ANSA

06-06-2016
Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Donna incinta vince causa in Usa, portera' a casa la sua placenta

Futura mamma vuole mangiarla, azione legale in Mississipi

Jordan Thiering ha 25 anni, il 24 giugno prossimo dara' alla luce il suo primo bimbo, e grazie alla vittoria della singolare causa intentata contro la stato del Mississipi dove risiede, la futura mamma avra' il diritto di portarsi a casa non solo il figlioletto, ma l'intera placenta che ha nutrito il feto per nove mesi. Con tutta probabilita', la giovane madre, mangera' la placenta, convinta delle proprieta' nutritive della sostanza.

Jordan ha dovuto intentare la singolare azione legale, assumendo e pagando di tasca propria un avvocato, dopo aver appreso che il ministero della Salute del Mississipi non permette alle madri di portare a casa la propria placenta. A meno che sia stato emesso uno specifico ordino di tribunale in questo senso.

"Questa placenta ha dato la vita al mio bambino e questa e' la ragione principale per cui la voglio - ha dichiarato ai media la donna - non mi importa se la gente pensi che e' strano o sgradevole".

La vittoria di Jordan potra' aiutare tutte le future mamme a venire: lo Stato sta infatti ora considerando di cambiare le regole in vigore, di modo che sia automaticamente permesso alle donne di tenere la propria placenta, senza dover fare causa.

"Dover ottenere l'ordine di un tribunale per avere il possesso di qualcosa che e' cresciuto all'interno del proprio corpo e' totalmente folle", ha commentato Jordan,osservando che per molte donne i costi legali sono insostenibili.

Anche se non vi sono al momento dati scientifici sufficienti a sostenere la teoria, molto credono che mangiare la placenta possa aiutare le neo-mamme contro la depressione post-partum e persino aumentare la produzione di latte.

La placenta in questi casi viene ridotta a fora di polvere e assunta all'interno di una capsula o sciolta in frullati.

Alcune donne celebri - come la star della serie 'Mad Men' January Jones - ne hanno pubblicizzato l'uso negli Stati Uniti.

quotidianosanità.it

Lunedì 06 GIUGNO 2016

Parto in casa. Oggi la Giornata internazionale. Le ostetriche Fnco: “Servono linee guida condivise”

L’appello lanciato dalla vicepresidente della Federazione in occasione dell’evento. “Importante valutare la qualità delle informazioni ricevute dalle donne relative al luogo del parto, monitorare la qualità dell'assistenza ai parti a casa”

“Oggi ricorre la giornata internazionale del parto a casa, che in molte città italiane si festeggerà con iniziative aperte alla cittadinanza, merende, incontri flash mode, da Roma a Milano, da Firenze a Varese, Modena, Bologna, Salerno e d particolar modo in tutta la Romagna”. È quanto scrive in una nota **Silvia Vaccari** Vice presidente FNCO che ricorda come “questa giornata fortemente voluta dalle ostetriche Italiane, dalle donne, dalle associazioni delle donne, si connoterà attraverso la comunicazione, la condivisione della scelta del percorso nascita , della scelta del luogo del parto e dalla scelta dove partorire, con chi partorire e in che modo”.

Vaccari ricorda poi come “festeggiare il parto in casa non indica che tutte le donne possano partorire a a casa , ma significa rispettare il diritto alla scelta delle donne delle coppie e delle famiglie sul luogo in cui accogliere il proprio bambino , significa il rispetto dei propri bisogni e delle proprie competenze. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità *“la donna deve avere la possibilità di partorire in un luogo che sente sicuro, in cui sia possibile fornire assistenza appropriata e sicurezza. Per donne con gravidanza a basso rischio, tali luoghi possono essere la casa, le case maternità, gli ospedali”* il Parlamento Europeo dichiara che alle partorienti deve essere assicurata “*l'assistenza adeguata qualora venga scelto il parto a casa , compatibilmente con le condizioni psicofisiche della partoriente e del nascituro e con le condizioni ambientali*””.

“Molte – prosegue - sono le donne che richiedono di vivere questo momento unico e irriproducibile potendo scegliere, affidandosi ad ostetriche esperte e consapevoli del proprio ruolo e delle proprie competenze professionali. La conoscenza e la relazione con la donna, la scelta consapevole ed informata della donna e della coppia, la selezione dinamica dei fattori di rischio e la continuità assistenziale, divengono strumento indispensabile per la promozione della salute nella assistenza alla nascita a casa”.

“Alcune regioni italiane Marche, Emilia Romagna, Trentino, Piemonte e Lazio – sottolinea la vicepresidente Fnco - , hanno già legiferato in tal senso, stilando procedure protocolli e rimborsi spese, andando ad individuare le criticità dei percorsi organizzativi-gestionali, uniformando protocolli e procedure sul territorio regionale di competenza territoriale. Questi progetti regionali, hanno incontrato molte resistenze da parte delle istituzioni e non solo. La F.N.C.O. ad oggi, ha istituito un panel composto da Libere Professioniste Ostetriche, tavolo tecnico in cui sono state raccolte le maggiori criticità e da cui è emersa la necessità sempre più forte di andare a creare linee guida condivise ed efficaci, basate sulle più recenti ed accreditate EBM, in modo da andare a delineare gli aspetti organizzativi, costruire insieme una cartella ostetrica e tutta la documentazione che diviene parte integrante della cartella , verificare il Target della popolazione da includere nel progetto , la valutazione scientifica del rischio ostetrico”.

“Diviene importante – evidenzia - valutare la qualità delle informazioni ricevute dalle donne relative al luogo del parto, monitorare la qualità dell'assistenza ai parti a casa e la loro gradibilità, valutare i costi sostenuti dalle coppie e i relativi rimborsi, creare Linee guida e percorsi facilitanti per le donne e per le professioniste ostetriche sull'approvvigionamento di alcuni farmaci e sull'accompagnamento in ospedale”.

Per queste ragioni la Fnco “rinnova all'Istituto Superiore di Sanità, con cui collabora attivamente e stima per l'impegno e per l'abnegazione alla ricerca scientifica a favore della salute dei cittadini, l'invito a creare un pool di esperti ed ostetriche che vada a stilare una Linea guida che omogenizzi ed uniformi protocolli e procedure a livello nazionale, monitori e valuti i percorsi e gli esiti, promozioni di audit e di ricerca , che vada a garantire un'assistenza qualificata alla presa in carico della gravidanza fisiologica , al travaglio di parto fisiologico ed al puerperio, zona grigia dell'assistenza istituzionale dove le donne e le famiglie sono sempre più sole”.

CORRIERE DELLA SERA.it

06-06-2016

Lettori
57.304

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

TUMORI

Donne con mutazione dei geni BRCA: potrebbe bastare un intervento meno invasivo di quello di Angelina Jolie

Un'ipotesi che si fa strada: asportare solo le tube (al posto delle ovaie) in giovani donne che hanno elevati rischi di cancro ovarico, evitando menopausa precoce, calo del desiderio e impatto psicologico negativo

di Vera Martinella

Poco più di un anno fa l'attrice e pluri-mamma Angelina Jolie aveva dato l'annuncio: dopo la doppia mastectomia nel 2013, aveva deciso di farsiasportare anche le ovaie e le tube di Falloppio per prevenire la possibile formazione di un tumore . Una scelta difficile, dolorosa, non priva di conseguenze faticose sia sul piano fisico che psicologico. Una decisione che ogni anno devono affrontare moltissime donne in tutto il mondo: quelle che scoprono di avere la mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 e di essere quindi esposte a rischi molto elevati di ammalarsi di tumore al seno o all'ovaio. In un futuro non molto lontano, però, le cose potrebbero cambiare, come lascia intendere uno studio presentato durante il Congresso della Società Americana di Oncologia (Asco), in corso a Chicago.

