Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. Calabria

Cronache del Garantista calabria
Dir. Resp.: Piero Sansonetti

26-GEN-2016
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

COSENZA

NEONATO MORTO DOPO IL PARTO DISPOSTA INDAGINE INTERNA

A PAGINA 8

COSENZA

Neonato morto dopo il parto Disposta indagine interna

Dramma all'Annunziata di Cosenza: un neonato muore durante il parto, la madre è in buone condizioni. L'Azienda ospedaliera ha subito avviato un'indagine interna per fare luce sul fatto ed appurare eventuali responsabilità. Anche il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha disposto l'invio degli ispettori ministeriali. Stessa decisione è stata presa dal Dipartimento salute della Regione Calabria su disposizione del governatore Mario Oliverio che ha pure chiesto all'Azienda ospedaliera, d'accordo con la struttura commissariale, di sospendere il ginecologo coinvolto.

Il tragico evento si è verificato ieri pomeriggio intorno alle 17 nel reparto di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale bruzio. Secondo quanto riferito da Achille Gentile, direttore generale dell'Ao di Cosenza, «il parto, avvenuto per via spontanea, ha presentato difficoltà al momento dell'espulsione del feto, morto per cause ancora in corso di accertamento». Come detto, sono buone le condizioni di salute della madre, alla terza gravidanza. La donna, ricoverata ieri mattina, è stata sottoposta a tutti gli accertamenti strumentali che, spiegano dall'Ao, sono risultati regolari. L'Azienda ospedaliera bruzia ha immediatamente disposto una indagine interna, «così da acquisire gli elementi necessari per fornire una compiuta valutazione dell'accaduto, accertare eventuali responsabilità e adottare i conseguenti provvedimenti». La Procura di Cosenza non ha ricevuto nessuna denuncia e, quindi, per il momento non ha aperto un'inchiesta sul triste evento.

Pronto a combattere per l'Isis
MA A LUZZI C'È INCREDULITÀ

La schiavitù negli agrumeti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

26-GEN-2016
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

AULA DELLA CAMERA PRONTA ALL'ESAME DEGLI EMENDAMENTI

Responsabilità professionale in campo sanitario al rush finale

Più tutele per i professionisti del settore sanitario e possibilità per i pazienti di ottenere risarcimenti in tempi brevi. La responsabilità professionale scalda i motori per il rush finale. È iniziata, infatti, ieri mattina in aula alla camera la discussione finale sulla proposta di legge fino alla settimana scorsa al vaglio della commissione affari sociali di Montecitorio. Il testo, approvato da poco dalla XII commissione, è stato illustrato dal relatore Federico Gelli (Pd) che nel corso del suo intervento ha affermato «che l'obiettivo è quello di aumentare le tutele per gli esercenti le professioni sanitarie e di assicurare al paziente la possibilità di essere risarcito in tempi brevi e certi per i danni subiti. La proposta di legge, infatti», ha proseguito il relatore per la maggioranza, «intende risolvere due problemi: il numero eccessivo di contenziosi di natura medico legale e l'uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica». Il primo, ad avviso del relatore, avrebbe provocato un costante aumento del costo delle assicurazioni per i professionisti e per le strutture sanitarie mentre il secondo è stato causato per via di un uso sbagliato della medicina difensiva. Sul fronte opposto, invece, il Movimento 5 stelle rappresentato da Andrea Colletti come relatore della minoranza. Coletti, infatti, ha definito la portata del testo insufficiente per quanto riguarda le parti relative alla responsabilità penale e civile, ritenendo, inoltre, «che, in tema di obbligo di conciliazione, il termine perentorio di sei mesi per chiudere l'accertamento tecnico preventivo sia mal calibrato». Infatti, il deputato pentastellato è convinto che sia quasi impossibile da rispettare a causa della lentezza della giustizia italiana. Il seguito dell'esame è previsto per questo pomeriggio con l'aula di Montecitorio che sarà impegnata ad esprimersi sugli emendamenti presentati proprio dal relatore Gelli la scorsa settimana dal relatore. L'approvazione definitiva, salvo sorprese, dovrebbe verificarsi comunque entro questa settimana.

Pasquale Quaranta

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 320.639
Diffusione 11/2015: 238.619
Lettori Ed. II 2015: 2.148.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

26-GEN-2016
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Materiale scadente»

«I nostri bisturi non tagliano» Allarme anti spending dei chirurghi

MASTRANTONIO ■ A pagina 13

«Bisturi economici, non tagliano» Chirurghi choc: pazienti a rischio

Migliaia di proteste. «Colpa dei risparmi nei prezzi delle forniture»

IL MINISTERO

«Nelle gare per gli acquisti si guarda all'offerta più bassa Ma la qualità è primaria»

Silvia Mastrantonio
■ ROMA

«I BISTURI non tagliano più» a causa della loro «mediocre qualità» con conseguenze «sia estetiche perché si perde la famosa precisione chirurgica, sia infettive». È una denuncia pesantissima quella che arriva dal professor Diego Piazza, presidente dell'Acoi, Associazione chirurghi ospedalieri italiani. Tocca a lui raccogliere «miglaia di segnalazioni da tutta Italia» e puntare il dito contro una prassi che definisce «antieconomica»: «In uno stesso intervento, in questo modo, può essere necessario utilizzare tre bisturi, cosa che non si verificherebbe con un buon bisturi che, al contrario, potrebbe essere impiegato più volte durante la stessa operazione. La ricerca di un prezzo sempre più basso ha ridotto drasticamente la qualità». La denuncia segue quella del professor Francesco Corcione, presidente della Società italiana di chirurgia sui guanti impiegati in sala operatoria (troppo sottili e quindi pericolosi) e alla vigilia della rivoluzione nella fornitura degli strumenti nella Pubblica amministrazione. I medici ospedalieri fanno parte dei dipendenti pubblici e saranno loro a dover sperimentare le grandi novità della centrale unica di acquisto. Che poi unica non è anche se le cifre parlano da sole: da 35.000 centrali di spesa attuali si passa a 33. Il tutto dovrebbe portare a un risparmio, in ambito di spese sanitarie, di circa il 15-20% secondo il ministro Lorenzin.

ED È PROPRIO il ministero a intervenire. «Nelle procedure per gli acquisti di forniture sanitarie esistono gare per l'offerta più vantaggiosa ma l'aspetto qualitativo è primario». Questa la precisazione del direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute Renato Botti. «L'obiettivo del ministero che sta lavorando con i colleghi dell'Economia – ha aggiunto – è individuare centri di competenza in grado di acquistare bene». Un altro tema fondamentale «è garantire un approccio sempre più completo che tenga in considerazione il mondo professionale che va coinvolto in questi processi». Il nuovo corso prevede, a marzo, il lancio del primo bando per l'acquisto della siringa «nazionale», il cui costo dovrà essere identico in tutte le regioni. Una gara da 60-70 milioni di euro. Poi verranno investite di questi cambiamenti 14 categorie merceologiche dell'ambito sanitario per un totale di 12,8 miliardi di spesa stimata. Per la Sanità ad acquistare saranno la Consip (centrale acquisti della Pa) e le 20 centrali regionali, a fronte delle oltre 200 aziende sanitarie che fino a oggi hanno fatto gare in modo autonomo.

IL PROBLEMA resta quello legato alla qualità. Non solo siringhe, ma anche bisturi, cannule, stent, persino valvole cardiache o semplici garze. In tutti i casi la qualità, in ambito medico, non può essere secondaria.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 320.639
Diffusione 11/2015: 238.619
Lettori Ed. II 2015: 2.148.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

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

L'INTERVISTA

«La spending così non va Anche i guanti si rompono»

■ ROMA

«UN TAGLIO si può fare anche con un bisturi scadente, ma ci capita di doverne usare tre nello stesso intervento. Le cose diventano gravi quando si abbassa troppo la qualità sull'alta tecnologia, dalla quale può dipendere la vita del malato, come nel caso delle valvole cardiache». Il presidente Acoi, Diego Piazza spiega la denuncia.

Ha parlato di bisturi ma pensava a tutti i presidi sanitari indispensabili?

«Ovviamente. Le segnalazioni erano sui bisturi che non tagliano ma anche guanti troppo sottili».

Crede che tutto questo sia collegato all'esigenza di risparmiare?

«Lo posso pensare, ma se così fosse va detto che certo non si tratta di un successo. Sono interventi in perdita, antieconomici. Se il bisturi taglia male non lo posso riutilizzare nello stesso intervento e magari ne devo impiegare tre. Così il risparmio dov'è? I guanti troppo sottili costringono i chirurghi a indossarne due paia».

Senza considerare il capitolo sicurezza.

«La situazione è preoccupante. I cittadini hanno diritto, come stabilito dalla Carta della Qualità in Chirurgia fin dal 2007, alla tecnica chirurgica più appropriata secondo gli studi scientifici. La mediocre qualità dei bisturi utilizzati oggi ha conseguenze sia estetiche sia infettive: aumentando il trauma cutaneo per incidere si aumenta il rischio di contaminazione batterica della ferita».

Come si può intervenire?

«Coinvolgendo le società scientifiche nel processo di selezione e scelta dei dispositivi medici».

s. m.

SOS SANITA'
«Bisturi economici, non tagliano»
Chirurghi choc: pazienti a rischio

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 25 GENNNAIO 2016

Clamorosa denuncia dei chirurghi italiani: “I nostri bisturi non tagliano più. Colpa delle gare orientate solo al prezzo più basso”

Questo, secondo l'Associazione dei chirurghi ospedalieri, il risultato dopo anni di acquisti di dispositivi medici basati sul prezzo più basso. E in più “criteri di valutazione spesso discutibili da parte delle commissioni regionali” che hanno determinato un livellamento verso il basso della qualità.

"I bisturi in Italia non tagliano più”. La clamorosa denuncia è il risultato di un’inchiesta tra i soci Acoi (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) che ha coinvolto migliaia di chirurghi in tutta Italia.

