Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 46
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Più serene in menopausa

Oggi le donne possono affrontare questa fase della vita in modo attivo, consapevole e ottimista. Ma per molte di loro è ancora un passaggio vissuto in tono negativo, anche se c'è maggior chiarezza su benefici e limiti dei rimedi che attenuano gli eventuali disagi e prevengono successivi problemi

Un trattamento sul quale, negli ultimi decenni, si è passati dall'entusiasmo al terrore. Ora i dati sull'utilizzo degli estro-progestinici nelle donne in climaterio permettono di capire meglio quando e per chi possono essere utili, e per quanto tempo andrebbero somministrati

A quali donne può servire la terapia ormonale

La scoperta

Perché fumare anticipa questa fase

Una ricerca pubblicata su *Nature Genetics*, condotta su circa 70 mila donne in tutto il mondo, ha chiarito che oltre due terzi delle oltre 40 regioni del genoma coinvolte nella regolazione della menopausa contengono geni che servono a mantenere integro il Dna. «Sono centinaia, e ciascuno può spostare l'insorgenza della menopausa di poche settimane come di un anno, ma tutti hanno a che fare con la riparazione dei danni al Dna: in pratica, se questi geni sono efficienti gli ovociti riescono a "risanare" meglio le mutazioni del genoma e sopravvivono più a lungo, allontanando il climaterio – spiega John Perry, l'epidemiologo dell'università di Cambridge che ha condotto lo studio –. Non a caso i danni al Dna provocati dalle sigarette mandano le fumatrici in menopausa uno o due anni prima del previsto: mantenere il Dna integro è quindi il mezzo migliore per ritardare il climaterio».

E.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il bilancio

La valutazione individuale dei rischi e dei possibili benefici è essenziale, come sottolineano le linee guida della Endocrine Society statunitense

Sono quasi 14 milioni le italiane sopra i 50 anni in menopausa, in genere molto attive, nel pieno della carriera, non di rado con figli adolescenti vista l'età sempre più avanzata della gravidanza. Però, nonostante l'aspettativa di vita femminile veleggi oltre gli 84 anni e la maggioranza passi perciò un buon terzo dell'esistenza in menopausa, oggi c'è ancora resistenza a parlare di questo periodo. Per aiutare le donne a vivere il passaggio con consapevolezza e serenità la Sigo (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) ha appena lanciato la campagna "Menopausa meno... male!" per dare tutte le informazioni che servono, perché, come spiega Paolo Scollo, presidente Sigo, «sul tema c'è confusione. Dopo una fase di entusiasmo per la terapia ormonale sostitutiva siamo passati alla paura acritica degli ormoni, poi sono arrivati gli isoflavoni di soia a richiamare l'attenzione, salvo poi scoprire che anche questi devono essere maneggiati con cura. È giunto perciò il momento di fare chiarezza, spiegando innanzitutto alle donne che la menopausa non è una disgrazia, ma va affrontata come merita».

A giudicare dai dati di un sondaggio Sigo su circa 2 mila donne appena diffuso, però, non ci si sente per nulla tran-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 46
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

quille all'arrivo del climaterio: il 68% lo ritiene una fase negativa, soprattutto per i fastidi e i disturbi che comporta, e il 58% si sente peggio di prima.

Poche sanno che dopo la menopausa cresce il rischio di disturbi cardiovascolari, osteoporosi, tumori. Il 35% ha assunto la terapia ormonale: solo nel 3% dei casi quelle che non lo hanno fatto è perché non hanno disturbi, il 20% pensa che non serva, più del 30% non è stata informata e il 43% ha paura degli ormoni.

«Oggi sappiamo molto di più sulla terapia ormonale sostitutiva, l'unica i cui effetti, nel bene e nel male, sono documentati da molti studi – interviene Francesca Nocera, presidente della Società Italiana di Ginecologia della Terza Età –. Non va prescritta a scopo preventivo o a dieci anni dall'inizio della menopausa, ma subito, e solo, alle donne con sintomi e che non abbiano una controindicazione assoluta agli ormoni, come un pregresso tumore al seno; se la cura è personalizzata e la paziente è seguita per valutarne bene gli esiti, non è pericolosa ma vantaggiosa, specie nelle donne con molte vampate, segno di una maggior fragilità vascolare e quindi indicative di un maggior rischio per cuore e vasi».

«Oggi si usano dosaggi più bassi ed estrogeni molto selettivi, che non arrivano al tessuto mammario – aggiunge Rossella Nappi, ginecologa dell'Ambulatorio di endocrinologia ginecologica e della menopausa del Policlinico San Matteo di Pavia –. Inoltre le vampate si hanno soprattutto in peri-menopausa, a volte bastano uno o due anni di cura per risolvere i malesseri senza incidere sul rischio di tumore al seno. In proposito, sappiamo che 5 anni di terapia aumentano la probabilità di circa il 26% mentre la familiarità triplica il pericolo e il sovrappeso e l'obesità, lo raddoppiano. Con dieci chili di troppo, in altri termini, si rischia di più che prendendo gli ormoni per un po' di tempo».

Le vampate, stando ai dati raccolti da SIGO, sono il sintomo più fastidioso. «Il 15% le ha in forma severa (oltre 10-15 volte al giorno e almeno 5-7 per notte)» spiega Rossella Nappi. «In questi casi è opportuno discutere col ginecologo l'opportunità di una terapia ormonale temporanea».

Essenziale è però una valutazione individuale dei rischi e dei possibili benefici, come sottolineano le linee guida sul trattamento della menopausa della Endocrine Society statunitense in uscita sul *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. «Il ginecologo deve creare per ciascuna un "filo conduttore" personalizzato delle terapie, ascoltando le paure e condividendo le scelte: inutile imporre una terapia ormonale a chi non la accetta, poi quella donna perderà la fiducia e non si curerà più in alcun modo – osserva Scollo –. Tutto ciò senza mai perdere di vista la situazione generale: la donna in menopausa deve essere valutata anche per la condizione cardiovascolare, metabolica, di salute complessiva: se per esempio c'è un'ipertensione non si può trascurare», conclude il ginecologo.

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Conflitti d'interesse

Francesca Nocera e Paolo Scollo dichiarano di non avere conflitti di interesse in merito agli argomenti trattati; Rossella Nappi dichiara di essere consulente, membro del comitato scientifico e/o di avere tenuto relazioni per Bayer Pharma, Ely Lilly, Endoceutics, Gedeon Richter, HRA Pharma, MSD, Novo Nordisk, Pfizer, Shionogi Limited, Teva

14 milioni

È il numero di italiane sopra i 50 anni in menopausa. Poche sono a conoscenza dei rischi per la salute dopo questo periodo

La vita sessuale non va dimenticata

Dal sondaggio della Sigo emerge che 7 donne su 10 soffrono di irritazione e secchezza vaginale, così non sorprende che il 78% lamenti pure un calo della libido.

Per risolvere il problema si possono utilizzare ormoni localmente, ma forse per la vergogna di discuterne con il medico la maggioranza non si cura: una ricerca presentata all'ultimo congresso della *North American Menopause Society* indica che l'82% delle donne può essere considerata un'utilizzatrice sporadica, perché non acquista il farmaco prescritto più di quattro volte. Appena il 5% delle over 50 usa estrogeni locali e la maggioranza sceglie i prodotti in crema, che però sono anche quelli che più spesso vengono "dimenticati".

Un aiuto potrebbe arrivare dalla terapia con il laser, come spiega Paolo Scollo, presidente Sigo: «In genere servono tre sedute, una al mese: il trattamento è ambulatoriale, indolore e senza effetti collaterali, efficace in oltre il 70%dei casi. Dopo un anno e mezzo, massimo tre, il ciclo va ripetuto ma non ci sono controindicazioni a farlo. Si tratta di un'opzione in più, di cui discutere senza paura e imbarazzi con il ginecologo».

E. M

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 46
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Come viene vissuta la menopausa

Sondaggio su 2mila donne (età, 40 anni e oltre)

A QUANTI ANNI È ANDATA IN MENOPAUSA?

- **Prima dei 45 anni** 9%
- **Tra i 45 e i 50 anni** 43%
- **Tra 50 e i 55 anni** 48%

RITIENE CHE LA MENOPAUSA RAPPRESENTI...

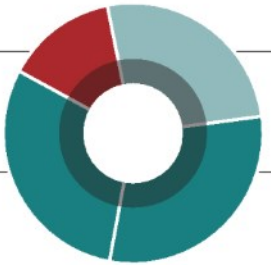
- **Una fase positiva della vita di ogni donna** 32%

Fra queste il **79%** sottolinea che il motivo è il non dovere più subire dolori e disagi legati al ciclo

- **Una fase negativa della vita di ogni donna** 68%

Fra queste il **90%** lo dice perché avverte fastidi e disturbi

CHE COSA FA PER PREVENIRE I PROBLEMI CHE POSSONO INSORGERE DOPO QUESTO PERIODO?

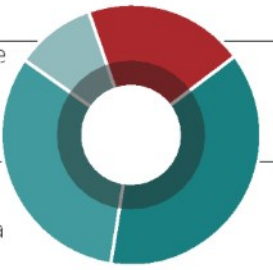


- **14%** Niente
- **26%** Pratico sport
- **30%** Assumo farmaci
- **30%** Seguo una dieta corretta

CHE TIPO DI CONTROLLI ESEGUE?

- Controllo del colesterolo (annuale) 75%
- Pap test e mammografia (ogni 2 anni) 70%
- Controllo della pressione (annuale) 58%
- Visita ginecologica (annuale) 43%
- Moc/dexa controllo (densità ossea/osteoporosi) 42%

SU QUALI ASPETTI LE INTERESSEREBBE AVERE MAGGIORI INFORMAZIONI?



- **10%** In che cosa consiste la menopausa
- **20%** I fattori di rischio per la salute
- **32%** La prevenzione primaria (stile di vita) e secondaria (screening)
- **38%** Le possibili terapie

FONTE: Sigo (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), settembre 2015

CdS

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 47
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Possibilità e limiti dei rimedi alternativi

Dove rivolgersi

Troppo pochi i veri specialisti della materia

Tutti i ginecologi concordano sull'importanza di rivolgersi a un Centro Menopausa, o comunque a un medico che abbia una preparazione adeguata sul tema del climaterio. Tuttavia può non essere affatto facile trovarlo, anche perché la formazione scarseggia: lo ha appena segnalato uno studio su Menopause e lo conferma Francesca Nocera, presidente Sigite (Società Italiana di Ginecologia della terza età). «Sono davvero pochi i giovani medici che decidono di specializzarsi in questa branca della ginecologia, che viene tuttora considerata un argomento, per così dire, di nicchia». «Ma credo si possa affermare che sia una considerazione sbagliata — sottolinea Francesca Nocera — dal momento che si può calcolare che ci sia un "bacino" di ben quattordici milioni di pazienti interessate, e che sono in continuo aumento».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

50%

È la quota di donne che, in base a stime recenti, prova almeno una volta rimedi diversi dagli ormoni. Gli esperti, però, sottolineano come gli studi sulle cure alternative non consentano per adesso conclusioni certe

Le altre cure

È possibile combattere i malesseri della menopausa. Ma chi non vuole o non può sottoporsi alla terapia ormonale sostitutiva quali strade può percorrere?

Le cure "alternative" sono tante e, secondo stime recenti, dal 50 all'80% delle donne prova almeno un rimedio diverso dagli ormoni, così la *North American Menopause Society* ha cercato di fare chiarezza pubblicando le linee guida aggiornate su ciò che funziona o meno contro le vampate di calore, il sintomo più comune e fastidioso del climaterio.

La terapia cognitivo-comportamentale, una buona igiene del sonno, l'ipnosi e un approccio positivo al cambiamento, per esempio, ne riducono l'impatto in misura significativa, anche se non hanno effetto sulla loro frequenza; pure gli antidepressivi della classe degli inibitori della ricaptazione della serotonina (*Ssri*) possono servire, ma hanno effetti collaterali e vanno usati con cautela.

