quotidianosanità.it

Giovedì 05 MAGGIO 2016

Virus Zika. Primo caso in Alto Adige. L'Azienda sanitaria rassicura: “Situazione sotto controllo”

La persona su cui è stata riscontrata l’infezione, spiega una nota dell’Azienda, “è giunta all’ospedale di Bolzano accusando qualche linea di febbre” ma “ora sta bene ed è già stata dimessa dall’ospedale”.

Si è verificato anche in Alto Adige il primo caso di contagio da virus Zika. Ma l’Azienda sanitaria dell’Alto Adige tranquillizza e parla di “cessato allarme”: “La persona sta bene e la situazione è sotto controllo”.

La persona interessata, spiega la nota, “è giunta all’ospedale di Bolzano accusando qualche linea di febbre. Qui è stata riscontrata l’infezione da virus Zika. Ora questa persona sta bene ed è già stata dimessa dall’ospedale”.

“Nella maggior parte dei casi– spiega ancora l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige – Zika si manifesta come una normale influenza, vale a dire con sintomi come una lieve febbre, dolori muscolari e/o congiuntivite. Un ricovero ospedaliero è necessario solo in alcuni rari casi. Malattia e sintomi scompaiono da soli nell’arco di cinque/sette giorni”.

Evidenziando che l’infezione si trasmette attraverso le punture di zanzare ed i rapporti sessuali, l’Azienda ricorda che “alle donne in stato di gravidanza è generalmente sconsigliato” di fare viaggi nei paesi dove il rischio di contagio è più rischio. “Chi desiderasse un figlio, dopo un viaggio in un paese a rischio, dovrebbe attendere da uno a due mesi prima di tentare un concepimento”.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 144.818
Diffusione 02/2016: 112.526
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

06-MAG-2016
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Surrogata
Ap: serve una legge
E sulle unioni civili
un appello del Mpv

OGNIBENE E PICARIELLO A PAG. 8

No all'utero in affitto, serve una legge

Dopo le mozioni, Ap presenta un ddl per il reato universale
Multe pesantissime, con pene fino a 5 anni per chi traffica

Buttiglione: «Importante che il Pd abbia votato contro l'utero in affitto, distinguendosi dal Pse»
Binetti: «Renzi metta lo stesso impegno delle unioni civili»

ANGELO PICARIELLO
ROMA

Le mozioni di condanna dell'utero in affitto, approvate a larga maggioranza dal Parlamento, erano solo il primo passo, ed è stato importante arrivarci prima del varo definitivo da parte della Camera delle unioni civili. Lo sostiene Area popolare, nel rivendicare di aver chiesto e ottenuto questa collocazione temporale della discussione e nel presentare, ora, un disegno di legge per rendere reato universale la maternità surrogata, perseguibile anche all'estero.
Ap conferma il voto favorevole, anche alla Camera, sulle unioni civili «che - afferma con decisione Buttiglione - non sono il matrimonio gay e non consentono le adozioni». Ma rilancia sulla maternità surrogata. Pene e multe pesantissime, quelle previste nella proposta di Ap, per chi organizza questo "commercio": reclusione fino a 5 anni e una multa fino a due milioni, per i responsabili delle agenzie che si occupano di maternità surrogata. La proposta è stata illustrata dal capogruppo alla Camera Maurizio Lupi, dal vice Rocco Buttiglione, Paola Binetti, Raffaele Calabrò e Valentina Castaldini. Ma è stata anche l'occasione, questa, per rivendicare il passo avanti, sia pure a futura memoria, che l'approvazione delle mozione di Ap comporta. Essa impegna il governo ricollegandosi alla deliberazione del Parlamento europeo che condanna questa pratica. E il segnale politico più importante - per Buttiglione - sta nel fatto che anche il Pd abbia votato la mozione, «mentre nel Parlamento europeo il gruppo del Pse non aveva appoggiato la deliberazione contro la maternità surrogata».
Quanto alla proposta di legge, essa interviene sulla legge 40 del 2004 (sulla procreazione assistita) che già punisce l'utero in affitto. Ap propone che chi «fruisce della pratica di surrogazione di maternità sia punito con la reclusione da uno a tre anni e con una multa da 600mila a un milione di euro». Ma rispetto alla legge 40 la novità è che le pene «si applicano altresì quando il fatto sia commesso da cittadini italiani all'estero». La norma punisce anche chi «organizza, favorisce o pubblicizza la pratica della surrogazione della maternità» con la reclusione da 2 a 5 anni e con una multa da 1,2 a 2 milioni di euro. Inoltre il testo afferma che la condanna per il reato di utero in affitto «comporta anche l'impossibilità definitiva di accedere agli istituti dell'adozione e dell'affidamento».
Si tratta di «una proposta di buon senso, scevra da posizioni ideologiche, che intercetta le aspettative del Paese», sostiene Calabrò. «Ci rendiamo conto che i margini della legislatura sono stretti - dice Binetti, prima firmataria del disegno di legge - ma faremo di tutto per approvarlo. Ora speriamo che Renzi metta su questo tema, dopo tante dichiarazioni di principio, lo stesso impegno profuso sulle unioni civili».
Critiche alle mozioni approvate contro l'utero in affitto arrivano però da Demos-Centro democratico, che con Gian Luigi Gigli lamenta la mancata approvazione di quella del loro gruppo, «a conferma del permanere di un clima di ambiguità sull'adozione per le unioni civili omosessuali» nella maggioranza. Per Gigli «si è persa così un'occasione preziosa su cui fondare le proposte di legge sul tema».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Maternità surrogata. La Camera approva 5 mozioni bipartisan. Lorenzin: "Soddisfatta per sintesi raggiunta tra posizioni diverse"

L'Assemblea ha approvato cinque mozioni presentate da Ncd, Fi, M5s, Si e Pd sul tema dell'utero in affitto. Soddisfatta per l'esito della votazione il ministro della Salute: "Io sono estremamente soddisfatta. Certamente, non finisce qui perché oltre la mozione dovremo andare avanti anche sul provvedimento". Respinte, invece, le mozioni presentate da Eugenia Roccella (Misto), Lorenzo Dellai (Des-Cd), Fabio Rampelli (Fdi) e Rocco Palese (Misto). IL TESTO

05 MAG - "Abbiamo trovato un accordo ed una sintesi tra diverse posizioni da Ncd al Pd. Abbiamo recepito anche pezzi del M5S. E' stato un accordo generale su un tema così importante. Io sono estremamente soddisfatta. Certamente, non finisce qui perché oltre la mozione dovremo andare avanti anche sul provvedimento". Così il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, commentava ieri l'approvazione di diverse mozioni in tema di utero in affitto.

Ma vediamo nel dettaglio il contenuto delle mozioni approvate dall'Aula.

L'Assemblea di Montecitorio ha approvato la nuova riformulazione della mozione a prima firma **Maurizio Lupi (Ncd)**, sia nella premessa, su cui il Governo si è rimesso all'Aula, che nel dispositivo che impegna il Governo:
"A dare attuazione alla risoluzione approvata dal Parlamento europeo in Assemblea plenaria (2015/2229) sulla relazione annuale sui diritti umani e la democrazia nel mondo (paragrafo 115), in cui si condanna la pratica della maternità surrogata, che mina la dignità umana della donna, visto che il suo corpo e le sue funzioni riproduttive sono usate come una merce e si afferma che la pratica della maternità surrogata, che implica lo sfruttamento riproduttivo e l'uso del corpo umano per profitti finanziari o di altro tipo, in particolare il caso delle donne vulnerabili nei Paesi in via di sviluppo, sia vietato e trattato come questione di urgenza negli strumenti per i diritti umani;

ad attivarsi nelle forme e nelle sedi opportune per il pieno rispetto da parte dei Paesi che ne sono firmatari delle convezioni internazionali per la protezione dei diritti umani e del bambino e a promuovere iniziative che conducano al riconoscimento del diritto dei bambini alla loro identità personale e alla loro tutela".

Quanto alla mozione a prima firma **Mara Carfagna (Fi)**, è stato approvato il solo primo capoverso del dispositivo che impegna il Governo:
"A richiedere, nelle opportune forme e sedi internazionali, il rispetto, da parte dei Paesi firmatari, delle convenzioni interna- zionali per la protezione dei diritti umani e del bambino".

Approvata, invece, integralmente la mozione presentata a prima firma da **Maria Edera Spadoni (M5s)** che impegna il Governo:
"Ad assumere iniziative affinché i Paesi membri e non del Consiglio d'Europa firmino, ratifichino e rispettino la Convenzione sulla prevenzione e sulla lotta alla violenza contro le donne e contro la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), in particolare i Governi membri rumeno, ucraino e russo, prendendo in considerazione nello specifico l'articolo 47 della suddetta Convenzione;
ad intervenire nelle sedi opportune affinché, nell'ambito del più ampio dialogo sul rispetto dei diritti umani e della tutela della donna, sia favorito, con i Paesi membri e non, un confronto riguardo alla pratica della maternità surrogata, come descritta nel citato paragrafo 115 della risoluzione approvata dal Parlamento europeo il 17 dicembre 2015".

Respinta la premessa della mozione presentata a prima firma da **Marisa Nicchi (Si)**, di cui è stato però approvato il dispositivo che impegna il Governo:
"Ad affermare in ogni atto e in ogni sede nazionale ed internazionale il riconoscimento del principio di responsabilità e libertà di scelta delle donne nella pro- creazione, anche attraverso iniziative per: il contrasto di ogni eventuale forma di pratica sommersa e clandestina a causa dell'impossibilità di accedere alla gesta- zione per altri/e;
a colmare il deficit informativo attraverso un osservatorio di analisi del fenomeno, in modo da programmare politiche pubbliche adeguate per le tutele giuridiche, sanitarie, sociali di tutti i soggetti coinvolti in una realtà che di fatto esiste;
a stabilire accordi bilaterali sul fronte internazionale con i Paesi che hanno introdotto e normato la gestazione per altri/e, e programmi di cooperazione allo sviluppo per i Paesi a rischio di sfruttamento delle donne a fini riproduttivi;
ad assumere iniziative per prevedere il riconoscimento anagrafico nel nostro Paese, relativamente ai soli nati in quegli Stati dove esiste una legislazione che regolamenta la gestazione per altri/e;
a rilanciare, attraverso l'investimento di risorse economiche pubbliche, l'offerta di protezione pubblica a

partire dalla rete dei consultori familiari per l'accompagna- mento di tutti i soggetti coinvolti, prima e durante la gestazione ed il parto, aggiornando le prestazioni e la qualità dei servizi a sostegno della soggettività delle donne e le nuove domande di genitorialità;
a tutelare i diritti della/del minore, in particolare con la trascrizione dei loro atti di nascita formali all'estero;
ad assumere iniziative per punire ogni forma di costrizione alla procrea- zione, anche in attuazione dei principi della Convenzione di Istanbul".

Approvata anche la mozione a prima firma **Ettore Rosato (Pd)** che impegna il Governo:
"a fronte del divieto della maternità surrogata, previsto dalla legge n. 40 del 2004, ad avviare un confronto sulla base del paragrafo 115 della risoluzione del Parlamento europeo (2015/2229 (INI)) sulla relazione annuale sui diritti umani e la democrazia nel mondo nel 2014 e sulla politica dell'Unione europea in materia, approvata in assemblea plenaria il 17 dicembre 2015, di cui in premessa;
ad attivarsi nelle forme e nelle sedi opportune, per il pieno rispetto, da parte dei Paesi che ne sono firmatari, delle convenzioni internazionali per la protezione dei diritti umani e del bambino e a promuovere a livello nazionale e internazionale, iniziative che conducano al riconoscimento del diritto dei bambini alla identità personale e alla loro tutela, indipendentemente dalla modalità in cui sono venuti al mondo;
ad attivarsi per completare il recepimento della Convenzione di Istanbul sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica".

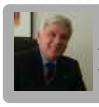
L'Assemblea, infine, ha respinto le mozioni presentate a prima firma, rispettivamente, da **Eugenia Roccella (Misto)**, **Lorenzo Dellai (Des-Cd)**, **Fabio Rampelli (Fdi)** e **Rocco Palese (Misto)**.

05 maggio 2016
© Riproduzione riservata

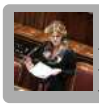
Allegati:

- Il testo delle mozioni approvate

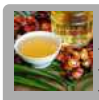
Altri articoli in Governo e Parlamento


Responsabilità professionale. Bianco (Pd): "Testo migliorabile in alcuni punti specifici"

Specializzazioni. Anno accademico 2015/2016: finanziati 6.133 contratti. Lorenzin firma decreto


Aborto. Lorenzin risponde al Consiglio d'Europa: "Negli ultimi 30 anni si sono più che dimezzati a parità di medici obiettori"

Specializzandi. Regioni dicono sì ad assunzione nel Ssn a tempo indeterminato o determinato, ma senza qualifica dirigenziale. Sindacati tiepidi


L'Europa "boccia" l'olio di palma ma anche margarina e altri oli vegetali contenenti glicerolo. C'è rischio genotossico e cancerogeno. Soprattutto per i bambini

Tabacco. La Corte europea respinge ricorso, valida la nuova direttiva Ue

QSnewsletter
ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

QS gli speciali

Ecco la riforma degli Ordini. Il ddl approvato in Commisione Sanità del Senato
tutti gli speciali

quotidianosanità.it

Giovedì 05 MAGGIO 2016

Ostetriche. Oggi la Giornata mondiale. Il tema: “Donne e Neonati: il cuore delle cure ostetriche”

La Giornata, spiega la presidente della Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-neonatali, Miriam Guana, intende "valorizzare e ricordare il forte impegno quotidiano delle ostetriche, nel mondo, nell’assicurare a madri e bambini le cure di qualità che meritano, prima, durante e dopo la nascita".

Torna oggi, i 5 maggio, l’appuntamento annuale con la comunità mondiale delle ostetriche, evento di risonanza internazionale che pone al centro dell’attenzione il valore sociale e sanitario dell’ostetrica nel mondo, nonché sul suo ruolo chiave nella tutela e nella promozione della salute riproduttiva della donna in tutto il suo ciclo vitale: dal suo concepimento, alla fase post fertile. Il tema lanciato dalla Confederazione Internazionale Delle Ostetriche (ICM) per celebrare la giornata – anno 2016 è “Women and Newborns: The Heart Of Midwifery” - Donne e Neonati”: Il Cuore Delle Cure Ostetriche”.

