healthdesk

23-09-2016

http://www.healthdesk.it/

FERTILITY DAY

Gli italiani sono disinformati sui rischi dell'infertilità

Scoraggiati dalla crisi economica e dai mancati aiuti alle famiglie, poco preparati sui problemi di fertilità e sui possibili rimedi, gli italiani fotografati dal Censis sono sempre meno propensi a fare figli. Cambieranno mai idea?

Gli indicatori usati dai demografi del Censis per interpretare la realtà sono diversi, ma dicono tutti la stessa cosa: in Italia si fanno sempre meno figli. Si prenda il tasso di fecondità, ovvero il numero di figli per donna: nel 2010 era 1,46, nel 2015 è passato a 1,35. Lo stesso vale per il tasso di natalità, il più basso d'Europa: 8 per mille abitanti nell'ultimo anno (era 8,3 per mille nel 2014). Traducendo la statistica in numeri più intuitivi, il quadro emerge ancora più chiaramente: 485.780 sono i bambini nati in Italia nel 2015. È il conteggio più breve che gli studiosi della popolazione italiana si sono trovati a fare dall'Unità a oggi. In un solo anno, dal 2014 al 2015, l'appello dei neonati si è accorciato di 16.816 nomi (- 3,3%). Il maggior numero di culle vuote si trova in Liguria (6,5 nati per 1.000 abitanti) e in Sardegna (6,7 per 1.000).

Insomma, per dirla brutalmente, i conti, comunque li si faccia, restano in rosso. Il saldo è drammaticamente negativo: le entrate (i nati) sono molto inferiori alle uscite (i morti).

Gli ostacoli principali

La crisi economica e le scarse politiche familiari. Sono questi i motivi che fanno passare agli italiani la voglia di diventare genitori. A dar retta ai sondaggi le coppie del Belpaese, valutando l'ipotesi di fare un figlio, si fanno tutte le stesse domande: come lo manteniamo? chi si occupa di lui mentre siamo al lavoro?

Secondo una recente indagine del Censis, l'83 per cento degli italiani pensa che la crisi

economica abbia reso più difficile la scelta di diventare genitori. Solo il 15 per cento ritiene che chi desidera veramente un figlio deve essere disposto a qualunque sacrificio.

Il 61 per cento degli italiani pensa che se lo Stato garantisse maggiori aiuti, non solo economici, ma anche organizzativi, le coppie sarebbero più disposte a imbarcarsi nell'avventura. C'è chi vorrebbe sgravi fiscali e aiuti economici (71%), chi il potenziamento degli asili nido (67%) o il sostegno nell'affrontare i costi per l'educazione dei figli, dalle rette scolastiche alla mensa, ai servizi di trasporto (56%).

Infertilità: una informazione ancora inadeguata

In Italia il primo figlio arriva per le donne in media dopo i trent'anni, a 30,7 per la precisione. Le spagnole sono quelle più simili a noi facendo il primo figlio a 30,6 anni, ma nel resto d'Europa le neomamme hanno tutte meno di 30 anni.

Per il 46 per cento degli italiani però questo non è un dato preoccupante: chi desidera un figlio deve cominciare a preoccuparsi solo dopo i 35 anni.

Il 60 per cento ammette di essere poco o per nulla informato sul tema della infertilità. Il 44 per cento pensa che dovrebbero trascorrere due anni e oltre dai primi tentativi di concepimento prima di avere il sospetto di qualche problema. Il primo contatto con il medico di un centro di procreazione medicalmente assistita viene preso in media dopo due anni e due mesi di fallimenti. Tra le cause di infertilità, la più citata (da poco meno di un terzo degli italiani) è lo stress.

Il lungo percorso della Pma

Cresce anche l'età media delle coppie che ricorrono alla Pma. Sia quella degli uomini (dai 37,7 anni del 2008 ai 39,8 del 2016) che delle donne (da 35,3 a 36,7 anni). E aumenta anche il tempo che trascorre tra i primi tentativi di concepimento e i primi dubbi (1 anno nel 2008, 1 anno e 3 mesi nel 2016).

Mediamente dai primi tentativi al primo contatto con il medico sono passati 2 anni e 2 mesi, contro 1 anno e 8 mesi nel 2008. Il percorso si allunga ulteriormente per le coppie meno istruite e diventa di oltre 2 anni e mezzo.

Inoltre, dopo il primo appuntamento con il medico, le coppie fanno passare più di un anno (12,7 mesi in media) prima di rivolgersi a un centro di Pma. Seguono altre attese. Il 42 per cento delle coppie attende più di 6 mesi per accedere ai trattamenti e la percentuale raggiunge, in questo caso, il 61 per cento tra chi si è rivolto a centri pubblici.

