quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

23-03-2016

Lettori

37.000

http://www.quotidianosanita.it/

Appropriatezza. Ciaccio (SIBioC): "Non serve tagliare gli esami di laboratorio per evitare gli sprechi. Rappresentano il 2% della spesa"

"In questi ultimi mesi si è assistito a un progressivo blocco delle richieste di analisi di laboratorio" segnalano i medici di laboratorio "il supporto della genetica è importante anche prima che si manifesti la malattia stessa e indispensabile per la realizzazione della medicina delle 4P: Predittiva, Preventiva, Personalizzata e Partecipatoria"

23 MAR - "Rappresentano solo il 2% della spesa sanitaria, eppure più del 70% delle decisioni cliniche dei medici si basa sugli esami di laboratorio. E per questo non vanno tagliati. Molti cittadini rinunciano ai controlli per non pagare di tasca propria check-up ravvicinati e questo, a lungo andare, rappresenterà un danno anche per sistema sanitario nazionale. Meno prevenzione uguale più malati da curare". Queste le idee proposte dai medici di laboratorio della SIBioC dopo che il "Ministero della Salute ha posto un fermo alle 'prescrizioni inutili' di esami troppo frequenti e che non favoriscono la salute del cittadino".

"Il laboratorio clinico - spiega **Marcello Ciaccio**, ordinario all'Università di Palermo e presidente SIBIOC - svolge un ruolo centrale nel migliorare la vita del paziente, perché prende in considerazione sia la salute che i costi. È necessaria però una stretta collaborazione tra medicina di laboratorio e clinica. In questi ultimi mesi si è assistito a un progressivo blocco delle richieste di analisi di laboratorio e l'utilizzo del test giusto per il paziente giusto rispetta i criteri di appropriatezza prescrittiva evitando sia il sovra che il sotto utilizzo degli esami. Per questo chiediamo di partecipare con gli altri interlocutori della sanità a una revisione della scelta e delle tempistiche dei test da eseguire sia nei cittadini sani e nelle varie tipologie di pazienti".

"Oggi - continua il presidente SIBioC -, non esiste patologia che si possa affrontare senza il supporto del laboratorio clinico che ha un ruolo centrale nell'intero processo di decision-making dalla diagnosi alla terapia, e il cui obiettivo finale è il miglioramento dell'outcome del paziente. Inoltre, il supporto della genetica è importante anche prima che si manifesti la malattia stessa e indispensabile per la realizzazione della medicina delle 4P: Predittiva, Preventiva, Personalizzata e Partecipatoria".

healthdesk

23-03-2016

http://www.healthdesk.it/

Per i medici di laboratorio non serve tagliare gli esami per evitare gli sprechi

Sono solo il 2% della spesa sanitaria, eppure più del 70% delle decisioni cliniche dei medici si basa sugli esami di laboratorio. E per questo non vanno tagliati. A sostenerlo è la Sibioc, la Società italiana di biochimica clinica e biologia molecolare clinica. «Il laboratorio clinico - spiega Marcello Ciaccio, professore all'Università di Palermo e presidente Sibioc - svolge un ruolo centrale nel migliorare la vita del paziente, perché prende in considerazione sia la salute che i costi. È necessaria però una stretta collaborazione tra medicina di laboratorio e clinica. In questi ultimi mesi si è assistito a un progressivo blocco delle richieste di analisi di laboratorio e l'utilizzo del “test giusto per il paziente giusto” rispetta i criteri di appropriatezza prescrittiva evitando sia il sovra che il sotto-utilizzo degli esami. Per questo chiediamo di partecipare con gli altri interlocutori della sanità a una revisione della scelta e delle tempistiche dei test da eseguire sia nei cittadini sani e nelle varie tipologie di pazienti». Proprio “La centralità del paziente: tra laboratorio e clinica” sarà il tema del 48° Congresso nazionale Sibioc, che si terrà a Torino dal 18 al 20 ottobre prossimi.

23-03-2016

Lettori
24.154

www.agi.it

Ssn: Sibioc, contro sprechi non serve taglio esami laboratorio

(AGI) - Roma, 23 mar. - Rappresentano solo il 2% della spesa sanitaria, eppure piu' del 70% delle decisioni cliniche dei medici si basa sugli esami di laboratorio. E per questo non vanno tagliati. Molti cittadini rinunciano ai controlli per non pagare di tasca propria check-up ravvicinati e questo, a lungo andare, rappresentera' un danno anche per sistema sanitario nazionale. Meno prevenzione uguale piu' malati da curare. Il Ministero della Salute, infatti, ha posto un fermo alle 'prescrizioni inutili' di esami troppo frequenti e che non favoriscono la salute del cittadino. "Il laboratorio clinico - spiega il prof. Marcello Ciaccio, ordinario all'Universita' di Palermo e presidente SIBIOC - svolge un ruolo centrale nel migliorare la vita del paziente, perche' prende in considerazione sia la salute che i costi. E' necessaria pero' una stretta collaborazione tra medicina di laboratorio e clinica. In questi ultimi mesi si e' assistito a un progressivo blocco delle richieste di analisi di laboratorio e l'utilizzo del 'test giusto per il paziente giusto' rispetta i criteri di appropriatezza prescrittiva evitando sia il sovra- che il sotto-utilizzo degli esami. Per questo chiediamo di partecipare con gli altri interlocutori della sanita' a una revisione della scelta e delle tempistiche dei test da eseguire sia nei cittadini sani e nelle varie tipologie di pazienti". La medicina di laboratorio e' cambiata nel tempo. Non e' piu' incentrata sull'aspetto analitico, ma pone il paziente al centro. Ed e' proprio 'La centralita' del paziente: tra laboratorio e clinica' il tema del 48\u\ Congresso Nazionale SIBioC, che si terra' a Torino dal 18 al 20 ottobre prossimi.

Si parlera' delle attualita' della medicina di laboratorio inerenti le malattie a maggiore incidenza di morbidita' e mortalita', come i tumori, le patologie autoimmuni, quelle neurodegenerative, cardiovascolari, ematiche e infettive.

Doctor33

23-03-2016

http://www.doctor33.it/

Decreto appropriatezza, Sibioc: non serve tagliare esami di laboratorio

Gli esami di laboratorio non vanno tagliati. A ribadirlo con fermezza in una nota **Marcello Ciaccio**, presidente Sibioc- Medicina di laboratorio, precisando come rappresentano solo il 2% della spesa sanitaria, eppure più del 70% delle decisioni cliniche dei medici si basa sugli esami di laboratorio. «Il laboratorio clinico» spiega Ciaccio, ordinario all'Università di Palermo «svolge un ruolo centrale nel migliorare la vita del paziente, perché prende in considerazione sia la salute che i costi. È necessaria però una stretta collaborazione tra medicina di laboratorio e clinica. In questi ultimi mesi si è assistito a un progressivo blocco delle richieste di analisi di laboratorio e l'utilizzo del "test giusto per il paziente giusto" rispetta i criteri di appropriatezza prescrittiva evitando sia il sovra- che il sotto-utilizzo degli esami. Per questo chiediamo di partecipare con gli altri interlocutori della sanità a una revisione della scelta e delle tempistiche dei test da eseguire sia nei cittadini sani e nelle varie tipologie di pazienti» sottolinea.

Sarà proprio questo uno dei temi al centro del prossimo Congresso nazionale Sibioc che si terrà a Torino dal 18 al 20 ottobre prossimi. Si parlerà delle attualità della medicina di laboratorio inerenti le malattie a maggiore incidenza di morbidità e mortalità, come i tumori, le patologie autoimmuni, quelle neurodegenerative, cardiovascolari, ematiche e infettive. E non solo. Si discuterà anche di tossicodipendenze, rischio clinico e Health Technology Assessment. «Oggi, non esiste patologia che si possa affrontare senza il supporto del laboratorio clinico che ha un ruolo centrale nell'intero processo di "decision-making"» continua il presidente SIBioC, «dalla diagnosi alla terapia, e il cui obiettivo finale è il miglioramento dell'outcome del paziente. Inoltre, il supporto della genetica è importante anche prima che si manifesti la malattia stessa e indispensabile per la realizzazione della medicina delle 4P: Predittiva, Preventiva, Personalizzata e Partecipatoria».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 148.885
Diffusione 01/2016: 115.363
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-MAR-2016
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

è vita

vita@avvenire.it

Virus Zika, uno studio rivela: solo l'1% dei bambini a rischio

Le conferme che il virus Zika può causare malformazioni al feto se contratto in gravidanza aumentano man mano che vengono pubblicati gli studi sul tema, ma il pericolo potrebbe essere minore di quanto ipotizzato finora. Secondo uno studio pubblicato su *Lancet*, in un caso su 100 di infezione il nascituro sviluppa poi la microcefalia.
I ricercatori dell'Istituto Pasteur di Parigi hanno analizzato i dati dell'epidemia che si è verificata in Polinesia francese da ottobre 2013 ad aprile 2014, che ha colpito il 66% della popolazione e durante la quale sono stati diagnosticati otto casi di microcefalia. Partendo dal numero dei casi, dai test che hanno confermato le infezioni da Zika nel Paese e dalle nascite totali è stato elaborato un modello matematico che ha fornito diversi scenari di tassi di infezione, di cui l'unico in grado di giustificare i dati è risultato quello in cui il rischio era pari a 95 casi ogni 10mila gravidanze, circa una su cento, quando il virus ha colpito nel primo trimestre. Se confermato, il tasso risulterebbe più basso rispetto a quello trovato da altri studi sull'epidemia in Brasile, secondo cui il rischio si aggirerebbe intorno al 20%.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Resistenza agli antibiotici in crescita: che fare?