Diversi gli slogan proposti a sostegno del tema: Le cure delle ostetriche: per le donne ed i neonati con competenza e compassione “Midwives care: for women and newborns with skill and compassion”, a seguire, “Ogni donna dovrebbe avere l’accesso ad un’ostetrica” – Every woman should have access to a midwife” . La migliore partnership per una donna gravida è con un’ostetrica qualificata “The best partnership for a pregnant woman is with a qualified midwife.

“Con questa giornata - evidenzia la presidente della Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-neonatali-Syrio, **Miriam Guana** - si intende valorizzare e ricordare il forte impegno quotidiano delle ostetriche, nel mondo, nell’assicurare a madri e bambini le cure di qualità che meritano, prima, durante e dopo la nascita. Le ostetriche, rappresentano il caregiver più appropriato per le donne in età fertile, nel mantenere una nascita normale, nel migliorare la salute riproduttiva delle donne e la salute dei loro neonati e delle loro famiglie”.

quotidianosanità.it

Giovedì 05 MAGGIO 2016

Milano. Decesso donna incinta di due gemelli. Task force della Regione effettua ispezione al Policlinico

L'operazione è durata 7 ore presso il Policlinico, in cui opera la Clinica Mangiagalli dove è avvenuto il decesso. Il gruppo di esperti regionali ha incontrato la Direzione Generale e Sanitaria e tutti gli specialisti dell'ospedale che hanno avuto un ruolo in questo caso.

Per approfondire il caso della donna incinta di due gemelli e deceduta per emorragia, oggi una task force della Regione ha effettuato un'ispezione di circa 7 ore nel Policlinico di Milano, in cui opera la Clinica Mangiagalli. **Il gruppo di esperti regionali ha incontrato la Direzione Generale e Sanitaria e tutti gli specialisti dell'ospedale che hanno avuto un ruolo in questo caso**. "I nostri medici e le nostre ostetriche – riferisce una nota del Policlinico - hanno partecipato con piena collaborazione, nell'intento di chiarire il più possibile nel dettaglio come si sono svolti i fatti. Gli specialisti del Policlinico rimangono a disposizione per ogni ulteriore necessità, sia della Regione che della Magistratura, per tutti i rilievi del caso".

I vertici della struttura esprimono **"piena fiducia nell'operato dei nostri medici e delle nostre ostetriche**, che hanno reso il nostro Ospedale uno dei migliori e più sicuri punti nascita d'Italia, e un punto di riferimento nazionale per le gravidanze in cui sono possibili complicazioni. Siamo fiduciosi che l'esito delle indagini possa chiarire a fondo la dinamica di questa tragedia, e possa stabilire ufficialmente se ci sono state responsabilità mediche o se si tratti di uno di quei casi, per fortuna rari ma pur sempre possibili, in cui – conclude la nota - anche i migliori specialisti sono impotenti di fronte a un evento inevitabile".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-MAG-2016
da pag. 36
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'intervista. Ricercatrice a New York, 34 anni, Deglincerti ha osservato ciò che nessuno aveva mai visto: lo sviluppo della vita umana fuori dall'utero nei primi 13 giorni "Così aiuteremo le tante coppie che non riescono ad avere figli"

Alessia. "Io, scienziata da Parma agli Usa per svelare i segreti dell'embrione"

L'ITALIA

Ci torno ogni due anni, ma il mio futuro è qui dove la ricerca ha meno vincoli e più fondi

LUCA FRAIOLI

Ha visto ciò che nessuno aveva mai osservato: come si sviluppa la vita umana nei suoi primi tredici giorni. Alessia Deglincerti, 34 anni, originaria di Parma, laureata a Bologna e ora ricercatrice associata alla Rockefeller University di New York, risponde alle domande dal suo laboratorio di Manhattan. «Chiedo scusa per il mio italiano, anche la mamma mi rimprovera, ma vivo qui da dieci anni...». Prima un dottorato al Weill Cornell Medical College, poi il contratto con l'Università specializzata

in scienze mediche voluta dai Rockefeller. Una carriera già densa di riconoscimenti scientifici. E ora l'acuto: Alessia Deglincerti è la prima firmataria dell'articolo di *Nature* in cui è descritto l'esperimento che ha permesso di studiare gli embrioni umani al di fuori dell'utero fino al tredicesimo giorno di vita.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-MAG-2016
da pag. 36
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Dottoressa Deglincerti, come avete fatto?

«Abbiamo creato una coltura cellulare che simulasse la parete dell'utero, in modo che l'embrione vi potesse attecchire. Inoltre, tale supporto doveva lasciar passare i raggi fluorescenti del microscopio, perché solo così avremmo potuto osservare cosa stava accadendo».

Perché è importante questo tipo di osservazione?

«Sappiamo pochissimo su come l'utero accoglie l'embrione e invece è una fase delicatissima della riproduzione, soprattutto di quella assistita, visto che la maggioranza dei tentativi fallisce proprio perché l'embrione non si impianta oppure si impianta ma non si sviluppa».

Voi invece avete osservato cosa succede nei primi 13 giorni dal concepimento.

«Esperimenti precedenti si erano spinti fino al sesto giorno, ma noi, avendo creato una sorta di parete uterina artificiale, siamo potuti andare oltre e assistere all'evoluzione dell'embrione che passa dal centinaio di cellule del quinto giorno alle oltre 900 del tredicesimo. Quello che ci ha più colpito è che in questa fase del loro sviluppo gli embrioni umani riescono a crescere in modo normale anche in assenza di qualsiasi intervento materno. È come se si instaurasse una sorta di auto-organizzazione».

Oltre a moltiplicarsi, le cellule differenziano anche le loro funzioni?

«Sì, alla fine del tredicesimo giorno sono già specializzate, e questa è un'altra sorpresa per chi studia gli embrioni umani. Al quinto-sesto giorno la struttura di un embrione somiglia a un pallone da calcio con all'interno una pallina più piccola: le cellule esterne andranno poi a formare i tessuti extraembrionali (la placenta, per esempio) mentre il nucleo più interno si trasformerà quasi interamente nel feto. Una volta che la struttura si impianta, si trasforma e diventa un disco. Ma la cosa forse più sorprendente è che al dodicesimo giorno nell'embrione compaiono dei forellini: le cellule si auto-organizzano per fare spazio ai vasi sanguigni materni».

Questo significa che dal dodicesimo giorno in poi l'embrione non può più fare a meno dell'utero materno e del relativo nutrimento?

«Forse. Ma forse si potrebbero diluire sostanze nutritive nella provetta che ospita l'esperimento per mantenere in vita l'embrione. Queste tuttavia sono solo speculazioni teoriche».

Perché vi siete fermati al tredicesimo giorno?

«Negli Stati Uniti esiste la *fourteen days rule*, la regola dei 14 giorni che vieta sperimentazioni sull'embrione umano oltre questo limite. Ma ora, anche alla luce dei nostri risultati, ci sono esperti di bioetica che chiedono alle autorità di spostarlo più in là».

Come proseguirà la vostra ricerca?

«Nello studio appena pubblicato abbiamo visto che tra l'ottavo e il decimo giorno l'embrione forma due cavità che però collassano intorno al dodicesimo. Potrebbe dipendere dal fatto che il supporto da noi creato per sostituire la parete dell'utero è piatto. Ora proveremo a creare un substrato tridimensionale a cui far attaccare gli embrioni per vedere cosa succede».

Quanti embrioni avete usato nei vostri esperimenti?

«Novantuno. Sono stati tutti donati da cliniche specializzate nella fecondazione assistita».

Il fatto che nella provetta ci sia un embrione che potrebbe diventare un essere umano condiziona il vostro lavoro?

«Per gli embrioni che usiamo nei nostri laboratori l'unica alternativa sarebbe la distruzione. Le coppie hanno deciso di disfarsene, perché hanno già avuto altri figli o non vogliono più sostenere le spese di congelamento. Se decidono di donarli alla scienza noi possiamo studiarli e imparare molto sulle prime fasi della vita umana».

Cosa dice a chi è spaventato dall'idea di far vivere un embrione fuori dall'utero 13 giorni e anche di più?

«Che noi non pensiamo certo di far crescere bambini in un utero artificiale. Ci interessa però studiare le prime fasi del loro sviluppo perché così potremo aiutare le tante coppie che hanno difficoltà a procreare».

Tornerà in Italia?

«Ci torno ogni due anni. Ma il mio futuro è qui, dove la ricerca ha meno vincoli e più fondi. La Rockefeller è una struttura relativamente piccola, ma di altissima qualità: molti vincitori di Nobel per la medicina hanno lavorato qui».

E lo dice in un italiano perfetto.

LA STUDIOSA

Alessia Deglincerti, 34 anni, originaria di Parma, laureata a Bologna, ora è ricercatrice associata alla Rockefeller University di New York

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 402.906
Diffusione 02/2016: 296.559
Lettori Ed. III 2015: 1.573.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Attilio Giordano

06-MAG-2016
da pag. 60
foglio 1
www.datastampa.it

RICERCA AIRC

TUMORE AL SENO: SI POTRÀ CURARE IN TRE GIORNI?

SPL / AGF

L'8 MAGGIO, IN 3.600 PIAZZE, SARÀ IN VENDITA A 15 EURO L'**AZALEA DELLA RICERCA**, PER FINANZIARE L'AIRC *(WWW.AIRC.IT)*

Un calvario che si protrae per settimane, se non per mesi. Di solito va così, con i tumori al seno, anche quando il rischio di recidive è basso, perché dopo l'asportazione della massa viene consigliata la radioterapia e, spesso, una terapia farmacologica. Da qualche anno, però, si sta cercando di capire se la radioterapia somministrata durante l'intervento (IntraOperative RadioTherapy o Iort) sia ugualmente efficace rispetto a quella standard. I risultati, ottenuti da uno studio internazionale su oltre tremila pazienti dimostrano che è così, ma stanno facendo emergere anche altri aspetti, forse ancora più interessanti.

A illustrarli è Gustavo Baldassarre, oncologo molecolare al Centro di Riferimento Oncologico di Aviano: «In seguito all'asportazione, i tessuti sani sintetizzano e secernono fattori di crescita come quello dell'epidermide (*epidermal growth factor*), per aiutare la cicatrizzazione. Ma queste sostanze fanno bene anche al tumore, che le sfrutta per crescere. Noi, con il gruppo di lavoro sperimentale guidato dalla biologa Barbara Belletti, nell'ambito di un progetto finanziato dall'Airc, abbiamo dimostrato che la Iort interrompe questo circuito, assicurando così un effetto più potente, almeno a livello del tessuto, rispetto alla radioterapia esterna».

C'è di più. Il fattore di crescita dell'epidermide è infatti bersaglio di farmaci già in uso: «Abbiamo verificato l'effetto di questi farmaci su modelli animali. Queste terapie, con somministrazione peri-chirurgica di soli tre giorni, sembrano potenziare ulteriormente l'azione dei raggi».

Lo standard di cura per le donne a basso rischio potrebbe quindi cambiare: assunzione di un farmaco per tre giorni, durante i quali verrebbero praticati intervento e radioterapia. *(agnese codignola)*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

05-05-2016

Lettori
57.304

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

a viterbo il VI congresso dell'associazione nazionale italiana senologi chirurghi

Il tumore al seno colpisce una donna su otto (ma l'Italia è ancora indietro)

Nonostante le linee guida che prevedono che entro quest'anno le Regioni debbano dar vita a una rete di centri di senologia (Breast Unit), il quadro è tutt'altro che completato

di Marco Piazza

Per la lotta al tumore alla mammella il 2016 potrebbe essere un anno di svolta. Il condizionale è d'obbligo, perché nonostante le linee guida, approvate nel 2014, che prevedono che entro quest'anno tutte le Regioni debbano dar vita a una rete di centri di senologia (le cosiddette Breast Unit), il quadro nazionale è ancora tutt'altro che completato. Con le solite differenze tra le regioni del Centro Nord, che si stanno attrezzando e quelle, inadempienti, del Sud Italia. Il messaggio arriva da Viterbo, dove in questi giorni si sta svolgendo il VI congresso dell'associazione nazionale italiana senologi chirurghi, con la partecipazione di novanta esperti dei più importanti centri, in Italia e in Europa. Il cancro al seno è la neoplasia più frequente nelle donne. Mediamente una donna su otto ne sviluppa uno nel corso della propria vita e ad oggi riguarda circa mezzo milione di pazienti, solo in Italia. In base agli ultimi dati dell'associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e dell'associazione Italiana registri tumori (Airtum), si stima che nel 2015 siano stati diagnosticati nel nostro Paese circa 48mila casi, di cui il 30,4% a un'età inferiore a 44 anni.

Un team multidisciplinare di esperti

Grazie ai progressi della ricerca la sopravvivenza è molto cresciuta negli anni (oggi si guarisce nel 90 per cento dei casi), ma cambia in maniera rilevante a seconda del percorso terapeutico adottato. Dati della letteratura scientifica internazionale dimostrano infatti come una paziente seguita da un'équipe specialistica abbia il 20 per cento di possibilità di sopravvivenza in più rispetto a una paziente costretta a inseguire i medici da un ospedale all'altro. Ma cos'è e come è organizzata una Breast Unit? Si tratta di un team multidisciplinare di esperti, formati con specifico training senologico, capace di prendersi completamente cura della donna affetta da neoplasia mammaria. Gli specialisti coinvolti sono molti, dal radiologo al patologo oncologico, dallo psicologo al chirurgo e non è indispensabile lavorino tutti nella stessa struttura, perché il centro di riferimento può essere convenzionato con specialisti che lavorano altrove.

Un'offerta sanitaria che riduce gli sprechi

«È dal 2000 che l'Europa ci invita a costituire centri dedicati per il trattamento del cancro alla mammella - spiega Patrizia Frittelli, responsabile dell'Unità dell'Ospedale Belcolle di Viterbo e organizzatrice del Congresso -. Finalmente, nel 2014, su proposta del ministro Lorenzin, la Conferenza Stato-Regioni ha emanato le linee guida che prevedono che entro il 2016 il nostro Paese debba dotarsi di una rete di centri. Alla fine dell'anno mancano 7 mesi, ma il lavoro da fare è ancora molto, soprattutto nelle regioni meridionali». La creazione delle Breast Unit, secondo la dottoressa Frittelli, rappresenta un'offerta sanitaria elevata che riduce gli sprechi e ottimizza le risorse a favore di una migliore qualità della vita e della sopravvivenza. «Dati alla mano, è dimostrato che un centro che segua più di 150 casi l'anno permette un sostanzioso risparmio di risorse, garantendo una qualità di assistenza molto elevata». Durante il congresso di Viterbo un'intera sessione verrà dedicata al tema delle Breast Unit, con l'obiettivo di identificare gli strumenti concreti per implementare la rete oncologica dei centri di senologia in Italia. Annunciata la partecipazione, tra gli altri, del ministro della Salute Beatrice Lorenzin e del presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti.