“Una situazione – afferma il presidente Acoi **Diego Piazza** - che è diventata nel corso degli anni preoccupante, nonostante il progressivo deterioramento della qualità dei dispositivi medici sia stato denunciato da tempo, a tutti i livelli, anche dalla nostra società scientifica. La continua ricerca del prezzo di mercato più basso, con criteri di valutazione spesso discutibili da parte delle commissioni regionali, ha determinato un livellamento verso il basso della qualità. Il prezzo non può e non deve essere l'unico criterio di valutazione, a scapito della qualità e della sicurezza”

I chirurghi ricordano come “i cittadini-pazienti hanno diritto, come peraltro stabilito dalla Carta della Qualità in Chirurgia già nel 2007, alla tecnica chirurgia più appropriata secondo gli studi di evidenza scientifica. La mediocre qualità dei bisturi utilizzati oggi ha conseguenze sia estetiche, perché il taglio perde la famosa precisione chirurgica, sia infettive, perché, aumentando il trauma cutaneo per incidere una superficie, si aumenta il rischio di contaminazione batterica della ferita. E’ evidente che, dovendo aumentare la forza per incidere una superficie, si rischia di tagliare oltre le intenzioni dell'operatore”.

Altro che risparmi. Il problema sono anche i costi aggiuntivi dovuti all’uso di materiale di scarsa qualità. “Quanto ai costi, possiamo affermare che si tratta di una scelta antieconomica, perché per uno stesso intervento può essere necessario utilizzare più bisturi, cosa che non si verificherebbe con un buon bisturi che, al contrario, potrebbe essere utilizzato più volte durante lo stesso intervento. Per questi motivi è indispensabile che le società scientifiche di chirurgia siano parte attiva nel processo di selezione e scelta dei dispositivi medici. Se continuiamo a privilegiare il prezzo a scapito della qualità, fino a fare scomparire quasi del tutto le caratteristiche minime di funzionalità del prodotto, addirittura dei dispositivi medici ad elevata tecnologia il cui malfunzionamento può avere affetti letali, che tipo di sicurezza e qualità forniamo ai nostri pazienti?”.

ANSA.it

25-01-2016

http://www.ansa.it/saluteebenessere/notizie/rubriche/salute/2016/01/25/bisturi-non-tagliano-denuncia-chirurghi-ospedalieri

Bisturi non tagliano, denuncia chirurghi ospedalieri

Deterioramento qualita' per cercare sempre prezzo piu' basso

• successiva

Una sala operatoria

La ricerca di un prezzo sempre piu' basso ha ridotto in maniera drastica la qualita' degli strumenti chirurgici al punto tale che "i bisturi in Italia non tagliano più". L'allarme arriva dalla Acoi, l'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani che ha ricevuto segnalazioni da migliaia di medici in tutta Italia. La "mediocre qualità" dei bisturi utilizzati oggi ha conseguenze sia estetiche, perché il taglio perde la famosa precisione chirurgica, sia infettive.

A spiegare i rischi diretti per la salute e' Diego Piazza, presidente dell'Acoi (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani), secondo il quale "aumentando il trauma cutaneo per incidere una superficie, si aumenta il rischio di contaminazione batterica della ferita. E' evidente che, dovendo aumentare la

forza per incidere una superficie, si rischia di tagliare oltre le intenzioni dell'operatore. Quanto ai costi, possiamo affermare che si tratta di una scelta antieconomica, perché per uno stesso intervento può essere necessario utilizzare più bisturi, cosa che non si verificherebbe con un buon bisturi che, al contrario, potrebbe essere utilizzato più volte durante lo stesso intervento". Privilegiare il prezzo a scapito della qualità, si domanda Piazza, "fino a fare scomparire quasi del tutto le caratteristiche minime di funzionalità del prodotto, addirittura dei dispositivi medici ad elevata tecnologia il cui malfunzionamento può avere affetti letali, che tipo di sicurezza e qualità forniamo ai nostri pazienti?".

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

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-GEN-2016
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

L'epidemia. Allerta dell'Oms: il virus zika colpirà l'intera America

«Esclusi solo Cile e Canada» dove non c'è la zanzara che lo trasmette. A Rio piano speciale per le Olimpiadi. Controlli in Europa su chi viaggia

LUCIA CAPUZZI

In quattro giorni, ha raggiunto tre nuovi Paesi. Il virus zika è diffuso in 21 delle 55 nazioni americane. E, di questo passo, ha sottolineato l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms), li colpirà tutti con l'eccezione di Cile e Canada, gli unici del Continente dove non è presente la zanzara Aedes eagypti, la cui puntura trasmette l'infezione. L'80 per cento dei contagiati non ha sintomi. Gli scienziati, però, sospettano che la malattia sia collegata al boom di nascite di bimbi microcefali. Per le future mamme dunque, il rischio potrebbe essere terribilmente serio. Da qui la preoccupazione dell'Oms e la conseguente allerta. L'organizzazione ha chiesto alle donne di farsi visitare prima e dopo un eventuale viaggio nelle zone endemiche.

L'indicazione è stata condivisa anche dal Centro europeo contro le malattie e l'omologo Usa. zika è arrivato pure in Europa: sono stati segnalati casi a Londra e Barcellona. Si tratta di persone rientrate dall'America: il virus non si trasmette per via aerea. È la puntura di zanzara a diffonderlo e il contatto diretto con il sangue. I ricercatori stanno indagando la possibilità di contagio per via sessuale, anche se non vi sono prove inconfutabili al riguardo. Su zika, infatti, si sa poco. Non esiste al momento né vaccino né cura, anche se i ricercatori del Butantan Institute di San Paolo in Brasile – lo Stato dove l'epidemia è iniziata e dove c'è stato il maggior numero di contagi–, lottano contro il tempo per trovare l'antidoto. Nel frattempo, ai latinoamericani è stato raccomandato di proteggersi con creme e repellenti, mentre Rio ha lanciato un piano di emergenza per le Olimpiadi di agosto.

Brasile, El Salvador, Colombia e Giamaica sono arrivati perfino a chiedere alle donne di posticipare le gravidanze quando l'epidemia sarà sotto controllo. E non mancano nemmeno gruppi che hanno colto l'occasione per chiedere leggi più permissive sull'aborto. Suscitando non poche polemiche, dato che il legame tra il virus e le malformazioni dei nascituri non è ancora stato dimostrato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 39.056
Diffusione 11/2015: 10.242
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

26-GEN-2016
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

EPIDEMIA • Trasmessa dalla zanzara tigre, la patologia si va estendendo

Allarme dell'Oms: il virus Zica è arrivato in Italia

Provoca gravi malformazioni infantili e potrebbe «colonizzare» tutto il mondo tranne i Poli

Raffaele K. Salinari

La notizia di alcuni casi in Italia e Gran Bretagna di persone affette da Ziga virus, seppur provenienti da aree già colpite, hanno sollevato l'interesse degli ambienti medici continentali in relazione alle possibili conseguenze di una trasmigrazione della malattia sul continente europeo. In realtà la folgorante invasione epidemiologica dello Ziga virus sembra al momento inarrestabile, essendo progressivamente migrato dall'originaria culla africana, ove venne tipizzato già verso la fine degli anni Quaranta del secolo scorso, prima verso l'Asia e recentemente verso l'America latina, via via risalendo fulmineamente, durante l'anno scorso, il Centro America verso il Nord del continente.

Oggi la sua penetrazione accertata si attesta in Messico ma se non diminuirà di virulenza è pensabile che possa raggiungere gli Stati uniti entro l'anno corrente. L'origine africana della patologia ne giustifica *in primis* il nome: Ziga, infatti, è un toponimo che si riferisce alla foresta ugandese dove venne rintracciato la prima volta nel sangue delle scimmie di *Macacus Rhesus*, le stesse che, probabilmente, hanno incubato sia quello dell'Aids che di altre patologie virali.

Lo Ziga virus appartiene, però, ad una famiglia fortunatamente diversa da quello della Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, essendo del tipo *Flavivirus*, trasmesso da vettori quali l'Aedes Aegipti o la zanzara tigre, e forse anche per via sessuale o sanguigna diretta. Già quest'ultimo sospetto, e l'affermazione dell'Organizzazione mondiale della sanità che lo Ziga "colonizzerà" ogni luogo sulla terra dove sono presenti i suoi vettori, cioè potenzialmente tutto il mondo tranne i Poli, ha destato un allarme crescente nei responsabili della sanità pubblica mondiale.

Al momento, infatti, non esistono vaccini e la cura è puramente sintomatica, anche perché sino ad ora la bassa espressività sintomatologica del microorganismo non preoccupava più di tanto gli epidemiologi. In altre parole, i segni sono paragonabili a quelli di una comune influenza e raramente hanno sequele apprezzabili. Si tratta di mal di testa, dolori alle ossa, spesso congiuntiviti ed eruzioni cutanee, ma tutto ciò si palesa solo su un caso su quattro; il resto rimane asintomatico rendendo la malattia molto subdola.

In sintesi, anche se si tratta di un virus molto più simile a quello della Dengue, della febbre gialla, o di altre malattie emolitiche, lo Ziga risulta clinicamente molto meno aggressivo e con una mortalità molto bassa se non rara. E allora qual è il problema? Il punto è che i recenti studi epidemiologici, dovuti al suo sbarcare in Brasile l'anno scorso, ed al rapido risalire il continente americano con la concreta possibilità che si installi permanentemente anche negli Usa e in Canada, oltre che in Europa, sono in realtà legate ad una supposta correlazione tra infezione da Ziga virus e microcefalia, una deformazione del volume del cervello che colpisce il feto in fase di gestazione e produce danni gravissimi ai nascituri generando un handicap permanente che condiziona negativamente tutta la loro vita.

Ci sarebbero inoltre anche sospetti legati alla malattia di Guillan-Barre, di tipo autoimmune, che finisce col considerare il tessuto nervoso come nemico e dunque produrre paralisi neurologiche anche gravissime. Questo sospetto è nato dagli studi condotti in Brasile dove, solo l'anno scorso, nel maggio, ci sono stai ben 1,5 milioni di casi, dato che la popolazione continentale non ha ancora sviluppato nessun tipo, anche se poco efficace, di immunità.

