrata in vigore della legge Sirchia, il calo del numero dei fumatori s'è arrestato. Nel 2016, rispetto all'anno precedente, la percentuale è rimasta pressoché invariata: 11,5 milioni, rispetto ai 10,9 milioni del 2015. In Italia fuma il 22 per cento della

popolazione e nel 2016 s'è registrato un lieve incremento in entrambi i sessi. Il consumo medio di sigarette al giorno, infine, si è confermato intorno alle 13 sigarette. Ma a fare male non è soltanto il fumo attivo, ma pure quello passivo, che maggiormente preoccupa i non fumatori. Vivere in un ambiente saturo dei 69 componenti del fumo di sigaretta di natura cancerogena espone infatti a un più alto rischio di insorgenza del tumore del polmone, la terza neoplasia più frequente dopo quelle al colon retto e al seno. Un legame che nuovo non è, ma che risulta sconosciuto alla maggioranza: otto italiani su dieci, secondo un sondaggio condotto dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) nel 2014.

Rischio più alto anche di avere un ictus cerebrale

Il fumo passivo rappresenta il principale fattore inquinante degli ambienti chiusi ed è responsabile di oltre seicentomila morti l'anno. Il tumore del polmone non è l'unica insidia. Respirare aria satura di composti nocivi emessi dalle sigarette aumenta anche il rischio di sviluppare un ictus cerebrale. L'evidenza è emersa da uno studio americano, pubblicato sulla rivista Stroke. I ricercatori della Johns Hopkins University di Baltimora sono giunti a questa conclusione dopo aver valutato il decorso dello stato di salute di oltre ventottomila adulti statunitensi: tutti maggiorenni e non fumatori. Le loro condizioni sono state valutate attraverso le risposte a un questionario e ricorrendo alla rilevazione dei livelli di cotinina - un metabolita della nicotina - nel sangue.

Si è così potuto notare che chi aveva avuto un ictus aveva vissuto un maggior numero di ore a contatto con dei fumatori. Più in generale, inoltre, s'è visto come, tra i sopravvissuti, chi per anni aveva inspirato i prodotti di scarto del fumo di sigaretta aveva una maggiore probabilità di morire rispetto al resto dei pazienti: considerate tutte le possibili cause di decesso. Un motivo in più per rinunciare alle sigarette, per il bene proprio e di chi è vicino.

la Repubblica.it

09-01-2017

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

Smettere di fumare, la promessa più disattesa del nuovo anno

Guarire dal tabagismo è il meno rispettato tra i classici buoni propositi di inizio anno: chi decide di dire addio alle sigarette ci riesce solo 13 volte su 100. Da una indagine della Royal Society for Pubic Health britannica la classifica degli impegni che riusciamo o meno a mantenere

di TINA SIMONIELLO

"CON L'ANNO nuovo smetto di fumare". Tra i buoni propositi tradizionalmente pronunciati tra dicembre e gennaio, dire addio alle sigarette è quello più spesso disatteso. La classica ultima sigaretta di capodanno in realtà è l'ultima soltanto 13 volte su 100. Secondo un'indagine della RSPH, la *Royal Society for Public Health* britannica, che ha stilato una classifica di 10 buoni propositi di salute rispettati o disattesi a un anno e a un mese dalla loro formulazione, soltanto nel 13 per cento dei casi chi decide di farla finita con la dipendenza da nicotina all'inizio dell'anno (in questo caso del 2016), dodici mesi più tardi ha effettivamente raggiunto l'obiettivo: è cioè un ex fumatore, e 3 volte su 5 chi ricade nel vizio è di nuovo vittima delle bionde già entro il 31 gennaio. Risultato: secondo il ranking inglese l'intenzione di smettere di fumare rappresenta il buon proposito di salute meno mantenuto, l'ultimo, appunto, della top ten delle buone intenzioni.

La classifica dei buoni propositi. Una top ten che vede al primo posto l'impegno di intensificare le

relazioni con amici e familiari: a 12 mesi dalla sua formulazione, quel progetto è ancora una realtà in un buon 58 per cento dei casi (a fine gennaio nell'86 per cento). Al secondo, l'impegno di stabilire un rapporto più salutare tra lavoro e vita extra lavorativa (successo dopo un mese: 75 %, dopo un anno: 43%). Ancora sul podio, ma sul terzo gradino, fare più sport (36 % di successi a un anno, 77 % a un mese). Al quarto posto, dedicare più ore al sonno (32 % di successi a un anno, 59 per cento a un mese). Verso metà classifica (quinto posto e sesto posto rispettivamente), troviamo l'impegno a ridurre il consumo di alcol (dopo 12 mesi ci è riuscito il 31 % di chi aveva deciso di farlo, dopo un mese il 61 %) e la volontà di ridurre il tempo dedicato ai social media (solo il 31 % di chi lo aveva formulato ha raggiunto l'obiettivo a un anno di distanza, il 61 per cento a fine gennaio).

Fare sport e non bere alcol. Scorrendo in basso la lista (settimo posto) si colloca dedicarsi all'attività fisica: l'obiettivo è raggiunto dal 23% di chi lo aveva progettato a distanza di un anno, e dal 68 % a distanza di un mese. Il sempre attuale mettersi a dieta (ottavo posto), a un anno risulta rispettato solo dal 23 % del campione, a un mese dal 65. Al penultimo posto troviamo l'impegno di partecipare al dry january, l'usanza britannica che consiste nell'impegno di non assumere alcool per tutto il primo mese dell'anno, al quale ha aderito, con successo, il 68 % degli inglesi tra coloro che avevano deciso di parteciparvi. E infine, al decimo, come dicevamo, smettere di fumare.

Una dipendenza molto complessa. Un fallimento? Secondo Shirley Cramer, Chief Executive di RSPH si tratta piuttosto "un risultato incoraggiante". "Anche se smettere di fumare può essere difficile – spiega Cramer - la nostra ricerca dimostra che coloro che con il nuovo anno cercano di uscire dall'abitudine del fumo hanno più del triplo delle probabilità di successo rispetto alla media nazionale", che in Inghilterra si attesta infatti intorno al 3-4 %. Ma anche a voler vedere il bicchiere mezzo pieno, rimane il dato assoluto: 13 successi su cento tentativi di abbandonare un'abitudine che per l'Organizzazione mondiale della sanità è la prima causa di morte evitabile, e di cui sono vittime spesso pentite un miliardo di persone nel mondo e poco meno di 11 milioni in Italia. "Il fatto è che smettere di fumare è molto difficile, solo il 2-3 per % dei fumatori secondo le nostre statistiche nazionali riesce a farlo senza sostegno, buttando il pacchetto", commenta e conferma i dati britannici **Stefania Pasquariello**, psicologa del Centro Antifumo del Policlinico Umberto I di Roma che annualmente segue circa 200 fumatori che vorrebbero smettere (l'elenco **centri antifumo in Italia**). "Il tabagismo è una tossicodipendenza complessa: bastano 8-10 giorni per disintossicarsi fisicamente dalla nicotina, ma la disintossicazione fisica rappresenta soltanto una parte del problema", spiega l'esperta.