Salute Domani
Il portale del benessere

05-05-2016

http://www.salutedomani.com/

TUMORE AL SENO: 17a EDIZIONE DELLA RACE FOR THE CURE

Presentata oggi, come tradizione, nel Salone d'Onore del CONI, la XVII edizione della Roma "Race for the Cure – tre giorni di salute, sport e benessere per la lotta ai tumori del seno", l'attesissimo appuntamento primaverile con la manifestazione di solidarietà più amata della Capitale organizzata dalla Susan G. Komen Italia.

Dopo gli oltre 60.000 partecipanti dello scorso anno, la Race torna dal 13 al 15 maggio al Circo Massimo con la popolare gara podistica di 5 km della domenica mattina a fare, come sempre, da atto conclusivo di un intero weekend ricco di iniziative per la promozione della prevenzione e di uno stile di vita sano.

Madrine dell'evento saranno le attrici Maria Grazia Cucinotta e Rosanna Banfi, presenti oggi in conferenza stampa insieme con il Presidente della Komen Italia Prof. Riccardo Masetti, il Presidente del CONI Dott. Giovanni Malagò, il Vice Presidente della FIDAL Vincenzo Parrinello, il Responsabile della Cabina di Regia del SSR del Lazio Dott. Alessio D'Amato e il Gen. Antonio Zambuco in rappresentanza del Comando Logistico dell'Esercito. Presenti anche i referenti delle principali aziende partner della manifestazione come la Dott.ssa Barbara Saba Direttore Generale della Fondazione Johnson & Johnson, il Direttore Audit and Compliance di MSD Italia Dott. Andrea D'Alessandro e la Responsabile della Comunicazione di Cisalfa Dott.ssa Lara Nozza.

"Tra le tante cose che fa il CONI questa è quella che più ci dà valore aggiunto, ci dà prestigio, amici e ci dà la possibilità di volare alto". È con queste parole che Giovanni Malagò dà il via alla conferenza stampa della 17° edizione della "Race for the Cure" e continua dicendo: "Quando Riccardo Masetti, poco dopo la mia elezione, mi disse continuiamo con questa tradizione, fui onorato di poter dire a Riccardo che questa sarà sempre casa sua. Ormai la Race for the Cure è diventata talmente importante che non ha più paura di nessuno, nemmeno degli Internazionali di Tennis d'Italia che si concludono con la finale proprio nello stesso week-end." Al Presidente va il primo pettorale della manifestazione con il numero 2024. "Giovanni ti sono molto grato per il sostegno che sempre il CONI ci dà e ti auguro che questo 2014 ti porti fortuna affinché Roma possa ospitare i prossimi Giochi Olimpici." Il Prof. Riccardo Masetti continua così e dichiara: "Lo scorso anno abbiamo sfiorato il record di 60.000 iscritti. Quest'anno ci auguriamo di superarlo. È una manifestazione che cresce per tanti motivi ma vorrei sottolinearne due in particolare: l'attenzione che porta sui tumori al seno e sull'importanza della prevenzione e il sostegno che riceviamo da tante persone e istituzioni che ci ha aiutato a far nascere oltre 350 nuovi progetti." Introduce poi

Maria Grazia Cucinotta e Rosanna Banfi: “Inutile dire quanto le nostre madrine hanno fatto per noi in questi anni, con la loro generosità e mi auguro che questa manifestazione possa essere d’aiuto per eliminare la paura e agire per tempo. Solo così si può sconfiggere la malattia.” A prendere la parola è Maria Grazia Cucinotta: “Io corro con il cuore a fianco di questa manifestazione che rappresenta una corsa per la vita e sono qui ogni anno per la carica che mi dà e per la grande lezione di vita che rappresenta.”

“Ogni anno è per me un’emozione fortissima che vivo dentro lo stomaco anche se oramai non penso più alla malattia. Questa esperienza mi ha fatto scoprire una grande forza dentro di me e tutto sta nella forza di noi donne. Non bisogna avere paura perché la paura può uccidere più del cancro”. È così che Rosanna Banfi esprime il suo sostegno alla manifestazione.

Infine l’intervento più toccante, quello della Dott.ssa Barbara Saba, due volte Donna in Rosa: “Ho scoperto di recente una recidiva della malattia e grazie ai continui controlli sono stata subito operata. Quindi oggi più che mai sono felice di essere qui. Per noi essere sponsor di questa manifestazione è importante non solo per la trasparenza di questa Associazione ma anche per la sua generosità, visto tutto quello che la Komen Italia fa per aiutare a far nascere tante altre iniziative. La Race è la manifestazione della speranza e la speranza, come dice Sant’Agostino, è figlia dello sdegno e del coraggio: dello sdegno per le cose che non vanno bene e del coraggio per cambiarle.”

Organizzata sotto l’Alto Patronato del Presidente della Repubblica, con il patrocinio della Camera dei Deputati, Regione Lazio, Consiglio Regionale del Lazio, Roma Capitale, Coni, Fidal, Policlinico Gemelli e con la collaborazione di Esercito, Accademia Nazionale di Santa Cecilia, Siae e Policlinico Gemelli di Roma, la Race si svolge con il contributo di Johnson & Johnson (national presenting partner), Oysho e MSD (local major partner), Aveeno (partner delle Donne in Rosa) Cisalfa (nuovo partner tecnico) e di altre numerose aziende sensibili alle tematiche della salute come il main media partner Sky, gli altri media partner Leggo, Ansa e Radio Capital e il fornitore ufficiale acqua Lete. Partner Ufficiale, Fondazione Roma Cares. L’organizzazione tecnica della corsa, come sempre, è del Gruppo Sportivo Bancari Romani.

UN EVENTO IN TRE GIORNI – In attesa della corsa, sarà come sempre il “Villaggio della Salute, Sport e Benessere” ad animare il Circo Massimo da venerdì 13 maggio. Una iniziativa realizzata dalla Komen Italia in collaborazione con la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli e la Fondazione Johnson&Johnson, finalizzata alla promozione della salute e del benessere psicologico attraverso l’offerta gratuita di consulenze specialistiche ed esami diagnostici (solo per donne disagiate selezionate da apposite associazioni), lezioni pratiche e momenti educativi per incoraggiare uno stile di vita sano nel rispetto delle norme di prevenzione primaria e secondaria, dell’attività fisica e sportiva e di una corretta alimentazione (modalità di prenotazione su www.raceroma.it). Presente anche uno sportello della Regione Lazio dove sarà possibile, per tutti, prenotare un appuntamento per la prevenzione del tumore del seno, del collo dell’utero e del colon, recandosi poi presso la struttura più vicina alla propria residenza.

Domenica 15 maggio sarà invece dedicata, come tradizione, alla corsa di 5km e alla passeggiata di 2km, che attraverseranno il centro di Roma partendo dalla nuova suggestiva location di Piazza Bocca della Verità. Per iscriversi, basta una donazione minima di 15 euro (info e iscrizioni on line su www.raceroma.it) che dà diritto a ricevere - fino ad esaurimento - il pettorale, la borsa gara con gli omaggi delle aziende partner e l’imperdibile t-shirt da collezione della manifestazione, realizzata dallo Studio Grafico Calanchini e scelta dalla Susan G. Komen per tutte le edizioni del 2016 a seguito di un contest tra soggetti provenienti da ogni paese.

Come sempre, al Villaggio al Circo Massimo ci sarà un grande spazio dedicato ai bambini con una attrezzatissima area ludica e di intrattenimento animata da Cartoonito ed altri partner del settore.

LE “DONNE IN ROSA”, PROTAGONISTE DELLA RACE – Al centro della manifestazione, come

sempre, le “Donne in Rosa”, ovvero le donne che stanno affrontando o hanno sconfitto il tumore del seno e che partecipano alla Race for the Cure indossando una speciale maglietta rosa. Con questa testimonianza coraggiosa vogliono sensibilizzare l’opinione pubblica sull’importanza della prevenzione e della diagnosi precoce ed incoraggiare le altre donne che incontrano la malattia a farlo con un atteggiamento più positivo (lo scorso anno furono oltre 5.000). A loro sarà riservato uno spazio speciale nel Villaggio Race, realizzato con il contributo di Aveeno (azienda del gruppo Johnson&Johnson).

DESTINAZIONE DEI FONDI – Con i fondi raccolti dalla Race for the Cure 2016, la Komen Italia darà avvio a nuovi progetti di educazione, prevenzione e cura del tumore del seno, che si andranno ad aggiungere ai 351 già realizzati grazie alle precedenti edizioni di Roma, Bari, Bologna e Brescia con l’impiego di oltre 2.700.000 euro. Nello specifico, grazie alle quattro edizioni dello scorso anno, la Komen Italia ha realizzato in 15 regioni italiane progetti propri ed anche 59 proposti da altrettante associazioni, incidendo concretamente nel tessuto locale e nazionale.

Per ulteriori informazioni visitare www.raceroma.it oppure chiamare 06.3540551-2

adnkronos

05-05-2016

http://www.adnkronos.com

ClioMakeUp insegna i segreti del trucco alle pazienti del San Raffaele

Anche il trucco combatte la malattia. **ClioMakeUp,** la celebre make up artist e blogger, ha incontrato oggi un gruppo di pazienti dell'**Irccs San Raffaele di Milano** per un tutorial dedicato. Clio, divenuta celebre grazie ai video pubblicati sul suo canale**YouTube** in cui mostra come esaltare la propria bellezza con il make up, ha dedicato la mattinata a insegnare alle pazienti del progetto '**Salute allo Specchio**', in cura presso il San Raffaele, come valorizzare il viso, contrastare gli effetti delle terapie e riscoprire la propria femminilità. Hanno partecipato entusiaste anche diverse infermiere e volontarie dell'Avo, attente a cogliere i trucchi del mestiere da poter trasferire alle donne a cui prestano assistenza quotidianamente.

Ad accogliere Clio le ideatrici del progetto, Valentina Di Mattei, psicologa e ricercatrice universitaria, e Giorgia Mangili, responsabile dell'Oncologia ginecologica del San Raffaele, che hanno spiegato: "Il contributo di Clio è prezioso perché è un aiuto concreto alle donne che hanno bisogno di riappropriarsi della propria immagine per stare meglio. La patologia oncologica, infatti, cambia l'aspetto fisico e rende difficile riconoscersi e, talvolta, capita che alcune donne fatichino maggiormente ad affrontare questi cambiamenti piuttosto che le terapie in corso".

"Ho sempre creduto che il make up significhi innanzitutto cura del sé - ha dichiarato Clio Zammatteo - non è semplicemente colore e moda, ma ha un potere terapeutico: ci fa sentire meglio, ha una dimensione profonda che va oltre la superficie, toccando spirito e

identità di ogni donna. Sono davvero onorata di aver preso parte come volontaria a questa iniziativa: ci insegna che il make up può avere un ruolo importante anche nel reparto di un ospedale e aiutare nel quotidiano le donne nel loro percorso di recupero del benessere".

È intervenuta anche Maria Mantero, che ha portato in omaggio alla make up artist 'Vita', il turbante speciale realizzato dalla storica azienda Mantero Seta con uno scopo solidale: sostenere Salute allo Specchio. Vita, che sarà protagonista il 10 e l'11 maggio presso il Palazzo della Triennale (Spazio Lab) della mostra fotografica DonneConTurbanti a cura di Guido Taroni, è un accessorio che nasce proprio dalla collaborazione tra le stylist di Mantero e le pazienti di Salute allo Specchio (www.deedivita.org).

la Repubblica.it
Il mondo in diretta
24 ore su 24

05-05-2016

Lettori
1.632.940

http://www.repubblica.it/

R.it OncoLine - Il canale di Oncologia

In collaborazione con Aiom

News | Prevenzione | Diagnosi | Terapia | Diritti | Qualità di vita | Testimonianze | RSalute | Video

QUALITÀ DI VITA

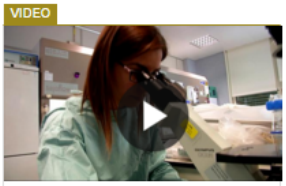
Ansia e depressione, medici più vicini ai malati

HuCare, la scuola per 'umanizzare' le oncologie

Progetto Aiom in 43 reparti d'Italia: la prima esperienza in Europa

di IRMA D'ARIA

VIDEO



"Immunoterapia cambia scenari nella battaglia contro il tumore" Intervista a Alberto Mantovani

di VALERIA PINI, video FABIO LESMO

TERAPIA

Recidiva al seno, nuovo studio divide gli esperti

"Senza mastectomia rischio più alto per under 45". Uno studio danese punta il dito sui limiti della chirurgia conservativa

di MARIA RITA MONTEBELLI

PREVENZIONE

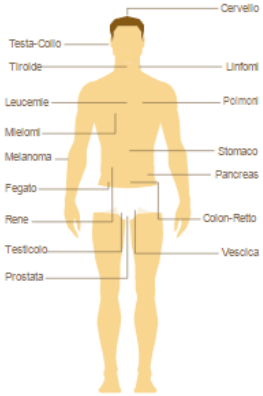
Tumori, passa anche dal cibo la via per evitare la malattia

I consigli degli esperti: più pesce, frutta e verdure di stagione - fotogallery

di IRMA D'ARIA

I TUMORI PIÙ DIFFUSI

UOMO | DONNA



NEWS

Malattie onco-ginecologiche a Palermo un nuovo polo per il Sud Italia

Il centro ospitato nell'ospedale Civico

NEWS

Scrivere del cancro, 183 opere in finale al concorso "Federica-Le parole della vita"

Iniziativa di medicina narrativa per malati, familiari e operatori del settore oncologico. Il 21 maggio a Verona le premiazioni

NEWS

Prostata, la difesa inizia da dieta e stile di vita corretti

L'ESPERTO RISPONDE

Scrivi a oncoline@repubblica.it

METASTASI OSSEE

risponde DANIELE SANTINI*

Interessano il 90% dei pazienti colpiti da tumore della prostata

Le metastasi osseee sono caratterizzate da un aumento della densità del tessuto dell'osso che però non è accompagnato

FERTILITÀ

risponde LUCIA DEL MASTRO*

TERAPIA

"Umanizzare" le oncologie italiane, nasce la scuola Aiom-HuCare

Ansia e depressione interessano almeno il 35% dei malati di cancro, ma oggi solo un terzo dei casi è diagnosticato e curato

È la prima esperienza in Europa, coinvolge 43 reparti d'Italia, e punta a individuare e ridurre del 75% i casi di ansia e depressione. I corsi, destinati a oncologi e infermieri, si svolgeranno a Milano al Palazzo delle Stelline. L'obiettivo è far sì che la maggior parte delle nostre strutture oncologiche garantisca il sostegno psicologico necessario

di IRMA D'ARIA

ANSIA, depressione, stress. Sono alcune delle sensazioni che "invadono" chi riceve una diagnosi di tumore e che viene travolto da una mole di informazioni che riguardano la sua salute. Come e da chi gli vengono comunicate queste notizie? Chi si preoccupa delle reazioni emotive e dell'impatto che avranno sul percorso medico? Sono alcuni degli interrogativi che gli oncologi si sono posti in questi anni. La risposta si chiama Aiom-Hucare (Humanization in CAncer caRE) ed è la prima Scuola di Umanizzazione in Oncologia in Europa che coinvolge 43 reparti distribuiti su tutto il territorio nazionale con l'obiettivo di individuare e ridurre del 75% i casi di ansia e depressione. Si tratta di disturbi che interessano in maniera grave almeno il 35% dei pazienti oncologici, ma oggi solo un terzo dei casi è diagnosticato e curato. La Scuola è stata presentata in un convegno nazionale a Milano al Palazzo delle Stelline, dove ha sede, e dove inizieranno nel pomeriggio le prime lezioni.