Su tutto il resto, spiegano gli autori, i dati non sono univoci. Conferma Francesca Nocera, presidente della Società Italiana di Ginecologia della Terza Età: «Gli studi sulle cure alternative non consentono di trarre conclusioni certe, alcuni fitofarmaci agiscono grazie agli stessi meccanismi degli ormoni per cui ne condividono pregi e difetti. Serve il consiglio del ginecologo, anche quando si propende per una medicina complementare. Purtroppo tante pensano che ciò che è naturale non possa far male, ma non è sempre così».

In questo senso è tranquillizzante il parere positivo dell'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (Efsa) in merito agli isoflavoni in integratori alimentari, che si trovano per esempio in estratti di soia, trifoglio rosso o radice di kudzu. I dati raccolti, stando agli esperti che hanno stilato il documento e dal 2009 studiano l'argomento, mostrano che i prodotti venduti nell'Unione Europea non sono nocivi per seno, utero o tiroide delle donne in menopausa; non ci sono invece ancora dati a sufficienza per esprimersi in merito a chi è in peri-menopausa, ha avuto già un tumore alla mammella o ha una familiarità per questo carcinoma. «Molte sostanze "naturali" vengono pubblicizzate come anti-vampate – aggiunge Rossella Nappi, ginecologa dell'Ambulatorio di endocrinologia ginecologica e della menopausa del Policlinico San Matteo di Pavia – Alcune alleviano un po' il sintomo. Se una donna non vuole o non può fare una terapia ormonale sostitutiva perciò si possono prescrivere alcuni prodotti, nella consapevolezza che i benefici potrebbero dipendere da un effetto placebo, non durare a lungo, e sapendo che gli integratori non proteggono dagli altri problemi connessi alla menopausa. Se i sintomi sono lievi e la donna è in salute si può partire da integratori con i minori effetti estrogeno-simili: per esempio si possono provare prodotti a base di cimicifuga racemosa, estratti di polline, riso rosso, vitamina D e magnesio». «I supplementi con vitamina D, E, magnesio e resveratrolo sembrano abbastanza efficaci contro le vampate: anche le terapie non convenzionali possono aiutare, l'importante è deciderle con il medico sulla base del profilo di ciascuna donna», conferma Paolo Scollo, presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. «L'anno prossimo dovrebbero arrivare le linee guida europee per le terapie alternative anti-vampate – riprende Nappi –. È necessario, perché i prodotti d'oltreoceano sono estratti e preparati in modo diverso, per cui hanno anche effetti differenti. Inoltre le donne negli Usa sono più spesso in sovrappeso: il grasso influenza molto la situazione ormonale, per cui le conclusioni del documento Usa, che indica una mancanza di efficacia per tante terapie alternative, non sono automaticamente applicabili da noi».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 47
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Un'assicurazione sul futuro da cibi sani e attività fisica

Appena una donna su due sa che dopo la fine delle mestruazioni aumenta il rischio di malattie cardiovascolari, osteoporosi, demenza, tumori. Ciò si traduce in una ancor più blanda prevenzione attraverso lo stile di vita: solo 1 su 3 segue un'alimentazione corretta, appena il 26% fa regolarmente sport.

«Riscoprire le buone abitudini è per tutte la prima vera "cura", a prescindere dalla scelta di prendere o meno gli ormoni – spiega Francesca Nocera, presidente della Società Italiana di Ginecologia della Terza Età –. Controllare la dieta e fare attività fisica è fondamentale anche per chi non ha alcun sintomo». La buona notizia, diffusa nell'ultimo congresso della North American Menopause Society, è che dopo i 50 anni un esercizio leggero ha un impatto sulla composizione corporea maggiore rispetto a quanto accade nelle giovani: in altri termini, in menopausa pure muoversi (relativamente) poco basta per ottenere buoni risultati su girovita, peso e grasso corporeo.

Il climaterio è un periodo "critico" in cui avere più cura di se stesse: dati presentati al congresso Usa, ad esempio, hanno dimostrato che nelle over 50 il colesterolo Hdl è un po' meno "buono" perché contrasta peggio la formazione di placche aterosclerotiche. La terapia ormonale sostitutiva, stando a una revisione di 5 studi su circa 75mila donne, se iniziata quando cominciano i sintomi riduce il rischio cardiovascolare, l'effetto invece è opposto se si aspetta troppo.

Non è pericolosa per le donne curate per un tumore ovarico, che spesso entrano in menopausa proprio per le terapie oncologiche: secondo uno studio su 150 donne seguite dal 1990 a oggi gli ormoni non avrebbero alcun effetto sulla sopravvivenza, anzi in queste pazienti paiono addirittura migliorare l'aspettativa di vita.

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

01-NOV-2015
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

Utero in affitto: l'urgenza di un impegno condiviso

FERMIAMO SUBITO LA NUOVA SCHIAVITÙ

di Maria Pia Garavaglia *

Caro direttore, solo "Avvenire" propone alla riflessione comune la vergogna di una pratica schiavista sofisticata del nostro tempo a carico delle donne: l'affitto dell'utero. Una pratica che con trasposizione lessicale fraudolenta viene chiamata "maternità surrogata". E meno male che anche la nota intellettuale femminista francese Sylviane Agacinski lancia il suo giusto e pressante allarme: si sveglino le femministe e anche gli ecologisti di professione.
Il corpo delle donne come una incubatrice o un locale in affitto. Tra l'altro queste "volontarie a pagamento" sono sottoposte a rigidi controlli: sono schiave! Giuridicamente i figli saranno obbligatoriamente iscritti all'anagrafe da chi li denuncia e di figlio in figlio avviene una "transumanza umana" che sembra non scandalizzare ancora (quasi) nessuno.
Questo orrore fa il paio con un'altra tecnica di fecondazione assistita – madre artificiale – che prevede la fusione di due ovociti. Anche in questo caso l'eterogenesi è affidata alle parole: si usa questo metodo – si dice – per la sicurezza sanitaria. In tal modo, però, non si sa a quale delle donatrici attribuire la avvenuta fecondazione: per la prima volta si altera la certezza della maternità biologica!
Come è evidente, è sempre il corpo della donna a essere usato come strumento di generazione, lontana da un concetto di procreazione che deve essere aiutata, quando serve, come quando si rimedia a una malattia, ma che non può essere un "servizio" da acquistare.
Mi angustia constatare tanta ipocrisia e contraddizione. In questi giorni – nemmeno ricordavo – sono stata ringraziata da un animalista perché a suo tempo – tanto tempo fa, quando ero ministro della Sanità – avevo decretato contro l'esportazione abusiva di cani a scopo di vivisezione. Gli ho suggerito che questo è un tempo in cui mettere in campo almeno lo stesso impegno a salvaguardia dell'umanità.
Un Parlamento, ancorché democratico, può avere il potere di mettere le mani sulle future generazioni, di alterare fenomeni biologici? E perché? Che diritti individuali, egoistici – oppure ideologici ed economici – possono avere priorità rispetto alla dignità umana? Condivido l'idea, avanzata da Vittorio Possenti, di prevedere una fattispecie di «crimini contro l'umanità».
Tutti gli avversari degli Ogm, tutte le femministe, tutti gli uomini e le donne di buona volontà, non pensano che sia una sfida da raccogliere quella di una «ecologia integrale», che – senza escludere, per drammatico paradosso, proprio l'essere umano – assume la responsabilità di custodire tutto il creato? La *Laudato si'* ci offre una "*road map*", un itinerario di purificazione dei nostri comportamenti a favore delle generazioni che verranno. È l'ora di cominciare.

** Presidente dell'Istituto superiore di studi sanitari*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 37.011
Diffusione 08/2015: 25.154
Lettori Ed. II 2015: 479.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

01-NOV-2015
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

PATOLOGIE RESPIRATORIE SEMPRE PIÙ IN ROSA

di **NICOLA SIMONETTI**

Malattie come la broncopneupatia cronica ostruttiva (BPCO) ed il tumore polmonare, fino a poco tempo fa appannaggio in prevalenza del sesso maschile, oggi si «femminizzano». La BPCO (causa 50 morti al dì in Italia) è patologia che vede, tra le principali cause, il fumo di tabacco con effetto-dose proporzionato al numero di sigarette/sigari fumati (l'OMS ha definito il fumo «prima causa di morte prevenibile») e che è aumentato, dal 1994 ad oggi, del 142% nelle donne e del 43% negli uomini. Il 20-40% dei fumatori raggiunge la malattia conclamata. Correi sono l'inquinamento (30%) e le infezioni.

Il genere femminile, inoltre, presenta una maggiore «ipersensibilità» dei bronchi sia per il calibro inferiore rispetto al maschile sia per differenze ormonali. Ne derivano maggior rischio di ricovero e tasso di mortalità più alto. Negli Usa, dove la morti per BPCO sono 65.000 l'anno, nel 2000, le donne morte hanno superato, per la prima volta, gli uomini.

Analoghi incrementi anche per la patologia asmatica e per il tumore polmonare. La donna sembra essere più sensibile ai cancerogeni presenti nel tabacco (fattori ormonali?). Ma, anche se la sua patologia ha una prognosi relativamente migliore, negli ultimi 40 anni, in tutta Europa, si è registrato un calo di mortalità nei maschi ed un aumento nelle donne. Solo 10 su 100 di questi tumori polmonari derivano da variazioni genetiche e non da fumo.

Ogni giorno passano per bronchi-polmoni 19.000 litri di aria che raggiungono gli alveoli polmonari (300 milioni) nei quali si effettuano gli scambi tra ossigeno per rifornire il sangue e materiale di rifiuto che deve essere espirato. La BPCO «ruba» ogni anno 350mila giornate lavorative, necessita di 25 milioni di viste, crea inabili ed invalidi. Il costo medio, per anno, di un paziente va da 2.000 a 6.000 euro (media) e quasi il 50% è sborsato dal privato. Ne soffrono 7% dei 50enni, l'11% dei 60enni e fino ad 1 su due degli over 70. Sintomi maggiori: tosse, variazione di colore e quantità di espettorato, sopraffilato (dispnea, inizialmente dopo piccolo sforzo fino a presentarsi anche a riposo), cianosi, difficoltà di lavoro fino ad impossibilità di eseguirlo.

I sintomi iniziali non allarmano ed il 50-70% dei pazienti non ha mai ricevuto una diagnosi che giunge, di solito, a gravità acquisita ed a complicazioni, specie cardiocircolatorie, avviate. Solo il 6% dei pazienti aveva eseguito una spirometria. Gran parte delle volte è il flop sessuale (più nell'uomo), dovuto alla dispnea che impedisce il compimento dell'atto, a convincere il soggetto (spesso «costretto» dalla partner) a consultare il medico.

La terapia è orientata specie a mantenere dilatate le vie respiratorie (broncodilatazione) che la malattia ostruisce rendendo difficile il passaggio dell'aria (si realizza, a volte, la sindrome del palloncino gonfiato e legato al collo che non riesce a liberarsi dell'aria insufflata). Precocità di diagnosi e terapia adeguata sono essenziali. «Un solo tipo di farmaco broncodilatatore, però – dice il prof. Francesco Blasi (università, Milano) – non sempre riesce allo scopo» In questi casi - a giudizio dello specialista - viene in aiuto un principio attivo complementare che dà doppia dilatazione (umeclidinio antimuscarinico e vilanterolo beta antagonista) la cui attività si rende disponibile entro 5 minuti circa e dura un giorno». Si impone un piano strategico per prevenzione e diagnosi precoce.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

01-NOV-2015
da pag. 38
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Quando l'asma colpisce i bambini Vademecum per mamma e papà

Tra i primi sintomi sensazione di soffocamento e respiro sibilante

LA PEDIATRA

Tiziana Bigiarini: «Di solito alla componente genetica si aggiunge quella ambientale»

Federica Cappelletti

L'ASMA è una delle malattie respiratorie più frequenti sin dall'età infantile, soprattutto nei Paesi sviluppati. In Italia un bambino su dieci ne soffre, nell'80 per cento dei casi si manifesta prima dei cinque anni di età. È un disturbo solitamente cronico che mette a dura prova grandi e piccini, caratterizzato dall'infiammazione della parete dei bronchi dovuta a una iper reattività del sistema respiratorio. La reazione infiammatoria determina il restringimento della capacità dei bronchi e la produzione di muco al loro interno. L'aria viene quindi ostacolata nel suo passaggio attraverso le vie aeree e si ha un ridotto scambio di ossigeno nei polmoni, per cui si verificano i sintomi: respiro affaticato sibilante e fischiante (dispnea), raffreddore insistente, sensazione di soffocamento, tosse come conseguenza degli sforzi fatti - anche durante la notte -, senso di costrizione toracica. Avvicinando l'orecchio al petto del bambino si può addirittura sentire un rumore continuato e acuto, inconfondibile.