Sigaretta, una stampella psicologica. "La sigaretta ha molti significati, che vanno oltre quelli neurobiologici. C'è il significato emozionale: la sigaretta è una stampella psicologica che aiuta gestire emozioni, contenendo quelle negative, come la rabbia o il nervosismo: vorrei sfogarmi dire basta all'arroganza del capo, ma non lo posso fare, mi fumo una sigaretta - dice Pasquariello - . Esaltando quelle positive: sono stato bravo ora mi merito una sigaretta. È anche un collante sociale, la sigaretta: tra amiche, tra un caffè una chiacchiera una sigaretta ci sta. È un riempitivo di solitudine, un'amica che sta lì, anche quando non c'è nessun altro. E poi c'è la questione della gestualità del fumo: chi consuma un pacchetto di sigarette quotidianamente, compie 400 gesti di fumo al giorno, per anni: tanti, difficili da abbandonare".

La volontà. E' importante, secondo gli esperti, elaborare in modo profondo la volontà di abbandonare 'le bionde'. "Se manca l'elaborazione profonda del desiderio di cambiamento si ricomincia a fumare cosa che – spiega Pasquariello – accade generalmente dopo un mese, un mese e mezzo dalla decisione di smettere. Magari meno, e spesso si pensa mi va bene così: ho ridotto il consumo, è un buon risultato. In realtà si finisce per riprendere con lo stesso ritmo di sempre. Il numero di sigarette che fumiamo è geneticamente fissato: ognuno di noi ha una sua misura della dipendenza, alla quale si finisce per ritornare. Ma raggiungere l'obiettivo significa non fumare più".

Serve un anno. Quanto tempo ci vuole per raggiungerlo, questo obiettivo e quali sono le motivazioni che spingono a voler guarire dal tabagismo? "I risultati importanti si valutano a un anno, esattamente come per l'elaborazione di un lutto. In questo caso il lutto della sigaretta. Le motivazioni che spingono a smettere sono legate all'età: i giovani in genere percepiscono poco il rischio salute, al contrario dei più anziani. Tuttavia l'aver subito l'avventura di una malattia legata al fumo, la paura quindi, è comunque una motivazione ambivalente: nell'immediato funziona molto bene, col tempo però la sua forza dissuasiva si riduce, spesso si ricade nel vizio".

Farsi aiutare per raggiungere l'obiettivo. I **centri antifumo** **in Italia sono circa 370**, molti dei quali associano terapia farmacologica e sostegno psicologico. "La percentuale di successo dei centri antifumo - conclude Pasquariello – si attesta in media intorno al 30 %: 10 volte quella a cui oggi si può aspirare provando da soli a smettere. Alcune strutture, come la nostra, raggiungono anche il 50 % dei successi". Un buon risultato. Che tuttavia significa che uno su due non ce la fa. "Smettere di fumare

è oggettivamente impegnativo, e si capisce perché guarire dal tabagismo è l'ultimo tra i buoni propositi che si riescono a realizzare. È oggettivo anche, però, che rivolgendosi a strutture specializzate le chance aumentano sensibilmente".

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

10-GEN-2017
da pag. 29
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Eros, da 5 anni con la moglie in coma «Adesso, vi prego, lasciateci morire»

La lettera di un 92enne di Milano: trattata come una valigia, non voglio che capiti ad altri

L'appello
L'uomo denuncia carenze, bussa a tutte le porte: «Vorrei un po' di umanità»

di **Giangiacomo Schiavi**

Ogni giorno quando si presenta nella sua camera e la accarezza, rimbocca le lenzuola e aspetta un impossibile sguardo, Eros Mischi, 92 anni, si chiede se ne valeva la pena, se questo calvario si poteva evitare, se non c'era un'altra forma di assistenza, accudimento, *pietas* per rendere meno feroce un addio. Da cinque anni la sua vita non è vita, è rabbia, disperazione, una battaglia persa nel reparto moribondi della residenza sociale assistita Golgi Redaelli, a cercare di ritrovare la donna che era e continua a essere sua moglie diventata un corpo muto, assente, una statua che respira da alimentare, ripulire, alzare, allettare, issare e rivoltare.

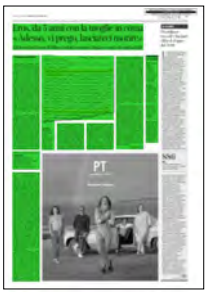
L'ora è sempre quella, pomeriggio presto, quando l'assistenza è rarefatta e si prepara il buio. Si porta dietro gesti, sguardi, movimenti, l'odore di mensa e di corsia, la fatica di un vuoto da riempire, ma accetta tutto per tutelare quel che resta di una vita insieme, di un amore che non ha età. I tre figli lo ammirano perché si fa carico di questo per non sconvolgere anche le loro vite, provvede ai costi della degenza che gli porta via l'intera pensione, ottanta euro al giorno, duemilaquattrocento al mese, centoquarantamila in cinque anni. Per fortuna in pensione c'è andato con il massimo, dopo quarant'anni di lavoro, prima alla Pirelli poi al Credito italiano, ispettore e quadro dirigente. Ma è dura convivere con la vita svalutata che ha davanti, accettare un sistema che fa dell'accudimento una catena di montaggio: c'è la fredda e burocratica quotidianità, c'è la rarefazione dell'assistenza, la sensazione di essere sempre più solo nel dolore e nella speranza perduta. Così nei giorni intorno a Natale, quando si sente di più il peso dell'assenza, Eros Mischi ha preso carta e penna e scritto al *Corriere*. Una lettera, in una bella e antica calligrafia, affidata alle Poste, senza passare dalla Rete e dai social. Poche righe che riassumono il messaggio di un uomo che si domanda cosa si può fare per rendere più dignitoso il prolungamento *sine die* di un'agonia e si concludono così: «Ben venga l'eutanasia, che ponga fine per entrambi alle nostre tribulazioni. Per favore, fateci morire!».

Non c'è una risposta ai mille dubbi che solleva una lettera del genere, ma con la ricostruzione della sua odissea Eros Mischi vuole gettare un sasso nello stagno della rassegnazione, fare in modo che per altri non si ripeta quel che è accaduto a lui. C'è un filo che lega la sua storia ad altre storie, viene in mente Eluana, il tormento del coma apparentemente senza ritorno, la scelta del padre che ha deciso per lei «Ne parlavamo con mia moglie», ricorda Mischi, «mi diceva non vorrei finire così», ma quando capita non c'è preavviso, nessuno immagina di dover gestire una simile emergenza. Sua moglie, cinque anni fa era già malata. Diagnosi di Alzheimer. Poi l'ictus. Ricoverata all'ospedale San Carlo, trasferita al Golgi Redaelli per la riabilitazione. Qui le cose si complicano. Scrive nella lettera: «Per mancanza di esami o per disattenzione non è stato diagnosticato il suo stato di diabetica. Ho notato buste di glucosio in vena. È disidratata, mi dicevano». Poi drastica comunicazione: «Ha cinque giorni di vita. Qui non può morire, verrà trasferita altrove, poi potrà portarla a casa. Ma il responsabile del nuovo reparto in cui viene trasferita riscontra subito il diabete e, purtroppo, la salva...». Questo « purtroppo» gli pesa, è un altro dolore, ma vedere sua moglie «trattata come una valigia da aereoporto» fa male di più. Dal 2012 è in coma: non vede, non parla, completamente paralizzata, alimentata con un tubicino, perennemente sotto ossigeno, dolorante, catetere, pannolone e, da mesi, morfina ogni otto ore. L'assistenza è affidata a una cooperativa. «Come per le pulizie», scrive Mischi. Manda lettere, si indigna, denuncia carenze nell'assistenza anche alla ministra Lorenzin. «Vorrei almeno un po' di umanità» . Nessuna risposta.