Una risposta ai bisogni sociali. È ormai riconosciuto che un'assistenza oncologica ottimale deve integrare le cure psicosociali al trattamento abituale contro il tumore, individuando precocemente e intervenendo sulle conseguenze psicologiche e sui bisogni sociali. "Le raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche di come ciò vada fatto esistono da diversi anni, ma la loro applicazione nella

pratica non è automatica", sottolinea **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom. "È quindi necessario mettere in atto interventi strutturati per sostenere le oncologie italiane nel processo di implementazione. E la nostra Scuola, con corsi di dimostrata efficacia, risponde a questa esigenza". Molto spesso i malati affetti da tumori presentano disturbi d'ansia e depressivi che interferiscono in maniera significativa con l'adesione alle cure e con la qualità della vita. Ma solo un terzo dei pazienti con quadri di disagio psichico grave viene riconosciuto. "È frequente la sottovalutazione dei casi di sofferenza psicologica che dovrebbero invece essere degni di attenzione clinica", chiarisce Pinto. "In realtà ansia e depressione vanno rilevate subito, come avviene per i parametri vitali, al pari di temperatura corporea, frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa e dolore".

L'importanza della comunicazione. La comunicazione e la relazione con i pazienti sono state tradizionalmente considerate di minore importanza e perciò vengono raramente inserite nei corsi di laurea per medici e infermieri. Ma, invece, proprio il momento in cui il medico deve comunicare la diagnosi di tumore e poi tutti gli step successivi hanno un ruolo cruciale. "Vogliamo cambiare il modo di lavorare nei reparti e formare i medici e gli infermieri perché acquisiscano le competenze e le capacità per una efficace comunicazione con i pazienti e i familiari", afferma **Rodolfo Passalacqua**, responsabile scientifico di HuCare e direttore dell'Oncologia di Cremona. "L'obiettivo è applicare interventi psico-sociali uniformi ed efficaci a tutti i malati nelle Oncologie del nostro Paese, a partire dal modo in cui i pazienti vengono accolti, allo screening per diagnosticare il livello di sofferenza psichica da indicare nella cartella clinica, alla presenza di uno psicologo in corsia a cui vengono indirizzati i malati colpiti da disagio psichico grave".

Dialogo medico-paziente. In quest'ottica, gli oncologi hanno ampliato la lista delle 'domande-chiave' che vengono assegnate a tutti i pazienti rispetto a quelle previste nella prima fase del progetto HuCare, perché in questi anni sono emersi nuovi bisogni sociali e lavorativi legati alla crisi economica. Oltre a migliorare il benessere emotivo e la salute mentale, le cure psicosociali hanno dimostrato di consentire una migliore gestione dei sintomi correlati alla malattia e degli effetti avversi del trattamento. "Diversi fattori rendono la comunicazione in oncologia particolarmente difficile", continua **Stefania Gori**, presidente eletto Aiom. "Da un lato, i pazienti possono avere paura di porre domande percepite come insensate o di rubare tempo al medico. Dall'altro lato, per l'oncologo può risultare difficile rilevare alcuni bisogni informativi, in particolare sulla prognosi, e decidere quali temi affrontare in base all'interlocutore e alle sue esigenze". Ma se le informazioni non vengono fornite in modo adeguato, al momento giusto e in un contesto appropriato, le conseguenze psicologiche sul paziente possono essere pesanti, fino a sintomi ascrivibili al disturbo post traumatico da stress acuto. "Inoltre, una cattiva comunicazione, non mirata a favorire la comprensione e il ricordo delle informazioni, può avere un impatto negativo sulle scelte terapeutiche del paziente".

Scuola di "umanizzazione". Il primo Progetto HuCare-1 è partito in Lombardia nel 2008 e si è concluso nel 2011 coinvolgendo 28 centri e introducendo nella pratica sei interventi psicosociali raccomandati nelle linee guida internazionali. "Grazie a questa strategia - spiega Passalacqua - è stato possibile modificare l'assistenza fornita nei 28 centri: oltre il 75% dei pazienti ha ricevuto le misure previste e il livello di ansia e depressione è diminuito del 75%, passando dal 35% dei casi a meno del 20%". Ora parte la seconda fase con il progetto HuCare-2 che dà il via alla Scuola di Umanizzazione e che

coinvolge altri 15 reparti per un totale di 43. La Scuola utilizzerà la HuCare Quality Improvement Strategy (HQIS) che hanno ideato e sperimentato gli oncologi Aiom e che prevede sei interventi: la formazione di tutto lo staff clinico per migliorare le capacità comunicative e relazionali; lo screening dei pazienti per misurare l'ansia e la depressione; lo screening dei bisogni sociali; l'assegnazione di un infermiere di riferimento a ogni paziente; l'utilizzo di una lista di domande per tutti i malati per favorire la comunicazione con il medico; un percorso strutturato per fornire a malati e care-giver informazioni in modo corretto.

Tutti a lezione. Grazie ad una erogazione liberale di MSD Italia, tutto il personale medico e infermieristico parteciperà gratuitamente alle lezioni, della durata di 3 giorni per i medici e di 2 giornate e mezzo per gli infermieri. "Con questo secondo progetto - spiega Passalacqua -valuteremo la qualità di vita dei malati, prima e dopo l'introduzione degli interventi. I risultati saranno disponibili fra due anni. Tutte le strutture coinvolte nel progetto saranno costantemente monitorate per verificare l'applicazione delle misure nel tempo". L'obiettivo è che la maggior parte delle oncologie italiane avvii questo percorsodi umanizzazione che sarà attestato da una certificazione psicosociale dei reparti oncologici. Questo garantirà i pazienti sul fatto che in questi reparti sono forniti non solo gli interventi sanitari (medici o chirurgici) ma anche tutte le misure di supporto psicosociale necessarie.

Doctor33

05-05-2016

http://www.doctor33.it/

Oncologia, nasce scuola per umanizzare reparti e cure. Passalacqua: così potremo ridurre il disagio psichico

Il 35% dei pazienti oncologici è colpito da ansia e depressione ma solo un terzo dei casi è diagnosticato e curato. È per questi pazienti che nasce la prima Scuola di Umanizzazione in Oncologia, Aiom-Hucare presentata oggi a Milano al Palazzo delle Stelline dove ha sede. La scuola, resa possibile grazie ad una erogazione liberale di Msd Italia, coinvolge 43 reparti distribuiti su tutto il territorio nazionale con l'obiettivo di individuare e ridurre del 75% i casi di ansia e depressione. «Vogliamo cambiare il modo di lavorare nei reparti e formare i medici e gli infermieri perché acquisiscano le competenze e le capacità per una efficace comunicazione con i pazienti e i familiari - afferma il prof. Rodolfo Passalacqua, responsabile scientifico di HuCare e direttore dell'Oncologia di Cremona -. L'obiettivo è applicare interventi psico-sociali uniformi ed efficaci a tutti i malati nelle Oncologie del nostro Paese, a partire dal modo in cui i pazienti vengono accolti, allo screening per diagnosticare il livello di sofferenza psichica da indicare nella cartella clinica, alla presenza di uno psicologo in corsia a cui vengono indirizzati i malati colpiti da disagio psichico grave».

Il primo Progetto HuCare-1, iniziato nel 2008 e concluso nel 2011, ha coinvolto 28 centri e ha dimostrato la realizzabilità di una strategia di implementazione, introducendo nella pratica sei interventi psicosociali raccomandati nelle linee guida internazionali. «Grazie a questa strategia - continua il prof. Passalacqua -, è stato possibile modificare l'assistenza fornita nei 28 centri: oltre il 75% dei pazienti ha ricevuto le misure previste e il livello di ansia e depressione è diminuito del 75%, passando dal 35% dei casi a meno del 20%. La Scuola utilizzerà la HuCare Quality Improvement Strategy (Hqis), che abbiamo ideato e sperimentato e che prevede sei interventi: la formazione di tutto lo staff clinico per

migliorare le capacità comunicative e relazionali; lo screening dei pazienti per misurare l'ansia e la depressione; lo screening dei bisogni sociali; l'assegnazione di un infermiere di riferimento a ogni paziente; l'utilizzo di una lista di domande per tutti i malati per favorire la comunicazione con il medico; un percorso strutturato per fornire a malati e care-giver informazioni in modo corretto. Inoltre nella scuola faremo corsi di consolidamento di un giorno destinati alle strutture coinvolte nel primo Progetto HuCare-1, per verificare l'applicazione nel tempo degli strumenti già acquisiti. E partirà quest'anno uno studio, HuCare-2, su altri 15 reparti. Tutto il personale parteciperà alle lezioni, della durata di 3 giorni per i medici e di 2 giornate e mezzo per gli infermieri».

Il numero di partecipanti a ciascun corso sarà limitato per ottimizzare il lavoro di formazione: 20 negli eventi per i clinici e 30 in quelli per gli infermieri. Con questo secondo progetto sarà misurata non solo l'applicazione degli interventi ma anche la qualità di vita dei malati, scopo principale di tutte le cure. «L'Aiom - spiega il Presidente nazionale, Carmine Pinto - è la prima società scientifica in Europa a creare una scuola di umanizzazione. In Italia, negli ultimi quarant'anni il numero di nuovi casi di tumore è aumentato, passando da 149mila nel 1970, a 234mila nel 2000, a 360mila nel 2011, fino a 363mila nel 2015. Molto spesso queste persone presentano disturbi d'ansia e depressivi che interferiscono in maniera significativa con l'adesione alle cure e con la qualità della vita. Ma solo un terzo dei pazienti con quadri di disagio psichico grave viene riconosciuto, è quindi frequente la sottovalutazione dei casi di sofferenza psicologica che dovrebbero invece essere degni di attenzione clinica».

quotidianosanità.it

Giovedì 05 MAGGIO 2016

Giornata mondiale igiene mani. *Lavarle per salvare vite*. Oms: “Prevenire infezioni ospedaliere”

“La prevenzione delle infezioni riduce gli oneri per i servizi sanitari”. L’Organizzazione mondiale per la sanità focalizza l’obiettivo per quest’anno sul potenziamento dell’igiene delle mani in tutti i servizi chirurgici attraverso la continuità di cura, dai reparti fino alle sale operatorie fino ai servizi ambulatoriali. In arrivo linee guida su prevenzione infezioni in chirurgia. Problemi nei paesi a basso e medio reddito: nel 35% strutture manca acqua e sapone. VIDEO

Oggi, 5 maggio l’Oms celebra la Giornata mondiale per l’igiene delle mani. Ogni anno con lo slogano “Salvare vite umane: pulisci le tue mani” l’Oms mira a raggiungere l'obiettivo di mantenere alata l’attenzione “sull'importanza dell'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria e per 'unire le persone' a sostegno dell'igiene a livello globale”.

E proprio il miglioramento elle pratiche di igiene delle mani in tutti i servizi chirurgici attraverso la continuità di cura: dai reparti chirurgici, alle sale operatorie fino ai servizi ambulatoriali chirurgici rappresenta l'obiettivo primario della campagna 2016.

“La riduzione e prevenzione delle infezioni è un onere – scrive l’Oms - per i sistemi sanitari ed è ancora un aspetto critico in tutto il mondo. I pazienti chirurgici sono a rischio di infezioni correlate all'assistenza sanitaria (HAI), in particolare le infezioni del sito chirurgico (SSI) e infezioni da dispositivo associato (ad esempio, infezione del tratto urinario catetere-associata)”.

Tra le priorità vi è la disponibilità di acqua e servizi igienici che latitano nel 35% delle strutture sanitarie secondo una ricerca Oms del 2011 su 54 paesi a basso e medio reddito.

Inoltre è stato annunciato come entro quest’anno sarà presentata “la prima linea guida globale sul sito chirurgico e la prevenzione delle infezioni”.

Infezioni ospedaliere nella Ue:
Nel 2013 secondo il rapporto dell’European centre for disease prevention and control (ECDC) era del 3,4% ovvero 4,2 milioni di pazienti ogni anno. I principali tipi di infezione sono stati quelle del tratto respiratorio (33,6%), infezioni delle vie urinarie sintomatiche (22,3%) e infezioni della pelle (21,4%).

In **Italia** si stima che circa il 6% dei pazienti dei pazienti ricoverati contrae un’infezione ospedaliera. Ogni anno, quindi, si verificano in Italia 6/700 mila infezioni in pazienti ricoverati in ospedale (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi). Di queste, si stima che circa il 30% siano potenzialmente prevenibili e che siano direttamente causa del decesso nell’1% dei casi.

adnkronos

05-05-2016

http://www.adnkronos.com

Cancro 'hacker', altera il metabolismo degli altri organi per alimentarsi

Selma Masri e Paolo Sassone-Corsi

Il **tumore** può agire come un vero e proprio 'hacker' in grado di **alterare l'orologio biologico del metabolismo** per 'costringere' altri organi ad alimentare l'attività cancerogena. E' la scoperta fatta da un team del Center for Epigenetics & Metabolism dell'Università della California (Irvine), guidato dall'italiano **Paolo Sassone-Corsi**, pubblicato su 'Cell'.

Gli scienziati stavano indagando su come i ritmi circadiani (**l'orologio biologico dell'organismo**) controllano la funzionalità epatica e hanno scoperto che il tumore del polmone si trasforma in un 'hacker' e invia segnali al fegato, attraverso una risposta infiammatoria che riprogramma i meccanismi circadiani che gestiscono le vie metaboliche. Il risultato è che la via di segnalazione dell'insulina nel fegato viene inibita, con la conseguente riduzione della tolleranza al glucosio e la riorganizzazione del metabolismo lipidico.