La sperimentazione

Esperti americani dell'Anderson Cancer Center in Texas e dell'Università di Chicago hanno condotto una sperimentazione su un numero per ora ristretto di pazienti (una quarantina), tra i 30 e i 47 anni d'età, tutte portatrici della mutazione genetica a carico di geni BRCA. «Dopo i 40 anni in questi casi viene generalmente raccomandata l'ovariectomia completa, l'asportazione chirurgica di entrambe le ovaie – spiegano gli autori dello studio – per scongiurare il pericolo, elevato, che si sviluppi un carcinoma». L'operazione, di per sé non complicata, ha però importanti effetti collaterali in pazienti ancora giovani e sane, che finiscono così in menopausa precoce. «Per preservare la loro qualità di vita e il loro benessere generale – proseguono i ricercatori americani – abbiamo valutato la possibilità di un intervento meno invasivo, la salpingectomia, ovvero la rimozione delle salpingi (o tube uterine) senza ledere le ovaie. Appare infatti sempre più evidente che il tumore dell'ovaio nasca proprio nelle salpingi, per cui questa operazione potrebbe essere sufficiente.

I risultati ad oggi disponibili dimostrano che questa opzione è migliore per le pazienti, che non soffrono i disturbi della menopausa e conservano la loro funzione sessuale. Certo servono conferme, su numeri molto più ampi di persone, dell'efficacia di questa strategia per prevenire la formazione di un tumore».

Prevenzione e qualità di vita

La star americana Jolie, ha deciso di fare i test genetici che le hanno rivelato di essere portatrice della mutazione BRCA dopo aver perso la mamma, la nonna e una zia a causa del cancro. Come lei, ogni anno, migliaia di donne fanno la stessa scoperta e il test è oggi raccomandato, oltre nei casi in cui risulti evidente una familiarità, anche a tutte le donne colpite da cancro del seno o dell'ovaio.
«La qualità di vita dei pazienti è un tema centrale a questo congresso Asco – commenta Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) -. Grazie alle nuove terapie abbiamo fatto tanti progressi nella cura del cancro, sempre più malati guariscono o convivono per anni con un tumore che riusciamo a rendere cronico. È fondamentale che tutte queste persone vivano bene, limitando al massimo le conseguenze indesiderate delle terapie. Questo, naturalmente, è ancora più importante quando parliamo di prevenzione: aver scoperto che la mutazione BRCA mette le donne sane, o già operate di un tumore al seno, davanti a rischi elevati di carcinoma ovarico è certo un successo, perché possiamo agire preventivamente. Certo servono conferme, verifiche anche sul lungo periodo degli esiti di questo studio, ma e riuscissimo a giocare d'anticipo essendo meno invasivi di quanto accade oggi sarebbe ancora meglio».

Quando serve l'operazione preventiva

In Italia ogni anno sono tra 4mila e 5mila le donne che scoprono di avere uno o entrambi i geni BRCA mutati. «Per chi ha un mutazione a carico del genere Brca 1, entro i 70 anni, aumenta del 70 la probabilità di sviluppare un tumore al seno e del 40 per cento per quello dell'ovaio. Mentre nel caso il gene mutato sia il Brca 2 le percentuali scendono un po': 50 per cento per il seno e circa 15 per cento per l'ovaio» spiega PierFranco Conte, direttore dell'Unità di Oncologia Medica 2 all'Istituto Oncologico Veneto di Padova, fra i maggiori esperti italiani di tumore del seno.
Non tutte le donne devono necessariamente sottoporsi a un intervento chirurgico preventivo: la situazione va valutata caso per caso, tenendo in considerazione molte variabili. «Quando è indicata l'asportazione delle ovaie si consiglia di attendere dopo i 40 anni - continua Conte - per dare tempo di avere figli a chi li desidera e perché, aspettando quest'età, si hanno poi disturbi meno severi in conseguenza dell'intervento». Un altro studio presentato a Chicago, infatti, evidenzia le conseguenze importanti dell'intervento: riduzione del desiderio sessuale, diminuzione dei rapporti e deterioramento del benessere psicologico, con un impoverimento dell'immagine che si ha di sé. «A cui va aggiunta la perdita della fertilità – concludono gli esperti italiani – e tutte le sequele di una menopausa precoce, dalle vampate al rischio aumentato di osteoporosi e malattie cardiovascolari».

adnkronos

06-06-2016

http://www.adnkronos.com

Cancro al seno, la dieta mediterranea può ridurre le ricadute

Non bastasse il titolo di 'patrimonio culturale immateriale dell'umanità' di cui può fregiarsi, la **dieta mediterranea**resta uno dei regimi alimentari più studiati al mondo e**continua a svelare i suoi segreti**, soprattutto con il contributo della ricerca condotta nella sua 'culla' tricolore. L'ultimo dei buoni motivi per sposarla o riscoprirla,**secondo un team di scienziati italiani**, è che **una dieta mediterranea ricca di verdure, pesce e olio d'oliva può ridurre il rischio di ricadute nel cancro al seno**. Lo suggerisce un **piccolo studio condotto dall'ospedale di Piacenza**, finito sotto i riflettori negli Usa in occasione del **meeting annuale dell'American Society of Clinical Oncology (Asco)** in corso a**Chicago**, e rimbalzato sulla stampa internazionale.

La ricerca ha previsto l'arruolamento di più di 300 donne con tumore al seno in stadio precoce e si inserisce in un filone già avviato, rafforzando anche le evidenze raccolte in un precedente lavoro spagnolo in cui si suggeriva che la dieta può giocare un ruolo importante nella riduzione del rischio di cancro. **Le pazienti erano divise in due gruppi: 199 osservavano una dieta normale, mentre 108 seguivano lo 'stile mediterraneo' a tavola.** Un regime alimentare che comprende ortaggi, frutta, noci, semi, pesce, olio d'oliva e cereali integrali, ed è caratterizzato da un basso contenuto di carne rossa e trasformati, e con alcool ridotto al minimo. Le donne, che erano in remissione dal cancro al seno, sono state **monitorate per tre anni**. Risultato: nel

periodo considerato, 11 pazienti del gruppo che seguiva una dieta normale sono state nuovamente colpite dal cancro, mentre **nessuna nel gruppo della dieta mediterranea ha avuto ricadute**.

Già l'anno scorso, lo **studio guidato dall'Università di Navarra a Pamplona e dal Centro spagnolo di ricerca biomedica in Fisiopatologia dell'obesità e nutrizione (Madrid) - pubblicato su 'Jama Internal Medicine'** si era concentrato sull'impatto di una **dieta mediterranea integrata con olio extravergine di oliva**, associandola con un **minor rischio di tumore al seno**. Nel lavoro gli esperti avevano messo a confronto donne le cui famiglie consumavano **un litro di olio Evo a settimana** con quelle che seguivano una dieta povera di grassi. In tutto ne sono state arruolate più di 4 mila e i ricercatori hanno scoperto che quelle del 'partito' della dieta mediterranea all'olio d'oliva sembravano avere un **68% di riduzione del rischio** di cancro al seno.

Quello italiano è un piccolo studio che ha seguito le pazienti per 3 anni, fanno notare gli esperti, ma suscita aspettative verso i risultati di ulteriori ricerche a lungo termine e con campioni più ampi. **Il tema è quello degli interventi sullo stile di vita per le 'survivor' del cancro al seno** ed è "molto importante", fa notare**Erica Mayer, esperta di tumore al seno dell'Asco**. E' al centro di "una **ricca attività di ricerca in corso**" che punta a **chiarire "cosa dovremmo raccomandare a queste donne"**. Ma oggi **ancora "non è chiaro se vi sia una dieta o alimenti specifici** da mangiare o da evitare per prevenire le ricadute", conclude.

quotidianosanità.it

Lunedì 06 GIUGNO 2016

Contraccezione d'emergenza. La nuova pillola del giorno dopo "spopola" al Nord Italia

Il 69% delle donne, farmacisti e medici del Nord preferiscono ellaOne, farmaco a base di Ulipristal acetato e leader di mercato per la Ce, al vecchio preparato a base di Levonorgestrel, il 62% del Centro e il 42% del Sud. Il Friuli Venezia Giulia è la Regione con il più alto dato di vendita.