Ognuno può trarre le conclusioni più opportune: se questa è ancora vita, se bisognava fermarsi prima, se bisogna sempre tentare, se non si deve pensare seriamente al testamento biologico, se l'accudimento delle persone in coma vegetativo in alcune strutture è umano oppure no. Scrivendo questa lettera, Eros Mischi dice di aver forzato se stesso e il suo pudore. «Ho pensato spesso al suicidio e anche all'omicidio». Ha resistito per la ragione, per la speranza, e per qualcosa di più: si chiama dignità.

gschiavi@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

10-GEN-2017
da pag. 34
foglio 1
www.datastampa.it

> CAMICI & PIGIAMI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

SE IL TUO DOTTORE È COMPETENTE I COLLEGHI LO SNOBBANO

I MEDICI che sviluppano competenze innovative costruiscono il bene dei pazienti nei reparti in cui lavorano. Si trovano però spesso di fronte a colleghi diffidenti: «Cosa crederà di fare?». La resistenza al cambiamento è comprensibile, perché l'innovatore è spesso un rompiscatole. Colto, internazionalmente riconosciuto, non si vanta delle proprie competenze, ama piuttosto trasferirle al proprio gruppo, evitando la noia della routine. L'invidia cresce, i mediocri si coalizzano, ma non vincono, se di fronte a risultati eclatanti. Allora spunta il furbo, interessato a denaro e carriera, ma privo di capacità e titoli. Facile per lui organizzare i mediocri, indirizzandoli contro l'innovatore. Lo scontro si anima, il colto e stimato idealista è obbligato a difendersi, tirando fuori personalità, grinta e determinazione. I mediocri si lamentano del suo «brutto carattere», costruendogli attorno la fama di maleducato e irascibile prevaricatore. Loro obiettivo diventa impedire che il collega bravo e famoso cresca ulteriormente. Organizzano il boicottaggio, animano i sindacalisti difensori dei nullafacenti e complottano per stimolare l'Accademia a intervenire. Eterna paladina della mediocrità immutabile, l'università è argine roccioso contro chiunque competa per eccellenza propria. Accade a medicina, come in altre facoltà. L'immutabilità nepotistica dell'Accademia italiana fa grossi danni al Paese e alla qualità del nostro futuro. Raccontate un concorso nella vostra Accademia in quattro righe. Difendete chi lavora bene, vi sentirete più sani. L'anonimato obbligato è garantito.

camici.pigiami@gmail.com

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Farmacista33

10-01-2017

http://www.farmacista33.it/

Cannabis di Stato e d'importazione, ecco cosa cambia. I chiarimenti da Sifap

È ufficialmente al via la distribuzione della cannabis nostrana ad uso terapeutico nelle farmacie territoriali e ospedaliere che desiderano farne richiesta, e già a fine dicembre alcuni titolari hanno cominciato ad approvvigionarsi dallo Stato. Attualmente lo stabilimento farmaceutico militare di Firenze sta producendo un solo tipo di cannabis simile al bediol olandese: sono pronti per la consegna 20 chilogrammi di prodotto, ma le serre stanno lavorando a pieno ritmo e per il 2017 si preparano a "sfornare" circa 100 kg di infiorescenze. Nello stabilimento non si lavora solo sulla quantità ma anche sulla "qualità", e i ricercatori stanno mettendo a punto un'altra varietà di cannabis che contiene solo Thc in elevata concentrazione. Approvvigionarsi è semplice, basta seguire le indicazioni riportate per esteso sul sito internet dell'Istituto farmaceutico militare, oltre che sul sito del Ministero della salute.

Tra la cannabis di importazione e la produzione nostrana cosa cambia esattamente? Chi pensa si tratti solo di una questione di prezzo si sbaglia: il prezzo della cannabis importata, infatti, negli ultimi mesi è stato ribassato di circa due terzi, nel lungimirante tentativo dei distributori di rendere concorrenziale un prodotto che difficilmente sarebbe rimasto appetibile per il mercato dopo l'immissione in commercio della produzione nostrana. A chiarire cosa fa veramente la differenza è il segretario della Sifap Marco Fortini che, parlando con Farmacista33, ha spiegato come «il certificato di analisi della cannabis di Stato sembrerebbe risolvere alcune delle principali criticità date dalla poca

chiarezza del certificato di analisi della cannabis di importazione. Inoltre - prosegue - si parla di infiorescenze femminili essiccate e macinate, dunque una polvere che, qualora la granulometria lo permetta, potrebbe facilitare l'allestimento di capsule preriempite invece che di cartine. Per chi deve imbastire un quantitativo importante di prodotto, specialmente farmacie ospedaliere ma anche territoriali, è sicuramente una svolta e permette di risparmiare un notevole quantitativo di tempo all'operatore». Se da una parte, dunque, ciò che potrebbe far propendere la scelta del farmacista per la cannabis statale è prettamente di natura pratica, dall'altra con l'iniziativa statale viene spianata la strada ad un processo fondamentale per un utilizzo terapeutico corretto del prodotto, ovvero la standardizzazione: «Un certificato di analisi chiaro e facilmente interpretabile è fondamentale per favorire la riuscita della standardizzazione degli allestimenti alla quale sta lavorando la Sifap - spiega Fortini - le preparazioni a base di cannabis rivestano un carattere di necessità terapeutica e quindi hanno un valore aggiunto e per questo necessitano di ordine, condivisione e standardizzazione di comportamenti e metodiche per il bene del paziente».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

10-GEN-2017
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Gemelli. Il cinema riduce la sofferenza dei pazienti del 30%

Lo studio condotto su 240 pazienti dell'ospedale romano in cui da aprile c'è una sala proiezioni. Parte campagna con sms solidale insieme alla Rai

Roma. La magia del cinema arriva persino in corsia. Perché il cinema fa bene, ancor più se si è ricoverati in ospedale. Assistere a un film, infatti, è un'esperienza terapeutica che aiuta a ridurre la sofferenza, portando sollievo ai malati e alle loro famiglie. A confermarlo i primi dati di una ricerca della Fondazione Policlinico Gemelli di Roma basata sul progetto Medicinema. «Dai primi risultati – spiega così il coordinatore Celestino Pio Lombardi – misurando una serie di parametri psicologici e psicomotori, risulta un miglioramento tra il 20 e il 30 per cento nella percezione del dolore nei pazienti che hanno fatto esperienza della terapia con cinema». Lo studio – la prima fase si concluderà a marzo – nasce proprio all'interno della prima sala cinematografica in un ospedale inaugurata al Gemelli ad aprile 2016, grazie al sostegno di The Walt Disney Company Italia. Qui finora sono stati proiettati oltre 40 film in prima visione ad una platea media di 130 spettatori.
Con Medicinema per i pazienti e le loro famiglie, sottolinea il dg della Fondazione Policlinico Gemelli Enrico Zampedri – ci si prende cura «non solo delle loro malattie, con le cure più efficaci e innovative, ma anche del loro benessere e della loro sfera emotiva». E ora i primi risultati degli effetti sui degenti della cinema-terapia «sono incoraggianti». La sala cinematografica è un progetto sposato da Medicinema Italia onlus e dalla Fondazione Policlinico Gemelli, che adesso – grazie al sostegno del Segretariato Sociale – lanciano una nuova campagna di raccolta fondi attraverso le reti Rai fino a domenica 15 gennaio con sms solidale 45514. Nel 2017 le risorse raccolte saranno destinate al perfezionamento della sala, ad assicurare continuità di film, e a sviluppare la ricerca con lo studio scientifico sugli effetti della terapia con il cinema, affinché il modello del Gemelli possa essere replicato in tanti altri ospedali italiani.