Ebbene le autorità sanitarie brasiliane, ma anche quelle dei Paesi vicini, come la Colombia, l'Equador, El Salvador e la Jamaica, supportate nel loro giudizio dalla Paho (Pan American Health Organzation) hanno cominciato a rilevare una possibile relazione tra la malattia delle donne incinte ed i casi di deformazione celebrale dei nascituri che sono aumentati esponenzialmente dopo l'esposizione del Continente al virus andando, solo in Brasile, dai 135 come media sino al 2014, ai 3530 del 2015.

Il sospetto è talmente tanto fondato, anche se non ancora definitivamente accertato, che i responsabili della sanità pubblica brasiliana hanno consigliato alle donne che hanno avuto la malattia o lo sospettano, di rinunciare per un certo tempo alla gravidanza, al fine di non sottoporre il feto al rischio di microcefalia, mentre la autorità statunitensi hanno sconsigliato alle donne in gravidanza di viaggiare nelle zone contagiate dal virus, cioè potenzialmente in tutto il Continente latino americano.

Dunque un altro fronte si apre: per la prevenzione, la ricerca, la lotta a questa malattia che, proprio perché così difficile da diagnosticare, è già stata definita dagli epidemiologi come un «lupo travestito da agnello».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 371.646
Diffusione 11/2015: 262.053
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

26-GEN-2016
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

LA SCIENZA

Quando la zanzara diventa un untore

SILVIA BENCIVELLI

TUTT'ALTRO che innocue, le zanzare. Con una puntura possono trasmettere malattie anche molto gravi. E noi italiani, che solo dal 1970 siamo ufficialmente liberi dalla malaria e che per riuscirci abbiamo dovuto bonificare paludi e spargere insetticidi dalla Sicilia al Veneto, dovremmo ricordarcelo bene. Oggi a preoccupare sono soprattutto alcune malattie virali di origine tropicale, attentamente monitorate dalla sanità pubblica. Ogni anno, infatti, nel nostro paese si registrano alcuni casi di queste malattie, tipicamente in persone che tornano da vacanze in paesi africani o asiatici. Tramite la puntura di una zanzara, che succhia il virus col sangue, la malattia può passare ad altre persone e innescare focolai di epidemia. Nel caso di chikungunya, di dengue e di Zika virus, a fare da vettore è la zanzara tigre, che vola dalle nostre parti dal 1990, mentre la zanzara comune può portare il West Nile virus. In ogni caso, niente zanzara niente epidemia. Per questo i quattro casi di febbre da Zika virus segnalati in Italia sono rimasti isolati. Non è andata così con la chikungunya, che nel 2007 ha steso a letto 217 persone tra Ravenna e Cesena volando a bordo delle zanzare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

"Zika può passare da uomo a uomo"

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-GEN-2016
da pag. 5
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

IL RAPPORTO SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

Pensioni, sanità, assistenza i conti europei sotto esame

a cura di **Francesca Basso**

L'Europa invecchia. E provvedere adeguatamente a una popolazione anziana ha un costo che pesa sulle finanze pubbliche: sistema pensionistico, sanità, assistenza. L'impatto sulle finanze statali si vedrà in futuro e per questo la Commissione europea ha analizzato il rischio di sostenibilità dei conti pubblici dei Paesi Ue, esclusi Grecia e Cipro perché sono sotto un programma di salvataggio finanziario. Diversi Stati devono confrontarsi con un debito pubblico molto alto. Dal Rapporto 2015 emerge che da qui a 10 anni corrono «rischi potenziali per la sostenibilità delle finanze pubbliche elevati nel medio termine» oltre all'Italia anche Belgio, Spagna, Francia, Croazia, Portogallo, Romania, Slovenia, Finlandia, Irlanda e Regno Unito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Germania

Corsa virtuosa verso il 2020 con il debito sotto il 60% del Pil

Tra le maggiori economie europee, la Germania è l'unico Paese che presenta un rischio basso nel breve termine, nel medio e nel lungo periodo per la sostenibilità delle finanze pubbliche. A essere precisi, i conti in sicurezza ce l'hanno anche Danimarca, Estonia e Lettonia, ma si tratta di Paesi di dimensioni diverse. Il debito pubblico di Berlino è in discesa dal 2012 e dovrebbe raggiungere il 65,6% nel 2017, con una riduzione di circa sei punti rispetto al 2015. In condizioni normali e con una politica fiscale invariata, la discesa del debito tedesco dovrebbe continuare: nel 2020 scivolerebbe sotto il 60%, la soglia per il debito pubblico indicata dai parametri di Maastricht. E nel 2026 dovrebbe aggirarsi intorno al 50%. In presenza di situazioni molto avverse i conti tedeschi nel 2020 peggiorerebbero di 3 punti rispetto al 2015.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gran Bretagna

Il bilancio sotto pressione per l'invecchiamento del Paese

Non sarà politicamente corretto, ma può essere interessante confrontare i risultati ottenuti dalla Gran Bretagna con quelli dell'Italia. Il Regno Unito, infatti, presenta un rischio alto a medio termine come l'Italia e un rischio medio a lungo termine, a differenza di quello del nostro Paese che viene valutato come basso dalla Commissione europea. Su Londra pesa il debito pubblico molto alto, «un motivo di vulnerabilità per l'economia britannica». Nelle proiezioni al 2026 lo stock del debito pubblico viene dato in crescita in condizioni normali e con politiche fiscali invariate: intorno al 90%. Ma in presenza di condizioni avverse potrebbe peggiorare ulteriormente. Sul lungo periodo peserà l'invecchiamento della popolazione, che si farà sentire sulle finanze pubbliche, in particolare sul sistema pensionistico, sulla sanità e sull'assistenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

26-GEN-2016
da pag. 5
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Francia

Parigi più vulnerabile, cresce l'esposizione statale

Le finanze pubbliche francesi non presentano rischi a breve termine, ma nel medio periodo la valutazione complessiva della sostenibilità del debito pubblico di Parigi, secondo il Rapporto 2015 della Commissione europea, presenta un rischio alto. La Francia deve fare i conti con dei valori di partenza, quelli delle previsioni di autunno 2015, che già ne evidenziano le criticità. A cominciare dal debito pubblico che nei prossimi due anni è stimato in crescita e che viene giudicato «un elemento sostanziale di vulnerabilità per l'economia francese». Tuttavia la struttura, in termini di maturità e tipologia, non rappresenta un rischio per il breve termine. Sul medio termine, invece, potrebbero pesare negativamente il deficit, il fabbisogno complessivo statale e il debito del settore privato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

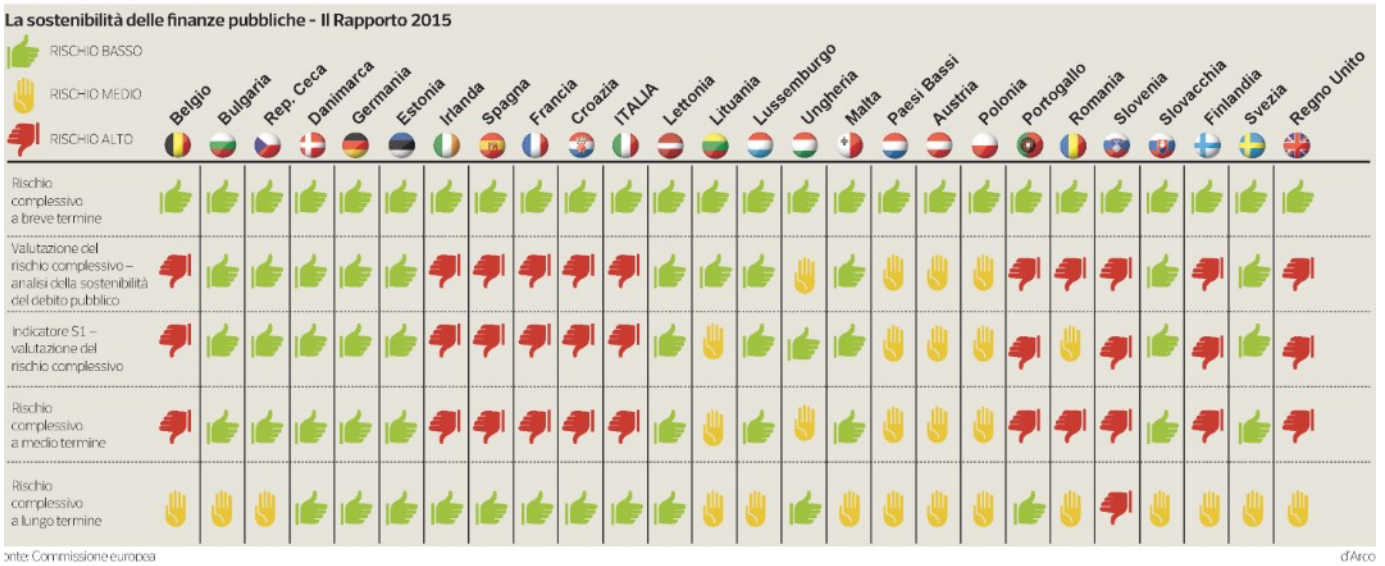
Spagna

I rischi nel medio termine e la lenta discesa sotto il 100%

Anche la Spagna fa parte del gruppo di undici Paesi Ue che presentano un rischio alto nel medio termine per le finanze pubbliche. Il motivo principale è l'alto debito pubblico che secondo le proiezioni del Rapporto 2015 resterebbe alto anche tra dieci anni e che «rappresenta un motivo di vulnerabilità per l'economia spagnola». Di fronte alle simulazioni dei tecnici della Commissione Ue, in presenza di uno scenario invariato il debito pubblico resterebbe intorno al 100% del Pil per i 5 cinque anni, per scendere invece intorno al 92% al 2026. Cifre che peggiorerebbero in presenza di condizioni economiche avverse. Già le stime di novembre indicavano il Pil in calo nei prossimi due anni. Sul lungo periodo, invece, i conti pubblici di Madrid non rappresentano un rischio grazie soprattutto alla riforma del sistema pensionistico, che farà sentire i benefici sulle casse statali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il confronto



onte: Commissione europea

d'Arco

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

L'aborto clandestino torna, ma il governo punisce solo le donne

LUNEDÌ 25 GENNAIO 2016 15:02

Valutazione attuale: / 0

Scarso Ottimo VOTA

Legge 194. Una mozione di Sinistra Italiana per impegnare il governo a combattere l'"obiezione di struttura" e a rendere più accessibile l'aborto farmacologico «in regime di day hospital e, dove possibile, nei consultori familiari e nei poliambulatori»