Tra queste ultime, il 30 per cento attende addirittura oltre un anno. Per un terzo delle coppie,

soprattutto quelle che si rivolgono ai privati l'attesa è in media di tre mesi.

I costi della Pma

Quanto costa la Pma? Dipende: pagando il ticket il conto è in media di 34 euro, pagando interamente di tasca propria è 4 mila euro.

Per il 14 per cento delle coppie i costi della Pma sono stati sostenuti interamente dal Servizio sanitario regionale, il 49 per cento ha pagato il ticket, il 35 per cento invece ha pagato le prestazioni interamente di tasca propria. Ciò accade soprattutto nelle regioni del Centro (dove la percentuale sale al 67%) e al Sud (dove si arriva al 51%).

Nell'opinione delle coppie le situazioni nelle diverse regioni sono differenziate sia in termini di qualità dei trattamenti (lo pensa l'80%) che di gratuità nell'accesso (74%). E mentre l'80 per cento afferma che la fecondazione eterologa dovrebbe essere realmente disponibile per tutti, il 76 per cento ritiene che chi ha problemi di infertilità in Italia è svantaggiato rispetto a chi vive all'estero.

IHQI of Evaluation 09/23/2016

23 set 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Farmaci

Operatore socio-sanitario

Sicurezza sul lavoro

IN PARLAMENTO

Parlamento, Sanità quasi in stand by. Ma c'è Lorenzin sui Lea alla Camera. Cosa bolle in pentola la prossima settimana

di *red. san.*

PDF Parlamento, i Ddl sanitari

PDF I decreti legge in scadenza

PDF I principali Ddl all'esame di Camera e Senato

È già come se tutti aspettassero al varco la madre di tutte le leggi, la manovra di bilancio 2017, che sbarcherà alla Camera il 20 giugno. Le commissioni Sanità di Camera e Senato hanno apparecchiato un tavolo di lavoro per la prossima settimana, di sostanziale attesa. Neppure il Ddl concorrenza dovrebbe arrivare al voto in aula al Senato: mancano ancora i pareri su tutti gli emendamenti da parte della commissione Bilancio. Che anche sul rischio professionale sta frenando, complice la tattica di estrema cautela sugli effetti finanziari delle modifiche a parte del ministero dell'Economia.

Senato: poco risk, avanti (ma solo audizioni) sulla Pma

La commissione Igiene e sanità di palazzo Madama ha in pratica solo tre provvedimenti all'ordine del giorno. Martedì tocca alla responsabilità professionale degli operatori sanitari, che però non farà un gran cammino. In calendario, lo stesso giorno, anche la disciplina delle attività funerarie. Mercoledì invece, come anticipato dalla presidente Emilia De Biasi, sono incardinate due audizioni sulla procreazione medicalmente assistita: Iss e Centro nazionale trapianti.

Camera: Lorenzin sui Lea e mega audizioni su Ddl farmaci e professioni

La ministra Beatrice Lorenzin sarà in audizione martedì in commissione Affari sociali sul Dpcm Lea. Lo stesso giorno è in calendario l'ennesimo comitato ristretto sul biotestamento. Mercoledì invece sono i agenda numerose audizioni in merito all'ex Ddl Lorenzin: tocca a Farmindustria, veterinari, Fofi, biologi, Ipasvi e radiologi. Giovedì un calendario di puro mantenimento, tra ufficio di presidenza e interrogazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO
05 Agosto 2015
Chiamenti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto

AZIENDE E REGIONI
05 Agosto 2015
Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi

IN PARLAMENTO
05 Agosto 2015
Via libera alla prima legge sull'autismo, svolta per pazienti e famiglie. Soddisfatta la Lorenzin,

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

24-SET-2016
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA STANGATA NASCOSTA

Due miliardi di nuovi ticket per mascherare i tagli nella sanità

Alla faccia delle recenti promesse di Renzi per i livelli base di assistenza il governo ha stanziato circa un terzo di quanto servirebbe. E a pagare saranno ancora una volta gli italiani che si ammalano

di **SARINA BIRAGHI**

■ «Nel 2017 i soldi per la sanità aumenteranno e non ci saranno interventi sui pacchetti di sigarette. Il ministro della Sanità chiede sempre dieci, poi se ottiene uno non è che ha avuto un taglio, ha avuto uno». Niente tagli, quindi, ha promesso Renzi su *Rai 1* pochi giorni fa. Poi però se si va a grattare sotto la patina degli annunci si scopre che per i Lea, i livelli base dell'assistenza, cioè le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento del ticket, sono a rischio.