A un anno di distanza dalla determina dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) che ha inserito la nuova pillola del giorno dopo (anche conosciuta come 'dei 5 giorni dopo', nome commerciale ellaOne*, principio attivo ulipristal acetato) nel novero dei prodotti Sop "abbiamo potuto constatare che le donne si sono orientate verso quest'ultima opzione farmacologica per la contraccezione d'emergenza, la più efficace nel ridurre il rischio di una gravidanza indesiderata". Soprattutto al Nord scelgono dunque più spesso ellaOne rispetto alla 'vecchia' opzione a base di levonorgestrel (Norlevo*), prodotto dalla stessa azienda farmaceutica, la Hra Pharma.
A spiegarlo all'*Adnkronos Salute* è il general manager della filiale italiana della società francese, **Alberto Aiuto**.

"EllaOne – ha detto Aiuto – è quindi oggi leader di mercato: da aprile 2015 ad oggi ha raggiunto circa 54% delle vendite totali della contraccezione d'emergenza. Un mercato questo, lo ricordo ancora una volta, che negli anni è rimasto comunque sostanzialmente stabile. EllaOne si è quindi imposta in Italia anche se a livello regionale abbiamo riscontrato percentuali di vendita diversificate. Dal 69% del Nord Italia passiamo a un 62% del Centro fino al 42% nel Sud. La Regione che ha puntato con più decisione verso ellaOne è il Friuli Venezia Giulia con il 77% di vendita sull'intero mercato della contraccezione d'emergenza. Ci sono poi la Lombardia con un 73%, il Trentino e il Veneto con circa il 70% di vendite".

"Nel Lazio – ha aggiunto – le percentuali sono leggermente inferiori e sono intorno al 68%. Liguria, Emilia Romagna sono sostanzialmente allineate con percentuali di poco inferiori e intorno al 65%. Toscana, Valle D'Aosta, Piemonte, Marche e Abruzzo oscillano tra il 56 e il 51%. Nel Sud le percentuali sono, invece, inferiori: in Campania e in Puglia siamo tra il 45 e il 40%. Il mercato si assottiglia ulteriormente in Molise e in Calabria tra il 38 e il 36%. La Basilicata è la Regione con la percentuale di vendita più bassa di tutta Italia (31%). Nelle isole invece si va da circa il 47% della Sardegna al 42% della Sicilia".

"La provincia con il record di preferenze verso ellaOne è Trieste – prosegue Aiuto – con l'85% della quota di mercato, seguita a strettissimo giro da Pordenone con l'84%. Alte anche le percentuali a Rimini, Milano e Bolzano con circa l'80% del mercato o poco più. La provincia dove invece la quota di mercato di ellaOne è minore è quella di Enna (poco meno del 20%), tra il 23 e il 26% ci sono poi Ogliastra, Potenza, Lecce e Isernia".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 148.954
Diffusione 03/2016: 76.956
Lettori Ed. I 2016: 500.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

07-GIU-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

STUDI SUI TUMORI

Altre due italiane premiate negli Usa: «Ma vogliamo stare nel nostro Paese»

■ Altre due ricercatrici italiane premiate al Congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco), in corso a Chicago. Si tratta di Marta Schirripa e Caterina Fontanella alle quali - insieme ad altre due oncologhe italiane - è stato assegnato il prestigioso premio *Merit Award della Conquer Cancer Foundation* per le ricerche svolte. Schirripa, 31 anni, ha studiato per un periodo alla University of Southern California e si sta specializzando all'Università di Pisa. Fontanella, 33 anni, è specializzanda all'Ospedale di Udine dopo 18 mesi a Francoforte presso il German breast Group.

La prima ricercatrice è stata premiata per uno studio sul gene Inos, implicato nel sistema immunitario e che può avere un ruolo predittivo nel tumore al colon. La seconda, per uno studio prognostico sulle recidive del tumore alla mammella. Grande la soddisfazione di entrambe: «È bello vedere riconosciuto il proprio lavoro a livello internazionale, è emozionante», afferma Schirripa. Quanto ai piani per il futuro, «vogliamo restare in Italia - commenta Fontanella -. Siamo state all'estero, ma l'obiettivo mio e della mia collega era tornare e continuare a fare ricerca nel nostro Paese». Il Congresso Asco 2016 segna dunque un grande riconoscimento per la ricerca italiana nell'oncologia.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

07-GIU-2016
da pag. 41
foglio 1
www.datastampa.it

> PERISCOPIO

DANIELA MINERVA

Non litigate, Big Tobacco è in agguato

SE è *Nature*, la Bibbia della scienza europea, a criticare la litigiosità tra scienziati, e a chiedere che parlino chiaro, c'è da prestare ascolto. Lo ha fatto richiamandoli a una responsabilità: i 6 milioni di morti che il fumo miete ogni anno nel mondo. *Nature* chiede ai ricercatori di parlare con voce sola sulle sigarette elettroniche, su cui invece ci sono studi dai risultati opposti. Da un lato le ricerche che indicano la capacità delle E-cig di ridurre considerevolmente i danni del fumo. Dall'altro quelle che sottolineano come svapare sia diventato una moda tra i giovani e come questo li possa indurre a farlo, con ciò creando una nuova popolazione di dipendenti anche nei posti dove il fumo è in calo. In mezzo, il dubbio dei legislatori: sia in Europa che negli Usa la tendenza è di analizzare bene le E-cig prima di approvarle e vietarle ai minori. Ma, sottolinea la rivista, se gli scienziati non trovano una risposta univoca avranno la meglio gli attori del mercato; e Big Tobacco, che ormai ne è protagonista, ha una tradizione di non trasparenza tale che non vogliamo affidargli la verità. Per questo siano gli scienziati a dire l'ultima parola, che indirizzi i legislatori. *periscopio@repubblica.it*

©RIPRODUZIONE RISERVATA

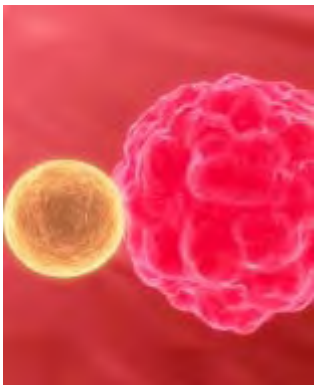
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

06-06-2016

http://www.doctor33.it/

Adolescenti e giovani adulti sopravvivono meno dei bambini ad alcuni tipi di cancro



I giovani di tutte le età sopravvivono al cancro più che in passato, ma da uno studio pubblicato su The Lancet Oncology emerge che gli adolescenti e i giovani adulti hanno minori probabilità rispetto ai bambini di sopravvivere ad alcuni tipi di cancro relativamente comuni. «La buona notizia è che il numero di bambini, adolescenti e giovani adulti sopravvissuti per almeno 5 anni dopo la diagnosi è aumentato nel tempo in Europa» esordisce la coautrice Annalisa Trama dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. «Tuttavia, gli adolescenti e i giovani adulti tendono ancora a morire più dei bambini per diversi tumori comuni a questi gruppi di età, in particolare leucemie e linfoma non-Hodgkin (Nhl)» riprende la ricercatrice, che assieme ai colleghi ha analizzato i dati dei registri tumori di popolazione che coprono tutti o parte dei 27 paesi europei, stimando la sopravvivenza a 5 anni in 56.505 casi di cancro nei bambini, 312.483 in adolescenti e giovani adulti nonché 3.567.383 negli adulti, e analizzando le variazioni di mortalità dal 1999 al 2007. Per adolescenti e giovani adulti la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per tutti i tumori è buona, con l'82% di superstiti nel 2005-2007 rispetto al 79% del 1999-2001; anche nei bambini sopravvivenza è migliorata dal 76% al 79% nello stesso periodo.