Eleonora Martini

- tratto da http://ilmanifesto.info/laborto-clandestino-torna-ma-il-governo-punisce-solo-le-donne/

L'aborto clandestino torna ad essere una piaga in Italia, anche se i numeri sono fortunatamente molto diversi da quelli precedenti al 1978, anno in cui venne varata la legge 194 proprio per arginare il fenomeno. Oggi però il problema torna ad emergere tanto da aver sollevato l'attenzione del governo che, nella sua schizofrenia bipartisan, da un lato sottovaluta il fenomeno — nella relazione annuale al

ULTIME NOTIZIE | MANIFESTAZIONI / EVENTI | I PIU' LETTI

- Rigassificatore Rosignano, Md: "Resistere fino al ritiro del progetto"
- San Francisco: divieto alle bottiglie di plastica e zero-waste entro il 2020
- L'aborto clandestino torna, ma il governo punisce solo le donne
- Sul lavoro è strage senza limiti: +16% i morti nel 2015
- Ceravolo? Spinelli ha iniziato il traghettamento
- Fiom Piaggio: "Con la solidarietà si sfrutta meglio"
- 24 gennaio - 7 febbraio: rassegna per la Giornata della Memoria al centro Grattacielo
- MD: "Fognature, scempio in Regione ai danni della salute e dell'acqua pubblica"

LA VOSTRA VOCE

- Fiom Piaggio: "Con la solidarietà si sfrutta meglio"
- MD: "Fognature, scempio in Regione ai danni della salute e dell'acqua pubblica"
- Sì Toscana: "Approvata clausola sociale sugli appalti in tutta la regione"
- "No al rigassificatore di Rosignano, senza se e senza ma"
- 32.000 immobili e 14.000 terreni del demanio sono on line: uno strumento da usare

MANIFESTAZIONI/EVENTI

Appuntamenti Eventi

PER SCRIVERE ALLA REDAZIONE DI SENZA SOSTE

SCRIVICI info@senzasoste.it

SEGUICI SU FACEBOOK

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

parlamento del ministero della Salute — minimizzando così anche il problema della cosiddetta «obiezione di struttura», e dall'altro decide di sanzionare le donne che fanno ricorso all'aborto clandestino (e solo loro) con multe da capogiro.

Nel decreto legislativo sulle depenalizzazioni varato in Cdm il 15 gennaio scorso, infatti, è previsto l'inasprimento delle multe fissate attualmente a 51 euro nell'articolo 19 della 194. Quindi, d'ora in poi le donne che si rivolgeranno a strutture non accreditate o a medici non autorizzati per interrompere la gravidanza, magari solo perché è più facile che pagarsi un viaggio verso altre regioni dove la legge 194 è appena meglio applicata, saranno sanzionate con multe che vanno dai 5 mila ai 10 mila euro.

«È una decisione folle ed estremamente punitiva per le donne: la devono ritirare immediatamente», insorge la deputata di Sinistra Italiana Marisa Nicchi, componente della commissione Affari Sociali. «Che in Italia ci sia un abuso di obiezione di coscienza che lede la libertà delle donne e le costringe a volte a dover ricorrere all'aborto clandestino, ce lo dice la condanna ricevuta dalla Corte europea dei diritti umani», ricorda la deputata di Sel che ha presentato insieme al suo gruppo parlamentare una mozione per impegnare il governo a «promuovere una seria campagna di monitoraggio su questo fenomeno, organizzare campagne di prevenzione nei consultori e assicurare la piena applicazione della legge 194 in ogni struttura del territorio nazionale, nel pieno rispetto della libertà delle donne».

Perché era in nome della libertà e della maternità consapevole che negli anni '70 si sviluppò la campagna che portò alla legge 194. Ed era in nome dell'antiproibizionismo che il Partito Radicale promosse nel 1981, tra gli altri, un referendum per abrogare proprio quegli articoli della 194 che puniscono medici e donne che ricorrono all'aborto fuori dai limiti di legge.

«Il ministero della Salute non monitora più gli aborti clandestini dal 2005 — riferisce Nicchi — e nella relazione annuale al parlamento si riporta il dato dell'Iss che quantifica tra i 12 mila e i 15 mila casi nel 2012, ma è un dato molto sottostimato perché non tiene conto della possibilità di reperire i nuovi farmaci capaci di indurre l'aborto, acquistabili anche sul mercato clandestino e su internet». Il problema è che si vuole guardare il dito e non la luna. «Invece di punire le donne, il governo deve capire i motivi — continua Nicchi — Nel 2013 sono risultati obiettori il 70% dei ginecologi, in Molise il 93,3% e l'80,7% in Lazio e in Abruzzo. Circa il 35% delle strutture viola il dettato della 194 con l'"obiezione di struttura"». Ma che per la ministra Lorenzin «il numero di non obiettori risulta congruo, anche a livello sub-regionale, e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda di Ivg».

Ma se non si può negare il diritto ad obiettare — che sia per via della coscienza che chiama o della carriera che pretende — almeno si potrebbero promuovere campagne di sensibilizzazione e soprattutto rendere più accessibile l'aborto farmacologico «in regime di day hospital e, dove possibile, nei consultori familiari e nei poliambulatori». Ricordano i deputati di SI che «dal 2009 l'Aifa ha autorizzato l'immissione in commercio della Ru486. Ma nel 2013 solo il 9,7% delle donne ha potuto usarla». Nella mozione viene citata la lettera inviata poche settimane fa alla ministra Lorenzin dall'associazione Amica nella quale si sottolinea come il ricovero ordinario per l'aborto farmacologico «sia una procedura non appropriata che comporta uno spreco enorme di risorse (oltre 1000 euro a paziente, contro i circa 600 del day hospital, e i circa 50 della procedura ambulatoriale)».

«Ci sono molte cose da fare, dunque — conclude Nicchi — anziché stigmatizzare e punire le donne che non possono fare altro, perché è lo Stato che non garantisce le libertà dovute».

23 gennaio 2016

CONDIVIDI

Succ. >

Joomla SEO powered by JoomSEF

REGALA E REGALATI SENZA SOSTE: CAMPAGNA ASSOCIATIVA 2016

SABATO 6 FEBBRAIO: ANNIVERSARIO DELLA MEZZALUNA ROSSA KURDISTAN ITALIA ALL'NTC

COME STA LA SCUOLA? DALL'AUTONOMIA ALLA RIFORMA, LE STORIE DEGLI INSEGNANTI

SALVIAMO IL VILLANO: PARTE LA RACCOLTA FONDI PER RISTRUTTURARE LA STATUA SIMBOLO DELLA STORIA DI LIVORNO

CONTATTI
Amministratore

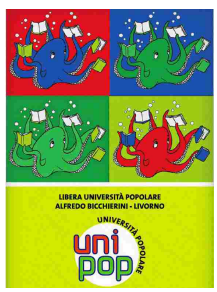
CHI E' ONLINE

438 visitatori online

SEGUICI SU TWITTER

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWSLETTER

LIBERA UNIVERSITÀ POPOLARE "ALFREDO BICCHIERINI"



Questo sito o gli strumenti terzi da questo utilizzati si avvalgono di cookie necessari al funzionamento ed utili alle finalità illustrate nella cookie policy. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie, consulta la Cookie Policy..

Accetto cookies da questo sito Accetto

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CORRIERE DELLA SERA.it

25-01-2016

http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/16_gennaio_14/tumori-gemelli-se-si-ammala-sale-rischio-anche-l-altro

Tumori nei gemelli: se uno si ammala sale il rischio anche per l'altro

Se un eterozigote si ammala le probabilità che l'altro sviluppi una neoplasia salgono del 37 per cento. E nel caso delle coppie omozigoti le possibilità lievitano al 46 per cento

Se un gemello si ammala di cancro anche l'altro è a rischio. Un pericolo rilevato per 23 diversi tipi di tumori, da forme molto comuni come quelle di prostata e seno, ad altre più rare, quali ad esempio quelle a ovaie, testicoli, stomaco, testa e collo o il melanoma cutaneo. È la conclusione a cui è giunto uno studio pubblicato recentemente sulla rivista scientifica Jama dopo aver analizzato i dati di oltre 200mila gemelli, sia omozigoti che eterozigoti, partecipanti ad una vasta ricerca condotta tra il 1943 e il 2010 nei Paesi del Nord Europa. «I risultati di quest'analisi prospettica possono essere utili per l'educazione del paziente e la consulenza sul rischio di cancro», sottolinea Jaakko Kaprio dell'Università di Helsinki, coautore principale.

Un partecipante allo studio su tre si è ammalato di cancro

Lo scopo degli scienziati era riuscire a stimare il rischio e l'ereditarietà di diversi tipi di cancro fra i gemelli e per questo hanno seguito, in media per 32 anni, 203.961 gemelli danesi, finlandesi, norvegesi e svedesi. Un partecipante su tre nel corso della vita si è ammalato di cancro: in totale sono stati oltre 27mila i casi di neoplasia diagnosticati. In 3.316 coppie di gemelli il tumore ha colpito entrambi i fratelli o sorelle: si trattava della stessa forma di neoplasia (ad esempio prostata o colon per tutti e due) nel 38 per cento dei gemelli omozigoti e nel 26 per cento degli eterozigoti. «Esistevano alcune statistiche precedenti - spiega Lorelei Mucci, docente di Epidemiologia alla T.H. Chan School of Public Health dell'Università della Danimarca, coautrice della ricerca insieme a colleghi dell'Ateneo di Helsinki -, ma riguardavano le neoplasie più comuni ed erano basate su numeri non molto vasti di persone, seguite spesso per periodi troppo brevi. Avendo coinvolto un numero ampio di partecipanti siamo invece riusciti a ottenere stime

anche su tumori rari. E, per la prima volta abbiamo scoperto che quando entrambi i gemelli si ammalano di cancro, spesso si tratta di due neoplasie diverse. Il che suggerisce che in certe famiglie ci sia un rischio aumentato di sviluppare diverse forme di tumore».