Il refrain governativo è il solito: il Fondo sanitario nazionale che oggi vale 111 miliardi salirà a 113. E invece non è così, non aumenterà, perché Renzi dà un'elemosina che è sempre meno della reale necessità, ma soprattutto perché la sanità non può essere esente dalla spending review. E lo sanno bene anche le Regioni che devono far ancora quadrare i conti per le nuove prestazioni sanitarie varate a giugno, i Lea appunto.

Un tempo si chiamavano livelli «minimi» oggi sono ridotti all'essenziale e riguardano l'assistenza ospedaliera, la farmaceutica, la specialistica, l'assistenza di base, i vaccini, le protesi, la prevenzione collettiva.

Palazzo Chigi per i Lea quest'anno ha stanziato a copertura 800 milioni - anche se le ultime stime (l'ultima volta erano stati ridefiniti nel 2001) sul loro fabbisogno erano arrivate a quota 3 miliardi - sostenendo che gli oltre due miliardi mancanti andranno trovati estendendo i ticket, ricorrendo alle gare di acquisto e soprattutto applicando rigorosamente l'«appropriatezza». Epperò più che ai medici bisognerebbe chiedere al Rottamatore che intende per appropriatezza: costringere i medici ad adeguarsi alle linee guida malgrado i bisogni dei malati, o adeguare le cure alla compatibilità economica fregandosene dei malati?

Tornando ai sottofinanziati Lea, considerate la longevità del popolo italiano e la forte denatalità, tanto da far pensare a un ridicolo *fertility day*, i più penalizzati saranno gli anziani, fragili e vulnerabili, i «millennial», la generazione nata tra la metà degli anni Ottanta e i primi anni del Duemila, eroi della precarietà, i disoccupati e quelli che non possono permettersi di ricorrere alla sanità privata (cresciuta nel frattempo del 3,2%). Per il Censis, infatti, ci sono 11 milioni di italiani fuori dalle cure mediche per povertà, malgrado abbiano necessità di farmaci, visite o accertamenti diagnostici e soprattutto cure dentistiche. Insomma, meno soldi alla sanità, meno attenzione al fabbisogno della gente, scaricando tutto il peso sulle Regioni che continuano a chiedere quei 2 miliardi, non pervenuti, legati al Fondo sanitario nazionale. La Lorenzin assicura battaglia visto che sono garantiti dal Def e comunque, quegli 800 milioni «ci sono e ci saranno anche l'anno prossimo perché sono una misura strutturale e non una tantum ma soprattutto le Regioni potranno aumentare le risorse all'interno del Servizio sanitario nazionale grazie ai risparmi che si faranno con le centrali di acquisto».

Un esempio di risparmio, secondo il governo, arriverà dalla mitica siringa che dovrà diventare nazionale, cioè costare da Udine a Lampedusa, lo stesso prezzo. Tanta retorica più che vero risparmio, considerato che il costo delle siringhe nel bilancio della sanità italiana rappresenta lo 0,02 per cento dei costi. Al confronto di nuove terapie, nuove esigenze sociali, nuove tecnologie e nuove malattie, per le Regioni le siringhe restano briciole mentre due miliardi sono montagne. Il più soddisfatto, però, è il presidente della rossa Emilia-Romagna e presidente della conferenza delle Regioni Stefano Bonaccini: «Abbiamo alzato il livello della tutela della salute: questo, di fatto, significa l'approvazione dei nuovi Lea. Un provvedimento molto atteso perché ha a che fare con i diritti dei cittadini e che necessita ora di una sostenibilità economico-finanziaria pluriennale». Altri tempi, quando il presidente era Errani e chiedeva sempre meno tagli e più finanziamenti...

Ecco, l'intesa e l'unanimità dei presidenti sul provvedimento è preoccupante: con altri governi avrebbero alzato le barricate chiedendo risorse ed opponendosi a tagli e aumenti di ticket. Oggi non si rendono conto, però, che senza risorse, col «marchese» fiorentino rischiano il commissariamento.

E' il capolavoro sanitario del governo: adeguare i livelli di assistenza non per dare di più, ma per dare di meno e operare un taglio drastico dei consumi facendo spazio a mutue e assicurazioni sul modello americano.

Sul modello liberista, di sinistra, di Matteo Renzi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 73.676
Diffusione 07/2016: 40.773
Lettori Ed. I 2016: 115.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

24-SET-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

L'obesità di lungo periodo favorisce il cancro

L'obesità non è l'unica causa del cancro, ma certo il nesso con la malattia esiste. Per ogni decennio trascorso in sovrappeso durante l'età adulta, le donne aumentano del 7% il rischio di sviluppare un cancro al seno e del 17% quello di un cancro all'endometrio. Globalmente, il rischio di cancro legato all'obesità aumenta del 7% per ogni decennio trascorso in sovrappeso.