"Sembra che il tumore del polmone prenda il controllo del ritmo circadiano della funzione metabolica nel fegato per supportare le accresciute richieste alimentari delle cellule tumorali - spiega Selma Masri, ricercatrice del laboratorio diretto da Sassone-Corsi - Crediamo che questo intervento a distanza del cancro sui tessuti metabolici non si verifichi solo nel fegato".

Secondo Sassone-Corsi "è importante continuare ad approfondire i processi che guidano i ritmi circadiani e come il cancro è in grado di alterarli. Grazie ad ulteriori lavori potremo cominciare a sviluppare interventi - sia comportamentali che terapeutici - capaci di aiutare a mantenere e ristabilire una buona salute".

la Repubblica.it

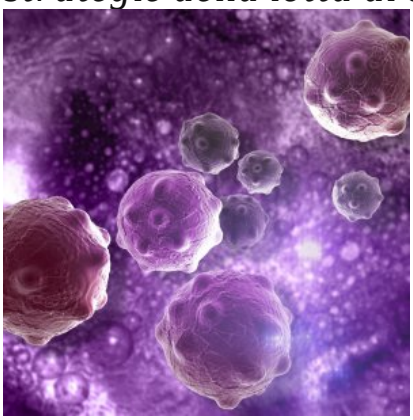
05-05-2016

Lettori
37.302

http://la.repubblica.it/salute

Scoperta l'arma segreta del tumore: 'costringe' organi anche distanti ad alimentarlo

Ricercatori della University of California hanno scoperto come il cancro ai polmoni costringa il fegato a riprogrammare il proprio metabolismo a favore della crescita delle cellule tumorali. Lo fa forzando i ritmi circadiani dell'organo-bersaglio e alterandone a distanza le funzioni. A capo del team, l'italiano Paolo Sassone-Corsi: "Credo che questo studio cambierà le strategie della lotta al cancro"



Cellule tumorali al microscopio Un tumore localizzato in un organo è capace di riprogrammare il metabolismo di altri organi a distanza, alterandone le funzioni metaboliche e provocando così ulteriori danni all'organismo. Per riuscirci, il cancro forza a suo piacimento i meccanismi dell'orologio interno dell'organo-bersaglio e lo induce a 'lavorare' per lui, cioè a nutrire le sue cellule tumorali. Succede nel fegato e a scardinarne il metabolismo è l'adenocarcinoma al polmone. Il tumore altera i ritmi circadiani dell'organo-bersaglio, scatena una forte infiammazione che inibisce i segnali dell'insulina e riduce la tolleranza al glucosio, provocando iperglicemia e riorganizzando così il metabolismo lipidico a suo piacimento.

La scoperta, pubblicata oggi su *Cell* e di grande impatto biomedico, è stata fatta su topolini con adenocarcinoma ai polmoni dai ricercatori del Centro per l'Epigenetica e il Metabolismo della University of California, ad Irvine, diretti dall'italiano Paolo Sassone-Corsi, il più grande studioso al mondo dei ritmi circadiani.

"Un tumore, localizzato in un organo, è responsabile della riprogrammazione metabolica di altri organi, tra cui il fegato. E' la prima volta che viene messo in rilievo questo effetto 'a distanza' di un tumore - spiega Paolo Sassone-Corsi - . Credo davvero che questo studio cambierà le strategie di lotta ai tumori perché fa capire come il cancro influenzi il metabolismo di tutto il corpo. La scoperta è di grande rilevanza per tutti".

"Le implicazioni sono molteplici - spiega lo studioso - , tra cui la possibilità a livello clinico di trattare i pazienti prendendo in considerazione le trasformazioni metaboliche imposte dal tumore, e per le quali il paziente è spesso in gravi difficoltà. A questo si aggiunge che, comprendendo come l'omeostasi del fegato viene riprogrammata dal tumore, si potranno trovare vie alternative per colpire l'accrescimento tumorale. I malati di cancro sono sottoposti a enormi stress metabolici, fisiologici e psicologici - prosegue Sassone-Corsi - . E' noto che molti pazienti muoiono per complicanze sistemiche piuttosto che per lo sviluppo tumorale. Il nostro studio individua come il tumore ai

polmoni alteri a distanza il metabolismo del fegato attraverso i ritmi circadiani, riprogrammandone il metabolismo. Conoscendo questi meccanismi molecolari accumuleremo informazioni essenziali per i medici quando devono pianificare la chemioterapia e altri tipi di trattamenti farmacologici".

healthdesk

05-05-2016

http://www.healthdesk.it/

La ricerca

La doppia strategia d'attacco degli antitumorali biologici

Alcuni anticorpi monoclonali combattono la malattia in due mosse: non solo conducono alla morte le cellule tumorali, ma le rendono visibili al sistema immunitario provocando una sua risposta. Lo hanno scoperto i ricercatori dello Ieo con uno studio finanziato dal Ministero della Salute e dall'Airc

Combattere il tumore in due mosse. È quanto fanno alcuni anticorpi monoclonali, come il cetuximab, capaci di bloccare l'interazione tra le cellule tumorali e i fattori di crescita: non solo conducono alla morte le cellule tumorali, ma fanno in modo che le cellule uccise vengano "viste" dal sistema immunitario in modo tale da stimolare una risposta specifica contro il tumore che consente di eliminare anche le cellule tumorali ancora viventi.

Questa seconda strategia di attacco degli anticorpi monoclonali che funziona come un evidenziatore passato sulle cellule tumorali morte era finora sconosciuta. A scoprirla sono stati i ricercatori dell'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo), con uno studio finanziato dal Ministero della Salute e dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (Airc), pubblicato su Nature Medicine.

«Si sa da tempo che anticorpi che bloccano l'interazione tra una cellula tumorale e un fattore di crescita e che sono normalmente usati nella pratica clinica, come il cetuximab, portano alla morte della cellula tumorale – spiega Maria Rescigno, direttore del programma di Immunoterapia dello Ieo e professore all'Università statale di Milano, oltre che coordinatrice dello studio - Tuttavia non si sapeva che alcuni anticorpi inducono nelle cellule tumorali una morte che le rende "visibili" al sistema immunitario. Questo tipo di morte, che viene chiamata immunogenica, permette alle cellule del sistema immunitario di riconoscere le cellule tumorali e di iniziare una risposta specifica antitumorale che consente di eliminare anche quelle che non sono morte».

Il piano degli anticorpi monoclonali però non funziona sempre. Alcune mutazioni genetiche impediscono il processo della "morte immunogenica". Per fortuna però si possono conoscere in anticipo le presone che hanno questa caratteristica e che non rispondono alla terapia. Lo studio chiarisce infatti perché alcuni pazienti con il carcinoma del colon-retto non ricevono vantaggi dal cetuximab.

«Questi risultati – conclude Rescigno – permettono di identificare i pazienti in cui gli

anticorpi hanno maggiori probabilità di successo e di formulare nuove combinazioni terapeutiche per migliorare l’efficacia del farmaco».

LA STAMPA.it

05-05-2016

Lettori

21.401

http://www.lastampa.it/

Cosa dice l'Agenzia europea per la sicurezza alimentare sull'olio di palma cancerogeno

FRANCESCO ZAFFARANO

L'olio di palma è tornato d'attualità dopo la pubblicazione di una ricerca dell'Agenzia europea per la sicurezza alimentare (Efsa), che mette in guardia sui possibili rischi per la salute derivanti da alcune sostanze. La notizia è stata genericamente riportata come «L'olio di palma è cancerogeno» e qualcuno, tra cui alcuni esponenti del Movimento 5 Stelle, ha chiesto al governo di valutare lo stop alla vendita di prodotti che lo contengono. **Ma esattamente cosa ha detto l'Efsa sull'olio di palma?**

«I contaminanti da processo a base di glicerolo presenti nell'olio di palma, ma anche in altri oli vegetali, nelle margarine e in alcuni prodotti alimentari trasformati, danno adito a potenziali problemi di salute». Questa è la frase su cui si sono concentrati in tanti, estratta da una ricerca di circa 160 pagine sulla tossicità di alcune sostanze: glicidil esteri degli acidi grassi (Ge), 3-monocloropropandiolo (3-Mcpd), e 2-monocloropropandiolo (2-Mcpd).

Che c'entra l'olio di palma? I più alti livelli di queste sostanze, spiega l'Efsa, si trovano nell'olio di palma, ma non solo, e si formano durante le lavorazioni alimentari, in particolare **quando gli oli vegetali vengono raffinati a temperature che si aggirano attorno ai 200 gradi**. L'aspetto che di questo dossier, tuttavia, non fa notizia ma è importante, è che l'Efsa ha scoperto che **«i livelli di Ge negli oli e grassi di palma si sono dimezzati tra il 2010 e il 2015, grazie alle misure volontarie adottate dai produttori»**. E il trend è in calo.

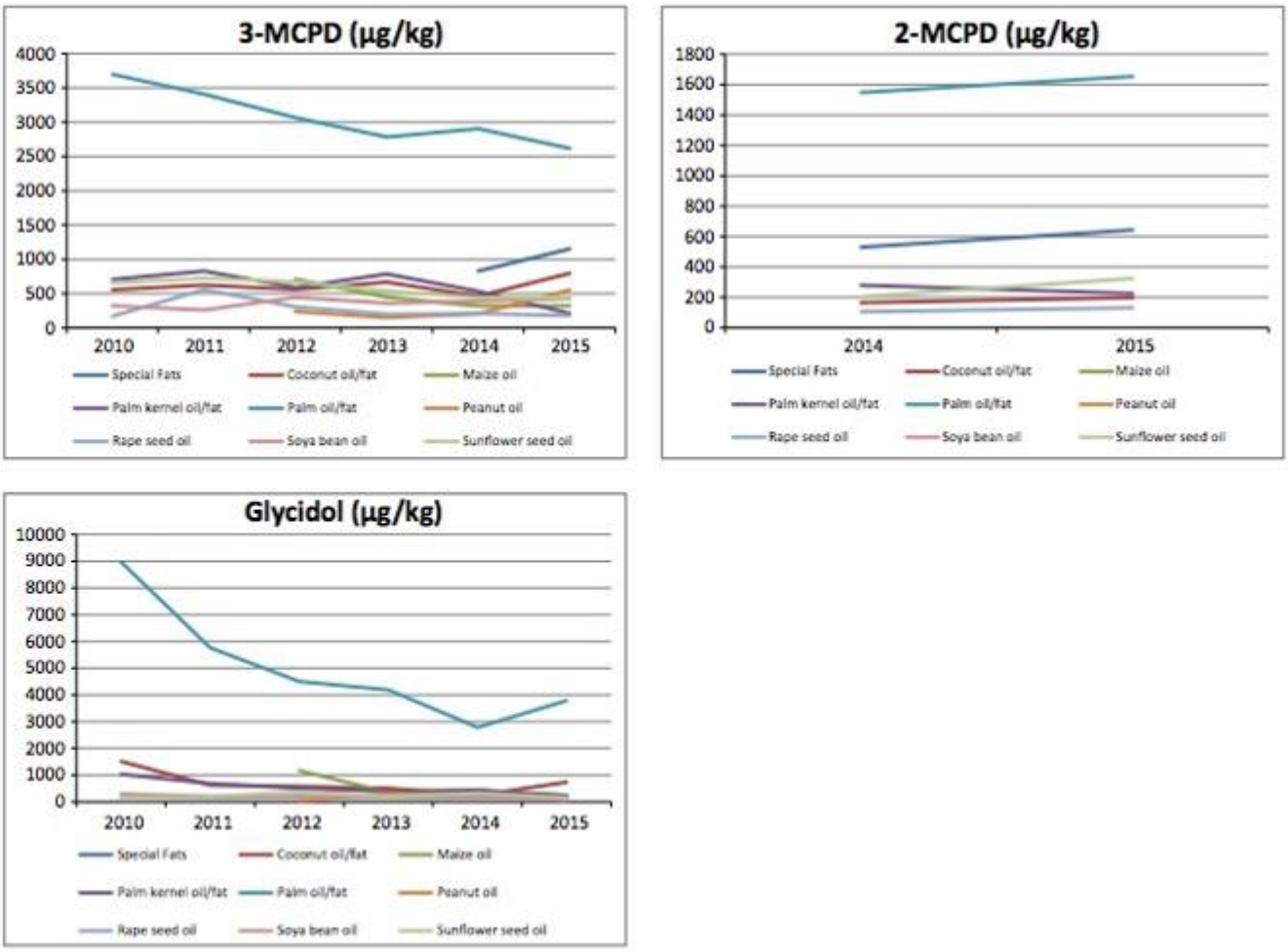


Figure 5: Graphs showing the evolution across the years 2010–2015 of the average level (µg/kg) of 3- and 2-monochloropropanediol (MCPD) from esters and glycidol from esters (all expressed as free moiety) in different types of oils and fats

Va precisato che il rapporto dell'Efsa, quindi, non parla dell'olio di palma in sè ma di sostanze chimiche che possono svilupparsi al suo interno quando questo viene lavorato. **Non viene rilevato un nesso causale certo tra l'assunzione di queste sostanze e l'incidenza del cancro**, e si precisa che un consumatore adulto è potenzialmente a rischio solo se fortemente esposto alle sostanze. L'esposizione ad esse, si legge, aumenta fino a dieci volte per i «bambini che consumino esclusivamente alimenti per lattanti».