Melanoma, prostata, ovaie, rene, seno e utero: tumori più «ereditari»

Stando alle conclusioni degli autori, se un gemello eterozigote si ammala di cancro le probabilità che anche l'altro sviluppi una neoplasia salgono del 37 per cento. E nel caso delle coppie di omozigoti le possibilità lievitano al 46 per cento. Quella per il cancro ai testicoli è risultata essere una delle familiarità più forti: il rischio di un fratello eterozigote cresce di 12 volte se si ammala l'altro uomo della coppia, e si arriva a 28 volte nelle coppie omozigoti. Inoltre l'ereditarietà è apparsa particolarmente significativa per determinati tipi di tumori: in particolare melanoma, prostata, ovaie, rene, seno e utero. «Queste informazioni - concludono i ricercatori - sono molto utili per valutare e imparare a conoscere meglio soprattutto due aspetti: primo, il ruolo che gioca l'ambiente esterno nell'insorgenza del cancro (fattori ambientali e stili di vita), considerando che fratelli e sorelle hanno vissuto insieme per molti anni; secondo, il ruolo delle genetica e tutto ciò che nel Dna rende certe persone più vulnerabili o determinati tumori più facilmente ereditabili».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-GEN-2016
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Dall'albo dei Dg ai licenziamenti disciplinari della riforma Madia cambia il Dna del management in sanità

Manager e dipendenti, cala la scure

Stop alle nomine politiche e più merito - Medici sulle barricate: altre 48 ore di sciopero

Manager della sanità pubblica, si cambia. Mentre i medici decidono altre 48 ore di sciopero per protestare contro il silenzio del Governo sul futuro del Ssn (già impoverito dal calo del personale), l'esecutivo batte un colpo su un altro fronte. E con il pacchetto di riforme della Pa targato Madia, gioca il jolly trasparenza e punta sul merito. Dall'albo dei Dg al Dlgs sul licenziamento disciplinare che tira in ballo anche i dirigenti che chiudono un occhio: una rivoluzione che a breve potrebbe finalmente cambiare il Dna del management sanitario. Non tutto naturalmente. Il bambino va salvato, ma l'acqua sporca va buttata via con decisione.

VAZZA A PAG. **4-5**

CONTO ANNUALE/ Esercito in ritirata per la sanità: 7mila lavoratori in meno nel 2014

Personale Ssn, crollo verticale

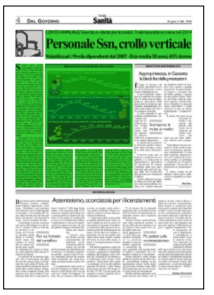
Volatilizzati 19mila dipendenti dal 2007 - Età media 50 anni, 65% donne

Sempre meno, sempre meno pagati, sempre più vecchi. Il Servizio sanitario nazionale continua a perdere pezzi. Nel 2014 ha lasciato per strada in soli dodici mesi 7mila dipendenti. E quasi altrettanti si stima che possa averne persi soltanto nei primi nove mesi mesi del 2015. Un record. Dal 2007 al 2014 il taglio totale è stato di 19mila unità. Altro record. Intanto la spesa totale è calata di 350 mln (lo 0,9% in meno) e rispetto al 2007 è salita di un misero 0,3%: in pratica una fortissima perdita secca in termini di potere d'acquisto. Proprio quando è iniziata ed è esplosa la grande crisi. Ma c'è una nota "rosa": le donne nel Ssn continuano a crescere e sono arrivate a rappresentare il 65% della forza di lavoro totale (434.705 su 663.793 dipendenti), solo nella scuola e nella polizia penitenziaria sono di più. E sicuramente hanno le retribuzioni sotto la media.

Un popolo che invecchia, quello del Ssn: ha un'età media di 49,7 anni, 51,7 per gli uomini e 48,7 per le donne. Dal 2001 l'età media è cresciuta di sei anni (7 anni per le donne). L'amaro Conto annuale e le denunce dei sindacati Dal conto annuale 2014 della Ragioneria dello Stato arrivano altre amare conferme del calo occupazionale, con tutti i riflessi sull'assistenza, denunciati dai sindacati di settore. Numeri da brivido, che certamente il mancato turno over ha accentuato in questo quasi decennio di purghe al Ssn in modo drammatico, soprattutto al Sud e nelle regioni sotto schiaffo per i debiti. Anche se non va dimenticato un altro fenomeno: i cosiddetti inidonei, quotati dalla Bocconi in oltre 70mila. Tra i quali i medici sono minoranza. Un esercito pubblico in ritirata Il totale dei dipendenti pubblici nel 2014 era di 3,253 mln unità: 20mila meno che nel 2013. Nel Ssn erano 663mila, l'1% in meno (7mila) contro una media dello 0,6% tra tutte le amministrazioni. Il calo per l'Ssn è stato del 2,7% (5,1% per tutta la Pa) dal 2007. Da notare che i l Ssn è il secondo tra tutta la Pa (dopo la scuola) col 21,79% di tutti i dipendenti pubblici. Lavoro flessibile in calo, boom di incarichi libero professionali e consulenze.

Su 79.923 unità di personale a tempo determinato e in formazione lavoro impegnate nella Pa, il Ssn ne contava 28.722: praticamente un terzo del totale, quasi mille in più del 2013, ma il 21% meno che otto anni prima. Record invece nel Ssn per gli incarichi libero professionali, di studio, ricerca e consulenza: sono stati 13.152 con una crescita del 69% dal 2007. Un boom. Crollano i costi: 1,3 mld meno del 2008 Il totale del costo del personale nel Ssn è stato di 39,129 mld, come detto 350 mln in meno del 2013.e circa 900 mln meno del 2013. Se poi si fa il raffronto col 2008, il costo è sceso di circa 1,3 mld. La retribuzione media annua lorda per dipendente è di 38.573 euro, 100 in meno dell'anno prima, praticamente alla pari di quella del 2009 e 3mila euro in più che nel 2007. Per comprare meno. Almeno per gli stipendi non al top. (*R.Tu.*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-GEN-2016
da pag. 5
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

PACCHETTO MADIA/ Rivoluzione nomine nel segno della trasparenza e del merito

Manager, poltrone che scottano

Albo dei direttori generali al ministero - Lorenzin: premiare i virtuosi

Manager della sanità pubblica, è tempo di cambiare. Il Governo, con il pacchetto di riforme della Pubblica amministrazione targato dalla ministra per la Semplificazione **Marianna Madia**, gioca il jolly trasparenza e punta tutto su merito e libertà dai condizionamenti dalla politica. E nel comma 1, lettera p), articolo 11 della legge 124/2015, la posta in gioco è chiara: riforme nel segno del cambiamento meritocratico. Un "all in" che vuole spiazzare bari e millantatori della sanità, togliendo terreno per chi gioca con le spalle protette dai giochi di potere e magari nella malagestione ci sguazza. Ma anche addio all'eterna poltrona. Perché conti in regola nel rispetto dei bilanci di salute concordati con le Regioni saranno la regola, altrimenti, cartellino rosso e si va casa. Linea dura senza compromessi: chi sbaglia paga. Questo è quello che promettono i testi approvati in notturna all'ultimo Consiglio dei ministri del 20 gennaio.

Dirigenti delle Asl e delle aziende ospedaliere faranno i conti con nuove regole e con il tetto complessivo che quest'anno è stato fissato in 111 miliardi. Il Renzi pensiero è chiaro, in merito ai decreti del pacchetto Madia, e sui manager sanitari il presidente del Consiglio ha detto: «chi gestisce male va a casa. Sarà facilissimo rimuovere un dirigente sanitario che produce sprechi» e la loro scelta avverrà «su titoli pubblici e da un elenco nazionale, merito merito merito». Sullo stesso filone c'è «la riduzione degli stipendi per gli amministratori che non producono utili». Mentre sempre sulla sanità «c'è il principio dei costi standard». L'obiettivo è far capire che questo è il primo passo di un percorso che non si esaurisce nella creazione di un albo dei Dg. Perché a finire nella lista dei "top" ci saranno anche i direttori sanitari e amministrativi. E se il mantra del premier è «merito, merito», quello della ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin** è stato «Premiare chi fa bene». Perché, indubbiamente «La scelta dei Dg incide sulla spesa e la qualità delle cure. Dovremo però pensare per il futuro anche a forme premiali, come avviene in tutte le aziende».

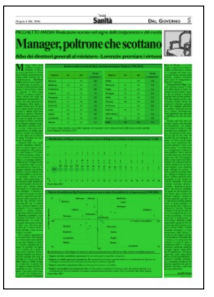
Ma in questo ragionamento in cui tutto fila e tutti operano per il bene della sanità pubblica, non può sfuggire un tranello. Il rischio, segnalato dai sindacati, di premiare chi taglia. Con il rischio che a farne le spese siano i pazienti. Perché i sindacati salutano con favore il percorso tracciato ma come ha segnalato la Fp Cgil, con **Massimo Cozza** e **Cecilia Taranto**, si teme che «si premi solo chi taglia la spesa anziché chi garantisce le cure». Favorevoli anche i Dg riuniti nella Fiaso, «È quello che chiedevamo», spiega il presidente **Francesco Ripa di Meana**, a cui non sfugge l'esigenza di rivedere il capitolo retribuzione e contratto. Ai manager non piace la revoca dall'incarico da parte della Regione, qualora sussistano gravi motivi di malagestione o disavanzi importanti.