La conferma arriva da uno studio le cui conclusioni sono apparse sulla rivista online *Plos Medicine* il 16 agosto scorso. «Sapevamo già, in base a studi precedenti, che esiste un legame tra obesità e diversi tipi di cancro», spiega a Le Figaro Melina Arnold, epidemiologa presso il Centro internazionale di ricerca sul cancro dell'Oms a Lione e prima firmataria dell'articolo. «Nel nostro studio abbiamo valutato per la prima volta il modo in cui la durata del sovrappeso e dell'obesità nel corso dell'età adulta impattano sul rischio di sviluppare un cancro». Melina Arnold ha esaminato, insieme a una dozzina di colleghi di varie università americane e israeliane, i dati raccolti a partire dagli anni novanta nell'ambito dello studio Women's Health Initiative e relativi a circa 74 mila donne in menopausa, di età compresa fra i 50 e i 79 anni. Il limite di tale studio è che prende in considerazione soltanto le donne (americane per di più). In compenso, esso consente di seguirne nel corso degli anni la traiettoria ponderale. I dati sono allarmanti: solo il 40% delle donne considerate non è mai stato in sovrappeso e circa il 30% è stato obeso. Per le donne che mostravano chili di troppo i ricercatori hanno calcolato che la durata media di esposizione al rischio era pari a 31 anni per quelle in sovrappeso e a vent'anni per le obese. In effetti, è stato dimostrato che un'esposizione precoce e prolungata al sovrappeso aumenta il rischio e la gravità dell'ipertensione, la resistenza all'insulina, l'infiammazione cronica e le modificazioni del metabolismo ormonale, tutti meccanismi chiave noti per aumentare il rischio di cancro. In particolare, per il cancro dell'endometrio l'obesità è uno dei fattori di rischio principali, attraverso l'insulinoresistenza e la produzione di estrogeni.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 357.160
Diffusione 07/2016: 238.295
Lettori Ed. I 2016: 1.546.000
Settimanale - Ed. nazionale

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

04-OTT-2016
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Domande e risposte d'attualità

PERCHÉ GLI ADOLESCENTI ITALIANI FUMANO MOLTO PIÙ DEI LORO COETANEI EUROPEI?

Risponde
ROBERTA PACIFICI
direttore Osservatorio fumo, alcol e droga dell'ISS

Uno studio realizzato considerando 35 Paesi rivela che il 37 per cento dei nostri under 17 fuma. Come si spiega questo triste primato italiano?

Metto in rilievo una serie di motivi. Innanzitutto il prezzo delle sigarette in Italia è ancora troppo basso, siamo tra i Paesi dove il pacchetto costa meno. L'Organizzazione mondiale della sanità ci dice che lo strumento più incisivo per disincentivare i nuovi consumi e aiutare le persone a smettere è proprio incrementare il prezzo del prodotto, ma non di soli 5-10 centesimi, valore che chi ha sviluppato dipendenza non percepisce: l'incremento deve essere significativo. Quando questo studio è stato fatto erano ancora in vendita i pacchetti da 10 sigarette, che costavano meno di un cornetto e un cappuccino, alla portata quindi anche dei più giovani. Poi esiste il problema della verifica dell'età: per il divieto di vendita ai minori di 18 anni, sacrosanto, deve esserci una vigilanza. Capisco che è obiettivamente difficile oggi riconoscere chi ha 16, 17 o 18 anni, quindi la carta d'identità va richiesta. Certo, anche questo controllo può essere aggirabile, ma i paletti vanno messi e sappiamo che i divieti hanno un valore educativo, più che punitivo. Infine c'è anche il problema della pubblicità indiretta, data per esempio dai film "di cassetta" e diretti al pubblico più giovane e vulnerabile: alcuni sono pieni di atti-fumo, legati ai momenti più glamour e vincenti. Anche questo è un fattore che contribuisce al nostro triste primato.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

24-SET-2016
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

LA POLEMICA

Basta con gli attacchi alle sigarette elettroniche Aiutano davvero chi vuole smettere di fumare

Per «Nature» fandonie le accuse che ne mettono in dubbio l'utilità

Interesse per «Iqos», il prodotto Philip Morris che non brucia il tabacco

di **UMBERTO TIRELLI**

■ Qualche tempo fa *Nature*, la rivista più prestigiosa in ambito scientifico mondiale, ha definito vere e proprie «fandonie» gli attacchi che vengono sferrati quotidianamente in molte parti del mondo contro le sigarette elettroniche. In Italia, ricercatori come Riccardo Polosa dell'Università di Catania, Carlo Cipolla e Umberto Veronesi dell'Istituto europeo di oncologia e il sottoscritto dell'Istituto dei tumori di Aviano hanno preso una posizione che li ha portati anche a firmare qualche tempo fa una lettera all'Oms (Organizzazione mondiale della sanità), insieme ad altri 48 scienziati europei e americani, per legalizzare le sigarette elettroniche.