Tuttavia la sopravvivenza è stata peggiore per adolescenti e giovani adulti rispetto ai bambini per otto tipi di cancro relativamente comuni: le leucemie linfoidi (55,6% vs 85,8%), le mieloidi acute (49,8% vs 60,5%), il linfoma di Hodgkin (92,9% vs 95,1%), il linfoma non-Hodgkin (77,4% vs 83,0%), gli astrocitomi cerebrali (46,4% vs 61,9%), il sarcoma osseo di Ewing (49,3% vs 66,6%), il rabdomiosarcoma (37,8% vs 66,6%) e

l'osteosarcoma (61,5% vs 66,8%). In un editoriale di commento Philippe Autier, dello University of Strathclyde Institute of Global Public Health all'International Prevention Research Institute di Lione, scrive: «Per comprendere meglio questi dati servono informazioni cliniche più dettagliate che permettano di capire se i pazienti sono morti per il cancro, per la sua gestione o per altri motivi. La conoscenza delle cause di morte potrebbe aiutare a svelare le associazioni tra tumori, trattamenti, fattori socio-economici e qualità della vita, permettendo di qualificare e quantificare i decessi associati alle cure migliorando la gestione del paziente».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

07-GIU-2016
da pag. 8
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Te la do io la sostenibilità

In condizioni di crisi economica esistono due sole strategie per sostenere le attività produttive: la prima consiste nell'investire meno risorse (tagli), la seconda nell'ottenere migliori risultati dalle risorse investite, previa identificazione e riduzione degli sprechi. A causa dell'inderogabile necessità di un risparmio diretto e immediato, in Italia è stata scelta la strategia dei tagli lineari: taglio dei posti letto, blocco delle assunzioni, riduzione dei rimborsi per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, etc. Un vicolo cieco. Considerato che un sistema sanitario deve ottenere il massimo ritorno in termini di salute dalle risorse investite (value for money), la Fondazione Gimbe ha sviluppato un framework di sistema per guidare il processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze e superare l'inadeguato coordinamento dell'assistenza. Un piano in cinque mosse per riallocare le risorse recuperate in servizi e prestazioni efficaci, appropriate e dall'elevato value sotto-utilizzate, spesso causa di diseguaglianze. In altre parole un piano per la sostenibilità del sistema.

CARTABELLOTTA A PAG. 8-9

GIMBE/ Un framework di sistema guida il processo di disinvestimento dagli sprechi

Ssn, così si taglia l'inefficienza

Per la sostenibilità precedenza agli investimenti e alla sanità integrativa

DI NINO CARTABELLOTTA *

Diversi sono i fattori che oggi minano la sostenibilità dei sistemi sanitari di tutto il mondo: il progressivo invecchiamento delle popolazioni, il costo crescente delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche, e il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti. Tuttavia, il problema della sostenibilità non è di natura squisitamente finanziaria, perché un'aumentata disponibilità di risorse non permette comunque di risolvere cinque criticità ampiamente documentate nei Paesi industrializzati: l'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie; gli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione; le diseguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato value; l'incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione; gli sprechi, che si annidano a tutti i livelli.

In tal senso, il dibattito sulla sostenibilità del Ssn continua a essere affrontato in maniera distorta dalle varie categorie di stakeholders che, guardando a un orizzonte a breve termine, rimangono arenate su come reperire le risorse per mantenere lo status quo, allontanando la discussione dalle modalità con cui riorganizzare il sistema per garantirne la sopravvivenza.

Nel marzo del 2013 la Fondazione Gimbe ha lanciato la campagna "Salviamo il Nostro Ssn", per diffondere la consapevolezza a tutti i livelli che la sanità pubblica è un bene comune da tutelare e una conquista sociale da preservare alle future generazioni. Dai risultati ottenuti in tre anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti è nato il "Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Ssn 2016-2025", che analizza la sostenibilità della sanità pubblica in una prospettiva decennale, arco temporale sufficiente a mettere in campo gli interventi necessari per fronteggiare la crisi.

Durante un lungo periodo di grave crisi economica, per garantire la sostenibilità di un servizio sanitario nazionale possono essere messe in campo tre strategie, non alternative:

- contenere il definanziamento pubblico;
- utilizzare altre fonti di finanziamento: compartecipazione alla spesa, incremento Irpef, sanità integrativa;
- ridurre gli sprechi e aumentare il value dell'assistenza.

Dopo aver analizzato i trend della spesa pubblica, della compartecipazione alla spesa e dell'incremento delle addizionali regionali Irpef, ed esaminato le attuali criticità che caratterizzano la sanità integrativa, la Fondazione Gimbe ha definito la tassonomia degli sprechi in sanità, stimando il loro impatto sulla spesa sanitaria pubblica del 2015: € 24,73 miliardi erosi da sovra-utilizzo, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto-utilizzo, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza (tabella 1).

Considerato che un sistema sanitario deve ottenere il massimo ritorno in termini di salute dalle risorse investite (value for money), è stato poi sviluppato un framework di sistema per guidare il processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze legati a overuse e underuse di servizi e prestazioni sanitarie e all'inadeguato coordinamento dell'assistenza: la Fondazione Gimbe delinea dettagliatamente le strategie per disinvestire da servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal basso value, e per riallocare le risorse recuperate in servizi e prestazioni efficaci, appropriate e dall'elevato value sotto-utilizzate, spesso causa di diseguaglianze. Il modello proposto suggerisce quindi le modalità per orientare una riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie, attraverso una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sviluppo della transitional care e di modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria, reti interaziendali, lean management.

Il Rapporto Gimbe affronta inoltre le criticità applicative dei Lea in relazione agli assetti politico-istituzionali e organizzativi del Ssn, formulando diverse proposte operative su articolazione, definizione e aggiornamento, monitoraggio: dall'analisi emerge chiaramente che oggi la principale criticità dei Lea non è rappresentato dal loro aggiornamento in quanto tale, ma dai metodi utilizzati sia per definire l'elenco delle prestazioni da includere/escludere, sia per integrare le migliori evidenze nella definizione e aggiornamento dei Lea (box 1).

Infine, ispirandosi al metodo dei "cunei di stabilizzazione" di Pacala e Sokolow, stimato il fabbisogno del Ssn per il 2025, il Rapporto conclude che la sostenibilità del Ssn nel prossimo decennio è legata all'apporto costante di tre cunei: incremento della quota intermediata della spesa pri-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

07-GIU-2016
da pag. 8
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

vata, disinvestimento dagli sprechi e ripresa del finanziamento pubblico (box 2).

Il Rapporto Gimbe, che esclude a priori l'esistenza di un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del Ssn, dimostra inequivocabilmente che oggi manca una strategia politica ed economica finalizzata a salvare la sanità pubblica, che rimane sostenuta da fondamenti normativi mai messi in discussione:

- articolo 32 della Costituzione, che tutela il diritto alla salute delle persone, ma non garantisce per questo un accesso indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie;
- legge 833/1978, che identifica come obiettivo del Ssn «la promozione, il mantenimento, e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione» e non l'offerta indiscriminata di servizi e prestazioni sanitarie;
- Dpcm sui Lea, che attesta la volontà del legislatore di integrare le migliori evidenze scientifiche nel finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie essenziali.

Se l'indagine sulla sostenibilità del Ssn dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato riprendeva una frase di Roy Romanow secondo il quale "Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia", la Fondazione Gimbe ribadisce ed estende questo concetto affermando esplicitamente che per salvare il Ssn occorre anzitutto una esplicita volontà politica documentabile da tre inequivocabili segnali, oggi purtroppo molto evanescenti:

- la sanità pubblica e, più in generale, il sistema di welfare devono essere rimessi al centro dell'agenda politica;
- Governo, Regioni e Parlamento devono confermare all'unisono che l'obiettivo del Ssn è ancora quello definito dalla 833/1978 che lo ha istituito;
- programmazione finanziaria e programmazione sanitaria devono sintonizzarsi perfettamente sull'obiettivo prioritario di salvaguardare la sanità pubblica.