Cosa prevede il Dlgs. Il decreto istituisce presso il ministero della Salute un elenco nazionale di quanti hanno i requisiti per la nomina a direttore generale delle aziende sanitarie. Nell'albo saranno iscritti i professionisti risultati idonei alla nomina di direttore generale delle Asl, ospedali, policlinici universitari e degli altri enti del Ssn. L'elenco, informatizzato, verrà aggiornato ogni due anni e pubblicato sul sito del ministero.

Sempre ogni due anni, per formare l'elenco, sarà nominata la Commissione, i cui componenti restano in carica il tempo necessario per completare l'Albo e non possono essere nominati per più di una volta. Gli aspiranti Dg non potranno superare i 65 anni, ma dovranno invece avere esperienza dirigenziale (almeno 5 anni se nel settore sanità, 7 se in altri settori) e formazione in materia di sanità pubblica. Non ci sarà una seconda chance per chi ha sbagliato una volta. Non potranno, infatti, essere inseriti nell'albo i dirigenti che siano già stati dichiarati decaduti da un precedente incarico o per violazione degli obblighi di privacy. Il nuovo sistema di nomina, dunque, obbliga le Regioni a scegliere i direttori generali esclusivamente tra gli iscritti all'elenco nazionale. Una commissione regionale valuterà i candidati e proporrà al governatore una terna di candidati. Tra questi tre non possono essere inseriti, però, «coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte, nella stessa azienda sanitaria locale, lo stesso ospedale o lo stesso ente del Ssn», indica con chiarezza il decreto. Durante l'incarico il Dg dovrà tenere fede al suo programma, per conservare la poltrona. «È questo potrà fare la differenza», ha commentato **Federico Gelli**, responsabile Sanità del Pd. Dopo due anni dalla nomina, la regione verifica infatti i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi, e in caso di esito negativo dichiara la decadenza immediata dall'incarico e la risoluzione del contratto. In caso di «gravi e comprovati motivi» o «di grave disavanzo, manifesta violazione di legge» oppure «degli obblighi di trasparenza», la Regione «provvede, entro trenta giorni dall'avvio del procedimento, a risolvere il contratto, dichiarando l'immediata decadenza del direttore generale con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione».

Lucilla Vazza

RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-GEN-2016
da pag. 25
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

La ricerca
Medicina, tutti i limiti del modello di gestione ispirato alle idee di Taylor
LONGO A PAGINA 25

Medicina, tutti i limiti del TAYLORISMO

La ricerca

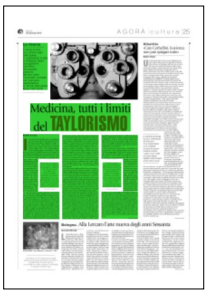
In tempi di crisi, con continui tagli della spesa, si rispolverano le idee di Frederick Taylor sulla gestione scientifica dei processi produttivi Ma se a livello industriale i successi non mancano, l'applicazione al mondo della sanità lascia molti dubbi

Secondo lo studioso, c'è «un modo migliore» per svolgere un lavoro in termini di tempo e di efficienza Un filone medico ha fissato procedure standard per la cura del paziente, con orari scrupolosi e domande rigide. Così il sistema viene prima dell'uomo

Il "New England Journal of Medicine" racconta di una donna che si era appuntata delle domande da porre al medico durante una visita, ma fu subito bloccata: non erano previste In questo modo, i protocolli diventano un ostacolo alla salute

GIUSEPPE O. LONGO

In tempi di revisione della spesa (o *spending riviù*, come amano dire i nostri amministratori afflitti da provincialismo anglofilo) bisogna risparmiare su tutto, in particolare in ambito sanitario: ed ecco che tornano buone le idee di Frederick Taylor (1856 - 1915), il padre della gestione scientifica dei processi produttivi. L'ingegnere meccanico di Filadelfia era convinto che per ciascun elemento di ogni lavoro esistesse un modo di svolgerlo migliore di tutti gli altri in termini di tempo e di efficienza; perciò si diede a formulare i criteri per individuare questo modo, stabilendo protocolli di esecuzione che assicurassero il massimo profitto. Era poi compito del responsabile di reparto far sì che tutti gli operai si attenessero strettamente ai protocolli. Nel 1911 Taylor pubblicò *The Principles of Scientific Management*, un libro che fu determinante per la creazione e lo sviluppo dell'ingegneria industriale. Secondo il nostro, «in passato l'uomo veniva per primo, in futuro per primo viene il sistema». Per fare un esempio, la giapponese Toyota ha applicato il taylorismo alla fabbricazione delle automobili, ottenendo di fatto un miglioramento della qualità, l'eliminazione degli scarti e una diminuzione dei costi. Ed ecco che, fors'anche perché Taylor era un esempio vivente di *mens sana* in corpore sano (fu golfista e tennista a livello nazionale), i medici hanno applicato i suoi



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-GEN-2016
da pag. 25
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

principi alla sanità: la cura del paziente deve seguire standard analoghi a quelli delle fabbriche di auto. Così la durata delle visite è stata misurata con il cronometro per stabilirne il tempo ottimale. Per individuare "il modo migliore" di condurre questi incontri è stata poi introdotta una cartella clinica elettronica, in sé molto utile per fornire rapidamente le informazioni sanitarie sul paziente, che tuttavia è diventata il punto di partenza per strutturare le visite: le domande da porre al paziente sono previste rigidamente, quindi è quasi impossibile procedere a colloqui liberi, così importanti, come insegna la "medicina narrativa", per ottenere notizie sullo stato psicologico del paziente e sul suo punto di vista quanto alla patologia e per stabilire una buona relazione tra medico e ammalato. I dottori sono ossessionati dal ticchettio dell'orologio e l'effetto sui pazienti è molto negativo. In un articolo comparso in questi giorni sul New England Journal of Medicine, Pamela Hartzband e Jerome Groopman raccontano di una signora che si era appuntata alcune domande da porre al medico durante una visita di controllo, ma fu subito bloccata: si potevano considerare solo i punti dell'elenco standard, quindi non c'era tempo per i quesiti personali. Se la signora voleva, poteva prenotare una visita apposita.

Certo, alcuni settori della medicina hanno tratto giovamento dai principi di Taylor: per esempio c'è stata una riduzione delle patologie iatrogene o un accorciamento dei tempi d'intervento nei casi di ictus o di infarto. Ma non si può generalizzare il taylorismo a tutto il vasto campo della medicina, per esempio non lo si può applicare a quel fondamentale aspetto che è l'anamnesi, oppure alla sintesi dei dati clinici e di laboratorio che conduce alla diagnosi, oppure alla valutazione del rapporto rischi-benefici di una certa terapia per un paziente particolare. I protocolli possono avere un notevole valore di orientamento, ma quando sono troppo rigidi diventano ostacoli alla diagnosi e alla terapia.

Il protocollo formalizzato impedisce al medico di considerare il punto di vista, le preferenze, gli affanni e le aspirazioni del paziente, il quale è un'unità globale e complessa, che arriva davanti al dottore con una sua storia personale e familiare, con un suo carico di preoccupazioni, di speranze e di angosce, che sono diverse da quelle di ogni altro paziente. E già chiamarlo "paziente" è riduttivo, quasi umiliante: si tratta di una "persona", unica e speciale, e la sua interazione con l'altra persona che è il medico è, o meglio può essere, un momento di scambio ricco e gratificante per entrambi. Una delle promesse del taylorismo applicato alla sanità, cioè un risparmio di tempo che si sarebbe tradotto in un incremento dei momenti che i medici possono dedicare a sé stessi, è stata, a quanto pare, disattesa: i dottori, sottoposti alla pressione del taylorismo e della gestione parcellizzata della pratica medica, appaiono sempre più insoddisfatti e tendono ad allontanarsi dalle corsie e dagli ambulatori: alcuni emigrano nelle aree di ricevimento, altri scelgono la pensione anticipata, altri assumono incarichi di consulenza o gestionali, lasciando ai colleghi il loro carico clinico.

La cosa forse più interessante è che i corifei della medicina taylorista, coloro i quali mediante conferenze e articoli ne propagandano l'utilità, anzi la necessità, per sé e per i propri familiari vogliono una medicina tutt'affatto diversa. Una medicina come quella che ciascuno di noi desidera, impersonata da un medico disposto ad elargire il suo tempo senza fretta e a prestare un'attenzione umana e comprensiva. E desiderano una cura (nel senso più ampio del termine) personale, non un protocollo rigido, generico e uguale per tutti. Eppure, negli Stati Uniti, gli studenti di medicina si vedono impartire i principi del taylorismo medico fin dal primo anno, salvo poi scoprire durante la specializzazione che non è vero che esiste un modo migliore di tutti gli altri di procedere alla diagnosi e alla terapia e che quel modo è lo stesso per tutti i casi. I giovani medici scoprono che la cura dev'essere personalizzata e attagliata a ciascun caso, perché le condizioni sociali, familiari e individuali sono quanto mai varie. così come sono specifiche di ogni persona la biologia e la fisiologia. Come si può racchiudere tutta questa diversità in un protocollo rigido e uguale per tutti? Il taylorismo medico presenta molti vantaggi, ma non si può applicarlo indistintamente. Ciò che va bene per le automobili non va bene per le persone. Nel caso della medicina, Taylor aveva torto: anche in futuro l'uomo, non il sistema, deve venire per primo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 320.639
Diffusione 11/2015: 238.619
Lettori Ed. II 2015: 2.148.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

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

DNA MODIFICATO L'EQUIPE: RISULTATI SORPRENDENTI SULL'ALZHEIMER

Geni umani nelle scimmie-cavia in Cina Esperimento ai limiti, bufera sui ricercatori

TEST Polemiche accese dopo la sperimentazione sulle scimmie. «Vietate in Occidente» *(Olycom)*

■ ROMA

SCIMMIE dal Dna modificato con un gene umano per studiare l'autismo e topi con cellule staminali per avere a disposizione per la prima volta modelli di malattie neurologiche, come Parkinson e Alzheimer. Ecco i nuovi obiettivi della sperimentazione animale, descritti su Nature e sulla rivista dell'Accademia delle Scienze degli Usa, Pnas. I test sulle scimmie, in Cina, sono destinati a far discutere, ma per gli esperti sono anche la premessa per passi in avanti decisivi nella cura di malattie molto diffuse.