«L'ATTACCO asmatico si presenta, di solito, come una crisi respiratoria di durata variabile: da pochi minuti a più ore, seguita da intervalli di respiro normale. Essendo improvvisi e soprattutto incontrollabili, spaventano chi è presente e non conosce il problema. Tutto è sotto controllo se a fianco del bambino c'è qualcuno che, come genitori o nonni o educatori, o il piccolo stesso, sa come comportarsi», spiega la pediatra Tiziana Bigiarini. Che aggiunge: «L'asma può essere anche allergica, nel caso in cui sia l'aria (allergeni da inalazione come pollini, acari della polvere o muffe) o gli alimenti (anche farmaci) a scatenare la crisi. Se aerea, va tenuta sotto controllo con dei broncodilatatori o, in situazione estreme, con medicinali a base di cortisone», sottolinea la dottoressa. Per diagnosticare con sicurezza un'asma allergica bisogna sottoporsi a prove di funzionalità respiratoria (spirometria, test di reversibilità, test di provocazione bronchiale aspecifico per valutare il grado di ostruzione bronchiale), l'esecuzione dei test allergologici cutanei (prick test) e anche, dove opportuno, i test sierologici finalizzati alla ricerca di IgE specifiche per uno o più allergeni.

GLI ESPERTI della Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili, intanto, suggeriscono di tenere sotto mano il loro decalogo, fatto ad hoc per mamme e papà. Un vademecum in cui è possibile trovare tutte le risposte ai dubbi più frequenti sulla patologia. «La malattia varia molto da un bambino all'altro: possono cambiare i sintomi, la frequenza e la gravità delle crisi. In più l'asma, che ha una componente genetica e una ambientale, può manifestarsi in modo differente nelle diverse fasi della crescita dello stesso individuo», dicono i medici della Simri. Un buon controllo dell'asma dipende molto dalla conoscenza delle strategie di prevenzione attraverso l'uso di farmaci, l'adozione di comportamenti adeguati e la vita in un ambiente adatto al soggetto colpito.

LA SEDENTARIETÀ diventa pericolosa, tanto quanto l'alimentazione scorretta o il fumo passivo (e attivo). Anche l'educazione del singolo paziente e della sua famiglia è altrettanto fondamentale. «È inutile – mettono in guardia gli esperti - chiudere i piccoli asmatici sotto una campana di vetro. Impedendo loro di fare sport come i loro coetanei e di condurre una vita normale e facendoli sentire diversi dagli amichetti». La prima regola è quella di imparare a riconoscere bene i sintomi dell'asma per capire quando è necessario ricorrere alla terapia al bisogno. O rivolgersi al pediatra se i sintomi si manifestano per più giorni di seguito o più notti a settimana. «Al pronto soccorso si deve andare solo se la terapia al bisogno non funziona e i sintomi dell'asma sono sempre presenti, giorno e notte, con difficoltà a parlare».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

01-NOV-2015
da pag. 38
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Le regole di base

Attenti all'aerosol Dosare bene i farmaci

La prima buona regola da osservare è imparare a usare correttamente gli aerosol dosati, perché spesso (soprattutto nei bambini molto piccoli, in età prescolare) il mancato controllo dell'asma dipende da errori commessi nella somministrazione dei farmaci per inalazione.

Caccia alle allergie e agli agenti scatenanti

Bisogna sapere che cosa può scatenare l'asma nel proprio figlio: ogni piccolo è un caso a sé, i genitori devono capire se il bimbo non tollera specifici alimenti, il pelo di animali come cani, gatti o cavalli, le infezioni e certe condizioni ambientali all'interno o all'esterno della casa (muffe, fumo, odori forti, pollini).

Sì allo sport preferito No alla sedentarietà

Ll'asma può essere indotta anche dallo sforzo, ma la sedentarietà ha effetti peggiori sulla salute fisica e psicologica del bambino per cui sì allo sport preferito. Nei casi più a rischio le crisi si possono prevenire, ad esempio dando al bimbo un broncodilatatore a breve durata d'azione prima dell'allenamento.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 113.587
Diffusione 08/2015: 53.330
Lettori Ed. II 2015: 273.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

01-NOV-2015
da pag. 31
foglio 1
www.datastampa.it

Campagna di AIDO, ANED, EPAC Onlus, SIN e SITO con Astellas

Ecco come tornare a vivere dopo aver avuto un trapianto

PIERLUIGI MONTEBELLI

■■■ Non basta il trapianto d'organo, che già è un indicibile gesto di solidarietà, ma serve attenzione e cura da parte di chi lo riceve. Per 'tornare davvero a vivere' dopo un trapianto e soprattutto avere una lunga prospettiva di vita, la chiave è l'aderenza alle terapie prescritte. Gli studi evidenziano, infatti, che una scarsa aderenza alla terapia immunosoppressiva è una delle principali cause di non efficacia delle cure ed è associata ad un aumentato rischio di morbilità, mortalità e, nel caso di trapianto d'organo, al rischio di rigetto e perdita dell'organo. Aderire alla terapia è un patto d'alleanza con il proprio medico, ma soprattutto una sfida quotidiana con se stessi. E con questo preciso obiettivo l'Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule (AIDO), l'Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto (ANED), EpaC Onlus, la Società Italiana di Nefrologia (SIN) e la Società Italiana di Trapianti d'Organo (SITO) hanno lanciato 'Aderisco Perché', la campagna di sensibilizzazione sul valore dell'aderenza alle terapie rivolta ai pazienti trapiantati e alle loro famiglie, realizzata grazie al supporto di Astellas. Molteplici sono le cause alla base della non aderenza terapeutica (socio-economiche, personali, ambientali), in parte da ascriversi al paziente che spesso ha una scarsa consapevolezza e percezione della propria malattia, in parte da attribuire agli operatori sanitari che a volte non forniscono gli strumenti idonei ai pazienti affinché questi ultimi siano messi in grado di attuare un self care corretto e convinto. Accanto alla giusta informazione, la semplificazione dello schema terapeutico è fondamentale. Sono recentemente state sviluppate nuove formulazioni che permettono la mono-somministrazione giornaliera, questo non solo semplifica la terapia ma aumenta la motivazione perché riduce la possibilità di errore e potenzia la fiducia del paziente. La semplificazione terapeutica, la condivisione delle esperienze e un patto di mutua fiducia medico-paziente rappresentano stimoli decisivi per non compromettere gli esiti clinici del trapianto e le prospettive di vita. L'Italia a livello europeo si colloca al secondo posto, dopo la Spagna, per numero di donatori d'organo, ma è importante continuare l'opera di sensibilizzazione e informazione sul tema della donazione tra l'opinione pubblica, i pazienti in lista d'attesa e le loro famiglie.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

01-NOV-2015
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

Promossa da AIDO, ANED, EPAC Onlus, SIN e SITO e il supporto di Astellas

"Aderisco Perché", la campagna per vivere bene dopo il trapianto

Obiettivo quello di sensibilizzare pazienti trapiantati d'organo e loro famiglie

I NUMERI DEI TRAPIANTI IN ITALIA

Medaglia d'argento. L'Italia passa dal terzo al secondo posto, dopo la Spagna, per numero di donatori d'organo, superiori del 25% rispetto alla media europea. Nel nostro Paese la media nazionale dei donatori è salita a 23,1 per milione di abitanti, preceduta solo dalla Spagna con 29,2 donatori. A seguire la Francia con 22,8; la Germania con 15,8; e il Regno Unito con 10,4 donatori. Il numero complessivo dei donatori ha fatto registrare una crescita di circa il 10%.

Dove. È la Toscana la Regione con il più elevato tasso di donazione (52%) che cresce anche in Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche e Liguria. Stabili i dati in Lombardia e Puglia mentre un calo si registra in Emilia e in Piemonte.

Quanti. Il 2014 registra un'impennata nell'attività di donazione: sono 2.345 gli accertamenti di morte con criteri neurologici, in netto aumento rispetto ai 2.257 del 2011 e ai 2.289 registrati nel 2010. Il dato nazionale è pari a 37,4 per milione di abitanti con differenze tra Centro-Nord (42,7 donatori) e Centro-Sud (30,7 donatori). **(E. MAG.)**

DI **ENRICO MAGNANI**

Hai già ricevuto un indicibile gesto di solidarietà, perché vuoi perderlo o non goderne appieno? Il trapianto dorgano, questo straordinario regalo, richiede attenzione e cura da parte di chi lo riceve. Per "tornare davvero a vivere" dopo un trapianto e soprattutto avere una lunga prospettiva di vita, la chiave è l'aderenza alle terapie prescritte. Gli studi evidenziano, infatti, che una scarsa aderenza alla terapia immunosoppressiva è una delle principali cause di non efficacia delle cure ed è associata ad un aumentato rischio di morbilità, mortalità e, nel caso di trapianto d'organo, al rischio di rigetto e perdita dell'organo. Aderire alla terapia è un patto d'alleanza con il proprio medico, ma soprattutto una sfida quotidiana con se stessi. "Aderisco Perché", patrocinata da AIDO - Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule, ANED - Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto, EpaC Onlus, SIN - Società Italiana di Nefrologia e SITO - Società Italiana di Trapianti d'Organo, e realizzata grazie al supporto di Astellas, è la prima campagna di sensibilizzazione sul valore dell'aderenza alle terapie rivolta ai pazienti trapiantati e alle loro famiglie. Molteplici sono le cause alla base della non aderenza terapeutica (socio-economiche, personali, ambientali), in parte da ascriversi al paziente che spesso ha una scarsa consapevolezza e percezione della propria malattia, in parte da attribuire agli operatori sanitari che a volte non forniscono gli strumenti idonei ai pazienti affinché questi ultimi siano messi in grado di attuare un self care corretto e convinto. Accanto alla giusta informazione, la semplificazione dello schema terapeutico è fondamentale. Sono recentemente state sviluppate nuove formulazioni che permettono la monosomministrazione giornaliera, questo non solo semplifica la terapia ma aumenta la motivazione perché riduce la possibilità di errore e potenzia la fiducia del paziente. La semplificazione terapeutica, la condivisione delle esperienze e un patto di mutua fiducia medico-paziente rappresentano stimoli decisivi per non compromettere gli esiti clinici del trapianto e le prospettive di vita.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Giornale Inserto

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

01-NOV-2015
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'infarto è ancora la prima causa di morte Occhio all'obesità: è il vero nemico

Le malattie cardiovascolari causano più decessi fra le donne Meno rischi se si mangiano pesce, verdura e si fa attività fisica Integratori e cardioaspirina non servono alla prevenzione

Francesca Angeli

Attenzione a fumo, sovrappeso e ipertensione. L'infarto, e più in generale tutte le malattie cardiovascolari, rappresentano la principale causa di morte nel mondo e anche in Italia. L'Oms ha calcolato che nel 2012, 17,5 milioni di decessi sono stati causati da patologie cardiache. Nel nostro Paese le malattie cardiovascolari sono responsabili del 44 per cento di tutti i decessi. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia. Il minitero della Salute nel 2010 ha calcolato oltre 220.000 decessi causati da malattie cardiovascolari (97.952 uomini e 126.530 donne), pari al 38,8 del totale. Per le malattie ischemiche del cuore (infarto del miocardio, altre forme di cardiopatia ischemica, infarto miocardico pregresso, angina pectoris e altre forme croniche di cardiopatia ischemica) si registrano 75.046 decessi (37.827 uomini e 37.219 donne), pari al 33 per cento del totale delle morti per malattie del sistema circolatorio.