23 marzo 2016

Educazione al lavaggio delle mani e all'utilizzo dei guanti; interventi strutturali (auspicabili) negli ospedali (aumento del numero delle stanze a letto singolo nei reparti di Infettivologia); utilizzo appropriato degli antibiotici esistenti e, in attesa di quelli nuovi, utilizzo di alcuni dei vecchi antibiotici poco utilizzati fino ad oggi, ma dotati di una notevole attività microbiologica come la fosfomicina; diagnosi microbiologica rapida.

Sono queste alcune delle azioni suggerite per contenere il problema dell'incremento dell'antibiotico resistenza (con particolare riferimento alle infezioni nosocomiali), emerse nel corso di una conferenza stampa, tenutasi ieri a Milano, che ha visto la partecipazione di esperti di infettivologia e microbiologia della SITA (Società Italiana di Terapia Infettiva).

Nel corso di questo incontro riservato alla stampa, è stato fatto il punto sulla resistenza dei batteri agli antibiotici, lo stato dell'arte sulla terapia dei germi multiresistenti (MDR) e le nuove terapie.

La resistenza agli antibiotici: presupposti storici e cenni epidemiologici
Come ha ricordato il prof. Claudio Viscoli (Presidente SITA e Direttore della Clinica Malattie Infettive presso l'IRCCS San Martini-IST di Genova), "... il fenomeno della perdita di efficacia degli antibiotici per sviluppo di efficaci meccanismi di resistenza batterica fu efficacemente previsto da Alexander Fleming sin nel lontano 1945. Nella sua lettura in occasione della consegna del Premio Nobel, infatti, Fleming scrisse che la penicillina poteva perdere di efficacia perché, se male usata e sotto-dosata, poteva non uccidere i batteri ma indurre lo sviluppo di meccanismi di resistenza. Preconizzò addirittura che un microrganismo così modificato avrebbe potuto diventare un temibile killer."

Da allora, durante i 70 anni di uso, spesso non appropriato, di questi farmaci preziosi per la salute umana, i batteri hanno dimostrato di avere una straordinaria capacità di adattamento, fino a sviluppare una condizione di antibiotico-resistenza.

Ciò, ha affermato il prof. Gian Maria Rossolini (Direttore del Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'ospedale Careggi di Firenze), "...è particolarmente evidente per le infezioni acquisite dai pazienti sottoposti a cure mediche ricoverati presso le strutture ospedaliere (infezioni nosocomiali), che rappresentano una causa

importante di morbosità e di mortalità e una voce di spesa importante per il sistema sanitario".

"In Europa – ha ricordato Rossolini - la prevalenza di queste infezioni si aggira attorno al 6% fra i pazienti ricoverati, con un numero stimato di circa 3.200.000 di casi all'anno e un costo stimato di circa 6 miliardi di euro all'anno. In Italia, la prevalenza di queste infezioni è leggermente superiore alla media europea, con un numero stimato di circa 300.000 casi all'anno."

Analizzando questi dati in modo più approfondito, si osserva come la prevalenza di infezioni sia più elevata della media in Finlandia (7,4%), Spagna (8,2%), Grecia (9%) e Portogallo (10,8%) e inferiore in Francia (4,9%) e Germania (5%).

Tra i vari tipi di micro-organismi responsabili delle infezioni nosocomiali, sono da annoverare, tra i batteri, gli enterobatteri (soprattutto Escherichia coli e Klebsiella pneumoniae), gli stafilococchi, i batteri Gram-negativi non fermentanti (soprattutto Pseudomonas aeruginosa ed Acinetobacter), gli enterococchi e il Clostridium difficile. Tra i funghi i principali responsabili sono le candide di varie specie. L'importanza relativa di questi patogeni può variare nei vari paesi. In Italia, gli enterobatteri (Klebsiella pneumoniae ed Escherichia coli) e Pseudomonas aeruginosa si collocano ai primi tre posti.

"Recentemente – ha ricordato Rossolini - tra i batteri responsabili delle infezioni nosocomiali, si sono evoluti ceppi capaci di resistere alla maggior parte degli antibiotici disponibili (ceppi ultraresistenti), che sono molto difficili e talvolta impossibili da trattare.

"Questi ceppi batterici – ha spiegato Viscoli – non sono normalmente patogeni in soggetti sani e possono colonizzare l'organismo umano senza dare malattia, a meno che non si venga sottoposti a terapie immunosoppressive per combattere le leucemie, ad esempio, o per rendere possibile un trapianto d'organo".

Tra i più importanti batteri ultraresistenti che possono causare infezioni nosocomiali sono da ricordare gli enterobatteri (soprattutto la Klebsiella pneumoniae) resistenti ai carbapenemi (CRE) e le Pseudomonas aeruginosa ultraresistenti."

"Entrambi i tipi di batteri ultraresistenti – ha continuato Rossolini - restano sensibili a pochissimi antibiotici e si sono recentemente diffusi negli ospedali italiani, raggiungendo in alcuni casi proporzioni molto elevate. La Klebsiella pneumoniae resistente ai carbapenemi, ad esempio, è responsabile di circa un terzo dei casi di infezione da Klebsiella, che come ricordato in precedenza è la causa più frequente di infezione nosocomiale in Italia.

In pratica, il fenomeno dello sviluppo di batteri multi-resistenti rende più complicato il trattamento di queste infezioni, allungando tempi di degenza (con conseguente aggravio di costi per il SSN) e aumentando il rischio per il paziente (la mortalità nelle infezioni sostenute da batteri multi-resistenti si aggira intorno al 40-50%.

Cause dell'elevata prevalenza dell'antibiotico-resistenza in Italia e opzioni terapeutiche disponibili contro i germi multi-resistenti

Come ha ricordato il prof. Ercole Concia (Direttore Clinica Malattie Infettive e Tropicali dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona) "…da anni, nel nostro Paese, si prescrivono troppi antibiotici; il 45 -50 % dei pazienti ricoverati in ospedale è sottoposto a terapie antibiotiche. A ciò si aggiunga che il lavaggio delle mani, misura preventiva di carattere generale è poco praticato soprattutto fra i medici e che spesso i nosocomi sono inadeguati sul piano strutturale (numero limitato stanze a letto singolo nei reparti di Infettivologia)".

"L'abuso e l'utilizzo non appropriato degli antibiotici (si pensi alle infezioni respiratorie virali, per curare le quali, secondo un rapporto recente del Ministero della Salute, un italiano su 2 ricorre erroneamente agli antibiotici) – ha spiegato Concia - hanno portato ad un incremento rilevante delle resistenze batteriche. Tale situazione è particolarmente grave anche in relazione alla netta riduzione nella ricerca di nuovi farmaci da parte delle aziende farmaceutiche."

Nel passare a descrivere le opzioni terapeutiche attualmente disponibili per la terapia dei germi multiresistenti, il prof. Concia ha ricordato come nel nostro Paese, in molti ospedali, "…sia in atto, una vera epidemia di infezioni, anche gravi (sepsi, polmoniti) sostenute da Klebsiella pneumoniae produttrice di enzimi di resistenza detti carbapenemasi (KPC). Tali microrganismi sono eradicabili da pochissimi antibiotici (colimicina, fosfomicina, tigeciclina e, talora, gentamicina). La terapia di tali infezioni è basata sull'uso di associazioni".

"Recentemente – ha aggiunto Concia - è stata introdotta in commercio la fosfomicina, un farmaco già noto che potrà rivelarsi estremamente utile in tali ambiti terapeutici, vale a dire la terapia delle Klebsielle multiresistenti. Tale antibiotico presenta un ampio spettro d'azione, diffonde bene nell'organismo ed è ben tollerato. Dovrà essere usato in associazione al altri antibiotici quali i carbapenemi, gli aminosidi o la colimicina.

Studi in vitro dimostrano che, spesso, con la fosfomicina, si ottengono importanti sinergie di azione."

Prospettive terapeutiche future, tra luci e ombre
La ricerca antibiotica ha subito nel corso degli ultimi decenni una battuta d'arresto: nel 2004, l'IDSA (Infectious Disease Society of America) lancia per prima l'allarme con la pubblicazione di un documento dal titolo emblematico (Bad bugs, No drugs) con cui evidenzia come, alla riduzione progressiva del numero di nuovi antibiotici messi sul mercato, si associ un incremento del numero di resistenze farmacologiche agli antibiotici esistenti.