Il rischio è maggiore per i più piccoli perché la loro ridotta corporatura non permette di smaltire quantità di sostanze tossiche che per un adulto sono più facilmente tollerabili. **La dose giornaliera tollerabile** è di 0,8 microgrammi per chilogrammo di peso corporeo al giorno per 3-Mcpd mentre per 2-Mcpd, si legge nel documento, le informazioni tossicologiche sono troppo limitate per stabilire un livello di sicurezza. «La stima della media e le esposizioni elevate al 3-Mcpd» sopiega l'Efsa «per le fasce di età più bassa, adolescenti compresi (fino a 18 anni di età), superano la dose giornaliera tollerata e costituiscono un potenziale rischio per la salute». Per i consumatori di 3 anni di età e oltre, margarine, dolci e torte sono le principali fonti di esposizione a tutte le sostanze.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 213.091
Diffusione 02/2016: 162.324
Lettori Ed. III 2015: 879.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

06-MAG-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

FARMACI

Regioni: un piano per i tagli ai costi

Roberto Turno ▸ pagina 16

Sanità. Le proposte al tavolo con il Governo per riportare la spesa sotto controllo

Farmaci, regioni in campo per tagliare i prezzi

Ipotesi di sconto del 10-20% per il rosso a carico delle imprese

IL DOCUMENTO

Nel dossier di cinque pagine ipotizzate pratiche innovative come il legame tra il prezzo e l'esito della terapia o al numero di pazienti trattati

Roberto Turno

ROMA

Prezzi dei farmaci, soprattutto quelli più costosi, legati ai volumi di vendita e al numero di pazienti "trattati", ma anche ai risultati della cura. Riduzione e comunque fissazione di un'asticella sui ticket occulti pagati dai cittadini per le differenze di listino rispetto ai generici. Nuovi criteri per definire la reale innovatività delle medicine e più concorrenza. Due tetti di spesa, sensibilmente diversi dagli attuali. Sostituibilità immediata dei medicinali biosimilari con i farmaci originali in scadenza di brevetto. Le regioni si preparano al tavolo col Governo con una proposta sulla farmaceutica che metterebbe letteralmente sottosopra le attuali regole. Obiettivo dichiarato: riportare la spesa sotto controllo, a partire da quella ospedaliera su cui le industrie sono chiamate a pagare un rosso 2013-2015 da 1,65 miliardi, e liberare risorse per «i nuovi bisogni in campo farmaceutico».

È un documento di sole cinque cartelline (*si veda Sanità24*), ma potenzialmente esplosivo per il mercato italiano del pharma, quello licenziato ieri dai governatori dopo un lungo confronto tecnico interno. Approderà al tavolo col Governo, nel quale è destinato a trovare pochi sponsor ministeriali, anche se sarà interessante conoscere il parere dell'Economia che tiene i cordoni della borsa e che però dovrà fare i conti con le intenzioni politiche di palazzo Chigi che sugli investimenti in Italia di Big Pharma, ma non solo, conta parecchio. Intanto la proposta delle regioni è pronta, e non mancherà di suscitare parecchie fibrillazioni. Con le immancabili mediazioni del caso. Tra le altre, l'ipotesi di concedere alle imprese uno sconto del 10-20% come transazione sui vecchi ripiani miliardari di cui le regioni hanno bisogno come l'ossigeno per i loro bilanci. Senza scordare che qualsiasi modifica di sistema avrà bisogno del paracadute di una legge, con tutti i dubbi sui tempi per incassarla.

Tagliare i prezzi dei farmaci, questa la manovra regionale. Con la procedura prezzo/volume, i listini verrebbero ridotti o scontati in modo progressivo in rapporto all'aumento dei pazienti trattati, al crescere delle indicazioni, delle terapie combinate e della loro durata. Con il prezzo legato all'esito della terapia (pay by result) verrebbe dato un altro scossone ai prezzi. Mentre per arginare i costi per i pazienti per il pagamento della differenza di prezzo tra generici e originator, che in sei anni è costato ben 5 miliardi, si propone di mettere un limite a questo differenziale, altrimenti il farmaco di marca sarebbe escluso dalla rimborsabilità: si calcola che per 150 farmaci esiste un differenziale di prezzo superiore al 100% e per 30 specialità oltre il 200%.

Di più. Nella proposta c'è la rivisitazione dei «registri Aifa» per i farmaci ad alto costo e di forte impatto sanitario. E sulla valutazione dell'innovatività dei prodotti, viene proposto il modello tedesco per stabilire criteri sicuri e verificati. C'è poi la richiesta di creare più concorrenza, attivando tra l'altro nella determinazione dei prezzi procedure selettive a evidenza pubblica e la possibilità per le regioni su tutte le categorie di prodotti di svolgere gare in «equivalenza terapeutica»: a premiare dovrebbe essere il criterio del minor costo a «parità di dosaggio, forma farmaceutica e unità posologiche per confezione». Infine, un altro capitolo scottante: la sostituibilità automatica dei farmaci biosimilari con gli «originator»: anche in questo caso l'effetto atteso dalle regioni sarebbe quello di ottenere risparmi immediati dal momento della scadenza dei brevetti di quei farmaci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 72.642
Diffusione 02/2016: 34.073
Lettori Ed. III 2015: 117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

06-MAG-2016
da pag. 28
foglio 1
www.datastampa.it

Regioni: regole riviste e corrette per il mercato famarceutico

Maggiore concorrenza nel mercato farmaceutico, più trasparenza in Aifa, introduzione della procedura di prezzo-volume, nuovi requisiti nel campo dell'innovazione terapeutica con la conseguente ridefinizione dei prezzi dei farmaci sulla base di tale attribuzione. Revisione della normativa relativa ai farmaci classificati come Cnn (non rimborsabili) e , infine, la ridefinizione dei tetti di spesa territoriale. Queste sono le proposte che le regioni si apprestano a fare al governo per ridisegnare la governance del settore con l'obiettivo di riportare la spesa farmaceutica entro i limiti di compatibilità dell'attuale finanziamento del Fondo sanitario nazionale. L'incontro, che si terrà a palazzo Chigi nelle prossime settimane, vedrà riuniti intorno ad un tavolo il sottosegretario alla presidenza del consiglio Claudio de Vincenti, il ministro della salute Beatrice Lorenzin, i rappresentanti dell'Aifa e del ministero dell'economia oltre al presidente della conferenza stato regioni, Stefano Bonaccini. Quest'ultimo avrà anche il compito di risolvere nel più breve tempo possibile il contenzioso che vede le regioni, per il triennio 2013-2015 creditrici nei confronti della filiera del farmaco di oltre 1,6 mld. Le cause dell'aumento della spesa farmaceutica sarebbero riconducibili, secondo le regioni, all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle cronicità, e un elevato prezzo dei farmaci soprattutto nell'area oncologica e delle malattie rare. Di qui la necessità di intervenire con una riforma radicale che favorisca la concorrenza fra le aziende produttrici in particolar modo nell'ambito dei farmaci equivalenti e biosimilari, una maggiore trasparenza nei registri di Aifa e, soprattutto, una revisione della delibera Cipe del 2001 sui criteri per l'individuazione dei prezzi dei farmaci associata all'introduzione della procedura prezzo-volume. Quest'ultima è ritenuta, dai rappresentanti delle regioni, elemento fondamentale per far si che il prezzo di un farmaco si abbassi contestualmente all'aumento delle sue vendite.

Pasquale Quaranta

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 205.956
Diffusione 02/2016: 152.634
Lettori Ed. III 2015: 1.533.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

12-MAG-2016
da pag. 38
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Italia in tribunale

Forza, facciamo causa al dottore

In aumento le azioni per i casi di vera o presunta malasanità. Con avvocati che inseguono i clienti dentro gli ospedali. Ecco alcune storie. Da Nord a Sud

di **Francesca Sironi**

C'È UNA SELVA, sempre più affollata di avvocati che si offrono ai clienti per intentare cause, anche temerarie, urlando all'errore medico. Ci sono siti che si chiamano «risarcimentodanni-malasanità.info», oppure «avvocato-malasanità.it», e molti altri simili. C'è lo studio legale che scrive: «Per ottenere risarcimenti elevati in tempi rapidi è necessario avere un atteggiamento "aggressivo" nei confronti delle compagnie assicurative del medico o dell'ospedale». C'è il team di legali che si presenta come "osservatorio" di settore e garantisce il «98 per cento di pratiche risolte con successo, la maggior parte senza ricorrere in giudizio». Ci sono le centinaia di annunci che offrono «assistenza legale a zero spese» per denunciare i dottori. C'è l'associazione "tutela da malasanità" che pubblica la foto di una donna incinta, e sotto la didascalia: «Se partorire il tuo bimbo è diventato un incubo per te...», clicca qui. C'è la società che aveva ottenuto due vetrine nell'atrio dell'ospedale di Montebelluna, a marzo, per il «recupero danni», fra cui quello «da vacanza rovinata».

In bilico fra l'offrire un servizio e l'esagerare col marketing, fra il rispondere ai bisogni dei pazienti e lo speculare sulle loro paure, in molti sembrano aver trovato mercato nelle richieste di indennizzi verso gli ospedali. Insieme alle denunce contro le banche, le azioni legali dei clienti-pazienti sono infatti diventate i motivi di cause civili più diffusi (e in ascesa), per volume e valore, in Italia, secondo quanto emerge dall'ultima relazione del ministero della Giustizia sulle "mediazioni obbligatorie". E le 13 mila richieste portate avanti per il canale ordinario nel 2015 non sono che un frammento dei litigi in corsia: la mediazione infatti funziona raramente in questi casi e gli avvocati preferiscono spesso la via della conciliazione diretta: gli "accertamenti tecnici preventivi" di questo tipo sono circa 19 mila l'anno, spiegano dal ministero, anche se non è possibile sapere quanti riguardino la responsabilità dei medici.

Le richieste di rimborsi insomma, da ogni parte aumentano, occupando ospedali e tribunali. Mentre nei casi gravissimi - come quello recente, definito dagli stessi giudici "drammatico", degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria (dove i medici del reparto di ginecologia hanno coperto per anni i propri errori, in un'abitudine all'omertà costata la vita a diversi neonati) - le famiglie rischiano di restare anni in attesa di un riconoscimento.

GRATIS

Ritornano costanti, fra le pubblicità in Rete, via radio, sui poster da 10 metri per due all'ingresso dei Pronto Soccorso o negli annunci in sala d'aspetto, alcune parole. La più frequente è "gratis". Gli studi infatti offrono quasi sempre la possibilità di procedere alla causa contro l'ospedale senza dover pagare niente in anticipo: i difensori prenderanno una quota del risarcimento finale, chiedendo soltanto, in

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 205.956
Diffusione 02/2016: 152.634
Lettori Ed. III 2015: 1.533.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

12-MAG-2016
da pag. 38
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

La corsia di un ospedale italiano: aumentano le cause contro i medici

alcuni casi, esborsi per pratiche e documenti. «Diamo consulenza gratuita e anticipiamo noi i costi della perizia medica, se il cliente non se la può permettere: a volte servono anche duemila euro», spiega ad esempio Domenico Musicco, avvocato e presidente di un'associazione che si occupa di vittime di incidenti stradali e di errori medici, tema sul quale, dice, s'apre uno scenario allarmante: «Ci sono 14 mila decessi l'anno per malasanità, 320 mila persone che subiscono un danno». La fonte? «Istat», che però non ha mai diffuso statistiche di questo tipo; mentre il ministero della Salute riporta circa 12 mila sinistri ogni 12 mesi, soprattutto lesioni, nelle strutture pubbliche. Musicco spiega: «Solo in base alla valutazione del nostro medico legale decidiamo se vale la pena proseguire oppure no. Per questo è raro che alla fine il giudice non riconosca il risarcimento che chiediamo».

Evitando le denunce meno fondate, insomma, ci sono maggiori probabilità che la causa proceda. «Riceviamo circa 8 mila richieste l'anno», racconta Roberto Simioni, titolare di "Obiettivo Risarcimento": «Per quelle che portiamo avanti, circa un terzo, consigliamo di solito la conciliazione, come primo tentativo. Se non riesce, passiamo in tribunale. Da qui ai prossimi quattro anni abbiamo 270 milioni di euro di rimborsi che dovrebbero essere pagati ai nostri assistiti». Nel 2014 Obiettivo Risarcimento ha chiuso il bilancio con un fatturato da tre milioni di euro, in crescita dalle stagioni precedenti, nonostante le difficoltà che Simioni indica: assicurazioni sempre più evanescenti, medici che si rifiutano di pagare, la scure della riforma Gelli che prevede di dimezzare i tempi di prescrizione per i reati in ospedale, passando da 10 a 5 anni (oggi una vittima o un parente possono presentare un esposto anche a nove anni dall'accaduto). Sempre nel 2014 la sua società ha speso 919.907 euro di pubblicità, e nel frattempo, dal 2013, è diventata proprietaria, oltre che sponsor principale, della squadra di pallavolo di Vicenza, la "Obiettivo Risarcimento Volley", che gioca in serie A. Sulla maglietta le giocatrici portano la scritta: "Zero rischi, zero anticipi".

BASTA UN CLICK

In tanti hanno provato a seguire il successo dell'azienda trevigiana. Nella vicina Verona ad esempio c'è "Tutelia", marchio registrato, specializzazione in "ricorsi bancari ed errori medici". «Anche noi tentiamo sempre la composizione stragiudiziale, o una transazione, prima di andare in tribunale», spiega la responsabile, Pieranna Bressanelli: «Non è tutto gratuito, ma le spese sono chiare e concordate fin dall'inizio coi clienti». Di risultati e numeri delle loro pratiche preferisce non parlare, perché «sui giornali locali hanno scritto servizi denigratori: ci hanno dato degli speculatori», per via di un grande cartellone pubblicitario esposto dalla società fuori dall'ospedale. A Treviso poi c'è la "Omnia Damni Srl", proprietaria di "Arearisarcimenti.it", l'attività che aveva provato ad aprire uno sportello dentro l'ospedale di Montebelluna. Fra le altre possibilità, in vetrina, presentava anche quella di ricorrere a giudizio per "danni da vacanza rovinata", prima che arrivasse la diffida del direttore generale dell'Azienda sanitaria. L'amministratrice, Maria Cristina Longo, ha sulle spalle il peso di ipoteche e pignoramenti fra Chioggia e Venezia.

A Rovato, invece, in provincia di Brescia, ha aperto a novembre del 2015 la "Salute Tutela Risarcimento", compagnia rappresentata da Maria Lorena Sacchi, ex amministratore unico e consigliere della "Dental Group": studi odontoiatrici, chiusi per fallimento, con strascichi di sentenze. E non c'è solo il Nord Est: dal 2010 ad esempio è attiva sul mercato la "Risarcimento malasanità servizi srl" di Francesco Pacileo, imprenditore che si occupa, oltre che di danni medici, anche del commercio di imbarcazioni con un'altra società, mentre in passato amministrava imprese agricole.