Questi segnali politici dovranno al più presto concretizzarsi in un "piano di salvataggio" del Ssn costituito da cinque azioni fondamentali:

- offrire ragionevoli certezze sulle risorse destinate al Ssn, mettendo fine alle annuali revisioni al ribasso rispetto alle previsioni del Def, e soprattutto con un, seppure graduale, rilancio delle politiche di finanziamento pubblico;
- rimodulare i Lea sotto il segno del value, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato value, escludendo quelle dal basso value anche al fine di espandere il campo d'azione dei fondi integrativi;
- ripensare completamente la sanità integrativa attraverso:
  - definizione di un Testo Unico per tutte le forme di sanità integrativa;
  - estensione dell'anagrafe nazionale dei fondi integrativi alle assicurazioni private, identificando requisiti di accreditamento unici su tutto il territorio nazionale e rendendone pubblica la consultazione;
  - ridefinizione delle tipologie di prestazioni, essenziali e non essenziali, che possono essere coperte dalle varie forme di sanità integrativa;
  - coinvolgimento di forme di imprenditoria sociale;
- definire indicatori per monitorare le Regioni nel processo di disinvestimento e riallocazione, integrandoli nella griglia Lea e, in caso di inadempimento ripetuto, nei criteri per il riparto del fondo sanitario;
- mettere sempre la salute al centro di tutte le decisioni (health in all policies), in particolare di quelle che coinvolgono lo sviluppo economico del Paese.

In assenza di un piano di tale portata, lo scenario prevedibile nell'arco di un decennio è una graduale e inesorabile trasformazione verso un sistema sanitario misto che consegnerà definitivamente alla storia il nostro tanto decantato sistema di welfare. Considerato che oggi i segnali di questa involuzione sono già evidenti, in particolare in alcune aree del Paese, i tempi politici per decidere il destino del Ssn sono ormai prossimi alla scadenza. Dopo che per anni si sono stratificate robuste evidenze sulle diseguaglianze regionali (adempimenti Lea, Rapporto OsservaSalute), sulla scarsa qualità dell'assistenza (Programma Nazionale Esiti) e sulle diseguaglianze nell'accesso alle prestazioni (Rapporto Pit Cittadinanzattiva, Rapporto Istat), oggi iniziamo a vedere i primi effetti sulla mortalità, un dato che dovrebbe muovere senza indugi coscienza sociale e volontà politica.

** presidente Fondazione Gimbe*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tabella 1 - Impatto stimato degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica nel 2015

Categoria	%	Mld €*	(±20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,42	(5,94 - 8,90)
2. Frodi e abusi	20	4,95	(3,96 - 5,94)
3. Acquisti a costi eccessivi	13	3,21	(2,57 - 3,86)
4. Sotto-utilizzo	14	3,46	(2,77 - 4,15)
5. Complessità amministrative	11	2,72	(2,18 - 3,26)
6. Inadeguato coordinamento dell'asistenza	12	2,97	(2,37 - 3,56)

(*) 24,73 miliardi calcolati proiettando la stima Don Berwick (22%) sui € 112,408 miliardi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

07-GIU-2016
da pag. 8
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

MONITORAGGIO

Il peccato originale dei Lea

Analizzando normative e aggiornamenti e valutando le criticità applicative in relazione agli assetti politico-istituzionali e organizzativi del Ssn, la Fondazione Gimbe ha formulato alcuni suggerimenti su tre aspetti fondamentali dei Lea: articolazione, definizione e aggiornamento, monitoraggio.

Rispetto alla sostenibilità del Ssn una delle principali criticità è l'assenza di una metodologia rigorosa ed esplicita sia per definire l'elenco delle prestazioni da includere/escludere (scelte spesso operate per ottenere consenso sociale e/o professionale), sia per integrare le migliori evidenze nella definizione e aggiornamento dei Lea.

Di conseguenza, con il denaro pubblico vengono rimborsate numerose prestazioni dal value basso o addirittura negativo, cioè dal profilo rischio-beneficio sfavorevole. Analogamente, alcune prestazioni dall'elevato value non rientrano nei Lea per il ritardo, ormai decennale, nell'aggiornamento degli elenchi delle prestazioni (figura 1).

In tal senso la legge di Stabilità 2016 lascia ben sperare, perché i commi 558 e 559 impongono alla Commissione Lea di fare riferimento esplicito al concetto di value attraverso un rigoroso processo di ricerca, valutazione e sintesi delle evidenze scientifiche, al fine di allineare liste positive e negative ai principi di efficacia, appropriatezza e costo-efficacia, riallineando di conseguenza la relazione tra Lea e value (figura 2). Un approccio basato sul value (oltre che sulle evidenze) per la rimodulazione dei Lea permetterebbe di:

- investire la maggior parte del denaro pubblico in prestazioni dal value elevato;
- ridurre gli sprechi conseguenti al sovra-utilizzo, riallocando le risorse recuperate in prestazioni sottoutilizzate ad elevato value, riducendo le diseguaglianze;
- escludere dai Lea prestazioni a basso value, espandendo il campo d'azione della sanità integrativa;
- identificare le prestazioni dal value negativo che non dovrebbero più essere erogate, nemmeno se finanziate dalla spesa privata.

Rispetto alle «prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia», è indispensabile l'avvio di un programma nazionale di ricerca sull'efficacia comparativa degli interventi sanitari, al quale dovrebbe essere destinato lo 0,5-1% del fondo sanitario nazionale. Questo permetterebbe di generare conoscenze indispensabili a rimodulare i Lea, arginando così l'introduzione indiscriminata di tecnologie sanitarie e riducendo le asimmetrie informative tra politica sanitaria, management, professionisti e cittadini.

Figura 1

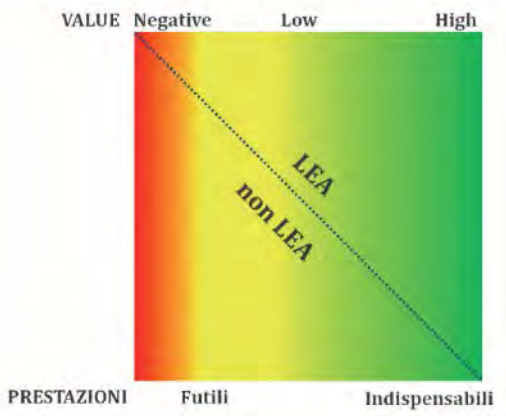


Figura 2

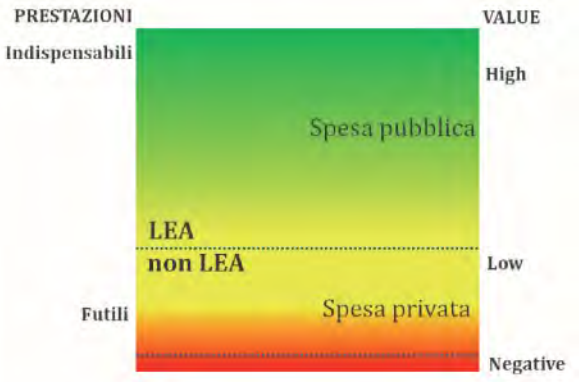


Figura 3

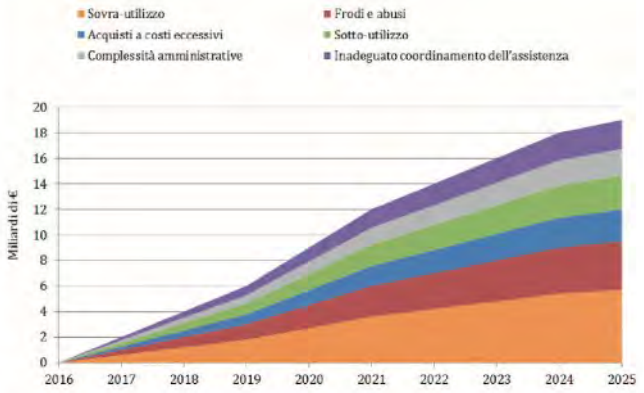
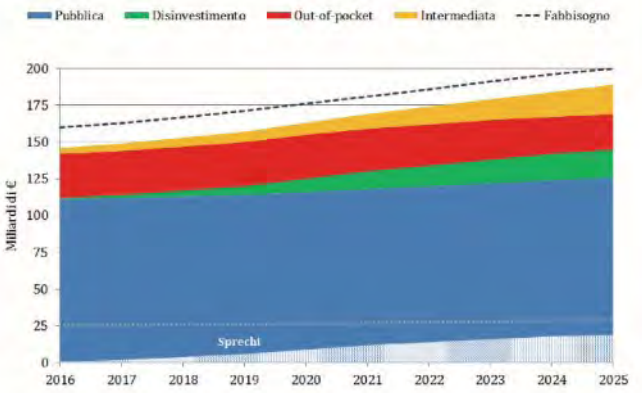