Se si sopravvive ad un attacco cardiaco in molti casi si diventa malati cronici. Nella nostra popolazione 4 persone su mille soffrono di patologie cardiocircolatorie in modo cronico e nel 2014 la spesa netta per i farmaci destinati ai malati cronici con questo profilo a carico del servizio sanitario nazionale è stata di 8.598.274.970 con un incidenza sul Pil di quasi un punto e mezzo.

Un raffronto tra lo stato di salute cardiovascolare degli italiani tra il 2000 ed il 2010 su alcuni fattori di rischio, eseguito dall'Istituto Superiore di Sanità, rivela che ad esempio il valore medio del colesterolo totale è aumentato sia negli uomini, da 205 a 211 sia nelle donne, da 207 a 217. Sicuramente si fuma di meno ma il fattore di rischio in aumento esponenziale è quello dell'obesità, come segnala il professor Filippo Crea, Direttore del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari del Policlinico Gemelli di Roma e come confermano ancora una volta i dati dell'Iss: la prevalenza di obesità è aumentata di 7 punti negli uomini (dal 17,5 al 24,5) e di quasi 3 nelle donne (dal 22 al 24,9).

«È vero che si abbassano in generale i valori del colesterolo perchè si usano di più le statine (farmaci che agiscono sul colesterolo ndr) e si fuma di meno ma l'aumento dell'obesità annulla questi effetti positivi - afferma il professor Crea - Gravissimo l'aumento del diabete nei giovanissimi e nei bambini obesi».

Il professor Crea avverte i consumatori: attenti a non cadere nella rete delle pubblicità ingannevoli. «Non credete alla bufala degli integratori alimentari. Si tratta di prese in giro: forse riducono il colesterolo animale ma aumentano quello vegetale - spiega -. Il messaggio che passa sulla riduzione del rischio di infarto è assolutamente ingannevole. Non esiste alcuno studio che provi una relazione tra i consumo di quei prodotti e la riduzione del rischio di infarto». Insomma, consiglia l'esperto, è più utile mangiare tanta verdura e tanto pesce e fare una regolare attività fisica. La prevenzione più efficace è un corretto stile di vita. Non è difficile ad

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

esempio ridurre il consumo di sale. Uno studio realizzato in primavera dal ministero della Salute ha confermato che gli italiani assumono giornalmente troppo sale: 10,8 grammi gli uomini e 8,4 le donne. Molto superiore al massimo consumo raccomandato dall'Oms, 5 al giorno.

Ma è vero che prendere un'aspirina al giorno previene il rischio infarto? Il professor Crea sfata anche un altro mito: sì all'aspirina ma soltanto per la prevenzione secondaria. «La cardioaspirina funziona nel caso in cui il cuore abbia già subito un evento avverso: angina o infarto - puntualizza Crea - Ma se il cuore non ha lamentato danni, se non c'è una storia di malattie coronariche, quindi in caso di prevenzione primaria, il vantaggio non c'è. Dato che l'aspirina aumenta il rischio emorragie in sostanza il gioco non vale la candela: si abbassa il rischio infarto, forse, ma si alza quello dell'emorragia».

Fondamentale a livello sociale l'uso dei defibrillatori. «É statisticamente provato che nei Paesi dove la popolazione è stata preparata ad agire in caso di emergenze con i defibrillatori la mortalità è diminuita - conclude Crea - Tutti i luoghi affollati: scuole, teatri, stadi, aeroporti devono essere attrezzati con il nuovo tipo di defibrillatore automatico che monitora lo stato del paziente ed interviene soltanto se necessario».

44%
La percentuale di decessi causati da malattie cardiovascolari in Italia

220.000
I decessi causati dalle malattie cardiovascolari. Il dato è stato rilevato dal ministero della Sanità

1,5
È l'incidenza sul Pil della spesa di farmaci per curare i malati cronici

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 51
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Le unità anti-ictus sono 175 Ne servirebbero il doppio

Lo stabilisce l'ultimo Regolamento sugli standard ospedalieri

Fibrillazione
Un fattore di rischio importante da intercettare

Minaccia cuore e cervello, eppure non è curata in modo adeguato. «Di fibrillazione atriale, la forma più comune di aritmia, soffre un milione di italiani – dice Filippo Crea, direttore Dipartimento di scienze cardiovascolari del Policlinico Gemelli di Roma –. Chi ne è affetto vede quadruplicare il rischio di ictus tromboembolico: è quindi fondamentale "intercettare" presto i pazienti con questa patologia, che a volte nemmeno sanno di soffrirne, per garantire le cure più appropriate».«L'ictus in chi ha fibrillazione atriale – aggiunge Danilo Toni, responsabile Unità di trattamento neurovascolare, Policlinico Umberto I di Roma – tende a essere più grave: l'embolo che parte dal cuore chiude arterie di calibro maggiore con un danno ischemico a porzioni più estese di cervello. Ma solo la metà dei pazienti per cui è indicata la terapia anticoagulante è in cura e di questi solo il 50% correttamente».

M.G.F.

Le cifre
Si tratta di un problema che in Italia colpisce ogni anno centinaia di migliaia di persone

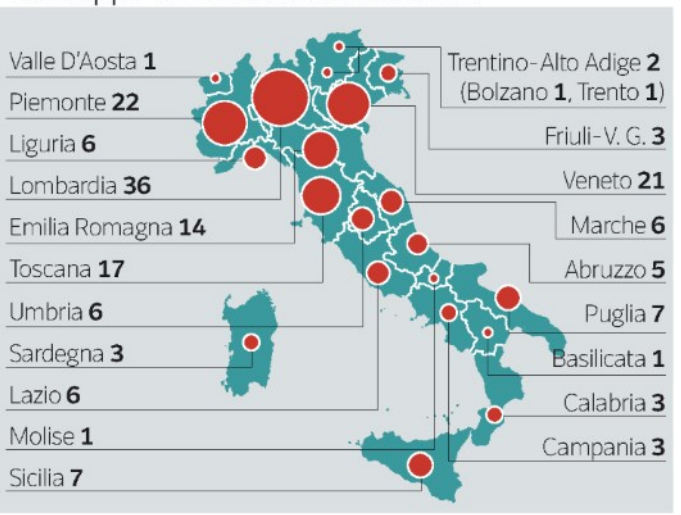
Obiettivi
Ogni 200 mila abitanti un polo di primo livello e per ogni milione uno di alta specializzazione

Ricevere nelle prime ore dopo l'evento le cure necessarie in centri specializzati può salvare la vita a chi è colpito da ictus e ridurre le conseguenze invalidanti di questa malattia che colpisce ogni anno circa 200 mila italiani, come è stato ribadito durante la Giornata mondiale contro l'ictus cerebrale del 29 ottobre. Eppure, spiega Danilo Toni, responsabile dell'Unità di trattamento neurovascolare all'ospedale Umberto I di Roma, «solo il 35% dei pazienti per cui è indicata la trombolisi intravenosa - terapia farmacologica in grado di sciogliere il coagulo che impedisce al sangue di arrivare al cervello - la riceve, e meno del 10% di chi ne avrebbe bisogno viene trattato con la trombectomia meccanica (asportazione del trombo mediante strumenti inseriti nell'arteria occlusa». Sono, queste, terapie praticate nelle "unità ictus" o Stroke Unit. In Italia ce ne sono 175 (5 non ancora registrate; si veda l'infografica), ma ne occorrerebbero il doppio e le carenze si registrano soprattutto al Centro e al Sud: ci sono solo 3 stroke unit in Campania (nessuna a Napoli), in Calabria e Sardegna, e 6 nel Lazio (tutte a Roma). «Il nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri in vigore da giugno fissa per la prima volta i criteri organizzativi cui devono uniformarsi le Regioni – afferma Domenico Inzitari, direttore della Stroke Unit dell'ospedale Careggi di Firenze. Le nuove norme prevedono ogni 200 mila abitanti un centro ictus di primo livello dove possa essere eseguita la trombolisi intravenosa e per ogni milione di abitanti, un centro in cui si faccia anche la trombectomia meccanica».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La mappa delle Stroke Unit in Italia*



*Altre cinque unità non ancora registrate (aggiornato a novembre 2014) CdS

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 51
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

E i malati chiedono maggiori risorse per la riabilitazione

«Circa cinque milioni di italiani, se fossero colpiti da ictus, non potrebbero accedere in tempo utile alle stroke unit – denuncia la neurologa Antonia Nucera, presidente di ALICe (Associazione per la lotta all'ictus cerebrale) Emilia Romagna e membro della World Stroke Organization – . Di fatto, si nega a questi cittadini il diritto a ricevere le cure migliori, poiché terapie come la trombolisi vanno somministrate entro 4 ore e mezza dall'esordio dei sintomi». «La rete assistenziale per l'ictus secondo il modello "Hub and Spoke" (cioè *mozzo e raggi*, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri, la cui attività è però fortemente integrata con quella degli ospedali periferici, *ndr*) è già una realtà in molte Regioni, con ospedali collegati tra loro per assicurare la migliore assistenza ai malati, in altre stenta a decollare». E, come nel caso delle Stroke Unit, i più penalizzati sono ancora i pazienti che risiedono in alcune regioni del Centro e del Sud.

Altra nota dolente, la riabilitazione: una volta superata la fase acuta, i pazienti sono dimessi dall'ospedale ma devono continuare a recuperare le funzioni perse, dal movimento ai disturbi del linguaggio e della memoria. «L'ictus è la prima causa di disabilità e la seconda di demenza nel mondo occidentale – sottolinea Nucera –. Il percorso di riabilitazione, però, è spesso frammentato e varia da Regione a Regione. Laddove i malati in attesa sono tanti e i centri di riabilitazione pochi, i malati vengono assistiti a domicilio, con costi che gravano anche sulla famiglia. Se poi il congiunto ha una disabilità grave, richiede assistenza continua e spesso i familiari devono rinunciare al lavoro».

Si stima che la spesa media per un paziente con disabilità grave, a carico della famiglia, sia di 30 mila euro l'anno, senza contare i costi a carico del Servizio sanitario, circa 3,5 miliardi di euro l'anno. Motivo in più per puntare sulla prevenzione. E, anche quest'anno, ALICe ha promosso una campagna di screening su pressione arteriosa e fibrillazione atriale con controlli gratuiti nelle farmacie che hanno aderito all'iniziativa.