"I nuovi antibiotici – ha ricordato il dott. Matteo Bassetti (Direttore Clinica Malattie Infettive Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine) sono stati 16 nel quinquennio 1983-1987 poi solo dieci nello stesso periodo degli anni 90 e cinque tra il 2003 e il 2007. Infine, siamo arrivati ad un vero e proprio crollo, con soli due farmaci tra il 2008 e il 2012".

"Gli investimenti privati nel settore – ha aggiunto Bassetti - stanno nuovamente crescendo, dopo un periodo di relativo abbandono per questa branca della medicina da parte dell'industria farmaceutica. Nel 1990 erano 18 le grandi compagnie che ricercavano antibiotici, nel 2010 soltanto quattro".

Nello spiegarne le ragioni, il dottor Bassetti ha chiamato in causa il fattore economico: "Si è preferito a lungo puntare su trattamenti destinati a mantenersi nel tempo e ad avere ampi margini di guadagno, come gli antitumorali o i farmaci per l'epatite virale, piuttosto che puntare su nuovi antibiotici destinati ad un numero ristretto di persone e mirati solamente per un numero ridotto di infezioni che le avrebbero usate per pochi giorni."

A tal riguardo è stato ricordato come una simulazione di Lehman Brothers sul ritorno di un investimento in R&S in aree farmaceutiche diverse abbia dimostrato che, se si investe un dollaro in ricerca sugli antibiotici, si ha un ritorno, nella migliore delle ipotesi, di soli 3 dollari mentre se si investe un dollaro per un antitumorale si ha un ritorno pari a 15 dollari.

L'allarme lanciato da IDSA nel 2004, però, sembra aver sortito i suoi frutti: ad ormai 4 anni dal termine della call for action dal titolo altrettanto esplicativo (Ten new antibiotics by 2020), la FDA ha approvato ben 7 nuovi antibiotici sui 10 previsti.

All'orizzonte più o meno prossimo – ha ricordato Bassetti - vi sono alcuni nuovi antibiotici, di cui alcuni molto interessanti: nuove combinazioni di inibitori delle betalattamasi in grado di ripristinare l'attività degli antibiotici beta-lattamici, soprattutto nei confronti dei Gram negativi resistenti (P. aeruginosa, Klebsiella spp): ceftolozane/tazobactam (di prossima approvazione EMA, la combinazione ha ottenuto il parere positivo CHMP lo scorso anno), ceftazidime/avibactam (già approvato negli USA), imipenem/relebactam e meropenem/RPX. Oltre a questi avremo, per il trattamento dello S. aureus, nuove tetracicline (eravaciclina e omedacilina), nuovi aminoglucosidi (plazomicina), nuovi glicopeptidi ad emivita lunghissima, (dalbavancina e oritavancina, da utilizzare in monosomministrazione settimanale) e un nuovo oxazolidinone (tedizolid – di prossima approvaione EMA).

La prossima disponibilità di nuove opzioni antibiotiche (alcune ancora in fieri) non risolve però tutti i problemi presenti sul tappeto legati al loro impiego nelle infezioni multi-resistenti (MDR): ad esempio, focalizzando l'attenzione sui batteri Gram negativi, i nuovi antibiotici non sono presenti anche in formulazione orale, costringendo i pazienti affetti da microrganismo resistente Gram negativo all'ospedalizzazione.
Quanto ai batteri Gram positivi MDR, invece, vi possono essere problemi di tollerabilità che possono creare problemi relativamente al trattamento di alcune condizioni particolari (osteomieliti, endocarditi).

Sarebbe opportuno, inoltre, snellire le procedure regolatorie di approvazione dei nuovi antibiotici (più veloci negli USA), per eliminare sia le disparità temporali esistenti con il Vecchio Continente che all'interno dei paesi UE.

Sarebbe auspicabile, inoltre, che il processo regolatorio di approvazione di un farmaco con determinate indicazioni si poggiasse su un approccio specifico per germe piuttosto che su un approccio sindromico, come avviene attualmente: "Ad esempio, stando alla legislazione vigente, non potrei utilizzare ceftazidime/avabactan in presenza di infezione da Klebsiella a livello polmonare, se non in modalità off label, in quanto la combinazione antibiotica è indicata per il trattamento delle infezioni complicate intra-addominali e le infezioni urinarie complicate.

Ciò consentirebbe l'utilizzo di questi farmaci anche nei pazienti più gravi, normalmente esclusi a priori dai grandi trial clinici registrativi.

"Comunque – ha aggiunto Bassetti – prima che questi farmaci o alcuni di essi possano essere in commercio e a disposizione non potranno passare meno di 2-7 anni, nella migliore delle ipotesi. Nell'attesa dei nuovi farmaci,

alcuni vecchi farmaci poco utilizzati fino ad oggi e spesso poco conosciuti, ma dotati di ottima attività microbiologica, come la colistina, l'amikacina e la fosfomicina, potrebbero aiutare a colmare un momentaneo gap".

Considerazioni finali

"Gli antibiotici sono gli unici farmaci il cui cattivo uso non si ripercuote tanto sul paziente singolo, ma sulle generazioni future – ha affermato il prof. Viscoli a conclusione dell'incontro stampa."

"L'educazione degli operatori sanitari al lavaggio delle mani e all'uso dei guanti, la diagnosi microbiologica rapida e le metodiche di antimicrobial stewardship sono in grado, se applicate tutte insieme e da tutti gli ospedali e residenze sanitarie assistite allo stesso tempo, di arrestare l'incremento delle antibiotico-resistenze – ha aggiunto Viscoli - ma la messa in opera di queste procedure per tutti e dappertutto richiede risorse e una forte azione centrale che per ora non si è vista.

Da un confronto dei progetti nazionali finanziati dal 2007 al 2013 in Europa, il cui scopo è controllare le resistenze batteriche, si osserva che la maggior parte delle risorse sono state impiegate in progetti mirati alle terapie farmacologiche e solo una piccola parte agli interventi attivi. In UK, che ha investito molto anche in progetti sugli interventi diretti, si osserva oggi un maggiore controllo delle resistenze batteriche rispetto ad altri stati, in cui si è speso meno per la prevenzione e il controllo".

NC

(Ultimo aggiornamento: ore 7:55)

[chiudi questa finestra]

ANSA

24-03-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Formaldeide nei pavimenti, problemi respiratori e rischio tumore

Attenti all'odore chimico e finestre aperte

La formaldeide contenuta nei pavimenti laminati puo' provocare irritazioni e problemi respiratori, e aumentare il rischio di cancro. Lo rilevano un rapporto dell'Agenzia per le sostanze tossiche e registro delle malattie (Atsdr) e i Centers for Disease Control (Cdc) americani, segnalato sul loro sito. I risultati sono stati rivisti, dopo la scoperta di un errore nel precedente rapporto sui calcoli di alcune misure e la concentrazione di formaldeide nell'aria. Con i nuovi calcoli, si e' visto che irritazioni e problemi respiratori possono colpire nel breve termine tutti coloro che sono esposti alla formaldeide presente nei pavimenti laminati, anche se bambini, anziani e persone con asma e altri problemi respiratori sono piu' a rischio. Se oltre ai pavimenti, in casa ci sono altri prodotti con formaldeide, come armadi, mobili o tende, il rischio aumenta.

Nel lungo periodo si e' visto che l'esposizione a questo elemento chimico e' collegata ad un maggior rischio di tumori rari. Il rischio di cancro e' tra i 6 e 30 casi extra ogni 100mila persone che respirano ogni giorno, e tutto il giorno, la formaldeide dal pavimento. La Societa' americana di oncologia stima che possono arrivare fino a 50mila delle 100mila persone che si ammalano di cancro per varie cause durante l'arco della vita. Per ridurre la formaldeide gia' presente in casa i Cdc danno alcuni consigli: aprire le finestre per pochi minuti ogni giorno per far entrare aria fresca, non fumare dentro le stanze perche' il fumo di tabacco contiene formaldeide, comprare mobili, armadi e pavimenti senza formaldeide e tenere i nuovi prodotti in garage o giardino, prima di metterli dentro casa, in modo che rilascino la formaldeide. Si puo' portali dentro quando non si sente piu' l'odore chimico.