In Rete si fanno concorrenza sulle cause sanitarie decine di studi legali e associazioni, da "Iusmed" a "Periplo familiare", dal "Tribunale tutela salute" all'associazione napoletana che pubblica on line un numero verde per chi ha bisogno di informazioni. Ma rispondono due donne che sembrano non ricordare l'attività di cui sono il riferimento: «Verrà richiamata», concludono dopo un po'. Infine sono fioriti i portali web, come "Risarcimenti-online.it" dove si promette: «più di 500 utenti al mese trovano il giusto risarcimento». Il sito fa parte della galassia di Lifeisweb, una Ltd registrata a Londra da un italiano che mantiene e gestisce una foresta di indirizzi copia, dall'Avvocato-malasanità all'Avvocato-risarcimentodanni.it. ›

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 205.956
Diffusione 02/2016: 152.634
Lettori Ed. III 2015: 1.533.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

12-MAG-2016
da pag. 38
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

"SO CHE HA FATTO TUTTO IL POSSIBILE PER SALVARE MIO FIGLIO MA HO BISOGNO DI SOLDI E LA DENUNCIO"

SOTTO ASSEDIO

«Lavorare gratis ed essere pagati a risarcimento avvenuto è già di per sé una stortura», commenta Valentina Restaino, referente del sindacato "Mobilitazione generale degli avvocati": «Senza equo compenso si è creato un esercito di gente affamata che finisce per muoversi sul mercato rastrellando cause su un filo sottile dal punto di vista deontologico e sociale». Per chi è nel settore, il problema è dall'altra parte: «Noi difendiamo chi altrimenti non avrebbe modo di veder riconosciuti i propri diritti. Anch'io conosco medici eccellenti denunciati da alcuni legali-speculatori. Ma ci sono poi molti casi gravissimi in cui gli ospedali tentano di insabbiare le colpe», dice Musicco. «Siamo la voce dei pazienti», aggiunge Simioni: «Ci prendiamo un rischio per loro, muovendoci nell'incertezza. E lo facciamo per giustizia».

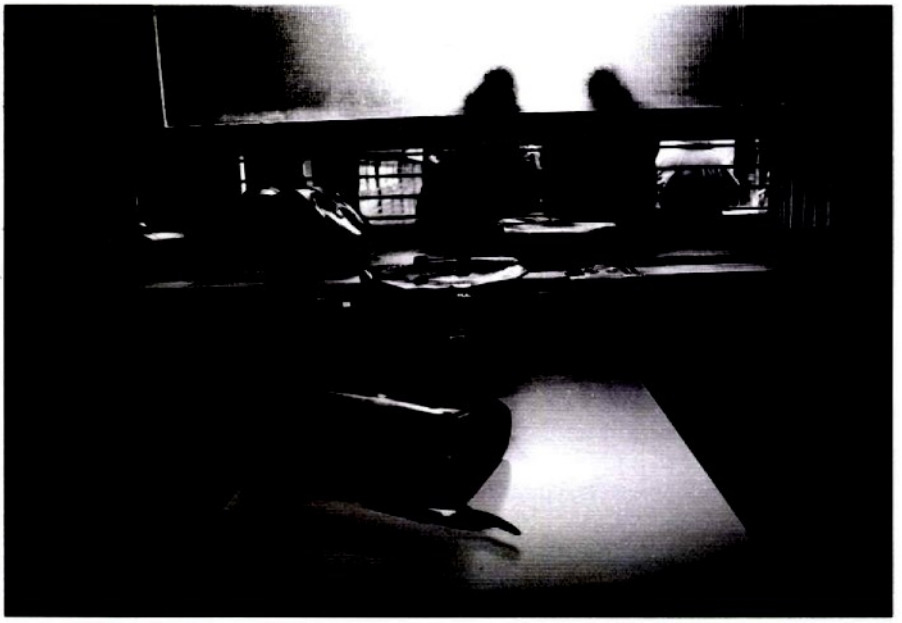
Dall'altra parte i medici dicono di sentirsi assediati. «Una donna ha iniziato a gridarmi che mi avrebbe denunciata prima ancora che entrassi nella stanza del marito, malato di tumore al pancreas in fase terminale», racconta una dottoressa, che chiede di restare anonima: «È morto per un'embolia polmonare massiva. E lei l'ha fatto, mi ha denunciata. Ho dovuto pagare l'avvocato per assistere all'autopsia, vedere il mio nome sui giornali. Prima che venisse tutto archiviato. L'altro giorno invece la madre di un ragazzo che aveva avuto un incidente mortale ci ha detto: "So che avete fatto il possibile per salvare mio figlio. Ma ho bisogno di soldi, e vi denuncerò"».

«Gli ultimi due avvisi di garanzia che ho ricevuto riguardano un paziente grande obeso, morto dopo 85 giorni in rianimazione. E una signora di 73 anni malata di Parkinson da 10. Aveva metastasi in tutto il corpo per un tumore al colon. Non ho voluto sentire quanto hanno chiesto i familiari come risarcimento. Preferisco non saperlo. Mi sono limitato a pagare il mio avvocato e avvisare l'assicurazione», racconta un suo collega dal Lazio. Entrambi sono anestesisti e rianimatori d'emergenza. Dottori cioè che intervengono proprio nei casi più critici. «È comune che per uno stesso fatto vengano indagati tutti i medici presenti, tutti i professionisti che hanno visto il paziente. Noi finiamo spesso così nell'elenco», spiega il presidente della loro associazione, l'Aaroi-Emarc, Alessandro Vergallo. In sede penale però è raro che i medici vengano condannati, «mentre sul fronte civile capita sempre più spesso che per piccoli danni le aziende sanitarie decidano di transare, senza magari avvisare gli specialisti. Il problema è che passa il messaggio di un incidente riconosciuto, e per questo rimborsato, anche se non era tale».

INGIUSTIZIE

Dati concreti, a livello nazionale, sui risarcimenti e le transazioni, non ce ne sono: li sta raccogliendo proprio in questi mesi l'Istituto di vigilanza sulle assicurazioni. Sono noti i premi però: nel 2014 i dottori hanno versato 189 milioni di euro per tutelarsi da cause e incidenti, contro i 146 del 2010. Un libero professionista può arrivare a pagare più di 20 mila euro l'anno di polizza. Anche perché sono poche le società cui rivolgersi: 29 compagnie coprono la responsabilità medica in Italia. Di cui solo tre firmano contratti anche per le strutture pubbliche. Gli ospedali, nello stesso anno, hanno pagato 443 milioni a broker privati e ne hanno accantonati altrettanti in quelle regioni che hanno scelto di auto-assicurarsi. A cui aggiungere un altro miliardo di euro di fondi trattenuti per la copertura dei rischi. «Per questioni economiche l'azienda può decidere di chiudere un accordo piuttosto che affrontare le spese di giudizio», spiega Massimiliano Zaramella, presidente di "Obiettivo Ippocrate", un'associazione nata a febbraio proprio per affrontare il tema della responsabilità civile dei medici: «È triste pensare che le cause facili avanzino, ingolfando i tribunali, mentre le vittime che chiedono risarcimenti importanti per danni gravi, dalle conseguenze devastanti, si trovano spesso ad affrontare tempi lunghissimi. E ingiusti». ■

La sala avvocati con le borse dei legali in un tribunale italiano



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Questo sito contribuisce alla audience di MEDIASET TGCOM24

Salute

Sanità: fino a 6 mila morti l'anno da infezioni ospedale, risparmi da 500 mln

5 maggio 2016

ADNKRONOS

Roma, 5 mag. (AdnKronos Salute) - Mani sempre pulite per non ammalarsi in ospedale. In Italia ogni anno dal 5 all'8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera, che provoca il decesso di circa 5-6mila persone. Le infezioni ospedaliere rappresentano un'insidia che richiede "una gestione preventiva e adeguata". Lo sottolinea in occasione della Giornata mondiale sull'igiene delle mani Assobiomedica, che stima risparmi di almeno 500 milioni di euro l'anno applicando in Italia modelli, utilizzati in altri Paesi europei, per ridurre le infezioni correlate all'assistenza ospedaliera.

"Si tratta di un problema che potrebbe pesare fino a 1 miliardo di euro sulla sanità italiana, mentre il 20-30% di infezioni potrebbe essere evitato con l'attuazione di buone pratiche cliniche, come l'igiene delle mani, ma anche con l'utilizzo di tecnologie mediche appropriate e la messa a punto di adeguati meccanismi di controllo e di processo da parte degli operatori sanitari", afferma Assobiomedica.

Scienza, le news

Salute: in 10 anni peggiorata per immigrati regolari, crisi tra cause

Rifiuti, 42 tonnellate per ogni mln di euro di Pil, Italia tra i più virtuosi

Tumori: corsa 'in rosa' contro cancro seno, torna la Race for the cure

Sanità: 700 mila diabetici l'anno in ospedale per altri motivi, guida Sid

Salute: dieta anti-diabete è mediterranea, inverte primo piatto col secondo

Agenda 2030, verso un nuovo modello di sviluppo che vada oltre il Pil

Crescere i figli in città, 6 mamme su 10 sono soddisfatte

Alimenti: Efsa, possibili rischi salute da contaminanti olio di palma

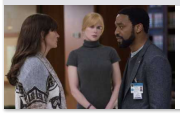
Animali: lo studio, cani Labrador 'mangioni' per colpa di un gene

Per proteggersi dieta, sport, screening su misura e farmaci 'scudo' Una 'relazione pericolosa' nutrita da zuccheri e insulina nel sangue

Star Wars Mania

In edicola la Principessa Leia e...

DVD in edicola



Il segreto dei suoi occhi
Guardalo in streaming

Panorama News

PANORAMA NEWS

Tutto il meglio della settimana. Iscriviti

"La giornata mondiale sull'igiene delle mani - ha dichiarato Luigi Boggio, presidente di Assobiomedica - pone l'accento su un problema di dimensioni rilevanti, con un impatto potenzialmente devastante sul paziente e molto oneroso per le casse sanitarie. Il tema può sembrare banale mentre invece il corretto e costante lavaggio delle mani può davvero contribuire in larga parte a evitare il fenomeno delle infezioni ospedaliere".

"Per evitare una gestione tardiva delle infezioni e la resistenza alla terapia antibiotica - ha aggiunto Boggio - è sempre più urgente un approccio coordinato e preventivo tra reparti, ma anche tra strutture sanitarie, enti locali e centrali, volto ad avviare in maniera omogenea politiche sulla prevenzione dei rischi; formazione del personale sulle pratiche di controllo delle infezioni; utilizzo di metodiche e dispositivi appropriati per la pulizia, l'igiene e la disinfezione delle apparecchiature. Ciò significherebbe un risparmio annuale stimato di più di 500mila euro a struttura sanitaria, oltre a una riduzione del 50% delle infezioni nosocomiali".

"Si fanno tagli alla sanità con spending review, payback e rinegoziazioni, quando mettendo in atto buone pratiche come questa si otterrebbero risparmi notevoli e si garantirebbe ai pazienti un più elevato livello di sicurezza. Le infezioni ospedaliere - ha concluso il presidente di Assobiomedica - giocano un ruolo di primo piano per la sicurezza del paziente e hanno un elevato impatto clinico ed economico, ma sarebbero evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia. Sarebbe fondamentale promuovere un programma, insieme al ministero della Salute e alle Regioni, in cui le imprese del settore dei dispositivi medici potrebbero impegnarsi in iniziative di sensibilizzazione e di formazione del personale medico-sanitario".

© Riproduzione Riservata

Panorama Academy

La scuola online che crea eccellenze

Carta Euronics

Iscriviti al programma fedeltà e ricevi un voucher di 25 Euro

Commenti

© 2008 Arnoldo Mondadori Editore Spa - riproduzione riservata - P.IVA 08386600152

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 11/2013: 464.428
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA SETTE

Dir. Resp.: Pier Luigi Vercesi

06-MAG-2016
da pag. 110
foglio 1
www.datastampa.it

Medicina A Roma un forum per fare il punto sulla sanità italiana e parlare del suo futuro

La salute di domani migliorerà con le startup

Il progetto "Hi Future!" mette a confronto esperienze di aziende farmaceutiche impegnate nella scoperta di molecole nuove

di **Andrea Milanesi**

Frontiera tecnologica
In alto, una linea di produzione farmaceutica e una ricercatrice al lavoro. Sotto, Massimo Scaccabarozzi, presidente e ad di Janssen Italia.

Tra il 2009 e il 2015 le startup innovative italiane sono cresciute a livello esponenziale: erano 3 e sono diventate 5.051, il 75% delle quali opera nel comparto dei servizi e il 15% in ambito di ricerca e sviluppo, mentre negli ultimi 4 anni sono più che raddoppiate quelle attive nel settore delle scienze della vita che, pur risultando ancora ridotte in termini numerici (sono solo 26), depositano più brevetti rispetto agli altri settori. È questo il quadro che emerge dallo studio realizzato da I-Com (Istituto per la Competitività) e presentato lo scorso 3 maggio a Roma in occasione del lancio del progetto *Hi Future!* promosso dall'azienda farmaceutica Janssen, che fa parte del Gruppo Johnson & Johnson e che è presente in Italia da ben 40 anni.

Per celebrare questo importante traguardo, l'evento ha rappresentato un momento privilegiato di confronto sullo stato della sanità nel nostro Paese e di promozione per la nascita di una cultura dell'innovazione applicata alle scienze della vita. «Siamo una startup di 40 anni e 1.000 dipendenti», ha dichiarato Massimo Scaccabarozzi, Presidente e Amministratore Delegato di Janssen Italia, «perché da quando siamo nati abbiamo portato innovazione in diverse aree terapeutiche, cambiando il corso di patologie ad alto impatto sociale come l'Hiv, l'epatite, le malattie onco-ematologiche e mentali. Oggi abbiamo in sviluppo 35 nuove molecole e all'attivo 8 farmaci che sono stati dichiarati essenziali per l'umanità dall'Organizzazione mondiale della sanità. Questo dimostra come la ricerca ci abbia guidato fin dai primi passi, e continuerà a farlo. La nostra è un'azienda che si rinnova ogni giorno e vogliamo che sia così anche per i prossimi 40 anni. Intendiamo rivolgerci alle nuove generazioni, ai manager di domani e per questo abbiamo voluto un progetto che per la prima volta parlasse ai giovani di come nel prossimo futuro la salute non possa prescindere dall'innovazione».

E *La salute di domani a partire dalle idee* è il titolo che ha incorniciato i lavori del progetto Hi Future!, in occasione del quale si è dato appuntamento il mondo dei professionisti di settore, delle associazioni, delle istituzioni, delle imprese e della creatività giovanile, per condividere nuove visioni e approcci alternativi.