Alessia Guerrieri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

LaVerità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

10-GEN-2017
da pag. 17
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'ERA DELLA STERILITÀ IN EUROPA

I maschi non sono più in grado di fare bambini

di FRANCESCO BORGONOVO

■ I maschi europei hanno visto ridursi in maniera costante il loro tasso di fertilità negli ultimi 30 anni: la quantità di spermatozoi nel seme maschile è scesa del 30%. Le cause: inquinamento, droghe, cibo, sedentarietà. Avanti così, ci riprodurremo soltanto in provetta.

a pagina 17

L'era della sterilità I maschi europei non sono più capaci di fare bambini

L'infertilità degli uomini è in aumento costante da 30 anni Così la procreazione assistita diventa l'unica via per riprodursi

La quantità di spermatozoi nel seme maschile è calata del 30%

Obesità, droghe, cibo e inquinamento sono tra i principali fattori di rischio

Nei primi sei mesi dell'anno scorso le nascite in Italia sono scese del 6%

di FRANCESCO BORGONOVO

■ «Come libertini improvvisamente scopertisi impotenti, proviamo un'umiliazione profonda. Con tutta la nostra sapienza, intelligenza e potenza, non sappiamo più fare quel che gli animali fanno senza pensare». Cioè non sappiamo più riprodurci.

Lo notava la scrittrice britannica P.D. James in un romanzo meraviglioso intitolato *I figli degli uomini*. Uscì nel 1992 ed era ambientato nel 2021. Il primo gennaio di quell'anno, immaginava la James, sarebbe morto «l'ultimo essere umano nato sulla Terra». Nel racconto distopico, l'autrice metteva in scena una società occidentale incapace di generare figli, colpita da una sterilità di massa. «Ormai sono trascorsi venticinque anni dall'ultima nascita», scriveva, «e sono pochi a credere ancora che sul nostro pianeta risuonerà mai più il pianto di un neonato. Il sesso ci interessa sempre meno. L'amore romantico e platonico ha preso il sopravvento sul bieco appagamento dei sensi [...]. Abbiamo i nostri surrogati, passati a tutti i cittadini dal servizio sanitario nazionale. I nostri corpi segnati dagli anni vengono stimolati, massaggiati, accarezzati, stirati, cosparsi di unguenti profumati: veniamo misurati, pesati, sottoposti a manicure e pedicure». È stata profetica, P.D. James, ha solo anticipato un poco i tempi. Nel 2021 ci saranno ancora nascite, in Occidente (almeno si spera), ma la direzione in cui stiamo andando è esattamente quella indicata dall'autrice britannica. I dati sul calo della natalità sono abbastanza noti, del resto. I numeri pubblicati dall'Istat lo scorso ottobre, relativi al periodo fra gennaio e giugno del 2016, parlavano di 14.600 nascite in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tradotto, significa un ulteriore calo del 6% della natalità.

Le cause di questo fenomeno sono molteplici. Alcune addirittura sorprendenti. Oggi,

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

10-GEN-2017
da pag. 17
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

per esempio, si fa meno sesso. I casi di «sexout», cioè di spegnimento della sessualità, sono in aumento fra le coppie occidentali. Lo ha notato lo studioso tedesco Wilhelm Schmid, indicando come motivazione la sovraesposizione del sesso: in tv, sui media, sul web... La società pornografica - paradossalmente - fa calare i rapporti sessuali.

Lo ha spiegato bene lo statistico Roberto Volpi, autore di un saggio ormai classico intitolato *Il sesso spuntato. Il crepuscolo della riproduzione sessuale in Occidente* (Lindau). «Non c'è paragone fra il sesso che faceva - fino alla fine degli anni Sessanta - una donna fra i ventitré e i venticinque anni e quello che fa una donna della stessa età oggi», mi ha raccontato tempo fa. «Fino ai Sessanta, le donne erano praticamente tutte sposate. Oggi si hanno sicuramente più partner, ma si fa meno sesso. Persino sulla precocità dei rapporti sessuali - che viene fatta passare come un fatto acquisito - ci sono dati molto contraddittori. Non è vero che oggi si fa sesso a quindici anni. Questa non è una società in cui i rapporti avvengono così facilmente. Sappiamo tutti che ci sono ambienti in cui si possono avere facilmente incontri sessuali. Ma, appena si comincia a pensare a rapporti di maggiore tenuta, si entra in difficoltà. Non a caso, proliferano ovunque le agenzie matrimoniali. Perché è difficile avere rapporti - umani, non solo sessuali - non estemporanei».

Insomma, il calo spropositato della fertilità ha delle cause ambientali, sociali. Cause che riguardano la vita di coppia, la diminuzione dei matrimoni, l'instabilità dei rapporti.

Ma c'è anche un altro dato, di cui si parla meno, benché sia estremamente rilevante. Gli uomini occidentali stanno perdendo la capacità di fare figli. In poche parole, stanno diventando sterili. Il polemista francese Alexis Escudero ha dedicato all'argomento un saggio urticante: *La riproduzione artificiale dell'umano* (pubblicato in Italia da Ortica editrice). Nel testo, Escudero esamina la realtà di vari Paesi. Cita per esempio Ronit Haimov-Kochman, dell'ospedale universitario Hadassah di Gerusalemme, il quale sostiene che «la concentrazione degli spermatozoi nelle provette conservate nelle banche del seme israeliane è crollata del 37% in solo dieci o quindici anni». È sempre Escudero a richiamare lo studio condotto nel 1992 dall'endocrinologo danese Skakkebaek, secondo cui «la concentrazione degli spermatozoi nello sperma umano è diminuita della metà tra il 1938 e il 1990». Tale studio, molto contestato alla pubblicazione, fu ripreso nel 1997 da una studiosa americana. Nel 2012, a conclusioni simili giunse una nuova ricerca francese realizzata su 26.000 maschi. Dimostrò che tra il 1989 e il 2005 la concentrazione di spermatozoi nel seme maschile dei francesi si era ridotta dal 32,3%. In Italia, la situazione non è migliore. Carlo Foresta, celebre esperto di infertilità maschile dell'Università di Padova, nel giugno scorso ha dichiarato a *Repubblica* che «dal 2000 al 2005 la qualità del liquido seminale è scesa del 14,7 per cento».

Insomma, la concentrazione di spermatozoi nello sperma maschile, dalle nostre parti, continua a diminuire. E questo significa, in soldoni, meno figli. «I numeri sono abbastanza difficili da recuperare, perché i registri qui da noi non funzionano molto bene», dice alla *Verità* Alberto Ferlin, presidente della Società italiana di andrologia e medicina della sessualità. «Ma che ci sia un aumento dell'infertilità maschile è innegabile. L'ultimo dato che abbiamo sulla concentrazione degli spermatozoi nel liquido seminale parla di un calo del 30% negli ultimi trent'anni circa. Significa una diminuzione dell'1% all'anno».