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

01-NOV-2015
da pag. 39
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ictus, riconoscere i sintomi Pochi minuti per una vita

L'improvvisa mancanza di forza è uno dei segnali

Pronto soccorso

L'intervento tempestivo aumenta le probabilità di sopravvivere o di non rimanere invalidi

Federico Mereta

UN'IMPROVVISA mancanza di forza o di sensibilità ad un braccio a a una gamba, difficoltà nel parlare o alla vista. Sono questi i principali segnali d'allarme per l'ictus cerebrale, una condizione che può essere legata ad un'ischemia, ovvero ad una mancanza di ossigeno per il blocco della circolazione ad un'area del cervello, o meno frequentemente ad un'emorragia. Quando compaiono problemi di questo tipo, meglio recarsi subito al pronto soccorso perché il ricovero tempestivo, che consente di ottenere rapidamente le cure del caso, può essere una salvezza. In caso di ictus ischemico, ad esempio arrivare entro le sei ore vuol dire poter essere sottoposti allo 'scioglimento' farmacologico del coagulo che glossa il flusso del sangue o, in casi selezionati, anche all'innovativa tecnica di trombectomia meccanica, che può essere applicata quando il blocco circolatorio si localizza in una grande arteria che irrora il cervello. «Si tratta di una metodica di disostruzione che si rivolge a pazienti selezionati, portatori cioè di una occlusione di una arteria intracranica maggiore, ovvero una grande arteria cerebrale – spiega Salvatore Mangiafico, neuroradiologo interventista presso l'Azienda ospedaliera universitaria di Careggi a Firenze. Si tratta di arterie di grosso calibro per le quali solo i farmaci per via endovenosa non riescono a sciogliere il coagulo e quindi si rende necessario un intervento aggiuntivo. Si punge l'arteria femorale e si introduce nell'arteria un catetere all'interno del quale si inseriscono altri piccoli cateteri, risalendo fino alle arterie cerebrali fino a raggiungere il punto di occlusione. A quel punto si apre lo stent (una reticella che si conforma al vaso) all'interno del coagulo e il sistema si porta via il coagulo stesso, trascinandolo. In pratica si 'ripulisce' l'arteria». L'importante è che l'innuti (la durata varia in base agli interventi necessari con lo 'stent-retriever'), sia eseguito entro le sei ore dall'insorgenza dei sintomi.

A FRONTE degli sviluppi della tecnologia, che presuppongono anche l'organizzazione dei soccorsi all'interno di unità dedicate, le cosiddette 'stroke Units', rimane la realtà di un problema estremamente diffuso e pericoloso. «L'ictus è la prima causa di disabilità nell'adulto – precisa Valeria Caso, neurologa dell'Ospedale S. Maria della Misericordia di Perugia. Può lasciare deficit neurologici come emiparesi, disturbi dell'eloquio, difficoltà alla vista. È causa di epilessia nell'adulto e fattore di rischio di demenza vascolare». In Italia ogni anno circa 185mila persone vengono colpite da ictus cerebrale, in circa un quinto dei casi si tratta di recidive.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

01-NOV-2015
da pag. 39
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

DA EVITARE

Occhio al fumo e all'abuso di alcol

ATTENZIONE agli stili di vita e soprattutto seguite bene i consigli del medico se volete prevenire l'ictus cerebrale. Esistono infatti fattori che possono aumentare il rischio di incorrere in una lesione di questo tipo. L'elenco è lungo: ipertensione, alcune cardiopatie, diabete, sovrappeso, eccesso di colesterolo, sedentarietà, fumo e abuso di alcol. Questi elementi, specie se combinati tra loro, incidono sulla salute e l'elasticità delle arterie e della circolazione sanguigna. Alcuni di questi possono essere monitorati e trattati se necessario (ipertensione) o corretti (soprattutto nel caso di stili di vita non corretti come sedentarietà, sovrappeso e fumo).

La cura in strutture specializzate

LE STRUTTURE specializzate per la cura dell'ictus (Stroke Unit) ricoverano solo pazienti colpiti da questo problema. La Stroke Unit con la presa in carico del paziente con ictus ha dimostrato di ridurre del 18 per cento la mortalità, del 29 per cento la possibilità di morte o di futura perdita dell'indipendenza e dell'esito combinato mortalità/dipendenza e del 25 per cento il dato combinato mortalità/necessità di istituzionalizzazione verso il ricovero in un reparto non dedicato. Tutto questo associato ad una lieve riduzione della degenza media. Questi dati sono validi per tutti i pazienti, senza distinzioni di sesso, di età, di gravità o di natura della lesione, che può essere emorragica o più frequentemente ischemica. Nella Stroke Unit si somministra la terapia trombolitica (che scioglie il coagulo del sangue) in fase precocissima nell'ictus ischemico.

Donne a rischio dopo la menopausa

DONNA e uomo pari non sono di fronte all'ictus. Le donne, dopo la menopausa e soprattutto dopo i 65 anni di età, hanno un rischio maggiore rispetto gli uomini di ictus a fronte di un peggior esito in termini di problematiche a distanza, una più elevata mortalità e una maggiore incidenza di problemi cognitivi. Considerando la più lunga aspettativa di vita rispetto agli uomini, le donne hanno un rischio più alto di ictus, soprattutto nel periodo post-menopausa e dopo i 65 anni. In una recente revisione la prevalenza di ictus nelle donne è del 41% rispetto al 33% negli uomini. Infatti viene considerato che un uomo su sei e una donna su cinque può andare incontro a ictus nel corso della propria vita. Inoltre in relazione alla specifica costituzione ormonale, vanno considerati anche particolari fattori di rischio legati a gravidanza, puerperio ed età avanzata.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 296.939
Diffusione 08/2015: 145.732
Lettori Ed. II 2015: 1.462.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Corriere dello Sport STADIO

Dir. Resp.: Alessandro Vocalelli

01-NOV-2015
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

UNICUSANO
FONDI CALCIO

la squadra della ricerca scientifica italiana

INFORMAZIONE A CURA DI SPORT NETWORK

RICERCA

Il ruolo chiave dei centri ictus

Le Stroke Unit sono le principali sedi per le cure ma in Italia la loro diffusione è ancora limitata

Il professor Toni, Umberto I di Roma: «Dovrebbero essere 300, in tutto il Paese se ne contano 175»

Si chiude oggi la settimana che l'Università Niccolò Cusano ha dedicato alla patologia

La giornata di oggi chiude la settimana che l'Università Niccolò Cusano ha dedicato all'ictus, culminata nella Giornata mondiale dello scorso 29 ottobre. L'approfondimento scientifico, portato avanti sia su queste pagine sia su Radio Cusano Campus (89.1 Fm a Roma e nel Lazio, in streaming su www.radiocusanocampus.it), ha voluto accendere i riflettori sulla più frequente malattia neurologica, dando voce a esperti e associazioni.

TERRITORIO. Se sulla prevenzione l'unità di intenti è fortissima, c'è ancora tanto da fare da parte del Servizio sanitario in termini di terapie, come emerso dall'incontro di giovedì scorso organizzato a Roma da European Brain Council (ente scientifico che rappresenta una vasta rete di pazienti, medici e scienziati in contatto con il Parlamento Europeo) e A.L.I.Ce. Italia Onlus (Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale). La cura principale dell'ictus è la gestione dei pazienti nelle Stroke Unit, le unità per l'ictus o cerebrovascolari dove neurologi e infermieri esperti in patologia cerebrovascolare procedono alla stabilizzazione neurologica e clinica generale secondo linee guida nazionali e internazionali. Solo nelle Unità Ictus, i pazienti con ictus ischemico selezionati possono essere sottoposti a terapia di rivascolarizzazione come la trombolisi intravenosa e la trombectomia meccanica (cioè l'asportazione del trombo occludente mediante appositi strumenti inseriti nell'arteria occlusa). In questa sede, inoltre, i pazienti sono sottoposti anche a trattamento riabilitativo precoce, altro punto di fondamentale importanza nella prospettiva di un ottimale recupero fun-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 296.939
Diffusione 08/2015: 145.732
Lettori Ed. II 2015: 1.462.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Corriere dello Sport STADIO

Dir. Resp.: Alessandro Vocalelli

01-NOV-2015
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

zionale. «Secondo quanto riportato nel decreto Lorenzin dello scorso mese di giugno – osserva il professor Danilo Toni, responsabile Stroke Unit Policlinico Umberto I di Roma - in Italia ci dovrebbe essere un centro ictus di primo livello, dove poter fare la trombolisi intravenosa, ogni 150.000-300.000 abitanti (in media 200.000) e un centro di secondo livello, dove poter fare oltre alla trombolisi intravenosa anche la trombectomia meccanica, ogni 600.000-1.200.000 abitanti (in media 1.000.000). Globalmente, quindi, dovremmo avere circa 300 centri, di cui circa 240 di primo livello e circa 60 di secondo livello. Attualmente, invece, abbiamo in tutto 175 centri, fra i quali 53 hanno strutture per poter effettuare i trattamenti endovascolari».

LA RETE. Purtroppo, la distribuzione sul territorio nazionale è disomogenea, con una copertura da ottima a buona nel centro-nord e insufficiente nel centro-sud. «Inoltre – continua il professor Toni - è necessario sviluppare in maniera adeguata la connessione in rete fra centri di primo e di secondo livello, per poter assicurare le terapie più avanzate a tutti i pazienti che abbiano le indicazioni cliniche ad essere trattati. Attualmente, infatti, vengono trattati ogni anno solo il 35% dei pazienti che hanno indicazione alla trombolisi intravenosa e addirittura meno del 10% di quelli che avrebbero indicazione alla trombectomia meccanica». Una corretta prevenzione con il controllo dei fattori di rischio, il riconoscimento tempestivo dei sintomi e la possibilità di poter ricevere, in tempi brevi, assistenza medica e cure appropriate sono elementi fondamentali per limitare l'impatto dell'ictus cerebrale, sui cittadini e sul SSN, altrimenti devastante.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Giornale Inserto

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

01-NOV-2015
da pag. 3
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

CARDIOLOGIA

Medici, cure, posti letto Una guida per il cuore

Tutto quello che c'è da sapere sui centri d'eccellenza italiani

1 SAN RAFFAELE

MILANO
Via Olgettina 60, 20132
Tel. Centralino: 02.26431
Email Urp: urp@hsr.it
www.sanraffaele.org

Eccellenze

In Cardiologia clinica si eseguono giornalmente 65 visite cardiologiche, 15 delle quali di cardiologia pediatrica; 20 elettrocardiogrammi da sforzo; posizionamento e lettura di 10 elettrocardiogrammi dinamici delle 24 ore secondo Holter; 40 ecocardiogrammi transtoracici, transesofagei e da stress; 15 studi ecocardiografici pediatrici; interpretazione di oltre 400 ECG basali; 8 coronarografie/angioplastiche con impianto di stent; procedure di denervazione simpatica delle arterie renali mediante ablazione percutanea. L'unità di Cardiologia interventistica ed emodinamica, che si occupa principalmente della diagnosi e della cura delle malattie cardiovascolari, è specializzata nella cura di patologie coronariche complesse e di occlusioni croniche totali con stent a rilascio di farmaco e nel trattamento percutaneo delle malattie valvolari. Vengono trattate anche cardiopatie congenite e malattie primitive del muscolo cardiaco (miocardiopatie).

Appuntamenti per visite

Con il servizio «Prenota online» è possibile fare una richiesta di prenotazione per esami (di laboratorio e strumentali) o per visite alla pagina *www.hsr.it/clinica/prenotaonline*. Call center per le prenotazioni con il SSN: 02.26432643 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16, sabato dalle 8.30 alle 12; call center per pazienti solventi: 02.26432020 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 20, sabato dalle 8.30 alle 19.

Degenza

Cardiologia interventistica ed emodinamica: il reparto di degenza conta 16 posti letto (di cui 4 dedicati ai pazienti Tavi); tre laboratori di emodinamica con angiografo digitale di ultima generazione; c'è anche un ambulatorio di screening per il trattamento percutaneo delle valvole cardiache. Venti letti di degenza ordinaria elettiva in Cardiologia clinica.

Responsabili

Cardiologia clinica: il primario è Alberto Margonato; Cardiologia interventistica ed emodinamica: il responsabile è Antonio Colombo.

2 CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO

MILANO
Via C. Parea 4, 20138
Tel. Centralino 02.580021
Fax: 02.504667
Tel. Urp: 02.58002240
Email:
urp@cardiologicomonzino.it
www.cardiologicomonzino.it

Eccellenze

Il Centro Cardiologico Monzino è dal 1992 un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.). È nato nel 1981 da una donazione del Cavaliere del lavoro Italo Monzino e dall'idea del professor Cesare Bartorelli, dell'Università degli Studi di Milano, che pensò di creare un centro dedicato esclusivamente alla cura delle malattie cardiovascolari. Ancora oggi il centro è l'unico esempio di Istituto cardiologico monotematico di ricerca e di cura in Europa.