Con un occhio alle webserie. La prima fase dell'iniziativa si è strutturata seguendo il format esclusivo HITalk, evento culturale di storytelling durante il quale si sono alternati gli interventi incentrati sulle differenti declinazioni relative alla tematica dell'innovazione da parte dei rappresentanti del mondo della politica, della medicina, dell'industria, della tecnologia, della ricerca e della comunicazione. A partire da questi confronti prenderà avvio la seconda parte del progetto, aperta a film-maker, creativi e giovani startupper che potranno partecipare a un bando di concorso per accedere alle selezioni del Roma Web Fest in programma il prossimo settembre e realizzare la prima webserie dedicata appunto all'innovazione e alla salute del futuro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

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

La riflessione

Se la sicurezza alimentare parte dalla conoscenza del nostro ambiente

di **Gianfranco Vissani**

Quando parliamo di sicurezza alimentare affrontiamo temi molto delicati. In primo luogo la sicurezza di avere cibo per tutti, e questo è un principio che va affermato sopra ogni cosa: ogni essere umano ha diritto alla vita, e dunque al cibo. Questo è un obiettivo da conseguire prima di ogni altro. Inoltre il cibo deve essere sicuro e non costituire pericolo per la nostra salute. I fattori che attraverso il cibo potrebbero danneggiare il nostro organismo sono tanti: dall'inquinamento ambientale che passa negli alimenti, agli additivi usati durante la produzione o il confezionamento delle derrate, al deterioramento dovuto a cattiva, troppo prolungata, conservazione. Infine un danno potrebbe provenire dalle frodi, adulterazioni perpetrate a scopo di guadagno, e questa è la modalità più odiosa. Come difenderci? Ci sono diversi modi. Sicuramente le certificazioni aiutano. Le certificazioni dop, igp, biologico e molte altre sono garanzie di prodotti sani e controllati ma la garanzia principe ce la può dare solo la conoscenza di tutta la filiera e dell'ambiente in cui si sviluppa. Vale per il cibo quello che vale per la vita: qual è il posto in cui ci sentiamo più sicuri? La nostra casa, ovviamente, dunque anche per il cibo la sicurezza più completa può venire solo dall'ambiente che conosciamo: se conosciamo territorio, tradizioni, modalità e tecniche di preparazione degli alimenti allora sapremo bene cosa cucinare o evitare. Basterà un'occhiata e sapremo cosa portiamo in tavola: la garanzia che nessuno ci può dare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica.it

05-05-2016

Lettori
37.302

http://la.repubblica.it/salute

Addio carne, mai così poca sulle tavole degli italiani negli ultimi 15 anni

Rapporto di Coldiretti: "Quasi un italiano su dieci ha detto addio a questo alimento". E' in corso una rivoluzione delle abitudini alimentari, complice l'allarme dell'Oms sui rischi per la salute. Il primato della spesa per cibo delle famiglie è passato a frutta e verdura: è la prima volta

di ELENA DUSI

Il consumo di carne in Italia non è mai stato così basso negli ultimi quindici anni. "Quasi un italiano su dieci ha completamente detto addio a questo alimento" afferma Coldiretti in un rapporto pubblicato oggi. A ottobre dell'anno scorso l'Organizzazione mondiale della sanità aveva classificato come "probabilmente cancerogena per l'uomo" la carne rossa e come "cancerogeni" gli insaccati. "L'allarmismo - prosegue Coldiretti, che ha organizzato per oggi la Giornata nazionale della carne italiana - si è fatto sentire sull'intera popolazione con gli acquisti delle famiglie che sono crollati del 9% per la carne fresca di maiale, del 6% per quella bovina e dell'1% per quella di pollo come pure per i

salumi, scendendo ai minimi dell'inizio del secolo".

Secondo un sondaggio elaborato da Eurispes per Coldiretti, il 7,1% degli italiani si dichiara vegetariano. La percentuale di vegani ha raggiunto l'1% nel 2015. A non toccare carne è dunque più dell'8% degli italiani. Il dato è in aumento rispetto al 2014: erano complessivamente il 5,9%. "Nel 2015 - aggiunge l'associazione degli imprenditori agricoli - la carne ha perso per la prima volta il primato di spesa ed è diventata la seconda voce del budget alimentare delle famiglie italiane dopo l'ortofrutta. La spesa è scesa a 97 euro al mese, mentre l'incidenza è del 22% sul totale. Per le nostre tavole nazionali si tratta di una rivoluzione". La più consumata in Italia, secondo i dati diAssocarni, resta la carne di maiale (37 chili a testa all'anno), seguita da quella bovina (21 chili) e da quella avicola (19 chili).

Il resto del mondo non sembra seguire il trend degli italiani. "Il consumo apparente degli statunitensi - sottolinea ancora Coldiretti - è superiore a quello italiano addirittura del 60%, quello degli australiani del 54%, quello degli spagnoli del 29% e quello dei francesi e dei tedeschi del 12%. Le quantità di carne portate realmente in tavola dagli italiani sono scese in media a 85 grammi al giorno". Il rapporto dell'Oms provocò grandi polemiche l'anno scorso. Nonostante i rapporti fra carne rossa e cancro, gli esperti consigliano di moderarne il consumo a non più di due-tre volte alla settimana, ma non suggeriscono di escluderla del tutto. "Serve educazione e buon senso - dice il presidente di Coldiretti Roberto Moncalvo - e soprattutto rispetto per tutti i diversi stili di vita alimentari, ai quali l'agricoltura italiana può offrire grandi opportunità di scelta".

L'effetto del calo dei consumi (ma anche dell'aumento delle importazioni) è stato evidente dal punto di vista economico. "Negli ultimi cinque anni - denuncia Coldiretti - hanno chiuso quasi 12mila stalle da carne per effetto delle importazioni dall'estero, che oggi rappresentano circa un terzo dei consumi. Dalla fattoria Italia sono scomparsi circa 300mila bovini da carne, mezzo milione di maiali e 700mila conigli. Sono rimasti appena 80mila allevamenti di bovini da carne, 5mila di maiali e 4500 di polli da carne. Nelle stalle nazionali sono ancora allevati 8,7 milioni di maiali, 6,1 milioni di bovini da carne e 6,5 milioni di conigli, ma risultano minacciate ben 24 razze di bovini, 10 di maiaili e 10 di avicoli". Dall'estero importiamo il 40% della carne bovina e il 35% di quella di maiale. "Questo mette a rischio - prosegue il rapporto Coldiretti - 180mila posti di lavoro in tutta la filiera delle carni che genera in Italia un valore economico dell'ordine di 30 miliardi di euro".

quotidianosanità.it

Giovedì 05 MAGGIO 2016

Governance farmaceutica. La rivoluzione delle Regioni in nove mosse. Due tetti per la territoriale e prezzo/volume. Novità anche su innovazione, concorrenza, registri trasparenza Aifa, biosimilari e *payment by result*

Accordo oggi tra i presidenti sulle proposte da portare al tavolo per la Riforma della Governance farmaceutica. In 9 punti gli enti locali puntano ad invertire lo scenario di una spesa sanitaria in crescita. Saitta: "Ci interessa introdurre anche nella farmaceutica i criteri di concorrenza che sono stati applicati anche a beni e servizi. Al Governo chiediamo di fare in fretta, spesa è insostenibile". LE PROPOSTE DELLE REGIONI - SINTESI

Apertura alla concorrenza nel mercato farmaceutico. Introduzione della procedura di prezzo-volume. Ridefinizione dei tetti di spesa per la convenzionata 'pura' e la 'non convenzionata'. Sostituibilità automatica dei farmaci biosimilari con gli originator. Ridefinizione delle cosiddette "liste di trasparenza" per limitare il gap di prezzo tra prodotto brand a carico del cittadino e il prezzo di riferimento del farmaco equivalente.

E ancora, rivisitazione dei registri Aifa per ridefinire il "risultato terapeutico" e la "fruibilità" da parte delle regioni dei dati clinici contenuti nei registri stessi. Definizione dei criteri di innovatività per arrivare ad una rivisitazione dei prezzi dei farmaci in base a questa caratteristica. Revisione della delibera Cipe 3/2001 sull'individuazione dei criteri per la contrattazione del prezzo dei farmaci. Apertura di un tavolo per una nuova modalità di valutazione del costo del farmaco che includa anche altri costi connessi.

È questa la rivoluzione in nove punti che le Regioni propongono per il mondo del farmaco. E con un obiettivo: "Riportare la spesa farmaceutica entro i limiti di compatibilità dell'attuale finanziamento del Fsn oltre alla tempestiva risoluzione del contenzioso che vede le regioni, per il triennio 2013-2015 creditrici nei confronti della filiera del farmaco di oltre 1,6 mld, che, nel periodo potrebbero essere state utilmente destinate alla erogazione delle prestazioni assistenziali ai cittadini, occorre ridefinire nuovi tetti di spesa ed adottare misure strutturali, tali da liberare risorse per far fronte ai nuovi bisogni assistenziali in campo farmaceutico".

Un pacchetto di proposte (vedi anticipazioni in un'intervista a Qs dall'assessore Saitta) approvato questa mattina in Conferenza delle Regioni e che sarà presentato dal Presidente **Stefano Bonaccini** al Governo in vista della prossima apertura del tavolo sulla farmaceutica. Un confronto che i presidenti si auspicano venga raggiunto a stretto di giro di posta (anche se sembra difficile). Anche perché, come messo nero su bianco dalle Regioni "l'attuale sistema di governo della spesa farmaceutica impostato essenzialmente sul ripiano, da parte della filiera del farmaco, farmacisti, grossisti, e industria, della quota eccedente il tetto di spesa programmato, anche per il pesante contenzioso promosso da tutta la filiera del farmaco nei confronti di Aifa e Regioni, non è in grado di garantire la compatibilità economica dell'assistenza farmaceutica con le risorse attualmente disponibili e

di far fronte agli emergenti bisogni assistenziali".

"Il nostro obiettivo principale è risolvere il problema di contenere una spesa farmaceutica che sta crescendo – ha spiegato **Antonino Saitta,** coordinatore commissione salute della Conferenza delle regioni – in particolare ci interessa introdurre anche nella farmaceutica i criteri di concorrenza che sono stati applicati anche a beni e servizi. Una concorrenza che deve riguardare i farmaci equivalenti e i biosimilari. Non solo, vogliamo ridefinire il concetto stesso di innovatività, su un piano scientifico non burocratico, stabilendo una relazione tra innovatività e risultati e tra innovatività e i tempi con i quali questi risultati si ottengono. Abbiamo quindi proposto delle indicazioni è chiaro che ne vogliamo discutere con il Governo. Abbiamo chiesto di fare in fretta .-ha aggiunto – anche perché sono diversi mesi che Governo e Regioni non si confrontano su questo tema. E l'urgenza è dettata anche dalla necessità di risolvere i contenziosi tra regioni e aziende sulle questioni del payback".

Tra le principali cause dell'insostenibilità della spesa, oltre all'ormai noto problema dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle cronicità, le Regioni indicano: prezzi elevati dei farmaci soprattutto nell'aera oncologica, onco ematologica e di quelli impiegati nelle malattie rare; schemi terapeutici che associano più farmaci ad alto costo con conseguente raddoppio della spesa (Combo therapy); un trend in crescita del numero dei pazienti in trattamento in linee terapeutiche successive alla prima; fenomeni di non appropriatezza prescrittiva generati dal pressante marketing dell'industria farmaceutica. Ma anche l'insufficienza di una concorrenzialità dei prezzi nel mercato farmaceutico. Anche perché "la riduzione dei prezzi dei farmaci a brevetto scaduto non è sufficiente a controbilanciare gli aumenti dovuti ai nuovi farmaci; allo stesso modo ai farmaci generici e ai biosimilari stante la normativa vigente non viene imposto uno sconto obbligatorio minimo".

Qui di seguito i 9 punti delle Regioni:

1. Introduzione della procedura di contrattazione prezzo/volume per quelle categorie di farmaci (P/V) soggette ad ampliamento delle indicazioni di registrazione, a fenomeni di combo therapyo al prolungamento delle terapie per stabilizzazione del paziente;

2. **Rivisitazione dei registri AIFA** con particolare riferimento alla ridefinizione di "risultato terapeutico" e alla "fruibilità" da parte delle regioni dei dati clinici ivi contenuti;

3. Adozione di criteri scientifici per l'attribuzione e la revisione del **requisito dell'innovatività** terapeutica e la ridefinizione dei prezzi dei farmaci sulla base di tale attribuzione. Le Regioni guardano al modello Germania che potrebbe essere la base da cui partire costruendo delle fasce di innovatività. Inoltre, è opportuno verificare se l'innovazione è effettiva nella *real life* stabilendo degli indicatori tesi a valutare la reale innovazione. Infine, appare anche opportuno per i farmaci innovativi arrivare a *payment by results* dopo aver ridefinito i tempi per il raggiungimento dei risultati in base alla patologia.

4. Interventi sulle "liste di trasparenza AIFA" tesi limitare la differenza di prezzo a carico del cittadino fra il prodotto brand e il prezzo di riferimento del farmaco equivalente al fine di ridurre sensibilmente la spesa a carico del cittadino che nell'anno 2015 ha superato 1 miliardo di euro.

5. Azioni tese a favorire la **intercambiabilità dei farmaci biosimilari** con i corrispondenti originator;

6. Concorrenza. Introduzione, nel mercato farmaceutico, come avviene in tutti gli altri settori, compreso l'ambito sanitario, di elementi di concorrenzialità fra le aziende produttrici attraverso la determinazione dei prezzi con procedure selettiva ad evidenza pubblica nonché attraverso la individuazione, da parte di AIFA, su tutte le categorie di farmaci, l'esistenza dell'equivalenza terapeutica totale, parziale o assenza di equivalenza in modo tale di poter consentire alle regioni l'espletamento di gare in equivalenza terapeutica.

7. Revisione della delibera CIPE 3/2001 (Individuazione dei criteri per la contrattazione del prezzo dei farmaci) tesa a implementazione dei dossier con studi di costo-efficacia (CEA) e studi di impatto sul budget (BIA, della documentazione sui costi evitabili ,maggior flessibilità da parte dei AIFA sulla ricontrattazione

8. **Revisione della normativa relativa ai farmaci classificati come CNN** e ai farmaci inseriti negli elenchi della legge 648/1996.

9. Ridefinizione tetti di spesa territoriale. Individuare i due tetti non in base ai processi distributivi ma in funzione delle diverse modalità di acquisto dei prodotti. E' pertanto ipotizzabile l'individuazione di un tetto per l'assistenza farmaceutica convenzionata (prezzo non stabilito da gare regionali) e un tetto per l'assistenza farmaceutica "non convenzionata" i cui prodotti sono acquistati dalle regioni attraverso procedure pubbliche di acquisto. Nel tetto della spesa farmaceutica non convenzionata devono essere ricompresi anche i farmaci acquistati dalle strutture private per l'attività svolta, in regime di convenzione, per il SSN. Allo stesso modo dovranno rientrare nel tetto spesa farmaceutica non convenzionata anche i farmaci di fascia C di esclusivo uso ospedaliero. Inoltre richiesta revisione payback

Ester Maragò