E veniamo al cuore della faccenda. Quali sono le cause di questo drammatico calo? «Quelle più probabili», dice ancora Ferlin, «sono ambientali. L'inquinamento, inteso in senso ampio. Ma anche lo stile di vita, la dieta. Ci sono fattori di rischio come il fumo, le droghe, l'obesità, il cibo. Bisogna fare attenzione: questi fattori agiscono già in giovane età, quando i maschi sono bambini o adolescenti, cioè nel momento dello sviluppo».

Uno dei maggiori fattori di rischio è il calore. I testicoli, normalmente, hanno una temperatura di 1 o 2 gradi in meno rispetto al resto del corpo. Tutto ciò che aumenta la temperatura è pericoloso: dunque l'obesità, patologie come il varicocele, ma anche la compressione causata da certi abiti e il fatto di stare sempre seduti. Da un certo punto di vista, potremmo dire che il nostro stile di vita ci sta rendendo sterili. L'uomo della civiltà della Tecnica perde - proprio a causa della Tecnica - la capacità di riprodursi. E che fa per risolvere il problema? Si affida di nuovo alla Tecnica, cioè alla procreazione medicalmente assistita. In modo subdolo, una delle nostre caratteristiche naturali si sta trasformando in un optional a pagamento, poiché preferiamo continuare con le medesime abitudini invece di adottare un comportamento più sano.

Secondo Roberto Volpi, una delle ragioni principali dell'aumento dell'infertilità è, alla fine dei conti, la nostra mentalità. Lo statistico toscano pensa che tutto il resto - cause ambientali comprese - sia secondario. La questione centrale è che «gli uomini occidentali hanno spostato il loro centro verso altro. Oggi cercano una realizzazione individuale, i figli vengono dopo. Non c'è più l'idea di continuare la storia, non si pensa più a riprodursi. Tutto questo influisce». Insomma, è come se avessimo smesso di allenarci alla riproduzione. Da un certo punto di vista, l'abbiamo appaltata a terzi: ai laboratori, alle provette, alle cliniche della fertilità. Come scrive Alexis Escudero, si tratta «dell'artificio che il capitalismo impone ai nostri corpi per compensare i danni che esso stesso produce».

Un pensiero radicale, certo, ma difficilmente contestabile. Pensiamo alla procreazione assistita come a un «diritto» che dobbiamo garantirci. In realtà, è «il futuro al quale ci condanna, ogni giorno, sotto gli applausi stupidi della sinistra progressista, la fuga in avanti tecnologica».

© 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

10-GEN-2017
da pag. 27
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Meningite, paure e risposte

I casi di Torino e Genova rilanciano l'allarme Ma gli esperti chiariscono: «Non c'è rischio epidemia Problemi solo in Toscana»

Prevenzione
«Il vaccino ha sempre senso, ma viene raccomandato solo per bimbi e adolescenti»

Il batterio
«Il meningococco è un batterio fragile che non sopravvive a lungo nell'ambiente esterno»

Domenica un giovane di 25 anni morto a Torino, ieri una bambina di 6 anni ricoverata a Genova. La meningite continua a colpire. Difficile, apparentemente, dar torto a chi continua la corsa al vaccino, nonostante le rassicurazioni del ministero della Salute. «Eppure l'epidemia di meningite non esiste» conferma Gianni Rezza, direttore del Dipartimento di Malattie infettive all'Istituto Superiore di Sanità. «La diffusione della malattia è del tutto sovrapponibile a quella degli ultimi anni».

Non in Toscana però. «È vero» chiarisce Rezza, «in una parte della Toscana dal 2015 circola un ceppo molto virulento di meningococco C che rappresenta un fenomeno allarmante. Ma nel resto del Paese non c'è nessuna emergenza. L'attenzione dei media è molto aumentata dopo il secondo caso letale che ha riguardato una ragazza all'Università di Milano. Un evento drammatico, ma non dovuto al ceppo presente in Toscana. E la profilassi, istituita prontamente, ha riportato la situazione sotto controllo».

Quindi non ha proprio senso vaccinarsi contro la meningite se non si vive in Toscana? «Vaccinarsi ha sempre senso» risponde l'esperto, «ma, con l'eccezione della Toscana, la vaccinazione è raccomandata a bambini e adolescenti. Degli altri chi vuole lo può fare con calma, perché non c'è nessuna emergenza». E se si va in vacanza per qualche giorno in Toscana? «Si corre un rischio minimo rispetto a chi vi risiede». Nel caso, comunque, bisognerebbe vaccinarsi soltanto contro il meningococco C o anche il B? «Comunque solo per il C» puntualizza l'esperto. «Ai rischi legati al meningococco B sono esposti i bambini nei primi anni di vita, poi il pericolo si riduce notevolmente».

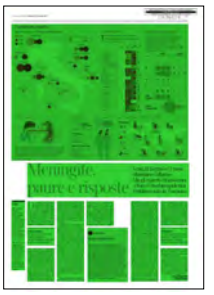
Sì, però abbiamo parlato solo di meningococco C e B. E gli altri batteri che causano meningite? Sono diventati improvvisamente così poco temibili? «I batteri più importanti per la meningite sono tre: Meningococco (*Neisseria meningitidis*), Haemophilus influentiae e Pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*). Ciascuno di loro può avere ceppi diversi, più o meno "cattivi"» spiega Rezza. «Però le meningiti da Haemophilus sono abbastanza ben controllate perché i bambini da tempo si vaccinano nei primi anni di vita. Ci sono casi fra gli anziani e infatti con il prossimo piano vaccinale l'immunizzazione sarà offerta anche a chi ha più di 65 anni. Per quanto riguarda lo pneumococco, l'infezione è relativamente comune, ed è utile vaccinarsi, ma uno pneumococco non comporta sempre una meningite: può procurare anche una polmonite oppure un'otite ricorrente. Infezioni che possono essere anche gravi ma sono una cosa ben diversa dalla meningite. Il livello di contagiosità in senso stretto per questi due batteri è relativo, quindi, perché si possono trasmettere con una certa facilità ma non con altrettanta facilità provocano la meningite. Tant'è vero che in questi casi non si attua di solito la profilassi antibiotica per chi vive con chi si è ammalato».

Invece «prendere» il meningococco porta sempre diritti alla meningite? «Assolutamente no. È possibile anche eliminarlo senza che accada nulla. Ovviamente dipende da diverse variabili, fra cui la virulenza, cioè l'aggressività del ceppo, oppure lo stato di salute generale della persona infettata. Fra l'altro il meningococco è un batterio "fragile", che non sopravvive a lungo nell'ambiente esterno. La trasmissione avviene con contatti molto ravvicinati, al di sotto del metro di distanza per capirsi, con baci, abbracci, scambio di bicchieri. Per questo i luoghi più a rischio sono scuole, locali, discoteche».

E i casi come quelli dell'insegnante di Roma che è mancata per una meningite da Escherichia coli? «Un caso raro e non contagioso — precisa Rezza —, ce ne possono essere ma non hanno nulla a che fare con un rischio di epidemia».