Figura 4



"Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale 2016-2025"
Presentato il 7 giugno 2016, presso la Sala degli Atti parlamentari della Biblioteca "Giovanni Spadolini", Senato della Repubblica, Roma.
Il documento ufficiale è disponibile a: www.gimbe.org/rapporto2016
La consultazione pubblica è aperta sino al 30 settembre 2016

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 144.747
Diffusione 03/2016: 112.705
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

07-GIU-2016
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

Glifosato, l'erbicida che paralizza l'Ue

Il caso

Nessun accordo tra Stati e Commissione sul rinnovo dell'autorizzazione, che scade il 30 giugno, al prodotto della Monsanto (che è forse cancerogeno)

Giovanni Maria Del Re
Bruxelles

Niente accordo tra gli stati membri dell'Ue sulle sorti del glifosato, il diffuso diserbante al centro di roventi polemiche. L'autorizzazione Ue del glifosato, venduto soprattutto dalla multinazionale Usa Monsanto, scade il prossimo 30 giugno, e se continua così saranno soddisfatti i circa 1,4 milioni di cittadini che hanno firmato una petizione per bloccare il rinnovo, al pari delle 38 associazioni della coalizione italiana #StopGlifosato. Il diserbante è molto usato in agricoltura e nei giardini ed è considerato dagli addetti difficilmente sostituibile. La Iarc (Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, che afferisce all'Organizzazione mondiale per la sanità) ha definito la sostanza, un anno fa, come «probabilmente cancerogena». Di qui le proteste. Al contrario l'Agenzia europea per la sicurezza alimentare (Efsa) ha definito «improbabile» la possibilità di rischi per la salute, visto che «non vi è alcuna prova scientifica». E così pure il Jmpr, l'organismo che si occupa degli effetti dei pesticidi, che fa capo alla stessa Oms e alla Fao.

La Commissione europea ha fatto di tutto per non restare con il cerino in mano, e insistito affinché siano gli stati a decidere. Per questo aveva fatto vari compromessi: dopo aver proposto un rinnovo per 15 anni, era scesa a nove anni. E, dopo l'ennesima fumata nera una decina di giorni fa, alla fine era arrivata a proporre un rinnovo provvisorio di soli 12-18 mesi. Neppure questo è bastato: ieri al comitato di esperti dei 28 Stati membri non si è trovata la maggioranza qualificata necessaria: venti Stati membri hanno votato a favore, Malta contro, ma sette membri si sono astenuti: Italia, Germania, Francia, Grecia, Austria e Portogallo. Dato il peso nel complicato sistema di voto del Consiglio Ue che hanno i tre big astenuti, i numeri non sono stati sufficienti.

La palla ritorna alla Commissione. La quale potrebbe convocare un "comitato d'appello". Se anche in quel caso si arriva a un nulla di fatto, sarà essa stessa a dover prendere la decisione. Visti gli imponenti interessi in gioco, non è da escludere che la Commissione decida una proroga di pochi mesi, nella speranza che l'atteso studio dell'Agenzia chimica europea (Echa), possa tranquillizzare sui reali rischi della sostanza. Per la Monsanto la partita è grossissima per le probabili pesanti perdite dovute a un eventuale divieto del glifosato, perdite che oltretutto potrebbero compromettere l'offerta di acquisto della società americana per 62 miliardi di dollari da parte della tedesca Bayer.

E se per Agrofarma (l'Associazione nazionale imprese agrofarmaci, che fa parte di Federchimica) «non ci sono evidenze scientifiche che giustifichino la riduzione del periodo di autorizzazione rispetto agli ordinari 15 anni» e lasciare che essa scada senza un pronunciamento comporterebbe «una violazione della normativa comunitaria», per l'ufficio Ue di Greenpeace «finché non ci sarà un chiaro divieto a livello europeo, continueremo a vivere in un mondo che viene inondato con un erbicida che è anche un probabile cancerogeno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

07-GIU-2016
da pag. 26
foglio 1
www.datastampa.it

Il maiale artificiale "Il suo pancreas sarà trapiantabile negli uomini"

Usa, embrioni con cellule umane pronti per l'impianto nei suini

LE TAPPE

LA TECNICA
I biologi hanno modificato il Dna del maiale "silenziando" i geni che avrebbero fatto sviluppare il suo pancreas

LE STAMINALI
Nel Dna del maiale sono state iniettate staminali umane pluripotenti, capaci di svilupparsi in qualsiasi organo

LO SVILUPPO
Le cellule, cresciute a livello embrionale quando il sistema immunitario non è sviluppato, non sono state rigettate

Nel settembre scorso bloccati i finanziamenti a queste ricerche per timori di carattere etico relativi in particolare al cervello

SILVIA BENCIVELLI

ANIMALI come fabbriche di pezzi di ricambio. Cioè animali dentro cui far crescere organi umani da usare nei pazienti in attesa di trapianto. L'idea di provare a "costruirli" con l'ingegneria genetica circola da un po', con tutte le cautele del caso. Oggi però un gruppo di biologi dell'Università della California ha raccontato alla Bbc di essere riuscito ad andare molto vicino alla sua realizzazione, cioè di aver ottenuto embrioni maiale-uomo perfettamente sani, distrutti al ventottesimo giorno per ragioni soltanto etiche. La ricerca non è pubblicata, ma l'annuncio ha comunque suscitato grande clamore anche perché è l'ennesima dimostrazione di quanto siano potenti e versatili le nuove tecniche di manipolazione del Dna. E di quanto sia vicino il momento in cui dovremo decidere le frontiere etiche della loro applicazione.

I ricercatori americani, guidati dal biologo Pablo Ross, hanno raccontato di aver fatto crescere embrioni di maiali con all'interno cellule staminali umane, che, sostengono, lasciate crescere si sarebbero sviluppate in un pancreas. Cioè l'insieme dell'embrione, insistono, se la gravidanza fosse stata portata a termine, sarebbe diventato un maiale, un vero e completo maiale, che però al posto del pancreas suino avrebbe avuto un organo umano. Questo perché con la nuova tecnica di editing del Dna chiamata Crispr/Cas9 i biologi hanno silenziato i geni necessari all'embrione di maiale per sviluppare, come fisiologico, il proprio pancreas. Poi hanno iniettato al suo interno cellule staminali pluripotenti umane, teoricamente capaci di svilupparsi in qualsiasi tipo di organo. Ma siccome il resto dell'embrione del maiale non mancava di niente, le cellule umane hanno potuto svilupparsi nell'unica direzione in cui non si sono trovate in competizione con le cellule del maiale, cioè proprio quella del pancreas. E siccome tutto questo è stato fatto ai primi stadi della vita embrionale, il sistema immunitario, ancora non sviluppato, del maiale non ha potuto rigettare le cellule umane estranee. Il tutto quindi ha progredito verso la crescita di un embrione "chimera": dimostrazione tangibile della possibilità di progettare maiali con dentro un cuore, un fegato, due reni, un pancreas, due polmoni e due cornee, geneticamente umani.