Doctor33

24-03-2016

http://www.doctor33.it/

La chemioterapia nell'infanzia ha un peso limitato sulla fertilità femminile

Nelle sopravvissute a un tumore infantile l'impatto sulla fertilità della chemioterapia è generalmente limitato, offrendo in molti casi buone probabilità di concepire. Ecco, in sintesi, le conclusioni di uno studio pubblicato su The Lancet Oncology, da cui emerge, viceversa, che i sopravvissuti maschi hanno meno probabilità di avere figli, specie se trattati con dosi elevate di farmaci alchilanti e di cisplatino. «Precedenti ricerche hanno dimostrato che la fertilità può essere compromessa dalla chemioterapia, ma poco si sa sugli effetti sul concepimento di farmaci anticancro come ifosfamide e cisplatino nei sopravvissuti a una neoplasia infantile» esordisce **Eric Chow** del Fred Hutchinson Cancer Research Center di Seattle, che assieme ai colleghi ha usato i dati del Childhood Cancer Survivor Study (Ccss), che tiene traccia dei soggetti con diagnosi di cancro infantile prima dei 21 anni, trattati in 27 centri statunitensi e canadesi nel periodo 1970-1999 e sopravvissuti almeno 5 anni. «Nell'arco di 45 anni il 70% delle sopravvissute al cancro è rimasta incinta, a fronte del 50% dei maschi che ha concepito» scrivono i ricercatori, sottolineando che alte dosi cumulative di cisplatino e di alchilanti come ciclofosfamide, ifosfamide e procarbazina si associano a una significativa riduzione delle probabilità maschili di concepire. Tra l'altro, gli autori sottolineano che la dose soglia di ifosfamide sopra cui i sopravvissuti maschi hanno meno probabilità di generare figli è di gran lunga inferiore a quella giudicata a rischio nelle attuali linee guida. Viceversa, nelle sopravvissute solo busulfan e dosi elevate di lomustina sono direttamente correlate a basse probabilità di concepimento. «Nonostante questi risultati siano incoraggianti per la maggior parte delle donne trattate con chemioterapia nell'infanzia, servono ulteriori studi per individuare le migliori opzioni di conservazione della fertilità da proporre ai pazienti e alle famiglie prima di iniziare il trattamento» conclude Chow. E in un editoriale di commento Richard Anderson dell'Università di Edimburgo, Regno Unito, scrive: «Dato il rischio di perdere la fertilità, ai maschi trattati con alchilanti e cisplatino dovrebbe essere proposta la crioconservazione del seme prima del trattamento, in attesa di sviluppare tecnologie appropriate quando questo non fosse possibile».

adnkronos salute

23 marzo 2016
NUMERO 54 | ANNO 10

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Melazzini, sfida sostenibilità spesa per innovativi

Il presidente Aifa in visita al Campus Bio-Medico di Roma

"La sfida futura è sicuramente la sostenibilità della spesa farmaceutica in relazione ai farmaci innovativi". Lo ha detto Mario Melazzini, neo-presidente dell'Agenzia italiana del farmaco, intervenuto all'Università Campus Bio-Medico di Roma. "L'obiettivo che come Aifa ci poniamo è avere la certezza che ogni paziente possa ricevere la terapia più mirata, basata sui criteri sostenuti dalla comunità scientifica internazionale. Garantendo alla persona che il farmaco possa essere il più appropriato rispetto a un rapporto costo-beneficio e alle caratteristiche della patologia", ha spiegato Melazzini. "Per questo, potrebbe essere indicato anche un altro farmaco rispetto a quello innovativo. Il compito dell'Agenzia - ha aggiunto - è far sì che ogni persona ottenga il farmaco giusto. Affrontiamo insieme al Governo il percorso della nuova governance del farmaco, nella consapevolezza che l'innovazione sia la sfida del futuro. Abbiamo gli strumenti che ci permettono di poter rispondere concretamente alle cure, ma alla luce della realtà in cui ci troviamo, devono essere modificati". "Il presidente dell'Aifa - ha detto il presidente dell'Ucbm, Felice Barela - ha manifestato ammirazione per la realtà dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, che coniuga le dimensioni dell'assistenza, della ricerca e della didattica in una struttura giovane e innovativa in grado di integrare diversi ambiti disciplinari quali ingegneria, medicina e scienze dell'alimentazione".

(M.L.)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 249.918
Diffusione 01/2016: 174.381
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

24-MAR-2016
da pag. 32
foglio 1
www.datastampa.it

Sulla carne troppo allarme: mangiarla non fa male

Laureato in Medicina e Chirurgia, è specialista in Scienza dell'alimentazione. È stato membro dell'Efsa a Bruxelles dal 2002 al 2008. Autore di pubblicazioni nazionali e internazionali, è presidente del Comitato della sicurezza alimentare del ministero della Salute, membro della New York Academy of Sciences e della American Association for the Advancement of Science di Washington. È docente di Alimentazione all'Università Federico II di Napoli e all'Università di Torino ed è il dietologo ufficiale della Juventus F. C.

Caro Calabrese, tutti ricordiamo l'allarme dell'Oms di qualche mese fa sulla carne, quella rossa in particolare. Fattore cancerogeno a parte, il consiglio dei nutrizionisti è di mangiarne sempre meno, ma per una persona a dieta, soprattutto visto l'approssimarsi dell'estate, non sono consigliabili i legumi come alternativa.

Come ottenere quindi il giusto apporto di proteine salvando salute e dieta?

CARLA DE CAROLIS

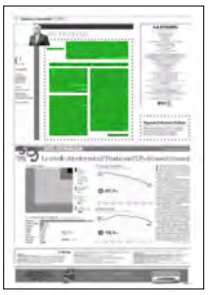
GIORGIO CALABRESE

Cara signora De Carolis, in effetti negli ultimi tempi sono arrivati molti allarmi alimentari, carne compresa, dall'Organizzazione mondiale della sanità con lo Iarc di Lione, cioè l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro.

L'Oms mette nel mirino soprattutto l'uso di carni processate e trattate, come insaccati e bacon, un problema effettivamente importante nei Paesi anglosassoni, dove è cresciuta la presenza di tumori del colon-retto. Bisogna dire che questi popoli abusano ampiamente di carne in quantità e cuociono generalmente ad alta temperatura. Gli stessi esperti Iarc sostanzialmente invitano alla moderazione, come leggiamo nelle loro stesse dichiarazioni, che qui riportiamo in sintesi. Ammettono il valore biologico della carne rossa perché contiene proteine e micronutrienti importanti: la vitamina B, il ferro e lo zinco. Per quanto riguarda i grassi sottolineano che il loro contenuto nelle carni varia a seconda di razza, sesso, età, taglio di carne e tipo di allevamento. Ultime ma non meno importanti sono le tecniche di cottura: fritture, barbecue e grigliate possono sprigionare sostanze pericolose rispetto ad altri metodi. Anche l'essiccazione o l'affumicamento di tutti i cibi (carne inclusa) può portare alla formazione di agenti chimici a loro volta cancerogeni. Come vede, il problema ha molti aspetti di cui tenere conto per l'eventuale cancerogenicità.

In conclusione, la carne, se introdotta in modo equilibrato, non solo non fa male, ma anzi apporta elementi nutritivi salutisti. L'alternanza con i legumi è positiva perché apportano buone proteine ma non hanno un valore sovrapponibile alle proteine della carne perché in questa sono sempre presenti tutti e otto gli amminoacidi essenziali. Quelle dei buoni legumi sono definite proteine di medio valore biologico, perché non sono mai presenti tutti ma ne manca sempre qualcuno. Se per motivi etici o per semplice scelta personale si vuole evitare il cibo carneo, si può supplire con prodotti di origine animale come uova, latte e latticini, oltre che pesce, che possono garantire la giusta dose di nutrienti proteici di elevato valore biologico.

www.lastampa.it/lettere



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 MARZO 2016

Ddl concorrenza. Farmaci ospedalieri anche in farmacia. Scende a 3 anni la “gestione associata” per i vincitori del concorso straordinario

Questo il contenuto degli emendamenti 48.88 e 48.91, a firma Andrea Mandelli (Fi) e Luigi d'Ambrosio Lettieri (CoR), approvati nel corso della seduta odierna della commissione Indstria del Senato. I relatori, con ogni probabilità, presenteranno ulteriori proposte emendative che potrebbero recepire in forma sintetica alcune tematiche oggetto dei molti emendamenti ancora accantonati.

Via libera ai farmaci ospedalieri anche in farmacia e, per i vincitori in forma associata del concorso straordinario per l'assegnazione di sedi farmaceutiche, scende da dieci a tre anni il periodo in cui dovranno mantenere la gestione associata. Queste le mofiche apportate al testo del ddl concorrenza dai due emendamenti 48.88 e 48.91, entrambi a prime firma Andrea Mandelli (Fi) e Luigi d'Ambrosio Lettieri (CoR), approvati oggi nel corso dell'odierna seduta della commissione Industria.

Di seguito i testi degli emendamenti approvati:

− 48.88 MANDELLI, D'AMBROSIO LETTIERI, PELINO, RIZZOTTI, PICCINELLI in base al quale i medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili possano essere forniti, dai produttori e dai grossisti, anche alle farmacie che potranno distribuirli, in via esclusiva, alle strutture autorizzate ad impiegarli o agli enti da cui queste dipendono (centri ospedalieri e strutture di ricovero a carattere privato);

− 48.91 D'AMBROSIO LETTIERI, MANDELLI, PERRONE che riduce da dieci a tre anni il periodo in cui i vincitori in forma associata del concorso straordinario devono mantenere la gestione associata.