Luigi Ripamonti
Laura Cuppini

© 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

10-GEN-2017
da pag. 27
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

I numeri della malattia

I DECESSI NEGLI ULTIMI TRE ANNI, PER REGIONE

I CASI PER REGIONE

- Più casi rispetto all'anno precedente
- Meno casi rispetto all'anno precedente
- Stesso numero di casi

	2014	2015	2016	Totale
Abruzzo	1	4	3	8
Basilicata	1	1	2	4
Calabria	1	1	3	5
Campania	15	10	16	41
Emilia-Romagna	16	14	17	47
Friuli-Venezia Giulia	-	2	2	4
Lazio	13	24	18	55
Liguria	1	2	4	7
Lombardia	45	34	30	109
Marche	-	2	6	8
P.A. Bolzano	3	5	1	9
P.A. Trento	2	3	1	6
Piemonte	10	9	14	33
Puglia	9	12	7	28
Sardegna	3	4	5	12
Sicilia	11	13	8	32
Toscana	16	38	41	95
Umbria	1	4	-	5
Val d'Aosta	1	2	1	4
Veneto	15	12	12	39
Totale	164	196	191	551

I DIVERSI TIPI DI MENINGOCOCCO

Esistono tredici diversi sierogruppi di meningococco, ma solo sei (chiamati A, B, C, W135, Y e X) causano meningite e altre malattie gravi. In Italia e in Europa i sierogruppi B e C sono i più frequenti. In particolare il C è quello che provoca il maggior numero di decessi (circa il 56% in Italia nel periodo 2014-2016)

tipo	casi 2014	casi 2015	casi 2016	decessi 2014	decessi 2015	decessi 2016
A	1	0	0	0	0	0
B	55	49	56	6	3	2
C	36	63	67	10	13	13
W	8	7	12	1	0	2
X	0	1	3	0	0	0
Y	15	23	14	3	2	2
Non tipizzati	49	53	36	3	2	2
Totale complessivo	casi 551			decessi 64		

COME SI TRASMETTE

Il contagio da un individuo all'altro avviene per via diretta attraverso le microscopiche gocce di saliva emesse con la tosse, gli starnuti o scambiate con i baci. Il meningococco riesce a sopravvivere per un breve tempo nell'ambiente, quindi il contatto deve essere molto ravvicinato

L'INCIDENZA DELLA MALATTIA

Inverno e primavera

INCUBAZIONE

Il periodo è di almeno 3-4 giorni

I POSSIBILI SINTOMI

Sintomi lievi
- Riniti
- Faringiti
- Congiuntiviti

Sintomi di meningite
- Rigidità del collo
- Febbre alta
- Mal di testa
- Macchie sulla pelle

LA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE NEL MONDO

Fonte ministero della Salute

Corriere della Sera

La parola

MENINGOCOCCO

È un batterio che alberga nelle alte vie respiratorie (naso e gola), spesso di portatori sani e asintomatici (dal 2 al 30% della popolazione) e che risente delle variazioni di temperatura e dell'essiccamento. È stato identificato nel 1887, anche se la malattia era stata descritta nel 1805 a Ginevra. Si trasmette da persona a persona attraverso le secrezioni respiratorie: sopravvive per pochi minuti fuori dell'organismo. La principale causa di contagio è rappresentata dai portatori sani del batterio. Esistono 13 diversi sierogruppi di meningococco, ma 6 causano meningite e altre malattie gravi: più frequentemente A, B, C, Y e W135 e X. In Italia B e C sono i più frequenti

I dati

- Il rapporto «Dati di sorveglianza delle malattie batteriche invasive» svela che nel 2015 ci sono stati 196 casi di malattia invasiva da meningococco, un'incidenza pari a 0,32 casi su 100 mila
- Nel 2014 era leggermente inferiore (0,27 su 100 mila). L'andamento è stabile tranne in Toscana, dove c'è un marcato aumento negli adulti di casi di meningococco di tipo C

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

10-GEN-2017
da pag. 36
foglio 1
www.datastampa.it

Dati sensibili da comunicare. Sanzione alla clinica che non notifica all'Authority le notizie sulle patologie per cui ricorre l'obbligo

Malattie mentali e infettive al Garante

L'ESCLUSIONE
La finalizzazione del trattamento alla rilevazione non ricorre per gli episodi occasionali di diagnosi e cura del singolo professionista

Patrizia Maciocchi
ROMA

Le **cliniche** e gli ospedali devono comunicare al **Garante per la protezione dei dati personali** i **dati sensibili** dei **pazienti** relativi a malattie mentali, infettive e diffusive inseriti nella propria banca dati. La **Corte di cassazione** (sentenza 188) conferma la sanzione amministrativa di 40 mila euro imposta a una clinica privata per non aver rispettato il dovere di notifica indicato dall'articolo 37 della legge sulla privacy (comma 1, lettera b).

La norma prevede la notifica al Garante, per informarlo dell'attività di raccolta e del trattamento, dei «dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, trattati ai fini della procreazione assistita, prestazione di servizi sanitari per via telematica relativi a banche di dati o alla fornitura di beni, indagini epidemiologiche, rilevazione di malattie mentali, infettive e diffusive, sieropositività, trapianto di organi e tessuti e monitoraggio della spesa sanitaria».

Il Tribunale aveva accolto l'opposizione della clinica contro il decreto ingiuntivo di pagamento, fornendo un'interpretazione restrittiva della norma. Secondo i giudici di prima istanza l'obbligo di notificazione non ci sarebbe nel caso di un rilevazione dei dati «accessoria all'obbligazione sanitaria vera e propria» ma scatterebbe solo per la rilevazione dei dati svolta in via principale e per scopi evidentemente scientifici.

La Cassazione non è d'accordo e accoglie il ricorso del Garante. I giudici precisano, infatti, che l'obbligo non è il risultato di una lettura estensiva ma fedele della norma. Per la Suprema corte è del tutto arbitrario dare alla parola "rilevazione" il significato di "indagine conoscitiva" come «se la stessa fosse seguita dall'aggettivo "epidemiologica o dall'aggettivo "statistica"».

A riprova di quanto sostenuto, la Cassazione precisa che nell'elenco delle finalità dei trattamenti dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, ai quali la legge lega l'obbligo di notifica è inclusa anche la finalità delle "indagini epidemiologiche", come scopo diverso e distinto rispetto a quello della «rilevazione di malattie mentali, infettive e diffusive, sieropositività».

La conclusione è supportata anche da una precisazione della stessa Authority, dell'aprile 2004, a commento dell'esonero dall'obbligo di notifica disposto con una delibera del Garante nel marzo dello stesso anno. Nella nota si chiarisce che il dovere di notificazione per i trattamenti dati effettuati da chi esercita le professioni sanitarie «per quanto riguarda le malattie mentali, infettive e diffusive, il trattamento da notificare è quello effettuato "a fini di rilevazione" di tali patologie». Una circostanza che ricorre nel caso «di insiemi organizzati di informazioni su tali aspetti - di cui sono spesso gestori strutture, anziché persone fisiche».

La finalizzazione del trattamento alla rilevazione, è esclusa nel caso di episodi occasionali di diagnosi e cura che riguardano un singolo professionista, oppure quando, «presso un comune, occorre adottare, un provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio». Per la Cassazione non ci sono dubbi che la nozione di "insiemi organizzati di informazioni su tali aspetti" va da riferita alle banche dati dei pazienti delle strutture sanitarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

10-GEN-2017
da pag. 33
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Alimentazione. Omega 3 e 6.