Infatti, considerando che vi sono milioni di cittadini che moriranno nei prossimi decenni a causa del fumo, non ha alcun senso aspettare anni per scoprire eventuali rischi collaterali del vapore delle sigarette elettroniche che sono certamente molto meno gravi del rischio certo che invece porta il fumo della sigaretta tradizionale, sostiene tra l'altro anche *Nature*.

Il ricorso a metodi quali nicotina per bocca o transdermica per smettere di fumare ha fallito miseramente in tutto il mondo e per questo si è arrivati alla sigaretta elettronica senza tabacco che ha il vantaggio di non provocare la combustione di tabacco e carta e la conseguente eliminazione di decine e decine di sostanze notoriamente cancerogene secondo i criteri dell'Oms. Nelle sigarette elettroniche vi è invece una soluzione acquosa che contiene glicole o glicerina vegetale, entrambi innocui, integrata da aromi vari ed eventualmente l'aggiunta di una bassa dose di nicotina che già viene solitamente utilizzata per via orale o transdermica.

Il vantaggio principale della sigaretta elettronica è la gestualità che si mantiene quando invece questa ovviamente non c'è nella soluzione della nicotina per via orale o transdermica. Vi è poi la sigaretta con tabacco della Philip Morris, Iqos, che non brucia ma si riscalda e quindi non produce quelle sostanze cancerogene che provengono dalla combustione mantenendo per il fumatore la sensazione, che poi è una realtà, di fumare tabacco.

A coloro che non riescono a smettere di fumare, considerando che la dipendenza da nicotina è tra le più difficili da interrompere, è opportuno già da oggi (visto che sono a rischio di malattie tumorali e cardiovascolari) consigliare di passare alle sigarette elettroniche, cosa che sto facendo personalmente da tempo per i miei pazienti che hanno avuto spesso risultati notevoli sia smettendo di fumare o anche soltanto riducendo di molto le sigarette tradizionali cancerogene, con conseguente rischi diminuiti di sviluppare le conseguenze sanitarie oncologiche e cardiovascolari ben note.

Il 20 settembre 2016, si è costituito il comitato scientifico internazionale della Lega italiana anti fumo (Liaf), che ha inviato al ministro della Salute Beatrice Lorenzin una richiesta di considerare la sigaretta elettronica come strumento importantissimo per limitare i danni della sigaretta tradizionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FUTURO Sigarette elettroniche

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

24-SET-2016
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

Il corsivo del giorno

di **Rita Querzé**

PER LA CRESCITA DEMOGRAFICA UNA CAMPAGNA PUBBLICITARIA NON BASTA

Fin troppo facile evidenziare i limiti della campagna sul Fertility Day. A costo di andare controcorrente, un merito alla ministra Lorenzin va pur riconosciuto: la polemica ha acceso un riflettore sulla questione del calo demografico. L'Italia con la Germania e il Giappone è sul podio dei Paesi che invecchiano più in fretta. Bisognerebbe farsi carico del problema prima che sia l'Inps a presentarci il conto. Gli italiani non fanno più figli, constata il ministero della Salute. Ma la colpa non è delle «cattive compagnie», tantomeno della leggerezza di donne che rimandano la maternità sine die. *Bisognerà prima o poi fare i conti con una realtà descritta anche dall'Istat: gli italiani vorrebbero avere più figli ma poi rinunciano. Rinunciano perché non sanno risolvere il rebus della conciliazione tra famiglia e lavoro. Ammesso che si trovi posto al nido, gli orari non sono quelli dell'ufficio. Le rette si portano via ricche fette di stipendio. Gli sgravi fiscali sulle baby sitter sono inferiori a quelli per le badanti, come se la cura dei figli avesse minore dignità di quella degli anziani. E i nonni che in passato si erano fatti carico dei nipoti oggi restano più a lungo al lavoro. Criticità come queste non si affrontano con le campagne pubblicitarie. Bisognerebbe mobilitare risorse e fare entrare le politiche per la crescita demografica tra le priorità. Finora non è avvenuto. Il dibattito sulla legge di Stabilità registra un ampio confronto sulle pensioni ma non si parla di nidi. Il Parlamento europeo ha appena licenziato una risoluzione che ha come obiettivo «l'equilibrio tra vita privata e professionale». Ammesso che la Commissione adempia all'invito del Parlamento e si occupi di questa istanza nel suo programma di lavoro per il 2017, la competenza su questa materia resta in gran parte degli Stati. Tante responsabilità ha l'Europa, ma non può costruire per noi un futuro con più passeggini.*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 241.998
Diffusione 07/2016: 163.662
Lettori Ed. I 2016: 1.241.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