«IN OCCIDENTE nessuno può più toccare le scimmie antropomorfe, che hanno uno stato giuridico assimilabile a quello di un paziente» e non sono arruolabili nella sperimentazione pre-clinica, dice il direttore del Laboratorio di Biologia dello Sviluppo dell'università di Pavia, Carlo Alberto Redi. Il gruppo di ricerca di Shanghai ha trasferito nel Dna delle scimmie il gene umano MeCP2, associato a comportamenti tipici dell'autismo. Le scimmie così modificate non si limitano ad avere comportamenti analoghi a quelli dell'uomo, ma trasmettono il gene umano ai loro piccoli. Per i ricercatori il risultato «dimostra la fattibilità di utilizzare primati non umani geneticamente modificati per studiare disordini neurologici dello sviluppo e potrebbe contribuire allo sviluppo di strategie terapeutiche per i disordini dell'autismo».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 371.646
Diffusione 11/2015: 262.053
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

26-GEN-2016
da pag. 36
foglio 1 / 5
www.datastampa.it

Il nostro sangue ci salverà

Manipolare il sistema immunitario per armarlo contro il cancro.

È l'ultima frontiera nella guerra a leucemie e mielomi. Ed è già una realtà

RSALUTE/

Un proiettile di sangue contro le leucemie

Tumori. Manipolare il sistema immunitario e insegnargli a reagire quando si forma una neoplasia. O metterlo in condizione di riconoscere il killer nascosto. È la nuova frontiera degli ematologi

LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA
7mila
nuovi casi all'anno in Europa

ELVIRA NASELLI

RICORDATE il film "Viaggio allucinante" in cui una navicella miniaturizzata viaggiava dentro il corpo umano temendo in particolar modo l'attacco dei globuli bianchi, le sentinelle del nostro corpo, pronte ad individuare e ad attaccare il nemico? Ecco, il senso delle principali novità che arrivano da Orlando, dove si è svolto il congresso annuale dell'Ash (American Society of Ematology), sta proprio nel ruolo dei linfociti T, un gruppo dei globuli bianchi. Quando il sistema non funziona, o il linfocita non riesce più ad individuare il nemico, la malattia avanza. Riuscire dunque ad armare meglio i linfociti, o aiutarli a individuare il nemico da attaccare e distruggere è, in parole povere, la strategia che sta dietro due approcci diversi contro la leucemia linfoblastica acuta (Lla-B), malattia che colpisce ogni anno in Italia uno su quattro centomila. Il primo, ancora in fase sperimentale, è il Car-t; il secondo è un farmaco nuovo già disponibile, il Blinatumomab, che aiuta il nostro sistema immunitario a "vedere" il tumore, e ad attaccarlo.

Il primo approccio, quello del Car-T - racconta Angelo Michele Carella, direttore Ematologia e Centro trapianti di midollo osseo dell'ospe-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 371.646
Diffusione 11/2015: 262.053
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

26-GEN-2016
da pag. 36
foglio 2 / 5
www.datastampa.it

dale San Martino di Genova - è certamente affascinante e avanzato dal punto di vista scientifico ma può riguardare una popolazione minima di pazienti ed inoltre è gravato da effetti collaterali rilevanti. Ma è importante come filosofia perché si prelevano i linfociti T dal paziente, si ingegnerizzano in modo da insegnare loro a riconoscere il bersaglio, che in questo caso sono le proteine sulla cellula tumorale, si fanno moltiplicare e poi si reinfondono. A quel punto i linfociti Car-T addestrati riconoscono le proteine delle cellule cancerose e le attaccano, distruggendole. E, restando in circolo, continuano a distruggerle. È ovvio che se si riuscisse ad insegnare a questi linfociti a riconoscere altri tumori, magari solidi, sarebbe un grande passo avanti». Anche se - sottolinea Alessandro Rambaldi, direttore Ematologia e Oncologia all'ospedale Papa Giovanni di Bergamo - pur essendo la tecnica una finestra sul futuro e una svolta epocale, ha lo svantaggio di privare il paziente dei linfociti normali, perché quelli ingegnerizzati, che durano tutta la vita, distruggono non solo le cellule cancerose ma anche i linfociti normali. Tanto che si sta studiando per inserire in questi linfociti dei geni del suicidio che li spingano a spegnersi quando la malattia sparisce. Quanto ai tumori solidi, «sarà difficile trovare dei bersagli specifici - continua Rambaldi - come nel caso della Lla, dove comunque Car-T rappresenta l'ultima spiaggia».

Ben diversa, se non altro perché già disponibile, la strada percorsa dal Blinatumomab (Amgen), un anticorpo monoclonale bispecifico, primo di una nuova classe di farmaci. Il farmaco, da solo, non riesce a distruggere le cellule cancerogene, ma il suo ruolo è di aiutare le nostre cellule immunitarie a riconoscere il nemico che, avvalendosi di meccanismi biologici particolari, riusciva a rendersi invisibile. «Il Blinatumomab invece - racconta Massimiliano Bonifacio, ricercatore di Ematologia all'università di Verona, dove sono già stati trattati 14 pazienti - rende la cellula identificabile. È come se agisse da ponte, collegando cellula tumorale e linfocita, quasi prendendoli per mano e spingendoli l'uno verso l'altro, in modo che il linfocita T possa riversare le proprie molecole tossiche sulle cellule bersaglio, uccidendole. Se si riuscisse a individuare antigeni specifici per ogni tumore si potrebbero combattere molti altri tipi di cancro. Questo non è solo un farmaco, ma una cura potenziale per molte altre patologie e in Ematologia il passaggio da laboratorio a clinica ha tempi più rapidi che in Oncologia».

Il Blinatumomab, però, non è un farmaco facile. A cominciare dalla somministrazione, 28 giorni di infusione endovenosa continua attraverso un microinfusore. Giovanni Martinelli, professore di Ematologia all'università di Bologna e responsabile del programma leucemie acute, con 28 pazienti con Lla-B Philadelphia positiva, ha coordinato lo studio Alcantara, di fase 2, che ha arruolato 45 pazienti per un anno, 14 in Italia. «Abbiamo avuto il 38 per cento di risposte complete e durature - premette - ma certamente bisogna mettere a punto i dosaggi. A 60 mcg abbiamo avuto l'80 per cento di risposta, ma qualche complicanza neurologica, forse perché qualche cellula del nostro sistema nervoso è CD19+ (la proteina espressa dai tumori ematici, ndr) e viene dunque attaccata dal sistema immunitario, proprio come le cellule tumorali. Al dosaggio di 12 mcg, poi portato a 28 mcg, il paziente è al sicuro da complicanze maggiori ed abbiamo avuto lo stesso una risposta di circa il 40 per cento, con meno effetti collaterali. In ogni caso, per i primi tre giorni, tutti i soggetti hanno avuto febbre alta, dovuta all'attacco dei linfociti».

Quali sono i candidati all'utilizzo di questo farmaco? «Blinatumomab è rivoluzionario e ha cambiato la storia di questi pazienti - continua il professor Martinelli - ma possiamo usarlo meglio. Su malati non troppo deperiti dalla chemioterapia, con un sistema immunitario integro o reintegrato. L'ideale sarebbe l'utilizzo prima della chemioterapia. E in certi casi potrebbe addirittura evitare il trapianto, che ha una mortalità di circa il 10 per cento, o comunque consentirebbe di arrivare al trapianto con bassi livelli di malattia. E forse dobbiamo rivedere i dosaggi, abbassandoli man mano che le cellule tumorali diminuiscono. Usarlo in prima linea, all'inizio della malattia, porterebbe a risultati ancora migliori».

Il farmaco è stato approvato da Ema e sarà utilizzato su pazienti refrattari, che non rispondono alla chemioterapia, o ricaduti. In Italia è stato riconosciuto farmaco orfano e l'azienda garantisce continuità terapeutica a pazienti gravi e a chi lo ha già avuto in uso compassionevole.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

LE CURE

Puzzle di speranze

Al congresso mondiale degli ematologi, che si è tenuto a Orlando sono stati presentati molti i risultati importanti. Per la leucemia linfatica cronica e il linfoma mantellare, per esempio, è stata presentata una nuova cura orale con Ibrutinib, alternativa alla chemioterapia, da assumere una volta al giorno. Sarà presto disponibile in Italia. Il farmaco era già stato designato da Fda come "Breakthrough therapy", terapia fortemente innovativa. Sempre per la leucemia linfatica cronica recidivante o refrattaria, Idealalisib (inibitore enzima PI3K delta), con bendamustina e rituximab, ha dimostrato superiorità rispetto ai due farmaci da soli. Per la leucemia linfatica cronica e recidivante, uno studio di fase 2 per Venetoclax su *New England Journal of Medicine* on line, conferma la risposta, in alcuni casi completa, ottenuta dal farmaco. Mentre la Fda ha appena approvato la terapia con Carfilzomib per il trattamento di pazienti con mieloma multiplo refrattario o recidivante.
Il congresso mondiale degli ematologi è stata l'occasione per siglare un'intesa tra la Società italiana di Ematologia e quella americana (Ash). Obiettivi: linee guida condivise e una borsa di studio per 10 giovani clinici italiani per andare negli Usa. «Abbiamo assistito all'introduzione di armi sempre più efficaci - sottolinea Fabrizio Pane, presidente Sie - e anche per il mieloma multiplo, si stanno aprendo prospettive importanti con l'immuno-oncologia». Questa malattia fa registrare 4500 nuovi casi annui in Italia, ed è difficile da trattare».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 198.099
Diffusione 11/2015: 92.984
Lettori Ed. II 2015: 1.462.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Corriere dello Sport STADIO
Dir. Resp.: Alessandro Vocalelli

26-GEN-2016
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE, L'INTERVISTA

Quando l'attività fisica genera dipendenza

Troppo sport può anche avere controindicazioni: ecco cosa è l'exercise addiction

Ne parla il professor Gianfranco Beltrami specialista dell'Università di Parma

L'attività fisica, consigliata per mantenere al meglio il proprio stato di salute, può in alcuni casi dare dipendenza come una vera e propria droga. È quello che ha spiegato il professor Gianfranco Beltrami, specialista in Medicina dello sport e docente a contratto all'Università di Parma, ai microfoni di Radio Cusano Campus, la radio dell'Università Niccolò Cusano, durante la diretta del programma "Genetica oggi".