Zinco, enzima Q10. Vitamine. Nutrienti essenziali per la pelle. E il pesce crudo funziona da antiage

La mia tartare è un elisir di giovinezza

Gli acidi grassi proteggono l'epidermide e mantengono ben idratati i capelli

CLAUDIA BORTOLATO

SUSHI, SASHIMI, MA ANCHE chirashi (pesce servito sul riso in una scatola laccata o in una ciotola): insomma le tante varietà giapponesi di servire il pesce crudo che, così, grazie alla passione per la cucina del Sol Levante è ormai entrato nella nostra alimentazione. D'altra parte, il pesce crudo lo conosciamo anche nella dieta Mediterranea, con i carpacci, le tartare e i marinati. E gli esperti concordano che, dal punto di vista nutrizionale, può dare una mano a una dieta equilibrata e ricca di nutrienti. Ma non solo. La novità è che ha anche una potenzialità antiage, aiuta la pelle a difendersi dall'ossidazione che si traduce in rughe, opacità, perdita di tono. «Grazie alla vitamina D (di cui è una delle poche fonti alimentari) che, tra l'altro, contrasta le infiammazioni e di conseguenza l'invecchiamento - dice Massimo Cocchi, docente di Biochimica della Nutrizione, università L.U.de.S. (Libera università degli studi) HEI, Malta - ma, soprattutto, agli acidi grassi polinsaturi Omega 3. Si tratta di sostanze importanti per la salute che però sono estremamente termolabili e per giunta sono contenuti in percentuali più elevate proprio in alcuni dei pesci più frequentemente consumati crudi, come salmone, tonno, alici».

Molti studi hanno dimostrato, tra l'altro, che l'assunzione in rapporto ottimale di Omega 6 (presenti soprattutto negli oli vegetali) e di Omega 3 aiuta a controllare le infiammazioni, responsabili, tra l'altro, dell'invecchiamento precoce, oltre a proteggere il sistema cardiovascolare (la proporzione raccomandata è di circa 4 porzioni di Omega 6 per ogni porzione di Omega 3). «Alcune ricerche condotte negli Stati Uniti hanno ipotizzato che gli Omega 3, in particolare, contribuiscano a frenare l'accorciamento dei telomeri, i cappelli protettivi situati in cima ai cromosomi che trasportano il Dna, che è tra le cause della rapidità con la quale invecchiamo: più lento è il rimpicciolimento dei telomeri, più a lungo rimaniamo giovani», osserva Cocchi.

In particolare, gli Omega sono capaci di proteggere la nostra pelle, l'organo che più visibilmente è testimone degli anni che passano: «Questi acidi grassi essenziali sono precursori dei ceramidi, che sono la base del cemento intercellulare (miscela di sostanze lipidiche e cerose) e aiutano l'epidermide e il fusto dei capelli a mantenersi compatti e ben idratati, proteggendoli così dalla secchezza e, indirettamente, dal foto-invecchiamento», spiega il cosmetologo Umberto Borellini, professore all'università di Pavia.

Altre preziose sostanze che si conservano integre nel pesce crudo sono le vitamine termolabili, come gli antiossidanti tocoferolo (vitamina E), il coenzima Q10 e alcune vitamine del gruppo B, in particolare B2 (riboflavina), B8 (biotina) e B5 (acido pantotenico), importanti anche per il ciclo vitale del capello, per il microcircolo e il metabolismo (nonché l'elasticità) della pelle. Si preservano meglio anche i minerali come zinco, rame e selenio, fondamentali per produrre enzimi e antiossidanti endogeni, come la glutatione perossidasi e la superossido dismutasi, capaci di contrastare l'invecchiamento. «Inoltre, nel pesce crudo è interessante l'apporto di taurina, un amminoacido che, secondo alcuni studi, condizionando positivamente il metabolismo degli adipociti, può aiutare a controllare il peso, ovviamente nell'ambito di una dieta sana e controllata in quantità e qualità», conclude Cocchi.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

10-GEN-2017
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ringiovanire si può, lo dicono i topi Nell'attesa serve invecchiare bene

Un esperimento del Salk Institute è stato in grado d'invertire il corso del tempo delle cellule nei roditori Se funzionasse sugli umani, guadagneremmo 20 anni in salute. Intanto iniziamo con il cambiare stile di vita

Le donne che hanno più di un figlio mantengono il Dna integro più a lungo

Smettere di fumare permette all'orologio biologico di tornare indietro in soli 9 mesi

di **ROBERTA MERCURI**

■ Il mito di Dorian Gray non tramonta mai: restare perennemente giovane è il sogno recondito dell'uomo. Finalmente dalla scienza, nei giorni scorsi, è arrivata la bella notizia che tutti sognavano: tornare indietro nel tempo si può. La brutta notizia è che il tuffo nel passato – almeno per ora – è possibile solo ai topi. Il tempo è davvero tornato indietro per un gruppo di topolini del Salk Institute in California. Erano anziani, gli scienziati sono riusciti a farli ringiovanire. L'esperimento, pubblicato su *Cell*, ha richiesto un intervento di ingegneria genetica per attivare nell'organismo dei roditori quattro geni speciali scoperti nel 2006 dallo scienziato giapponese Shinya Yamanaka: geni che sono in grado di invertire la freccia del tempo nello sviluppo delle cellule. Risultato? Al microscopio i tessuti dei topi sono apparsi più sani e privi dei danni che si accumulano con l'età. E la loro vita si è allungata mediamente del 30%: da 18 a 24 settimane. Che è come se a noi regalassero, più o meno, 20 anni di vita in salute. «L'invecchiamento per noi biologi è ancora un mistero», ha spiegato Juan Carlos Izpisua Belmonte, coordinatore della ricerca. «Quel che conosciamo bene sono le conseguenze dell'invecchiamento, non le sue cause. Ma oggi abbiamo dimostrato che questo processo può essere manipolato ed è quindi reversibile». Finora questi esperimenti erano sempre avvenuti in provetta su un numero limitato di cellule. La novità, oggi, è aver riprodotto lo stesso esperimento in un intero organismo vivente. Attivare il poker di geni della giovinezza sugli uomini è però difficile, per ragioni etiche oltre che tecniche. Perciò, in attesa che anche per la nostra specie arrivi una «macchina del tempo» capace di portare indietro l'orologio biologico, tanto vale darsi da fare per invecchiare il meglio possibile. E qui, prima ancora che i geni, conta lo stile di vita.

TELOMERI I telomeri, la parte terminale dei cromosomi, sono una sorta di orologio cellulare. A ogni divisione della cellula si accorciano fino ad arrivare a una soglia critica, oltre la quale non possono più diminuire: è a questo punto che parte il processo di senescenza cellulare. Negli Usa è in commercio come integratore una sostanza che attiva la telomerasi – l'enzima che permette di «costruire» i telomeri impedendone l'accorciamento – ma è tuttora in sperimentazione clinica.

DIETA Diversi studi dimostrano che la dieta mediterranea – ricca di frutta, verdura, pesce e cibi a basso contenuto di grassi – rallenta l'invecchiamento perché si oppone all'accorciamento dei telomeri.

IN PIEDI Una ricerca del Karolinska University Hospital di Stoccolma, pubblicato sul *British journal of sports medicine*, dimostra che stare seduti per molto tempo rimpicciolisce i telomeri e dunque favorisce l'invecchiamento. I ricercatori hanno osservato per 6 mesi un gruppo di 49 adulti in sovrappeso con più di 60 anni. Il team ha esaminato le lunghezze dei loro telomeri, tramite gli esami del sangue, all'inizio dello studio e alla fine del semestre. Risultato: in coloro che avevano trascorso meno tempo seduti (quindi in piedi) i telomeri si erano allungati.