Come riportato da un aggiornamento sui lavori effettiuato dalla Fofi, sono stati invece respinti i seguenti emendamenti:
− 48.10 D'AMBROSIO LETTIERI, MANDELLI, PERRONE e 48.11 PELINO, PERRONE, RIZZOTTI, PICCINELLI – volti a consentire anche alle società costituite per gestire in modo associato la farmacia vinta con il concorso straordinario, nonché alle società di capitali di essere titolari di farmacia privata e riconoscere la facoltà alle società costituite per la gestione associata della farmacia vinta con il concorso straordinario di trasformarsi in società di capitali, con l'obbligo del mantenimento della gestione associata da parte dei vincitori per un periodo di dieci anni, fatta salva la premorienza o la sopravvenuta incapacità;all’albo speciale dell’Ordine provinciale ove sono ubicate le farmacie di cui la società è titolare;

− 48.13 DI BIAGIO volto a prevedere che la maggioranza del capitale sociale delle società titolari di farmacia debba essere detenuto da farmacisti idonei iscritti all’albo e che i titoli azionari debbano essere nominativi;

− 48.14 SCHIFANI, BIANCONI, CHIAVAROLI, MANCUSO, DE POLI, 48.15 MARINELLO, SACCONI,

DI BIAGIO, 48.16 BARANI e 48.17 PERRONE, D'AMBROSIO LETTIERI, BONFRISCO volti a prevedere che la maggioranza del capitale sociale delle società titolari di farmacia debba essere detenuto da farmacisti idonei iscritti all’albo e che i titoli azionari debbano essere nominativi;

− 48.18 DI BIAGIO, 48.19 SCHIFANI, BIANCONI, CHIAVAROLI, MANCUSO, DE POLI, 48.20 MARINELLO, SACCONI, DI BIAGIO, 48.21 BARANI e 48.22 PERRONE, D'AMBROSIO LETTIERI, BONFRISCO volti a prevedere che nelle società di capitali titolari di farmacia debbano partecipare farmacisti iscritti all’albo in possesso del requisito dell’idoneità nella misura in cui venga garantita la maggioranza dei due terzi nelle deliberazione e nelle decisioni dei soci;

− 48.23 DE PETRIS, GAMBARO volto a prevedere l’iscrizione delle società di capitali titolari di farmacie in un apposito elenco, pubblico e consultabile anche dal sito del Ministero della salute, nel quale devono anche essere indicati tutti i soci;

− 48.24 D'ADDA, BUEMI, ORELLANA, PEGORER, FASIOLO, CONTE, PEZZOPANE volto a prevedere per le società titolari di farmacia la partecipazione obbligatoria, per almeno un quinto del capitale sociale, di farmacisti idonei iscritti all’albo;

− 48.33 DIRINDIN, BIANCO, GRANAIOLA, DE BIASI, MATTESINI, MATURANI, PADUA, D'ADDA, SILVESTRO volto a prevedere nelle società titolari di farmacia i soci, per almeno tre quinti del capitale sociale e dei diritti di voto, debbano essere farmacisti idonei ed iscritti all'albo e che,in difetto di tale requisito, la gestione della società o della farmacia è interrotta fino a quando non sia ristabilita la maggioranza richiesta;

− 48.42 PELINO, PERRONE, RIZZOTTI volto a prevedere che nelle società di capitali titolari di farmacia i soci, per almeno due terzi del capitale sociale e dei diritti di voto, debbano essere farmacisti iscritti all'albo e che il difetto di tale requisito costituisca causa di scioglimento della società;

− 48.43 PELINO, PERRONE, RIZZOTTI volto a prevedere che nelle società di capitali titolari di farmacia i soci, per almeno il 51% del capitale sociale e dei diritti di voto, debbano essere farmacisti iscritti all'albo e che il difetto di tale requisito costituisca causa di scioglimento della società;

− 48.90 D'AMBROSIO LETTIERI, MANDELLI, PERRONE volto a consentire ai vincitori in forma associata del concorso straordinario di costituire una società per la titolarità della farmacia, prevedendo l’obbligo per i vincitori in forma associata di non modificare la compagine sociale per il periodo di dieci anni, come previsto dalla normativa sul concorso straordinario.

Sono stati nuovamente accantonati i seguenti emendamenti:
− gli identici 48.26 MANDELLI, PELINO, RIZZOTTI, PICCINELLI, 48.27 D'AMBROSIO LETTIERI, PERRONE (nonché gli analoghi 48.62, 48.63) volti a prevedere, per le società di capitali e le società cooperative a responsabilità limitata che hanno la maggioranza dei soci non farmacisti, il versamento di una somma pari al 2% del fatturato annuo in favore dell’ENPAF;

− 48.29 e 48.30, Sen. Pelino, Perrone, Rizzotti e Piccinelli, che prevedono, per le società di capitali, un tetto massimo (pari rispettivamente al 15% nazionale e 10% regionale) per la titolarità delle farmacie;

− 48.31 (testo 2) FAVERO in base al quale nelle società titolari di farmacia i soci, per almeno due terzi del capitale sociale e dei diritti di voto, devono essere farmacisti idonei ed iscritti all'albo e che,in difetto di tale requisito, la gestione della società o della farmacia è interrotta fino a quando non sia ristabilita la maggioranza richiesta;

− 48.55 BARANI in base al quale le società non possono detenere, direttamente o anche indirettamente, più del 10% delle farmacie esistenti sul territorio regionale o provinciale nel caso di province autonome e che, in caso di superamento della suddetta percentuale, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato (AGCM) possa adottare la procedura di diffida e le sanzioni stabilite dall'articolo 15 della legge n. 287 del 1990;

− 48.56 GALIMBERTI, 48.57 DI BIAGIO e 48.58 SCHIFANI, BIANCONI, CHIAVAROLI, MANCUSO, DE POLI finalizzati a prevedere che le società non possano detenere, direttamente o anche indirettamente, più del 10% delle farmacie esistenti sul territorio regionale o provinciale nel caso di province autonome e che, in caso di superamento della suddetta percentuale, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato (AGCM) possa adottare la procedura di diffida e le sanzioni stabilite dall'articolo 15 della legge n. 287 del 1990;

− 48.59 SCHIFANI, BIANCONI, CHIAVAROLI, MANCUSO, DE POLI, 48.60 DI BIAGIO e 48.61 GALIMBERTI volti a prevedere che le società non possano detenere, direttamente o anche indirettamente, più del 20% delle farmacie previste dalla pianta organica comunale, con un minimo di una ed un massimo di cento farmacie, non più del 10% esistenti sul territorio regionale o provinciale, nel caso di province autonome, e non più del 5% delle farmacie esistenti sul territorio nazionale. Le proposte prevedono inoltre che, che in caso di superamento della suddetta percentuale, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato (AGCM) possa adottare la procedura di diffida e le sanzioni stabilite dall'articolo 15 della legge n. 287 del 1990;

− 48.72 (testo 2) BUEMI, FAUSTO GUILHERME LONGO volto a prevedere in via sperimentale per il biennio 2016-2018 un’assegnazione di nuove farmacie in deroga alle norme che prevedono la distribuzione territoriale delle farmacie e la loro assegnazione tramite concorso;

− 48.92 TAVERNA, CAPPELLETTI, FISSORE, GAETTI, CASTALDI, GIROTTO, 48.93 LANZILLOTTA e 48.0.16 DE PETRIS, GAMBARO volti a disporre l’abrogazione della disposizione normativa che prevede che in sede di periodico aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale, i medicinali equivalenti non possono essere classificati come farmaci a carico del SSN con decorrenza anteriore alla data di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare.

I relatori della X commissione, con ogni probabilità, presenteranno ulteriori proposte emendative alla luce del confronto con il Governo in cui sono state affrontate le questioni emerse nell’ambito dell’esame del disegno di legge. Tali emendamenti potrebbero, quindi, recepire in forma sintetica alcune tematiche oggetto degli emendamenti ancora accantonati. Si evidenzia, infine, che il disegno di legge è stato inserito nel calendario dei lavori dell'Assemblea per la settimana dal 4 all’8 aprile, ove la Commissione abbia terminato l’esame in sede referente. I lavori della Commissione, conclusi oggi, riprenderanno mercoledì 30 marzo.