Appuntamenti per visite

Le visite specialistiche e tutte le prestazioni ambulatoriali possono essere effettuate sia con SSN sia private a pagamento. Per la prenotazione di visite specialistiche ed esami diagnostici: di persona presso lo sportello Cup di via Parea 4, dalle 9 alle 16.30 dal lunedì al venerdì e dalle 10 alle 12 al sabato; per telefono contattando il Centro Unico di Prenotazione allo 02.58002391 per visite in convenzione con il SSN dalle 8.15 alle 16 dal lunedì al venerdì e dalle 10 alle 12 al sabato; per telefono (Cup) allo 02.58002999 per visite private dalle 8.15 alle 16 dal lunedì al venerdì e dalle 10 alle 12 al sabato; via fax allo 02.58002266; Servizio prenotazione online al sito *www.cardiologicomonzino.it*; con cellulare scaricando l'applicazione «iMonzino».

Degenza

Le Unità operative di Cardiologia Invasiva dispongono di 3 laboratori di cateterismo cardiaco di ultima generazione e di 36 letti di degenza a cui afferiscono pazienti con modalità elettiva tramite l'attività ambulatoriale, le richieste di invio da parte di cardiologi, medici di altre specialità e medici di base e il trasferimento da altre strutture ospedaliere, oppure in regime d'urgenza tramite il pronto soccorso del Centro Cardiologico Monzino.

Responsabili

La cardiologia interventistica si compone di 4 Unità Operative coordinate dal professor Antonio Bartorelli.

3 OSPEDALE NIGUARDA

MILANO
Piazza Ospedale Maggiore 3, 20162
Tel. Centralino 02.64441
Email Urp:
urp@ospedaleniguarda.it
www.ospedaleniguarda.it

Eccellenze

Cardiologia 1-Emodinamica è dedicata alla terapia di tutte le sindromi ischemiche acute e in particolare dell'infarto miocardico acuto. È la struttura che a Milano tratta il maggior numero di infarti del miocardio ed angine instabili con angioplastica coronarica, in regime di emergenza-urgenza. Per la terapia può contare sulle più moderne tecnologie per la tromboaspirazione endocoronarica e l'impiego di nuovi sistemi di sostegno del cir-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

colo in caso di gravi deficit della pompa cardiaca. Cardiologia 2 è dedicata alla cura dei pazienti con insufficienza cardiaca, in particolare ai soggetti con scompenso avanzato in valutazione per candidatura al trapianto di cuore, ai pazienti in attesa di trapianto, ai trapiantati, e ai portatori di sistemi di assistenza meccanica al circolo («cuori artificiali»).

Appuntamenti per visite

Per prenotare con il Sistema sanitario nazionale, telefonare da rete fissa al numero verde regionale gratuito 800.638.638 dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20; da cellulare, al numero regionale 02.999.599 dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20. Con l'impegnativa del medico di medicina generale con apposito codice Iup (codice a barre) e la tessera sanitaria è possibile inoltre scaricare l'app «Salutile» di Regione Lombardia oppure procedere alla prenotazione online. È possibile scegliere direttamente lo specialista con cui effettuare la prestazione, oppure prenotare una visita privata senza indicare un medico in particolare.

Degenza

Questi i posti letto accreditati del Dipartimento Cardiotoracovascolare: Anestesia e rianimazione 3, 15 posti letto di degenza ordinaria; Cardiochirurgia 27 posti letto di d.o.; Cardiologia 1, 16 posti letto di d.o. più 8 (UCC); Cardiologia 2, 19 posti letto di d.o.; Cardiologia 3, 14 posti letto di d.o.; Cardiologia 4, 28 posti letto di d. o. più 4 posti letto tecnici per MAC; Day hospital Cardiologico 2 posti letto più 4 posti letto tecnici per MAC; Chirugia Toracica 8 posti letto di d.o.; Chirurgia Vascolare 15 posti letto di d.o.

Responsabili

I responsabili delle strutture sono: Silvio Klugmann (Cardiologia 1-Emodinamica); Maria Frigerio (Cardiologia 2-Insufficienza cardiaca e trapianti); Maurizio Giuseppe Lunati (Cardiologia 3-Elettrofisiologia); Cristina Giannattasio (Cardiologia 4-Diagnostica e riabilitativa); Direttore medico di presidio: Gaetano Elli.

4 POLICLINICO S. MATTEO

PAVIA
Piazzale Golgi 2, 27100
Tel. Direzione reparto: 0382.503157
Tel. Segreteria reparto: 0382.503158
Email: segreteria.cardiologia@smatteo.pv.it
www.sanmatteo.org

Eccellenze

Diagnostica e interventistica coronarica e ettiva e in corso iin arto acuto (h 24), delle coronaropatie complesse mediante aterectomia rotazionale su lesioni calcifiche (centro di riferimento), su occlusioni coronariche croniche, graft venosi, chiusura degli aneurismi coronarici. Impianti, sostituzioni ed estrazioni dei pacemaker e dei defibrillatori. Ablazioni transcatetere delle aritmie. Centro di riferimento nazionale per diagnosi e cura dell'embolia polmonare postembolica e primitiva. Valutazione clinico-strumentale e terapia delle cardiomiopatie e dei pazienti candidati a trapianto cardiaco.

Appuntamenti per visite

Per prenotare una prestazione SSN numero verde regionale gratuito attivo da lunedì al sabato: dalle 8 alle 20, 800.638.638. Oppure con il numero regionale a pagamento 02. 999599, dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20. Prenotazioni di persona agli sportelli Cup e online al sito *www.crs.regione.lombardia.it*. L'attività libero professionale viene effettuata presso gli ambulatori della Clinica intra moenia: 0382.501788 dalle ore 8 alle 12 e dalle ore 13 alle 15.30.

Degenza

La Struttura complessa di Cardiologia dispone di un reparto di degenza composto da 30 posti letto per ricoveri ordinari; quattro posti letto per i Day Hospital e due sale di Emodinamica.

Responsabili

Struttura complessa di Cardiologia, Dipartimento Cardiotoracovascolare: il direttore è Luigi Oltrona Visconti.

5 AZIENDA OSPEDALIERA PISANA

PISA
Via Paradisa 2, 56124
Tel. Centralino: 050.992111
Tel. Urp: 050.993891 - 3892 - 3893 - 7136 - 7137
Email Urp: urp@ao-pisa.toscana.it
www.ao-pisa.toscana.it

Eccellenze

Il Dipartimento Cardio Toraco Vascolare si occupa della diagnosi, cura e ricerca nelle malattie cardiovascolari e polmonari, di interesse medico e chirurgico. Si articola in numerose Unità Operative e Sezioni: quattro di ambito cardiologico; tre di ambito polmonare e tre chirurgiche (Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica e Chirurgia Vascolare). La Chirurgia Toracica è stata la prima ad utilizzare il robot da Vinci: la metodica è stata messa a disposizione di tutte le unità operative chirurgiche.

Appuntamenti per visite

Attraverso il Centro unico di prenotazione (numero 050.995995 per attività istituzionale, 050.995272 per attività libero professionale) è possibile prenotare prestazioni specialistiche ambulatoriali. Da tutti i punti Cup si possono avere informazioni in tempo reale sull'offerta di prestazioni specialistiche, anche su tutta la provincia.

Degenza

Il ricovero ordinario può essere: urgente ed è disposto dal medico del pronto soccorso; non urgente (programmato o in elezione) è disposto dal medico specialista dell'Unità Operativa su proposta del medico di medicina generale. Il ricovero in Day Hospital è solo programmato. Una sessantina i posti letto, di cui una ventina di unità coronarica e una quarantina di degenza ordinaria.

Responsabili

Il direttore del Dipartimento Cardio Toraco Vascolare è il professor Mauro Ferrari.

6 S. CAMILLO FORLANINI

ROMA
Via Portuense 332, 00149
Tel. Centralino: 06.55551
Email Urp: uocurp@scamillofor-lanini.rm.it

Eccellenze

Cardiologia 1: trattamento farmacologico ed interventistico delle sindromi coronariche acute, dello scompenso cardiaco acuto e delle aritmie gravi insorte acutamente, con verifica dell'efficacia a 6 mesi e 1 anno in follow up integrato, con telecardio-ambulatorio clinico diversificato per patologia. Inoltre, trattamento dei pazienti con fibrillazione atriale di recente insorgenza; l'Ecocardiografia di alta specialità mediante tecnologia di ultima generazione. Cardiologia 2: esecuzione di ecocardiogrammi transtoracici e transesofagei nelle 24 ore nel pronto soccorso; ricovero breve per pazienti con sindrome coronarica acuta a basso rischio clinico; gestione dei pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica e dei pazienti con ipertensione polmonare. Cardiologia interventistica: angioplastica coronarica complessa nei pazienti ad elevato rischio chirurgico; prevenzione dell'ictus cerebrale nei pazienti con foro ovale pervio; angioplstica d'urgenza nei pazienti con infarto miocardico acuto; trattamento dello shock cardiogeno con supporti ventricolari percutanei.

Appuntamenti per visite

Le prestazioni ambulatoriali si pre-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Giornale Inserto

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

01-NOV-2015
da pag. 3
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

notano telefonicamente al Recup (Centro unico prenotazione regionale) numero verde 800.986868-803333 dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 19.30 e il sabato dalle 7.30 alle 13. Per l'attività libero professionale intramoenia, telefonare all'Ufficio intramoenia allo 06.58705495 dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 13.30; oppure presso il numero verde regionale Recup nelle stesse modalità.

Degenza

L'Unità di Cardiologia è composta dall'Unità coronarica (7 posti letto), subintensiva (8 posti letto) e reparto di Degenza Mista (21 posti letto).

Responsabili

Dipartimento Cardiovascolare e dei trapianti di cuore: direttore Francesco Musumeci; Cardiologia 1: Massimo Uguccioni; Cardiologia 2: Pietro Tanzi; Cardiologia interventistica: Roberto Violini; Chirurgia vascolare: Piergiorgio Cao.

7 AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI-MONALDI

NAPOLI
Via Leonardo Bianchi 1, 80131
Tel. Centralino: 081.7061111
Email Urp:
urp@ospedalideicolli.it
www.ospedalideicolli.it

Eccellenze

Cardiologia è l'unità più antica di Napoli e rappresenta il principale riferimento per le urgenze ischemiche cardiache. Le principali patologie comprendono cardiopatia ischemica, cardiopatie valvolari, miocardiopatie dilatative, miocardiopatie ipertrofiche miocardiopatie restrittive, patologie aritmiche comprendenti fibrillazione atriale, tachicardie ventricolari, terapia elettrica dello scompenso e gestione delle bradi aritmie con applicazione e sostituzione dei pacemaker in scarica.

Appuntamenti per visite

Prenotazioni ambulatoriali al numero verde unico: 800.887.086.

Degenza

Una ventina i posti letto, altrettanti tra terapia intensiva e subintensiva, una decina in day hospital.

Responsabili

Il Dipartimento sanitario Medico e cardiologico e Cardiologia interventistica Uotc sono diretti da Giulio Bonzani.