24-SET-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

Il confronto di Lorenzin

Con un video che ha destato altre polemiche, la ministra della Salute Beatrice Lorenzin è tornata sull'ultimo opuscolo, accusato di razzismo, studiato per la campagna del Fertility Day. Accostando il poster "originale" vidimato da lei e quello poi pubblicato, ha sostenuto: «Vedete? Sono completamente diversi». Un terzo autogol, almeno sul web, dove i due opuscoli sono sembrati identici se non per una lieve sfocatura delle persone che rappresenterebbero «i cattivi "compagni" da abbandonare», tra cui due di colore

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.812
Diffusione 07/2016: 251.862
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-SET-2016
da pag. 20
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'inchiesta

Disabili, le pagelle delle città vince Torino, bocciato il Sud

La classifica dei Comuni più accessibili. "In Asl e uffici pubblici qualcosa è cambiato. Ma negozi e locali sono ancora off limits"

MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA. Esiste un'Italia accessibile e un'Italia ostile. Ci sono luoghi, città, paesi, dove le persone disabili possono fare (quasi) una vita normale, e altri dove essere in carrozzina vuol dire ritrovarsi prigionieri di barriere, ostacoli e maleducazione. C'è, come sempre, un'Italia divisa in due, tra il Centro-nord che prova a ridisegnare le città pensando ai più fragili, e il Sud che, tranne per qualche eccezione, arranca. Vince Torino e perde Agrigento, svetta Reggio Emilia e precipita Roma. Questo almeno è il Paese che descrivono le "pagelle" sull'accessibilità delle nostre città elaborate dall'Anmil, l'associazione italiana mutilati e invalidi del lavoro, attraverso le segnalazioni delle sue sedi regionali e i suoi oltre 400mila iscritti. Una classifica che attraverso un punteggio da 1 a 10 ha dato i voti a oltre 100 province italiane, analizzando la presenza o meno di barriere architettoniche, la possibilità di visitare luoghi turistici, la condizione di negozi, bar e ristoranti. Un'indagine dettagliata, dove nessuna città raggiunge però la votazione massima, anche se Cremona, Ferrara, Siracusa e Torino conquistano un 8, seguite da Belluno, Bolzano, Pordenone, Trento, Verbania con 7,5, e Reggio Emilia, Trieste, Milano e Latina con 7. Agli ultimi posti della classifica, bocciate (il punteggio è 2), Agrigento, Campobasso e L'Aquila, ma Prato si ferma a 2,5 e Napoli, Roma e Venezia non superano il 4 in pagella.

«Ci sono parti d'Italia in cui la situazione sta migliorando, ed altre dove invece peggiora», commenta Bruno Bettoni, presidente dell'Anmil e della Fand, la federazione che riunisce le più grandi associazioni dei disabili. «Guardando la nostra classifica è evidente che, dove le amministrazioni hanno deciso di investire per abbattere le barriere architettoniche, la vivibilità è migliorata per tutti. Creando città accessibili, in realtà si pensa a un futuro in cui l'invecchiamento della popolazione richiederà sempre più città "facili" per gran parte dei cittadini». Molto è stato fatto però, dice Bettoni, a livello pubblico: «In generale uffici, ospedali e Asl sono accessibili, grazie anche a fondi erogati in passato. Il dramma è nel privato: negozi, ristoranti, bar restano off limits. Per non parlare dei bagni: impossibili. È un fatto di cultura: come se una persona in carrozzina non avesse diritto a entrare in un negozio da sola».

Spicca nella classifica dell'Anmil il caso di Siracusa, unica città del Sud ad avere 8 in pagella. Racconta Marzio Urzì, paraplegico dal 1998 per un incidente sul lavoro: «Dopo grandi battaglie, la città ha oggi l'intero centro storico accessibile a chi è in carrozzina, gran parte degli esercizi pubblici hanno scivoli e rampe e non vengono concesse nuove licenze se bar e ristoranti non hanno i servizi igienici per disabili. È vero che siamo al Sud, ma forse qui qualcosa è cambiato». Bruno Galvani, presidente della fondazione Anmil "Sosteniamoli subito", si muove con la sedia a rotelle, ma è appena tornato da un tour per l'Italia. «Ho visto cose che voi umani non immaginate — scherza Galvani — Un'Italia di barriere, maleducazione e disinformazione. Mi sono ritrovato in hotel che dichiaravano di essere accessibili ai disabili, ma dove invece non si riusciva nemmeno ad aprire la porta della doccia. E dove i gestori poi affermavano che secondo la Asl i loro spazi seguivano i criteri di legge». Una giungla di regole e di burocrazie incrociate. Aggiunge Galvani: «Ti puoi ritrovare nell'inferno delle barriere architettoniche di Napoli o Roma, ma anche nella serenità di Ferrara, dove tutto è accessibile. Compreso il Castello Estense, interamente attrezzato con gli ascensori. La civiltà è questa».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 322.557
Diffusione 07/2016: 210.061
Lettori Ed. I 2016: 877.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica D