24-03-2016

Lettori
24.154

www.agi.it

Oltre 3 ore al giorno seduti causa 4 morti su 100

Roma - Stare troppo seduti uccide. Un nuvo studio pubblicato sull'American Journal of Preventive Medicine ha rilevato infatti che il passare più di tre ore al giorno su una sedia e' collegato direttamente a quasi 4 morti su 100. I ricercatori dell'università di San Paolo, in Brasile, hanno analizzato le indagini comportamentali da 54 paesi in tutto il mondo e le hanno abbinate con statistiche sulle dimensioni della popolazione e le morti complessive. Scoprendo che il troppo tempo passato seduti ha causato oltre 430.000 morti, ossia il 3,8% di tutti i decessi in quei paesi, a causa degli effetti devastanti della sedentarieta', dall'obesita' alle patologie cardiache. Con un impatto maggiore in termini di mortalita' nel Pacifico occidentale, seguito da Europa, Mediterraneo orientale, America e paesi del sudest asiatico. "E' stato osservato - spiegano gli scienziati - che anche una mezz'ora di riduzione del tempo passato su una sedia potrebbe avere un impatto immediato sulla mortalità, e addirittura se si eliminassero due ore seduti al giorno si ridurrebbe automaticamente di tre volte il rischio di mortalità

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 95.901
Diffusione 01/2016: 47.387
Lettori Ed. III 2015: 252.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

24-MAR-2016
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Una ricerca mette a confronto gli encefali di maschi e femmine

CERVELLI DIVERSI

Lui ha più neuroni ed è logico, lei più connessioni ed è intuitiva Così la scienza conferma quelli che credevamo luoghi comuni

La scienza conferma i luoghi comuni

Maschi e femmine: uno scontro di cervelli

di **FRANCESCO AGNOLI**

L'almanacco delle scienze del CNR, nel numero di marzo riporta un articolo sulle differenze tra il cervello dei maschi e quello delle femmine. Elisabetta Menna, dell'Istituto di neuroscienze del Cnr, riassume così lo status delle ricerche: «Di differenze ve ne sono a livello sia strutturale sia funzionale. In generale gli uomini (...) (...) hanno più neuroni (materia grigia) e le donne hanno maggiori connessioni (materia bianca)».

Ciò significa, per semplificare al massimo, che la percezione popolare della differenza tra maschio e femmina, riassumibile pressappoco in un concetto come questo: «Le donne sono intuitive e multitasking, gli uomini logici e razionali», non è affatto peregrina.

Non si tratta certo di utilizzare la scienza, oggi, come si faceva nell'Ottocento e nella prima metà del Novecento, quando un' eccessiva fiducia nel metodo sperimentale, applicato agli uomini portarono a stabilire graduatorie molto rigide sulla superiorità del maschio sulla femmina.

Nel contesto materialista e riduzionista di allora, l'intelligenza, per usare una parola molto generica, doveva essere connessa non a qualche entità spirituale (la classica e ormai negletta "anima"), ma a fattori fisici ben documentabili e sperimentabili. Si riteneva che l'uomo fosse studiabile, per citare Emile Zola, come «un ciottolo della strada», non solo quanto alla sua corporeità, ma anche riguardo alle sue scelte. E che l'intelligenza, trasformata in un' entità sconnessa e isolata da educazione, passioni, emozioni, motivazioni..., fosse misurabile con opportuni test creati da psicologi, antropologi e psichiatri (i quali avevano molti più problemi, nella loro testolina, di quelli che volevano capire e risolvere).

Per questo specialisti in fisiognomica, antropometria, frenologia e craniometria, tutte discipline che oggi consideriamo senza fondamento, ma allora ritenute il top del pensiero scientifico di contro alle vecchie "superstizioni religiose", non avevano dubbi: come nel cranio di un uomo bianco stanno più pallini di piombo di quelli contenuti nel cranio di un nero, così il cranio dei maschi è più capiente di quello delle donne. E ciò ne dimostra la superiorità.

Ancora: poiché il cervello del maschio pesa di più di quello della femmina, possiamo stare tranquilli sulle conclusioni già desunte grazie a pallini e misurazioni effettuate con compassi di vario genere.

A queste convinzioni aderivano personalità come Charles Darwin, ne *L'origine dell'uomo*, o Cesare Lombroso, psichiatra di grido e fondatore dell'antropologia criminale, che nel suo *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, pubblicato nel 1893 con grande successo internazionale, spiegava che la donna è in tutto inferiore all'uomo, menzognera, stupida e cattiva, che «ha molti caratteri che l'avvicinano al selvaggio, al fanciullo, e quindi al criminale: irosità, vendetta, gelosia, vanità», e che «nella mente e nel corpo, la donna è un uomo arrestato nel suo sviluppo».

Oggi sappiamo che le misurazioni con il bilancino degli scienziati materialisti ottocenteschi erano esatte. Come ricorda Giulio Maira, direttore Istituto di Neurochirurgia Policlinico Gemelli di Roma, «l'encefalo di una donna pesa in media 1.200 grammi, quello di un uomo un po' di più: 1.350 grammi»; inoltre il cervello maschile ha anche un maggior numero di neuroni.

Ma, qui sta la "novità", il cervello delle donne possiede le sue caratteristiche peculiari, originali, tra cui un maggior numero di connessioni tra i due emisferi («Pur avendo le donne un numero minore di neuroni, tuttavia possiedono aree cere-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 95.901
Diffusione 01/2016: 47.387
Lettori Ed. III 2015: 252.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

24-MAR-2016
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

brali con almeno il 10% di neuroni e connessioni in più..»; G. Maira, Sole 24 ore, 25/7/2014).

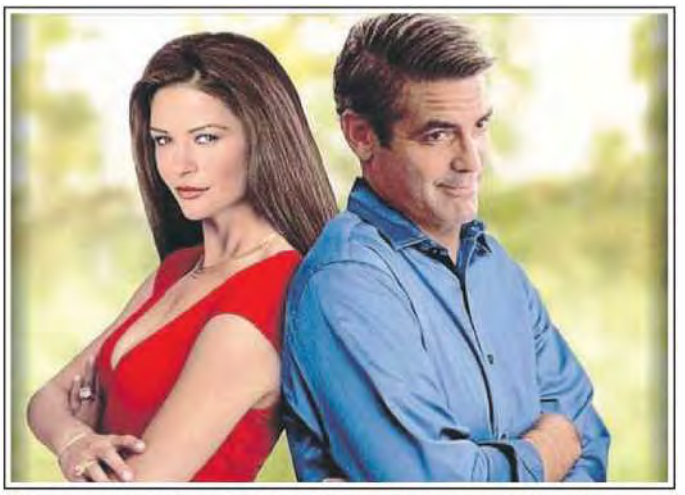
Ciò sta a significare, come scrivono lo psichiatra Tonino Cantelmi e lo psicologo Marco Scicchitano, nel loro Educare al femminile e al maschile (un ottimo mix di conoscenze scientifiche, esperienza, buon senso e buona filosofia), che decidere chi sia "superiore" o "inferiore" tra l'uomo e la donna, è come stabilire se a tavola sia più importante il coltello o la forchetta.

Uomo e donna, è sempre più evidente, sono dunque diversi in tutto, dai genitali agli ormoni, e persino nel cervello (alla faccia del maschilismo scientista di Lombroso, del femminismo radicale, dell'ideologia gender, di Nichi Vendola e di Monica Cirinnà): proprio per questo complementari.

Se è vero che un figlio nasce dalla relazione tra due persone con differente identità sessuale, un maschio e una femmina, è altrettanto vero che costoro non si completano soltanto perché uno mette lo spermatozoo e l'altra l'ovulo, ma anche perché persino i loro cervelli (come i loro cuori) sono strutturalmente e funzionalmente differenti, complementari.

Come a dire che solo con entrambi, cervello maschile e cervello femminile, si legge la realtà a 360 gradi. Il buon senso lo insegna e le neuroscienze lo confermano: camminando a braccetto, maschio e femmina, vedono più chiaro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Clooney e Zeta-Jones nel film "Prima ti sposo poi ti rovino"

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

IL GIORNO

23-03-2016

Lettori
27.176

http://www.ilgiorno.it/

Sanzioni a chi prescrive troppi esami. I medici milanesi fanno causa allo Stato

L'Ordine ricorre al Tar contro il «decreto appropriatezza»

Milano, 22 marzo 2016 - **Finisce** a carte bollate il**braccio di ferro** tra Governo e medici sulla stretta agli **esami mutuabili.** Iniziato sei mesi fa, quando il**Ministero della salute** presentò l'elenco delle prestazioni ottenibili col ticket solo dietro prescrizione medica: **203 alla fine,** tra esami di laboratorio, test genetici e allergici, odontoiatria, medicina nucleare e radiologia diagnostica con tecniche costose come la risonanza magnetica e la Tac. **Senza la firma di un dottore**, il servizio sanitario non le passa più e sono a carico del cittadino; e per i medici sono previste sanzioni se le prescriveranno al di fuori di parametri che a parere della categoria sono «troppo rigidi».