LA SPERIMENTAZIONE

Ecco i mini pacemaker: pesano solo 2 grammi

In Italia sono una ventina i cardiopatici a cui è stato possibile impiantare i mini-pacemaker di ultima generazione. Tre i pazienti all'ospedale Molinette di Torino e 1.300 circa in tutto il mondo. Un uso ancora limitato che le nanotecnologie possono ampliare perfezionando gli apparecchi finora destinati a una fascia selezionata di destinatari, già portatori di apparecchi tradizionali. «La rivoluzione nei pacemaker, grazie allo sviluppo delle nanotecnologie - spiega Fiorenzo Gaita, direttore della cattedra di Cardiologia alle Molinette - è stata quella di crearne uno talmente piccolo (2 grammi) da poterlo portare attraverso una vena direttamente nel cuore, evitando di utilizzare l'uso del lungo cavo che dal pacemaker portava l'impulso al cuore. Sono vantaggiosi perché riducono il rischio di infezioni».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Giornale Inserto

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

01-NOV-2015
da pag. 4
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Chi ha un ictus in Lombardia rischia meno Tutto merito delle Stroke unit

Le strutture di pronto intervento consentono di risolvere rapidamente l'ostruzione dell'arteria: in Italia sono 166 di cui 103 al Nord e 39 al Centro Nel Lazio sono 5 e tutte a Roma

Francesca Angeli

Improvviso e, purtroppo, in molti casi letale. Ictus è un termine latino che significa «colpo», *stroke* in inglese. Un evento che insorge in modo improvviso: una persona in perfetta forma fisica viene colpita da sintomi come la debolezza di una mano o di una gamba oppure difficoltà a parlare. Segnali che non vanno assolutamente mai sottovalutati e che possono essere transitori, restare costanti o peggiorare nelle ore successive.

In Italia l'ictus rappresenta la terza causa di morte, dopo le malattie ischemiche del cuore e le neoplasie e causa il circa il 10 per cento di tutti i decessi e soprattutto è la prima causa di invalidità. Ogni anno si verificano in Italia circa 196.000 casi e di questi il 20 per cento sono recidive. Solo il 25 dei pazienti sopravvissuti ad un ictus guarisce completamente, il 75 sopravvive ma con una disabilità più o meno grave, che nella metà dei casi è tanto grave da privare il paziente dell'autosufficienza. É più frequente dopo i 55 anni ma, attenzione, circa 4.000 casi all'anno riguardano persone con meno di 45 anni e addirittura 10.000 pazienti con meno di 54.

Nicola Vanacore, neurologo ricercatore presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell' Istituto Superiore di Sanità e responsabile del Sistema Nazionale delle Linee Guida dell'Iss, indica quali sono i sintomi che devono suonare come un campanello d'allarme e spiega che a fare la differenza in caso di ictus è la tempestività dell'intervento. «Se si interviene in una finestra temporale di 3 ore dall'insorgenza dei sintomi si evitano del tutto le conseguenze negative - avverte Vanacore - Occorre aumentare la consapevolezza sulla necessità di rivolgersi subito al Pronto Soccorso quando insorge in modo improvviso un sintomo come la perdita di forza in un arto, la difficoltà di parola e il disorientamento. Anche se il sintomo scompare potremmo esser di fronte ad un Tia, attacco transitorio, che in alcuni casi rappresenta l'anticamera di un ictus.»

A causa dell'ostruzione di un'arteria, al cervello viene a mancare il normale apporto di sangue ossigenato. Le cellule in sofferenza muoiono ed insieme ad esse le funzioni cerebrali collegate dunque si perde l'uso di una gamba o di una mano o il linguaggio. Funzioni che potrebbero essere interamente recuperate ma purtroppo in Italia l'assistenza sul territorio è molto disomogenea. A fare la differenza sono le *Stroke Unit* presenti soprattutto al Nord. Insomma avere un ictus in Lombardia è meno rischioso che averlo al sud perchè si può essere assistiti subito e meglio. «Nelle *Stroke Unit* con personale preparato viene immediatamente messa in atto la terapia trombolisi che risolve rapidamente l'ostruzione dell'arteria con la rottura del trombo - spiega Vanacore - Con un intervento entro le tre ore l'ictus non presenta conseguenze. Ecco perchè è così importante non sottovalutare i sintomi».

Purtroppo è anche molto importante trovarsi nel posto giusto perchè la differenza tra regioni è enorme. Su 166

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Stroke Unit presenti in Italia 103 sono concentrate al Nord e 39 al centro. Nel Lazio sono 5 e sono tutte a Roma. Il ministero della Salute ha calcolato che ne servirebbero almeno il doppio ovvero più o meno una ogni 200.000 abitanti.

E lo stesso discorso vale per la riabilitazione. «Anche per il recupero della pienezza delle funzioni i tempi sono cruciali - prosegue Vanacore - Non appena si viene dimessi dall'ospedale occorrerebbe iniziare la riabilitazione. Purtroppo manca il collegamento tra ospedale, specialista, fisioterapista, logopedista e medico di famiglia. A quest'ultimo spetterebbe il compito di coordinare l'assistenza del post-ictus. Spesso invece il paziente dimesso aspetta settimane prima di iniziare le terapie riabilitative e le possibilità di recupero totale si riducono drasticamente».

Lo stile di vita nella prevenzione dell'ictus è fondamentale e i fattori di rischio sono identici a quelli dell'infarto: ipertensione, obesità, diabete, scarsa attività fisica. «Purtroppo gli effetti delle campagne informative per corretti stili di vita si vedono a lungo termine - prosegue Vanacore - Più spesso quindi si preferisce investire su altri fronti che hanno effetti più limitati ma immediati. Ma per migliorare la salute pubblica le strategie devono essere a lungo termine».

196mila

È il numero degli ictus che si verificano ogni anno in Italia. Tra questi si calcola che i casi di recidiva siano intorno a una quota del 10%

25%

Percentuale di pazienti sopravvissuti a un ictus che guarisce completamente. Il 75% sopravvive ma deve sopportare una disabilità più o meno grave

4mila

I casi di ictus che ogni anno riguardano persone con meno di 45 anni di età. L'ictus è più frequente dopo i 55 anni, ma 10mila casi all'anno riguardano persone tra i 45 e i 54 anni

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 25
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ma i diritti dei pazienti?

Con i nuovi turni dei medici servirebbero 20 mila assunzioni I rischi per la salute dei malati

I nodi

L'Europa e le regole sui riposi negli ospedali pubblici. I sindacati: «È una grande conquista»

di **Giuseppe Remuzzi**

Angela è molto malata, ha bisogno del suo dottore più che in passato. La portano in ospedale, «ancora un momento e comincerò a star meglio» pensa mentre è in ambulanza. Dopo le formalità dell'accettazione la portano in reparto. Il suo dottore lo incrocia sulla porta, entra, lui se ne va; dove? A casa, a riposare. Per la fatica? No, per legge.

Cosa sta succedendo? Vediamo. Fra qualche settimana i medici dovranno adeguarsi alla direttiva europea 93/104/Ce del 23 novembre 1993 modificata il 22 giugno 2000 «concernente alcuni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro». Com'è che a una direttiva del '93 si dà seguito solo adesso? I dottori degli ospedali da quella direttiva sono sempre stati esclusi per deroga voluta dai governi che si sono succeduti da allora a oggi. Qualcuno però ha fatto ricorso e così l'Europa ha avviato per noi una procedura d'infrazione.

Per chi lavora in ospedale cambia tutto, a partire dalle norme che regolano il turno di notte. Dopo la notte di solito si va a casa. Qualcuno a dire il vero restava in ospedale fino a mezzogiorno e anche di più per contribuire alle attività del mattino, specie se la notte era stata «leggera» e ci si era potuti riposare un po'. Tutto questo non si potrà più fare. Intendiamoci, che i medici debbano riposarsi dopo aver lavorato di notte è giusto ma la legge europea impone che chi lavora di notte debba starsene a casa anche prima di cominciare il suo turno, cioè ti chiedono di riposare prima di essere stanco e lo devi fare per 11 ore di fila. «Una grande conquista, tutela i diritti dei lavoratori» a detta dei sindacati. E si capisce. Ma nel nostro lavoro di diritti ce ne sono anche altri, quelli degli ammalati. Prendiamo un grande ospedale e riferiamoci, tanto per fare un esempio, a una divisione di Ematologia che cura 300 nuovi ammalati di linfoma all'anno, 80 di mieloma, 50 di leucemia acuta; per molti di questi ammalati la cura comprende anche il trapianto di midollo e quei medici ne fanno 110-130 all'anno. Poi ci sono i day-hospital per la chemioterapia (4-5 al giorno) e le visite ambulatoriali (25 mila all'anno). Per fare tutto questo 11 medici bastano appena, ma se ne togli due per un reparto così diventa quasi impossibile andare avanti. Non si potrà più accogliere tutti, qualche ammalato resterà senza cure e senza cure, di malattie così, si muore.

È solo un esempio, potrei parlarvi dei miei colleghi che fanno il trapianto di fegato ai bambini o di rene agli anziani o di quelli che lavorano in rianimazione o in dialisi. Con i turni imposti dalla legge si allungheranno le attese e gli ammalati dovranno vedere un medico sempre diverso e raccontargli ogni volta la loro storia e i loro problemi daccapo. È la cosa peggiore che ci sia. Per Anaao e Assomed basta assumere il «personale» che serve e si risolve tutto. Ma davvero il nostro Paese in questo momento si può permettere di assumere 20 mila medici in più? Non lo so, non penso. Se c'è il blocco del *turnover* e non si riesce a sostituire nemmeno chi è in congedo per gravidanza sarà per un problema di soldi. O no?

C'è una soluzione sola a me pare, fare quello che si può con le risorse che abbiamo e farlo nel miglior modo possibile. Perché uno che comincia il suo turno di guardia alle 8 di sera, la mattina non deve poter stare in reparto o fare il suo ambulatorio come abbiamo sempre fatto? O anche solo stare lì a studiare? Non si diventa bravi medici a giorni alterni e per fare bene il nostro lavoro bisogna studiare sempre, ci vuole passione e tanto tempo. E poi non siamo tutti uguali, non penso che debba stabilirlo la legge quanto si può o si deve lavorare. Per legge si dovrebbero dare indicazioni di massima che andrebbero applicate con un po' di buon senso in rapporto alle circostanze e alle necessità. E poi lasciare che siano i medici e chi dirige gli ospedali a decidere cosa fare in una certa circostanza o in un'altra, i giorni nel nostro lavoro non sono tutti uguali. E poi lavorare in una sala operatoria dedicata a certi interventi complessi o occuparsi di malati di tumore è diverso che stare in un ambulatorio di dermatologia. Qualcuno dirà «la legge è legge e va rispettata». Davvero? Anche quando mette a rischio la salute della gente?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

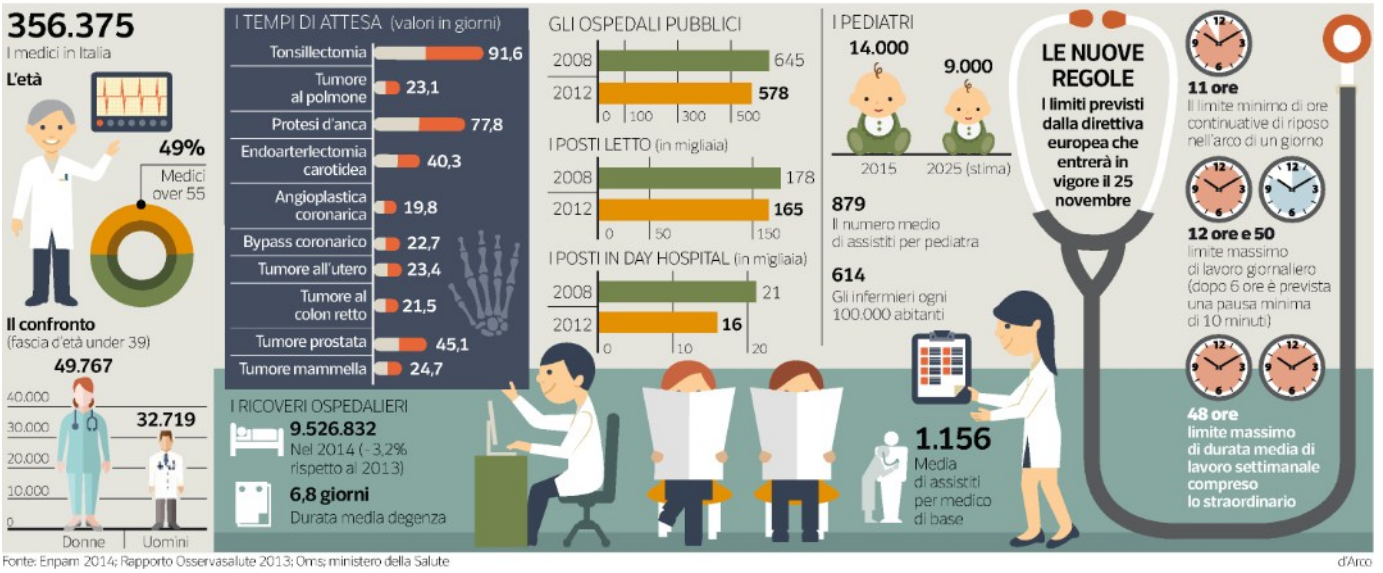
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 25
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

I numeri



Fonte: Enpam 2014; Rapporto Osservasalute 2013; Oms; ministero della Salute

d'Arco

La parola

DIRETTIVA EUROPEA

Adottate congiuntamente dal Parlamento europeo e dal Consiglio dell'Unione Europea, le direttive sono atti legislativi che stabiliscono un obiettivo che tutti i Paesi dell'Ue devono realizzare. Se l'obiettivo da raggiungere è lo stesso per tutti ed è vincolante, ciascun Paese può, però, decidere come procedere e quali leggi adottare per dare attuazione ai principi indicati nella direttiva.