Questa però è la spiegazione teorica. In pratica, non è del tutto chiaro se lasciando crescere l'embrione sarebbe davvero andata così. «Quello che non sappiamo, e che sarebbe importante sapere, è se le cellule umane non possano partecipare allo sviluppo anche di altri tessuti, e in particolare c'è preoccupazione per il cervello» ha commentato il genetista inglese Robin Lovell-Badge. Proprio questa preoccupazione aveva convinto le autorità americane, e in particolare i National Institute of Health, a bloccare i finanziamenti su queste ricerche nel settembre scorso. Comunque, non è nemmeno detto che se anche la tecnica permettesse di produrre un pancreas umano, senza altri intoppi, poi le cose sarebbero risolte. Per esempio: il pancreas umano cresciuto nel maiale che vasi sanguigni ha? Se fossero vasi suini, il loro trapianto in un paziente umano creerebbe gravi rischi di rigetto. E soprattutto: come possiamo evitare il rischio di trasmettere virus suini al paziente, insieme all'organo nuovo? Ma per Ross non ha senso fermarsi. Anzi. Perfezionare la tecnica, insiste, significherà risolvere i problemi elencati sopra e arrivare ad avere organi perfino migliori di quelli davvero umani: «Esatte copie genetiche del nostro fegato, ma in una versione più giovane e più sana, e senza dover prendere farmaci antirigetto».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 06 GIUGNO 2016

Eurostat. Malattie cardiovascolari e cancro restano i big killer. Ma aumentano malattie del sistema nervoso: nelle donne +25% in 10 anni

In ogni caso i tassi di mortalità da cancro e infarto nella Ue dal 2004 sono andati calando. In crescita invece i decessi per le malattie del sistema nervoso. Le malattie respiratorie sono la terza causa di morte e per lo più colpiscono gli anziani. In calo i morti dovuti ad incidenti stradali. Per l'Italia buone performance nei vari indicatori. IL FOCUS

Le malattie del sistema circolatorio e il cancro sono, di gran lunga, le principali cause di morte in Europa. A confermarlo sono gli ultimi dati pubblicati da Eurostat che però rivelano molto di più di questo risultato.

In primis il report Eurostat ci dice che tra il 2004 e il 2013, "c'è stata riduzione del 11% del tasso di mortalità per cancro tra gli uomini e una riduzione del 5,9% per le donne . Inoltre cali più vistosi si sono registrati in relazione alle morti per cardiopatia ischemica, dove i tassi di mortalità sono diminuiti del 30,6% per gli uomini e del 33,4% per le donne, mentre ancora maggiori riduzioni sono state registrate per le morti da incidenti stradali, i cui i tassi sono scesi del 45,3% per gli uomini e 47% per le donne".

Anche per quanto riguarda il tasso di mortalità per il cancro al seno, "esso è diminuito del 10,1% per le donne". Al contrario, Eurostat ci fa notare invece come il tasso di mortalità per malattie del sistema nervoso "è aumentato per gli uomini del 18,9% e per le donne del 25,1%.
Il cancro al polmone (tra cui anche il cancro della trachea e dei bronchi) mostra invece andamenti divergenti: per gli uomini il tasso di mortalità standardizzato è diminuito del 20,8%, mentre per le donne è aumentata del 71,9%".

Malattie del sistema cardiocircolatorio nella UE: Il tasso di mortalità è di 383 morti ogni 100.000 abitanti. Le malattie del sistema circolatorio comprendono i problemi relativi alla pressione alta, colesterolo, diabete e fumo. Le più comuni cause di morte per malattie del sistema circolatorio sono gli infarti e le malattie cerebrovascolari. Le ischemie cardiache hanno causato 132 decessi ogni 100.000 abitanti in tutta l'UE-28 nel 2013.

Gli Stati membri dell'Unione europea con i più alti tassi di mortalità standardizzati per malattie ischemiche del cuore sono la Lituania, la Lettonia, la Slovacchia, l'Ungheria e la Repubblica Ceca - tutti sopra 350 decessi per 100 000 abitanti nel 2013. All'altra estremità la Francia, Portogallo, Paesi Bassi, Spagna, Belgio, Danimarca, Lussemburgo e Grecia, così come il Liechtenstein, hanno i più bassi tassi di mortalità standardizzati per malattie ischemiche del cuore (inferiori ai 100 morti ogni 100mila abitanti). L'Italia è sotto la media con un tasso di 104 morti ogni 100mila abitanti)

Il cancro è una delle principali cause di morte, con una media 265 morti ogni 100.000 abitanti in tutta l'UE a 28. Le forme più comuni di cancro - tutti con tassi di mortalità standardizzati al di sopra di 10 per 100.000 abitanti – sono : trachea, bronchi e del polmone; colon, retto-sigma giunzione, retto, ano e canale anale; Seno; pancreas; stomaco e del fegato e dei dotti biliari.

Ungheria, Croazia, Slovacchia, Slovenia, Danimarca e Lettonia sono i paesi più colpiti dal cancro - con 300 o più morti ogni 100.000 abitanti nel 2013. Per l'Italia i decessi sono di 250 ogni 100mila abitanti.

Dopo le malattie cardiovascolari e il cancro, le malattie respiratorie sono la terza causa più comune di morte nell'UE con una media di 83 decessi ogni 100.000 abitanti nel 2013.. "Le malattie respiratorie – rileva Eurostat - sono legate all'età, con la stragrande maggioranza dei decessi per queste patologie registrate tra quelli di età compresa tra 65 o più".

I più alti tassi di mortalità standardizzati per malattie respiratorie tra gli Stati membri dell'UE sono stati registrati nel Regno Unito (144 ogni 100.000 abitanti), l'Irlanda (131 per 100.000 abitanti), la Danimarca (128 per 100. 000 abitanti) e in Portogallo (124 per 100. 000 abitanti). Italia ampiamente sotto la media con un tasso di 60 decessi ogni 100mila abitanti.

Come notato sopra, i tassi di mortalità standardizzati per le malattie del sistema nervoso sono aumentati negli ultimi anni. Nel 2013, il tasso globale europeo è stato di 38 morti ogni 100.000 abitanti. La Finlandia ha registrato il tasso più alto tra gli Stati (141 morti ogni 100.000 abitanti), più del doppio del secondo, i Paesi Bassi con 56 morti per 100.000 abitanti. Italia poco sotto la media con 34 decessi.

Le cause di morte includono anche i suicidi e gli incidenti stradali. Anche se il suicidio non è una delle principali cause di morte ed i dati per alcuni Stati membri dell'UE sono poco precisi, esso è spesso considerato come un importante indicatore per lo status di una società. In media nella Ue, ci sono stati 11,7 morti ogni 100.000 abitanti risultanti dal suicidio nell'UE-28 nel 2013. I tassi di mortalità standardizzati più bassi per il suicidio nel 2013 sono stati registrati in Grecia (4,8 decessi ogni 100.000 abitanti) e Malta (5,1), e tassi relativamente bassi - di meno di 8 morti ogni 100.000 abitanti - sono stati registrati anche a Cipro, Italia e nel Regno Unito, così come in Turchia e nel Liechtenstein. Il tasso di mortalità più alto si è registrato invece in Lituania (36,1 decessi per 100.000 abitanti) ed è stato tre volte superiore alla media.

La frequenza dei decessi causati da incidenti stradali nell'UE-28 nel 2013 è stata inferiore rispetto alla frequenza dei suicidi. Sono Romania, Lituania, Polonia e Croazia ad avere i più alti tassi di mortalità standardizzati (10 o più morti ogni 100.000 abitanti) mentre il Regno Unito ha registrato 2,7 morti per incidenti di trasporto per 100.000 abitanti. Italia con il suo 5,8 in media (5,9).

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

07-GIU-2016
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

FORMAZIONE

Art. 22, lo stralcio è tratto?

L'accesso al Ssn resta in stand by - Si tenta un'intesa lampo

Continua fino all'ultimo istante il dialogo tra le sigle mediche sul Ddl ex art. 22: nell'ultima bozza concordata il 27 maggio il nodo del contendere - ossia l'accesso al Ssn dello specializzando - è stata stralciato. Ma si cerca una linea comune. Il tavolo l'8 giugno.