Così l'Ordine dei medici di Milano ha fatto ricorso al Tar del Lazio, impugnando il «decreto appropriatezza» che è entrato in vigore solo lo **scorso 4 febbraio**, ma secondo i prescrittori «sta già causando il caos in ambulatori e ospedali». «Abbiamo atteso l'ultimo giorno utile, sperando che il Ministero tornasse sui suoi passi», spiega il presidente dell'Ordine Roberto Carlo Rossi. I medici puntano all'incostituzionalità, accusando il Governo di **«violazione e falsa applicazione»** del diritto alla Salute e di «perseguire fini diversi da quelli previsti dalle leggi». **Ossia risparmiare 106 milioni di euro l'anno**: «Si confonde il concetto di appropriatezza con quello dell'economicità - chiarisce Rossi -. Se lo Stato non ce la fa più a passare tutto, abbia il coraggio di dirlo ai cittadini». Un rischio, paventato anche dal Tribunale per i diritti del malato, è che le persone rinuncino ad esami utili perché devono pagarseli da soli. D'altra parte i medici che li prescrivono - di famiglia, pediatri, dipendenti di ambulatori e ospedali pubblici e privati convenzionati - rischiano le multe, anche se per il momento il Ministero non le applica. «Ma nel decreto sono previste, e la Corte dei conti può riferirsi a quello», chiedendo i danni ai dottori come fa già per le sovraprescrizioni di farmaci. «Lì almeno si tratta di somministrare qualcosa - spiega il presidente dell'Ordine milanese -, ma non si può dire a un medico che ad esempio non può mai chiedere il colesterolo per una persona sotto i quarant'anni». Ecco l'altro punto sollevato dall'avvocato Gennaro Messuti nel ricorso: l'«estrema genericità» dei paletti per l'erogabilità a ticket stilati, insiste Rossi, «in molti casi senza un minimo di bibliografia e logica scientifica. Noi vogliamo l'appropriatezza e l'uso corretto delle risorse. Ma si ottengono concordando con i professionisti linee guida per esami costosi di cui si è riscontrato un eccesso, e condividendole per via culturale. Lo spauracchio delle multe è inaccettabile e non funziona».

quotidianosanità.it

Mercoledì 23 MARZO 2016

Piani di rientro ospedali in rosso. Regioni: “Criticità nel decreto. Avviare confronto con Ministero”

Per la commissione Salute delle Regioni “ci sono delle criticità formali nel testo” che definisce le linee guida per i piani di rientro delle strutture in deficit. Ma nessuno scontro perché “l’obiettivo dell’efficienza delle aziende ospedaliere è condiviso”. Tra le criticità i tempi per la realizzazione dei Piani di rientro. Saitta: “È bene responsabilizzare meglio le Regioni ma serve un tempo sufficiente”

Sulla bozza di decreto sui piani di rientri di Asl e ospedali ci sono “delle criticità che vanno risolte”. Così il coordinatore della commissione Salute delle Regioni Antonino Saitta sulla bozza di decreto previsto dalla Legge di Stabilità che introduce i piani di rientro per Asl e ospedali che sforano con i conti e nell’erogazione dei Lea.

“Abbiamo esaminato il testo – ha affermato Saitta - per vedere la concreta applicabilità delle misure per avere dei risultati di efficienza”. E in questo senso credo che occorra “avviare un confronto con il Ministero sul piano tecnico perché ci sono delle criticità formali nel quadro di un obiettivo condiviso che è quello dell’efficienza delle aziende ospedaliere”.

Sulla questione le Regioni stanno approntando anche un documento in cui rilevano alcuni ostacoli. “Dal nostro punto di vista – ha detto Saitta - noi poniamo delle domande anche sulla base dell’esperienza accumulata”. E fa anche un esempio: “È possibile pensare per esempio che una grande Azienda ospedaliera che ha un deficit consistente in tre anni risolva tutti i suoi problemi e rientri dai debiti? È bene responsabilizzare meglio le Regioni ma serve un tempo sufficiente”.

L.F.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-MAR-2016
da pag. 26
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

UN APPELLO AL GOVERNO

I ragazzi della ricerca "Sette idee per restare"

ROMA. Più contributi per i giovani, incentivi alla mobilità, finanziamenti all'eccellenza, maggiore trasparenza: ecco alcune delle sette idee dei vincitori, emigrati all'estero, dei fondi dell'European research council che in una lettera-appello al governo spiegano come si può salvare la ricerca italiana.

A PAGINA 26

Il caso

"Fondi per i giovani e bandi internazionali sette idee per salvare l'Italia della ricerca"

La lettera. L'appello dei vincitori dei finanziamenti europei emigrati all'estero: "Premiamo l'eccellenza"

"I soldi non devono essere assegnati alle università ma ai progetti Serve un'Agenzia ad hoc"

CARO direttore, un dato preoccupante molto discusso negli ultimi giorni riguarda i finanziamenti per la ricerca elargiti dallo European research council: su 30 ricercatori italiani che hanno ottenuto un Erc consolidator nel 2015 (un finanziamento molto prestigioso che può arrivare a due milioni di euro), ben 17 lavorano all'estero. Il numero di Erc consolidator in arrivo in Italia è invece zero; una situazione che va avanti dal 2007, il primo anno del programma. Questo disavanzo ha fatto perdere all'Italia, solo nel 2013-2015, più di 92 milioni di euro, e cioè l'equivalente di quello che nello stesso periodo ha destinato ai Prin (Progetti di ricerca di rilevante interesse nazionale).

I dati confermano un'evidenza drammatica: l'Italia ha smesso da tempo di puntare sulla ricerca. Perde molti dei suoi giovani più brillanti e sottofinanzia quelli che rimangono. Il disavanzo fra ricercatori in entrata e in uscita, che si protrae da numerosi anni, porterà a breve termine alla desertificazione accademica, con conseguenze disastrose e irreversibili per il Paese.

È un'ovvietà che l'Italia debba investire molti più soldi in ricerca, al fine di ricreare un terreno fertile il suo sviluppo. Alcune idee per farlo.

I "GRANT" PER I GIOVANI

Non solo l'Erc ma anche vari Paesi europei riservano fondi per ricercatori giovani in termini di anni dal conseguimento del dottorato. Essi possono così evitare di competere con ricercatori che hanno un curriculum più robusto semplicemente perché sono più anziani.

Questi finanziamenti sono completamente diversi da quelli destinati alle posizioni precarie da ricercatore a tempo determinato o agli assegni di ricerca del sistema italiano poiché: le somme sono ingenti (fino a 1,5 milioni, o 2 per l'Europa) e destinate anche a stipendiare gruppi di ricercatori che lavoreranno con chi ottiene il finanziamento, generando così ulteriori posti; esse aiutano i giovani a ottenere ulteriori fondi in seguito; i progetti "con limite di anzianità" incentivano l'assunzione di giovani da parte dei dipartimenti che vogliano ottenere fondi; i fondi vengono banditi ogni anno, permettendo una pianificazione dell'attività progettuale.

I FONDI AI VIRTUOSI

I dipartimenti che riescano a dimostrare di aver raggiunto gli obiettivi di ricerca dovrebbero aver diritto a fondi aggiuntivi oltre ai fondi strutturali e di base. I criteri per la loro distribuzione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-MAR-2016
da pag. 26
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

devono essere stabiliti con anni di anticipo, non ex post.

L'AGENZIA PER LA RICERCA

I fondi di ricerca non dovrebbero essere assegnati tutti direttamente alle università o ai gruppi di ricerca ma andrebbero, in misura cospicua, assegnati a progetto, con selezione effettuata da una commissione internazionale. Il compito di selezionare i progetti migliori dovrebbe essere affidato a un'Agenzia per la ricerca (sul modello della Nsf americana, della Dfg tedesca, della Nwo olandese, dell'Erc europea) o a un ente accreditato presso la Presidenza del Consiglio che abbia come scopo l'organizzazione dei bandi per i progetti e quindi la gestione dei fondi per la ricerca stanziati da tutti i ministeri competenti.

GLI INCENTIVI ALLA MOBILITÀ

La scarsa mobilità di alcuni membri di una comunità scientifica porta alla sua atrofizzazione. Per incentivare la circolazione delle idee e rompere il meccanismo del "mettersi in fila per anni aspettando un lavoro" proponiamo, seguendo il modello di diversi Paesi europei, che lo scatto di carriera più basso non possa essere effettuato nell'università di provenienza: l'entrata nel mondo della ricerca come ricercatore o professore associato deve avvenire in una sede diversa dalla propria alma mater.

I FINANZIAMENTI ALL'ECCELLENZA

Per evitare la fuga dei cervelli e attrarre ricercatori eccellenti dall'estero, l'Italia potrebbe proporre a tutti i ricercatori che concorrono per un Erc il finanziamento del progetto qualora questo ottenga il giudizio "eccellente ma non finanziabile per mancanza di fondi" (A2). Questa manovra, corrispondente a una cinquantina di milioni di euro all'anno, sarebbe un incentivo per ricercatori brillanti, italiani e stranieri, a sviluppare il proprio progetto in Italia.

I PIANI DI CARRIERA

È cruciale che un numero ricorrente e ingente di assunzioni di prima fascia venga effettuato ogni anno. È inoltre necessario presentare ai ricercatori che vogliano lavorare in Italia un piano chiaro per gli avanzamenti di carriera: le modalità secondo cui essi possano avvenire devono essere chiare e stabili nel tempo.