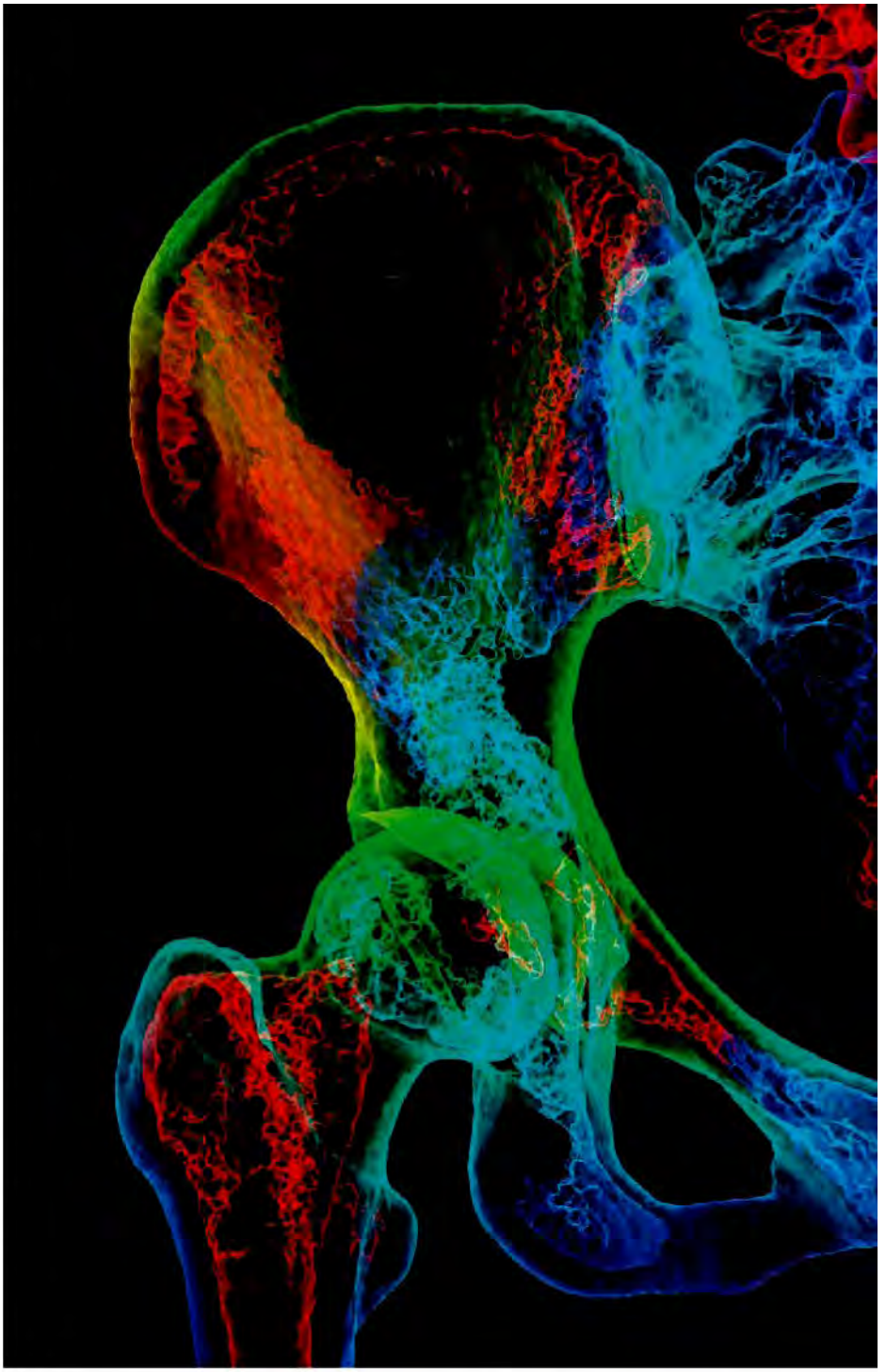
Dir. Resp.: Valeria Palermi

24-SET-2016
da pag. 297
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

NELLE MANI DI CHI?

Contro il mal di schiena ma non solo: le tecniche sono diverse. Ecco come orientarsi e scegliere il professionista giusto

di Tiziana Moriconi



TECNICHE MANUALI, OVVERO tutte le pratiche in cui le mani sono lo strumento per far stare meglio le persone. Per esempio, per fare sparire un mal di schiena. Al di là delle definizioni, la questione si complica quando bisogna capire a chi rivolgersi, perché a essere coinvolte sono molte professionalità diverse. Alcune sono riconosciute in Italia come sanitarie, altre no. E non tutte hanno solide radici nell'*evidence based medicine*, la medicina basata sulle evidenze scientifiche.