SPORT Uno studio pubblicato su *Science Advances* dai ricerca-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

10-GEN-2017
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

tori dell'Université catholique de Louvain di Bruxelles (Belgio) dice che l'esercizio fisico può rallentare l'invecchiamento cellulare, perché aiuta il Dna a restare integro. Durante la ricerca gli scienziati hanno chiesto a dieci giovani volontari di allenarsi sulla cyclette per 45 minuti. E hanno prelevato dai partecipanti alcuni campioni di sangue e di tessuto muscolare prima dell'inizio dell'esercizio, alla fine dell'allenamento e a distanza di 2 ore e mezza. Al termine dell'analisi, hanno scoperto che l'attività fisica aveva aumentato i livelli di un enzima, chiamato activated protein kinase, che previene i danni cellulari e sarebbe in grado di ostacolare l'accorciamento dei telomeri rallentando il processo di invecchiamento.

FIGLI Le donne che hanno più di un figlio invecchiamo più lentamente delle altre. Lo dice uno studio pubblicato su *Plos One* dai ricercatori della Simon Fraser University di Burnaby (Canada). Gli scienziati hanno infatti scoperto che le madri di diversi bambini hanno telomeri più lunghi rispetto alle altre. Motivo: dare alla luce più di un bambino aumenta l'esposizione della mamma agli estrogeni. Pablo Nepomnaschy, che ha coordinato la ricerca: «Gli estrogeni funzionano come un potente antiossidante che protegge le cellule dall'accorciamento dei telomeri».

FUMO Una ricerca dell'università di Cleveland, Ohio, su 79 coppie di gemelli, dimostra che il fumo invecchia il viso. In particolare gli ovali dei fumatori mostrano segni di cedimento nelle palpebre, sotto agli occhi, nelle rughe tra naso e labbra. L'invecchiamento causato dal fumo, però, è reversibile: uno studio epidemiologico del Centro pelle sana, condotto in 22 Paesi su 45.000 soggetti, dice che abbandonando le sigarette nell'arco di 9 mesi non soltanto si ferma l'accelerazione dell'invecchiamento cutaneo, ma addirittura l'orologio biologico della pelle torna indietro: diminuiscono le rughe, migliorano colorito e pelle.

MEDITARE Uno studio dell'università di San Francisco svela che la meditazione può essere un alleato prezioso per rallentare l'invecchiamento. I ricercatori hanno ingaggiato un maestro e gli hanno chiesto di insegnare la pratica a dei volontari; il protocollo prevedeva due sessioni di gruppo e 6 ore di meditazione individuale al giorno per 3 mesi. Alla fine, coloro che avevano seguito le indicazioni del maestro avevano un livello di telomerasi del 30 per cento superiore a quello misurato in 30 volontari sani.

CERVELLO Se il cervello è convinto che abbiamo meno anni di quanti riportati sulla carta di identità, il corpo reagirà di conseguenza, rallentando anche l'invecchiamento. Lo dimostra uno studio pubblicato sulla rivista *Age* da Antonio Terracciano, ricercatore italiano del National institutes of health di Baltimora.

SANGUE Studi delle università di Stanford e Harvard hanno dimostrato che iniettando sangue di un topo giovane in uno anziano, cuore, cervello, muscoli e tutti gli altri organi esaminati paiono ringiovanire. L'animale è più forte e più svelto, riacquista la capacità di apprendere e la memoria. In Giappone hanno provato a usare questa tecnica, per combattere l'Alzheimer, sugli umani: hanno fatto trasfusioni di plasma di soggetti giovani in ammalati di Alzheimer e sembra che il primo paziente sia migliorato. Molti studiosi, tuttavia, sono critici: temono che ringiovanire le cellule staminali e forzarle a dividersi possa provocare tumori.

PAPA Nel 1400 papa Innocenzo VIII, facendo trasfusioni con sangue di ragazzi attraverso cui sperava di tornare giovane, perse la vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sanità24 | Il Sole 24 ORE

09-01-2017

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

MEDICINA E RICERCA

Dieta mediterranea regina della prevenzione

di *Adriana Visonà (presidente Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare)*

Uno dei temi dibattuti alle ultime Giornate Nazionali di Angiologia, organizzate da Siapav – Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare in occasione del suo congresso nazionale lo scorso novembre a Bologna è il ruolo della nutrizione nella prevenzione delle patologie vascolari. Il tema è stato al centro del simposio su nutrizione e malattie vascolari, in particolare dell'intervento del Prof. Francesco Sofi, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze. Nel corso degli ultimi anni sono state compiute numerose ricerche sul modello di alimentazione più idoneo al mantenimento di un buono stato di salute. Come si sa, l'alimentazione incide in modo sostanziale sulla prevenzione del rischio cardiovascolare. Tra tutti i regimi alimentari, quello che ha ottenuto più interesse è sicuramente la dieta Mediterranea.

Il concetto di dieta Mediterranea risale agli anni '60, quando Ancel Keys coniò questo termine in seguito ai risultati di uno studio epidemiologico che dimostrò come le popolazioni che si affacciano sul Mediterraneo presentino una ridotta incidenza di malattie cardiovascolari e tumorali in confronto ad altre popolazioni. In questo studio, noto come "Seven Countries' Study", è stato analizzato il comportamento alimentare, gli stili di vita e lo stato di salute di 12.763 soggetti di età compresa tra i 40 e i 59 anni residenti in diversi paesi del mondo: gli Stati Uniti, la Finlandia, i Paesi Bassi, l'Italia, la Grecia, l'ex Jugoslavia e il Giappone. I primi risultati furono sorprendenti poiché

evidenziarono bassi tassi di incidenza di mortalità e incidenza di malattie cardiovascolari a favore dei paesi che si affacciavano nel bacino del Mediterraneo in confronto agli altri paesi oggetto dello studio. Infatti, tanto più l'alimentazione dei soggetti analizzati si discostava da quella mediterranea tanto maggiore era l'incidenza di malattie cardiovascolari e neoplastiche.

In seguito a questo famoso studio, altre ricerche hanno confermato la bontà di quei primi risultati, e la dieta Mediterranea con i suoi alimenti peculiari si è diffusa in tutto il mondo quale sinonimo di dieta salubre, efficace contro l'insorgenza di malattie cardiovascolari e neoplastiche. Ad oggi, infatti, tutte le più importanti e autorevoli società scientifiche del mondo suggeriscono proprio il profilo alimentare Mediterraneo come strumento ideale per conservare lo stato di salute, e ridurre l'insorgenza delle più importanti patologie del benessere.

Nel corso degli ultimi anni, infatti, l'interesse della ricerca in campo nutrizionale si è indirizzato, più che verso lo studio dei singoli alimenti o gruppo di alimenti che fanno parte della dieta Mediterranea, verso lo studio in toto del profilo dietetico. In questo, notevole interesse ha suscitato l'identificazione di uno strumento statistico che ha permesso di calcolare attraverso un semplice punteggio numerico l'aderenza di una specifica popolazione alla dieta Mediterranea. È stato dimostrato, infatti, come una stretta aderenza al profilo dietetico mediterraneo sia correlata a una minore incidenza di mortalità.