Le manovre straordinarie di assunzione una tantum sono viceversa dannose: aumentano l'incertezza della posizione dei ricercatori precari e non permettono una seria pianificazione della ricerca.

LA TRASPARENZA NELLA GESTIONE

È fondamentale che chiunque faccia domanda per un posto sia valutato dalla comunità internazionale che fa ricerca nel suo campo, nel rispetto dei suoi standard. I bandi vanno pubblicizzati il più possibile, su piattaforme internazionali e almeno in inglese (o nella lingua della disciplina).

È essenziale per la competitività dei giovani ricercatori a livello internazionale che i fondi loro assegnati siano realmente gestiti da loro. Vanno evitate situazioni in cui i più anziani strutturati di fatto controllino le risorse in questione.

(La versione integrale di questa lettera-appello è online: www.repubblica.it e www.lescienze.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 211.708
Diffusione 01/2016: 158.404
Lettori Ed. III 2015: 879.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-MAR-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Il caso. Posizioni distanti tra governo e Regioni al tavolo di Palazzo Chigi

A caccia di governance e di nuovi «tetti»

IL NODO DEGLI OSPEDALI
Vale 1,8 miliardi di ripiani lo sfondamento di spesa Sale l'ipotesi di transazione con sconto del 10-20 %

Il mercato tiene, anzi cresce, e produzione ed export macinano record. Ma il pharma del made in Italy aspetta segnali dal Governo e dalle regioni per questioni decisive di governance di settore e di certezza di regole. Ma anche, naturalmente, per aspetti finanziari di sicuro non secondari. Risposte attese da tempo, almeno da un anno, quelle del ridisegno del governo della farmaceutica pubblica, con quei tetti di spesa che scottano e pay back miliardari a carico delle imprese per gli acquisti in ospedale, che pendono come la classica spada di Damocle. Ma le risposte non arrivano ancora. Il tavolo aperto a palazzo Chigi potrebbe dare qualche segnale subito dopo Pasqua, forse intorno al 10 aprile. Sempreché Governo e governatori trovino un'intesa che fin qui non è maturata.

Le distanze tra regioni e palazzo Chigi - dove è il sottosegretario Claudio De Vincenti a tirare le fila accanto a Beatrice Lorenzin (Salute) e al ministero dell'Economia - non sono state ancora limate. De Vincenti ha lanciato la proposta di inglobare la spesa farmaceutica ospedaliera - il vero nodo della partita, per cui pendono sulle industrie circa 1,8 mld di ripiani del 2013-2015 - nei cosiddetti «drg» dei ricoveri, cioé il valore di ogni degenza a seconda della casistica.

Ipotesi, quella del Governo, che però non ha convinto la delegazione regionale, che teme di doversi accollare l'intero disavanzo della farmaceutica ospedaliera, oggi divisa fifty-fifty tra regioni e industrie. Uno stallo non secondario. Con l'aggiunta che i tecnici regionali propendono per due tetti di spesa così distinti: uno per la spesa farmaceutica convenzionata (quella in farmacia), più magro di quello che oggi include tutti i consumi sul territorio, e l'altro per tutta la spesa farmaceutica non convenzionata (ospedaliera inclusa). Il tutto, lasciando le stesse regole attuali sui pack back per i ripiani dei disavanzi rispetto al budget. Sul piatto, al tavolo della farmaceutica, c'è poi la partita dei farmaci innovativi e della loro "collocazione". Ma anche l'ipotesi di una transazione con le imprese che potrebbe prevedere uno sconto tra il 10 e il 20% dei ripiani 2015 ancora da versare.

Il fatto è che tutti hanno fretta: le regioni di incassare per dare certezza ai loro bilanci, le imprese che devono fare i propri budget, il Governo che vuole chiudere una partita lcomplicata. Ma serve una legge, e al momento non c'è traccia. E così cresce l'ipotesi di un decreto legge.

R.Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 202.273
Diffusione 01/2016: 126.288
Lettori Ed. III 2015: 460.000
Settimanale - Ed. nazionale

GIOIA

Dir. Resp.: Maria Elena Viola

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

seneparla

Vecchie droghe, nuovi usi

Un tempo l'eroina si iniettava in vena, oggi è più "facile": si fuma o si sniffa. Una dose costa 7 euro, così **i consumi tra teenager sono aumentati del 50% nell'ultimo anno**. Come fare prevenzione? Prima di tutto, parlandone

di Paola Maraone

Per fartene "un punto", così si chiama la dose minima, bastano 7 euro: la stessa cifra che spendi per un cocktail. «Mi serve», risponde secco Stefano, 23 anni, gli ultimi tre passati a fumare e inalare (mai a iniettarsi, sottolinea) eroina, quando gli chiedo perché non smetta.

I dati dell'ultimo rapporto Espad, studio transnazionale (in Italia condotto dal Cnr) sull'uso di alcol e droghe da parte di studenti tra i 15 e 19 anni, mettono i brividi. L'eroina è un cecchino in agguato a ogni angolo: nel 2015 l'hanno provata 31mila teenager, il 50% in più rispetto al 2014. E ha anche una mira straordinariamente precisa, se è vero che ben 20mila ne sono diventati dipendenti. «C'è chi la usa perché rilassa e serve a stemperare l'eccitazione da cocaina, chi l'apprezza per il suo effetto diretto. Il problema è proprio la facilità di assuefazione. Chi l'ha provata una volta è l'1,6% dei quindicenni, chi la prende dieci volte al mese, l'1,2%: lo scarto è minimo», fa i conti Sabina Molinaro, la ricercatrice Cnr che ha condotto lo studio. «Per un uso moderno dell'eroina non servono nemmeno le siringhe, che tenevano alla larga molti. Fumarla è "pulito", facile da modulare, non fa paura». L'effetto, all'inizio: «Piacere e distacco dalla realtà. Euforia pura», sostiene Stefano, «cento volte meglio del sesso». Poi arrivano dipendenza, paranoie, crollo psicofisico: l'aspettativa di vita degli eroinomani, da quando cominciano, è di sette-dieci anni.

L'ideale sarebbe fare prevenzione. Ma le istituzioni latitano un po' ovunque. Fa notare Rita Gallizzi, responsabile area dipendenze della Cooperativa lotta contro l'emarginazione, che per esempio la Regione Lombardia ha massacrato i programmi di sostegno, «e le piazze dello spaccio tornano a fiorire: la più grande d'Italia è nel boschetto di Rogoredo, periferia sud di Milano, dove transitano da 500 a 700 persone al giorno. Vengono da tutto il Nord perché la zona è servitissima, molti sono ragazzini. Dopo il diploma, è la nostra esperienza, non troveranno un lavoro e si perderanno per sempre. Cerchiamo di agganciarli agli esordi, quando convincerli a smettere è un'impresa meno disperata. Il punto è che fino a pochi anni fa i nostri operatori erano in 15. Adesso ne abbiamo solo due».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 268.175
Diffusione 01/2016: 188.898
Lettori Ed. III 2015: 1.232.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

30-MAR-2016
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

Anti-cancro
Ricercatori dell'università dell'Idaho hanno identificato in alcuni composti della birra (anti-ossidanti e anti-infiammatori) potenzialità preventive nei confronti dei tumori.

Questa bionda vi allunga la vita

Gli inaspettati e molteplici benefici della birra (se ne fate un consumo moderato, ovviamente) secondo le più recenti indagini della scienza.

La notizia è stata data nei giorni scorsi all'incontro dell'American Chemical Society di San Diego da un gruppo di ricercatori dell'università dell'Idaho: la birra contiene un paio di composti (lupulone e umulone, nel luppolo) in grado di contrastare la crescita di batteri e malattie infiammatorie e, forse, anche quella dei tumori (che hanno sempre una base infiammatoria). Il prossimo passo sarà estrarre queste sostanze dalla bevanda e riuscire a produrle in maniera sintetica, in modo da testarle in laboratorio e verificarne le potenzialità.

Comunque vada, la birra ha dimostrato, in altri studi, diversi benefici per la salute: se consumata in modo moderato, le sue proprietà anti-ossidanti sembrano efficaci nel ridurre il rischio di problemi cardiovascolari e di infarto, nel rendere le arterie più elastiche flessibili, proteggendo quindi dall'ictus, nell'allontanare i calcoli renali. Non solo: una ricerca americana dell'università di Harvard ha dimostrato che gli uomini di mezza età che ne bevono un paio di bicchieri al giorno sono più protetti dal diabete di tipo 2. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Addio calcoli
Secondo una ricerca finlandese del National public health institute di Helsinki, il consumo di birra protegge dai calcoli renali.

Cuore in salvo
Due birre al giorno, in base a studi dell'università di Harvard, contribuiscono a ridurre il pericolo di infarto e diabete di tipo 2.

Uno scudo per il cervello
L'American stroke association sostiene che il consumo di birra mantiene flessibili le arterie, e quindi allontana l'ictus.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media