Professor Beltrami, l'attività sportiva può in alcuni casi degenerare e diventare dunque una dipendenza?
«È quella condizione che gli inglesi chiamano "exercise addiction". Una dipendenza da allenamento che diventa la cosa più importante della giornata. Una persona che soffre di questa problematica vive in funzione del movimento e dell'attività fisica. Quando c'è qualche contrattempo che non consente di praticarla ci si sente in colpa, contrariati e di cattivo umore. Si creano dei veri e propri problemi psicologici legati a questa mancata attività fisica, che è il chiodo fisso della giornata. Questa problematica è in continua e costante crescita, perché legata al fatto che il movimento e l'attività fisica comportano un incremento della secrezione di alcuni ormoni. Sono la dopamina e le beta-endorfine, che sono sostanze in grado di dare dipendenza. Hanno un effetto simile a quello evocato dalle droghe vere e proprie. Quando l'organismo non ha queste sostanze in circolo in quantità sufficiente, ecco che arriva il desiderio di fare attività sportiva. Alcune persone arrivano a imbottirsi di analgesici o antinfiammatori per continuare l'attività fisica anche quando ammalati o infortunati. Questo può far capire il grado di dipendenza raggiunto».

Una tale condizione può portare a scegliere di praticare più sport contemporaneamente?
«Senz'altro. Ci sono tante persone, inoltre, che passano per esempio dall'atletica al ciclismo e poi al triathlon pur di provare nuove cose. Persone che spendono anche molto in attrezzature, abbigliamento, scarpe o strumentazione varia perché tutta la vita viene vissuta in funzione del movimento provando sempre cose nuove».

Come si può uscire da tale dipendenza?
«Non è smettendo di fare attività che si risolvono i problemi ma bisogna cercare di capire le cause psicologiche che sottendono a questa dipendenza. Molto spesso ci sono dei problemi legati ad anoressia o bulimia nervosa, e gli individui cercano con l'attività fisica di consumare, in modo eccessivo, le calorie assunte con l'alimentazione. L'equilibrio tra mente e corpo può essere raggiunto con l'aiuto di uno specialista e/o della famiglia per riconoscere il problema e poi risolverlo».

© COPYRIGHT UNIVERSITÀ NICCOLÒ CUSANO

SERENA, SE LA BELLEZZA SI DIFENDE COL CIBO SANO
Quando l'attività fisica genera dipendenza

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

26-01-2016

http://www.adnkronos.com/salute/medicina/2016/01/25/arriva-spray-nasale-contro-dolori-del-parto_MF9KSTr7vo66hgJJ1o2HFJ.html

Arriva lo spray nasale contro i dolori del parto

Uno spray nasale per ridurre i dolori del parto ha dato buoni risultati in Australia, durante un trial clinico che ha coinvolto 156 donne. Il nebulizzatore, a base di fentanil, un analgesico, avrebbe anche meno effetti collaterali rispetto alle iniezioni di petidina comunemente usate in questi casi. Lo spray di fentanil oggi è usato soprattutto per ridurre il dolore durante gli spostamenti in ambulanza, ma visti i risultati positivi della sperimentazione, entro quest'anno potrebbe essere disponibile anche per le mamme negli ospedali del Sud dell'Australia, riporta il 'Guardian'.

"Le donne possono autosomministrarsi una dose controllata usando lo spray nasale, sotto la supervisione di un'ostetrica che le aiuti a controllare la gestione del dolore, evitando di ricorrere a un ulteriore intervento e a iniezioni dolorose", spiega Julie Fleet, che ha condotto il lavoro. Durante la sperimentazione, il fentanil ha provocato meno nausea, un travaglio più breve, meno difficoltà di allattamento al seno e una maggiore soddisfazione per la neomamma, aggiunge l'ostetrica.

"Il fentanil somministrato come spray nasale non elimina completamente il dolore come accade con l'epidurale che blocca tutte le sensazioni. E' quindi adatto alle donne che

vogliono essere in grado di sentire qualcosa", precisa Fleet. Per l'esperta è indicato anche per le mamme che potrebbero non essere in grado di sottoporsi a epidurale per problemi come la preeclampsia.

Petidina e fentanil sono oppioidi che passano dalla madre al bambino. Quando la petidina viene assorbita dal corpo, è convertita in un altro farmaco che rimane nell'organismo del bimbo per 3 o più giorni, causando potenziali problemi di respirazione, sonnolenza e irritabilità. "Poiché il fentanil non viene trasformato nello stesso modo e viene espulso tra le 2 e le 7 ore, ha meno probabilità di produrre effetti negativi sul bambino", osserva Fleet che sta ora esaminando se lo spray 'rosa' possa anche ridurre la necessità di ricorrere all'epidurale.

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

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

26-GEN-2016
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Malati, una casa per i parenti

E a Milano il villaggio Expo diventa un quartiere sociale

Il capoluogo lombardo si conferma capitale dell'housing sociale. Oltre alla rete di alloggi solidale, c'è anche l'ex villaggio Expo Cascina Merlata che si trasforma in quartiere sociale. Gli appartamenti che nei sei mesi dell'esposizione universale hanno ospitato le delegazioni dei Paesi partecipanti, saranno così destinati a famiglie giovani, anziani o persone sole a prezzi calmierati e con contratti a lungo termine. Si tratta di 93 appartamenti oggi disponibili in due dei sette edifici già realizzati per l'Expo - il progetto complessivo prevede la realizzazione di 11 edifici a torre, per un totale di 690 appartamenti - ; ad oggi si contano 397 alloggi in classe energetica A. Oltre ai 93 appartamenti offerti in locazione a lungo termine, altri 140 sono offerti con patto di futura vendita e ulteriori 160 circa sono destinati alla vendita diretta con prezzi calmierati. Si tratta di edifici progettati da architetti italiani di fama internazionale e realizzati con tecnologie impiantistiche e costruttive innovative che permettono di massimizzare l'efficienza energetica e ridurre l'impatto ambientale, nonché tutti cablati in fibra 100. Potranno partecipare al bando giovani famiglie di nuova formazione, famiglie con portatori di handicap o con sfratto non per morosità, che abbiano un reddito complessivo compreso tra i 14mila e i 40mila euro annui, residenti nell'area metropolitana e prive di abitazione adeguata alle esigenze del nucleo, ma anche single, studenti fuori sede o lavoratori temporanei.

(D.Fas.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'esperienza di "A casa lontani da casa" ospita 20mila persone all'anno

PAOLO FERRARIO
MILANO

Dentro la metropoli c'è una città che chiede accoglienza e sostegno nella sofferenza. I suoi abitanti sono i circa 100mila malati (e i loro familiari) che, ogni anno, arrivano da tutta Italia a Milano per curarsi e hanno bisogno di un punto d'appoggio, di una "Casa lontani da casa". A loro hanno pensato le quattro associazioni (Prometeo, Avo Milano, Lilt Milano e CasAmica), che hanno tessuto una rete di alloggi solidale, arrivata al terzo anno di attività, per ospitare i familiari dei pazienti. Complessivamente, il progetto dispone di 1.200 posti letto in case e appartamenti della città di Milano, messi a disposizione dei parenti dei malati. Nel 2014 i pernottamenti totali sono stati 98mila, saliti a 117mila nel 2015.

«Ogni anno la rete dà ospitalità a circa 20mila persone», sottolinea Laura Gangeri, referente del progetto e presidente di Prometeo onlus. I soggiorni variano da qualche giorno a diverse settimane e le case non hanno un tariffario vero e proprio. Gli ospiti possono, infatti, decidere di lasciare un'offerta libera per contribuire alle spese di mantenimento della casa, oppure indicare una somma che, generalmente, varia tra le 10 e i 30 euro al giorno.

«Le associazioni – precisa Laura Gangeri – si sono dotate di un fondo di solidarietà per coprire le spese di chi non ha la possibilità di contribuire nemmeno con un'offerta libera. Complice anche la crisi economica – aggiunge la presidente di Prometeo onlus – sempre più spesso incontriamo famiglie che sono state costrette ad indebitarsi per curare un loro congiunto. Oltre a essere una bella esperienza di collaborazione tra associazioni di volontariato che si occupano dello stesso bisogno (caso non così frequente), il nostro non è quindi soltanto un servizio ma un vero e proprio pezzo di welfare in questa città, che, ancora una volta, si dimostra solidale con chi tende la mano chiedendo aiuto e sostegno nella difficoltà».

Lo testimonia l'esperienza del signor Stanislao Giordano che, dalla Campania, è in cura all'Istituto nazionale dei tumori. A ottobre dello scorso anno è stato ospite, con moglie e figlia, per quindici giorni in un appartamento di Prometeo in viale Gorini e attualmente è in una casa di via Amedeo, dove resterà fino a metà febbbraio.

«Sia la prima volta che adesso ci siamo trovati eccezionalmente bene», dice il paziente che sta seguendo un nuovo ciclo di cure. «Grazie a questa soluzione – aggiunge – mia moglie può starmi vicino e questo mi è di grande conforto. Altrimenti avrei dovuto affrontare tutte le cure da solo».

Per facilitare la scelta delle case di accoglienza, le associazioni di "A casa lontani da casa" (progetto sostenuto da Teva Italia srl, Filo diretto onlus, Fondazione Cariplo e Creval) hanno attivato il portale www.acasalontanidacasa.it e il numero verde 800161952, attivo 24 ore su 24.

«Per il futuro prossimo – conclude Laura Gangeri – c'è l'intenzione di allargare la rete delle case accoglienti oltre Milano e arrivare anche a Pavia e Bergamo, dove ci sono strutture sanitarie di eccellenza che attirano pazienti da tutta la Penisola».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media