La norma

● Dal 25 novembre l'Italia si dovrà allineare alla direttiva europea 93/104/Ce riguardante «taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro legati alla salute e alla sicurezza dei lavoratori»

● La direttiva interviene sull'orario di lavoro dei medici fissando dei punti fermi: rispetto del limite massimo di 12 ore e 50 di lavoro giornaliero (dopo 6 ore è prevista una pausa minima di 10 minuti), rispetto del limite massimo di 48 ore di durata media di lavoro settimanale, compreso lo straordinario, e rispetto del limite minimo di 11 ore continuative di riposo nell'arco di un giorno

● La legge vale solo per le strutture pubbliche. Ogni Asl vi si dovrà adeguare pena sanzioni da 100 a 3 mila euro per il mancato rispetto del riposo giornaliero, e tra 200 e 10 mila euro per la violazione della durata massima del lavoro settimanale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 49
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Perché i **batteri** diventano **resistenti**?

Lo specialista

Gli antibiotici usati male o senza reale necessità favoriscono la diffusione dei ceppi insensibili

Usiamo troppi antibiotici e spesso li usiamo male. Il risultato è che le resistenze a questi farmaci è in aumento. Secondo dati dell'*European Centre for Disease Prevention and Control*, nel loro consumo l'Italia è al quinto posto in Europa e tra i Paesi a più elevato tasso di microrganismi resistenti. A lanciare l'allarme è anche l'Oms, che sottolinea l'urgente bisogno di strategie globali per evitarne l'abuso, come per esempio rafforzare o istituire reti di sorveglianza e migliorare l'adeguatezza prescrittiva. Tanto più che non ci sono all'orizzonte nuovi farmaci, l'ultima classe di antibiotici scoperta risale agli anni Ottanta.

Che cos'è l'antibiotico-resistenza?

«È il fenomeno per il quale un batterio è insensibile all'attività di un antibiotico. Può essere *intrinseca* o *acquisita*. Nel primo caso il microrganismo ha un'insensibilità costituzionale verso un determinato antimicrobico, una caratteristica immutabile nel tempo, che si manifesta in tutti i ceppi di una stessa specie batterica. Essa dipende dalle caratteristiche dell'antibiotico e delle strutture cellulari del microrganismo – spiega il professor Francesco Scaglione, direttore della Scuola di specializzazione in farmacologia medica dell'Università di Milano —. La resistenza acquisita si instaura invece quando ceppi batterici in precedenza sensibili a un determinato antibiotico gli diventano resistenti».

Come si sviluppa?

«Quella acquisita si può instaurare perché il Dna batterico può subire mutazioni spontanee che rendono il microrganismo insensibile all'azione di un determinato antibiotico. Non solo, i batteri, attraverso particolari meccanismi, sono anche in grado di scambiare geni tra loro e trasferire così la resistenza da un ceppo a un altro e persino da una specie all'altra. I modi con cui i batteri si difendono da un antibiotico sono diversi: possono produrre enzimi che degradano o modificano direttamente l'antibiotico, rendendolo inattivo, oppure fanno in modo che la parete batterica diventi "impermeabile" al farmaco. Il microrganismo può inoltre alterare la struttura del "bersaglio" su cui agisce il medicinale nonché favorirne la rapida eliminazione in modo che non possa interferire con la propria sopravvivenza».

Che cosa si può fare per contrastarla?

«Accanto a strategia globali, è fondamentale che anche ognuno di noi faccia la sua parte. Questo significa innanzitutto non ricorrere agli antibiotici a sproposito, tenendo conto innanzitutto che questi farmaci contrastano le infezioni batteriche, non quelli virali. È dunque inutile usarli per un raffreddore o l'influenza (a meno che non si abbia a che fare con una sovra-infezione batterica, che può verificarsi in pazienti molto fragili). Altro errore da evitare è il "fai da te", prendendo, per esempio, di propria iniziativa un antibiotico avanzato o passato da un vicino. Le infezioni non sono tutte uguali, deve essere il medico a prescrivere il farmaco, indicando quello più adatto a seconda dei casi e i tempi del trattamento. Gli antibiotici, poi, vanno presi seguendo in modo scrupoloso gli orari e gli intervalli prestabiliti, pena il rischio che diminuisca l'efficacia e la potenziale selezione di ceppi resistenti. La durata della terapia è variabile: in genere le più comuni infezioni batteriche (tonsilliti, otiti, bronchiti ecc) guariscono con 6-7 giorni di antibiotico. In ogni caso non bisogna mai sospendere la cura subito dopo il miglioramento dei sintomi. E se dopo una settimana i disturbi persistono significa che qualcosa non va e che è quindi opportuno rivedere la terapia con il medico».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Francesco Scaglione
Direttore della Scuola di specializzazione in farmacologia medica dell'Università di Milano

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

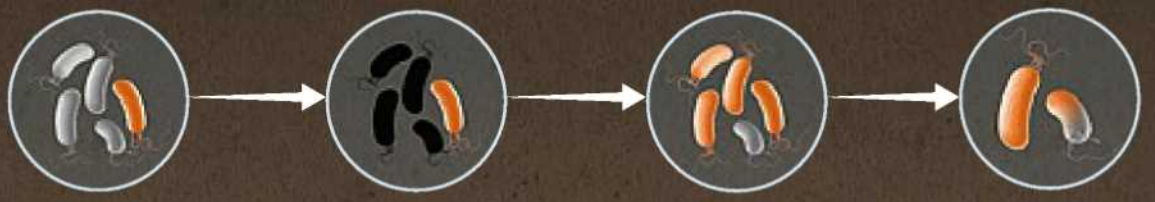
CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 49
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

La **resistenza agli antibiotici** è la capacità di un batterio di risultare insensibile all'azione di un antibiotico. Può essere **intrinseca**, quando il microrganismo non è mai stato sensibile a un particolare antibiotico, o **acquisita**, quando ceppi batterici che in precedenza erano sensibili a un determinato antibiotico sviluppano resistenza nei sui confronti

COME SI VERIFICA LA RESISTENZA



Lo sviluppo della resistenza è un normale processo evolutivo. In una colonia di batteri sensibili a un certo antibiotico, ne possono esistere alcuni resistenti

L'antibiotico uccide i batteri sensibili che causano la malattia

Una volta distrutti i batteri sensibili, quelli insensibili al farmaco, che fino a quel momento si trovavano in uno stato «dormiente», cominciano a moltiplicarsi

Talvolta i batteri insensibili possono trasmettere la resistenza all'antibiotico ad altri microbi, complicando così la situazione

COME SI DIFENDONO I BATTERI

- La resistenza acquisita è possibile perché i batteri sono in grado di modificare il proprio patrimonio genetico sia attraverso mutazioni spontanee sia attraverso lo scambio di geni tra ceppi e specie
- I microrganismi hanno diverse alternative per evitare l'azione letale degli antibiotici

I COMPORTAMENTI CHE FAVORISCONO LA RESISTENZA

- L'uso frequente degli antibiotici anche per trattare infezioni virali, dove non hanno alcuna utilità
- Prendere i farmaci in modo diverso dalle prescrizioni, a dosi inferiori o per un tempo differente da quello raccomandato
- L'abitudine, non sempre giustificata, di somministrare antibiotici a scopo preventivo in ambiente ospedaliero

COME SI DIFFONDE LA RESISTENZA

ANIMALI DA ALLEVAMENTO
La resistenza è favorita dalla pratica di trattare gli animali da allevamento con basse dosi di antibiotici per facilitare la crescita ed evitare le malattie. Gli animali possono sviluppare così batteri resistenti nel loro intestino

SOGGETTO CON INFEZIONE BATTERICA
La persona viene trattata con gli antibiotici e sviluppa ceppi resistenti nell'intestino

CONTAMINAZIONE DEI TERRENI
Fertilizzanti o acqua contaminati con feci di animali contenenti batteri resistenti possono contaminare le colture agricole

RICOVERO
Il soggetto malato viene ricoverato in ospedale o in un'altra struttura sanitaria

CARNE
I batteri antibiotico-resistenti possono essere trasferiti all'uomo se la carne non viene maneggiata o cotta in modo adeguato

DIFFUSIONE IN FAMIGLIA
Il soggetto malato rimane a casa e trasmette i batteri resistenti ai conviventi

DIFFUSIONE IN OSPEDALE
I germi resistenti possono essere trasmessi ad altri pazienti in modo diretto dal malato o in modo indiretto *(superfici contaminate, mani sporche dei sanitari)*

DAI VEGETALI ALL'UOMO
Frutta e verdura contaminate possono trasmettere i batteri insensibili agli antibiotici all'uomo

RITORNO A CASA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-NOV-2015
da pag. 49
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

LE REGOLE PER UN USO CORRETTO

QUANDO SI DEVONO PRENDERE GLI ANTIBIOTICI?
Gli antibiotici vanno usati solo quando è presente un'**infezione batterica**. Devono essere **prescritti dal medico** che sa quale molecola è più efficace a seconda dei casi

A QUALI ORARI O INTERVALLI DI TEMPO?
Gli antibiotici vanno sempre presi agli **orari indicati dal medico** e agli intervalli di tempo prestabiliti. Se non si rispettano queste indicazioni si rischia la perdita di efficacia; la risoluzione solo apparente della patologia, con aumento del pericolo di ricadute; la selezione di ceppi batterici resistenti; l'aumento degli effetti collaterali in caso di sovradosaggio per assunzioni troppo ravvicinate

PER QUANTI GIORNI?
La **durata** della terapia varia in base al tipo di infezione. In genere basse dosi per lunghi periodi aumentano il rischio di resistenze, mentre alte dosi per brevi periodi lo riducono. La maggior parte delle infezioni guarisce con **6-7 giorni** di terapia *(fanno eccezione malattie come endocarditi, tubercolosi ecc)*

QUANDO VANNO SOSPESI?
I farmaci **non vanno sospesi subito dopo il miglioramento** dei sintomi, perché la guarigione potrebbe essere solo apparente. Se, al contrario, dopo una settimana di assunzione non si osservano benefici, occorre consultare il medico

COME BISOGNA COMPORTARSI SE SI DIMENTICA UNA DOSE?
Se si **dimentica una dose** è bene prenderla appena ci si rende conto di averla saltata, e poi continuare con gli intervalli prestabiliti. Per esempio: se l'antibiotico va preso alle 8.00, alle 16.00 e alle 24.00 e la dose delle 16 la si prende alle 18.00, la successiva va presa alle 02.00

Nel caso di **infezioni ricorrenti** è in genere meglio evitare di prendere lo stesso antibiotico usato la volta precedente

Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

data stampa
dal 1980 monitoraggio media