MAGNANO A PAG. 10

Nella bozza dei sindacati inviata al ministero formazione in stand by - Sui precari una legge più rapida

Articolo 22: il cuore oltre lo stralcio

Medici frammentati sull'accesso al Ssn degli specializzandi - Si cerca un'intesa lampo

I confederali chiedono lo stesso contratto per tutti

Continua fino all'ultimo momento utile il dialogo tra le sigle di area medica sulla bozza del Ddl ex art. 22 (l'ultima versione concordata dai sindacati risale al 27 maggio scorso ed è stata inviata al ministero della Salute). L'obiettivo è di ricucire con un'intesa lampo le posizioni sull'accesso alla rete formativa Ssn. Tentativi finora falliti. Al netto di sorprese dell'ultim'ora, il fronte si presenterà quindi ancora frammentato al prossimo appuntamento dell'8 giugno. Nell'ultima bozza nota prima di andare in stampa infatti il capitolo ad hoc (lettera B) è stato stralciato. Sul resto, l'incontro al ministero della Salute di mercoledì prossimo dovrebbe essere risolutivo. Al tavolo camici bianchi, Salute, Miur, Funzione pubblica, Mef e Regioni.

Una bozza decisamente tormentata che potrebbe passare proprio grazie ai puntini di sospensione, quelli che rischierebbero di dividere definitivamente il fronte dei medici all'interno e rispetto alle proposte delle Regioni. In primis sulle modalità di accesso degli specializzandi alla rete formativa Ssn. Le posizioni su questo capitolo, come noto, sono diversificate. L'Anaao propone un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato nell'ultimo biennio (o nell'ultimo anno). Sul fronte opposto Fp Cgil Medici, Cisl Medici, Uil Fpl Medici, che confermano una visione differenziata all'interno dell'area medica. «Noi chiediamo che anche per lo specializzando all'interno della rete formativa Ssn - spiega **Massimo Cozza**, segretario nazionale dell'Fp-Cgil Medici - sia previsto lo stesso contratto degli specializzandi dei policlinici universitari».

A uscire dalla bozza anche il capitolo precari. «Nell'ultima versione - continua Cozza - è stata stralciata la parte riguardante la stabilizzazione dei precari (lettera F) . Quella su cui si sta lavorando è infatti una legge delega, con un'attuazione che richiede diversi anni. Ma il problema precari è un'emergenza che va risolta subito. Anche perché il Dpcm precari, ancora da attuare, copre solo i tempi determinati e lascia aperto tutto il capitolo dei contratti atipici, che in sanità sono veramente tanti». I sindacati chiedono infatti una legge a più rapida approvazione. Priorità a sicurezza delle cure e alla stabilizzazione anche di chi ha un contratto diverso dal tempo determinato, attraverso procedure concorsuali e tenendo conto della riorganizzazione delle reti, soprattutto emergenza urgenza. E spazio alla definizione di forme di lavoro flessibile compatibili con il rapprto di pubblico impiego nel Ssn.

Sui precari tutti all'unisono, ma la Cimo ritiene che i tempi non siano maturi per trovare una soluzione condivisa sulla formazione. «A noi la situazione attuale non piace - sottolinea **Riccardo Cassi**, presidente nazionale Cimo - ma la proposta delle Regioni di assumere una quota di specializzandi a tempo determinato pone un ventaglio di problemi. A partire dal contratto. Che figure sono queste? Se le Regioni pagano vorranno utilizzarle. Ma non sappiamo cosa sono. Il problema è che bisogna aumentare il numero delle borse sulla base dell'effettivo fabbisogno. Per ora quello che c'è nella bozza rappresenta un passo avanti, anche se non sufficiente. I nostri medici dopo la specializzazione non sono realmente pronti ed è necessario un nuovo periodo di formazione. Servirebbe un più stretto collegamento tra la parte teorica e il lavoro negli ospedali. Qualcosa in più nella nuova bozza c'è. Poi quando ci saranno le condizioni se ne riparlerà, anche perché per ora c'è anche il no dell'università».

Altro punto di frizione, il percorso post lauream della Medicina generale: «Noi appoggiamo la Fimmg - ribadisce Cassi - che sostiene il mantenimento dell'attuale tirocinio, in capo alle Regioni, senza il passaggio alla scuola di specializzazione. Un cambiamento che porterebbe anche la medicina generale, ancorata per sua natura al territorio, sotto il controllo dell'Università. Senza contare che i tirocini costano la metà e questo Ddl è a invarianza di spesa». Il problema è anche legato alle risorse. «Intanto approviamo un testo sul quale siamo tutti concordi - conclude Cassi - e poi si dovrà affrontare il nodo precariato, con una legge più rapida, dei contratti e delle carriere. Con risorse dedicate all'interno della nuova legge di Stabilità. E poi dovremo essere convocati dalla ministra Madia per discutere delle forme di flessibilità adatte al settore».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 06 GIUGNO 2016

Radiologia. Studio Usa: i pazienti non conoscono i rischi delle radiazioni

In molti ignorano i rischi connessi all'esposizione ai raggi X o agli altri test di imaging che vengono effettuati nella diagnostica oncologica. Secondo molti sottoporsi a radiazioni ionizzanti provoca problemi di fertilità o la comparsa di patologie specifiche. L'evidenza arriva da uno studio pubblicato su Journal of the American College of Radiology in cui i ricercatori hanno offerto un questionario a oltre 45 mila pazienti di un centro oncologico americano.

(Reuters Health) - In molti ignorano i rischi connessi all'esposizione ai raggi X o agli altri test di imaging che vengono effettuati nella diagnostica oncologica. Secondo molti sottoporsi a radiazioni ionizzanti provoca problemi di fertilità o la comparsa di patologie specifiche. L'evidenza arriva da uno studio pubblicato su Journal of the American College of Radiology in cui i ricercatori hanno offerto un questionario a oltre 45 mila pazienti di un centro oncologico americano.

"Le nostre perplessità riguardano l'accezione negativa che il termine radiazione può avere" ha spiegato **Joseph Steele** dell'Università del Texas, Anderson Cancer Center a Houston. "Essenzialmente la paura irrazionale verso le metodiche può portare i pazienti a non accettare certe indagini che invece sarebbero molto utili per la loro salute", ha continuato Steele.
L'energia emessa da una fonte è generalmente chiamata radiazione, indipendentemente dalla fonte: che sia la luce emessa dal sole, raggi gamma da elementi radioattivi, raggi X o microonde, secondo quanto riferisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

I risultati dell'indagine
Solo il 22% degli intervistati dal team di ricercatori americani ha saputo definire le radiazioni ionizzanti come un tipo di energia. I pazienti non sapevano in molti casi neanche definire quale test diagnostico usasse le radiazioni ionizzanti. Solo il 35%, infatti, ha correttamente indicato tra le fonti di radiazioni ionizzanti la tomografia computerizzata (TC), mentre il 29% erroneamente crede che anche la risonanza magnetica per immagini (MRI) usi tale fonte di energia.

La maggior parte degli intervistati, inoltre, non aveva idea dei rischi connessi alle radiazioni usate per scopo diagnostico: per capire il livello di conoscenza sul tema i ricercatori hanno presentato diversi quesiti ai pazienti sui rischi legati alla TC dell'addome e della pelvi. Tra gli intervistati che ritengono rischioso sottoporsi a tale esame, il 24% teme per la propria fertilità e il 12% ha paura di sviluppare malattie a causa delle radiazioni e di trasmettere mutazioni genetiche alla propria progenie.

"In realtà, sottoporsi a un TC dell'addome o della pelvi non pone a nessuno dei rischi evidenziati dalle persone incluse nello studio", spiegano i ricercatori.

I commenti
Il lavoro è stato svolto in un solo centro oncologico e solo l'11% dei pazienti ha risposto al questionario. Questo è un limite del lavoro che va tenuto in considerazione, hanno spiegato gli autori.

Secondo **Leonard Berlin**, ricercatore al Rush University e alla University of Illinois a Chicago la scarsa conoscenza dei rischi connessi alla TC può dipendere anche dalla fiducia dei pazienti riposta nei clinici che richiedono loro questo esame: in molti casi, quindi, il paziente potrebbe non informarsi dei rischi

affidandosi ciecamente al parere del medico.

“È infatti raro che un paziente chieda informazioni sul costo di un esame e sui suoi possibili effetti collaterali” sottolinea Berlin.

Fonte: *Journal of the American College of Radiology, 2016*

Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)