MANIPOLATORE!

Per prima cosa è bene chiarire un concetto: solo i medici possono formulare una diagnosi (e assumersene la responsabilità). Coloro che mettono le mani sulla colonna vertebrale sono i fisiatri (o, più correttamente, specialisti in Medicina fisica e riabilitativa). Sanno risolvere o almeno alleviare le cefalee di origine cervicale, i dolori al nervo sciatico, al coccige, al bacino. Insomma, tutti i tipi di mal di schiena dovuti a patologie benigne e reversibili: problemi alle vertebre, ai legamenti, ai muscoli, ai nervi. I fisiatri che praticano le tecniche manipolative vertebrali seguono l'approccio della Scuola di medicina manuale fondata negli anni '60 a Parigi dal medico Robert Maigne. «Si tratta di

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 322.557
Diffusione 07/2016: 210.061
Lettori Ed. I 2016: 877.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica D

Dir. Resp.: Valeria Palermi

24-SET-2016
da pag. 297
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

mobilizzazioni forzate, che tendono a portare gli elementi di un'articolazione al di là del loro gioco abituale, fino al limite anatomico possibile», spiegano alla Società italiana di medicina fisica e riabilitativa (Simfer.it). «È un gesto medico preciso. A seconda della diagnosi, si stabilisce se è indicata una terapia manipolativa, considerando le controindicazioni e le precauzioni da adottare. La manipolazione non è scevra di rischi e una preparazione di tipo medico specialistico è fondamentale per praticarla in modo sicuro. Inoltre, solo il fisiatra può associare alle tecniche manipolative interventi complementari di tipo farmacologico e invasivo (come le infiltrazioni, ndr). L'obiettivo è ridurre il dolore, ma anche far recuperare al paziente l'autonomia, educandolo sulle situazioni da evitare e sui comportamenti corretti per prevenire i disturbi della colonna».

FISIATRI E FISIOTERAPISTI

Se la diagnosi e la gestione complessiva del paziente spettano ai fisiatri, il recupero della funzionalità spetta ai fisioterapisti. Non medici, ma professionisti sanitari della riabilitazione, con un percorso di studi di almeno tre anni, tra università e ospedali. Dopo una frattura, un intervento, un trauma o contro la tendinite, il fisioterapista è la figura di riferimento. Così come dopo una paralisi, un ictus o un infarto, contro l'osteoporosi o l'incontinenza. Ma anche, certo, in caso di sciatica. «Uno degli obiettivi è restituire al paziente la funzionalità perduta, che può essere causa o conseguenza del dolore», sottolinea Davide Albertoni, presidente del Gruppo di terapia manuale dell'Aifi (Associazione italiana fisioterapisti italiani). «Non possiamo però intervenire direttamente sulle lesioni che causano i sintomi. Per esempio, se un paziente ha una lesione al menisco, non siamo in grado di guarirlo, come fa invece la chirurgia. Il nostro obiettivo è, nonostante la lesione, fargli recuperare il massimo della funzionalità. I sintomi si riducono anche attraverso la manipolazione, la tecnica che sfrutta movimenti ad alta velocità e piccola ampiezza e che causa gli scrosci articolari (i classici "croc"). Fondamentale anche l'esercizio attivo dei pazienti, perché recuperare la funzionalità è questione di allenamento. Non si scappa: sono loro che devono far muovere i muscoli».

Mi fido!

Come capire se ci si sta affidando a una persona competente quando si va da un fisioterapista, da un chiropratico o da un osteopata? La questione non è affatto semplice. Per i fisioterapisti non esiste ancora un albo. Un modo per tutelarsi è accertarsi del possesso della laurea o di un master di specializzazione. Anche per i chiropratici fa fede la laurea, conseguita all'estero: altre scuole non sono ritenute valide dall'Aic (associazionechiropratici.it), che può essere contattata per avere informazioni. Stesso discorso per l'osteopatia: in Italia ci sono tra i sei e i settemila osteopati, di cui circa 2.500 iscritti al Roi (roi.it), a cui ci si può rivolgere per sapere se la persona in questione ha seguito il percorso formativo.

LA CHIROPRATICA

Non siamo più nell'ambito della medicina convenzionale, ma di tutte quelle definite complementari, quando parliamo di chiropratica e osteopatia. Entrambe arrivano dagli Usa, e vengono spesso accomunate. Erroneamente.

La chiropratica tratta soprattutto problemi di colonna vertebrale e articolazioni. Il principio (non riconosciuto dalla medicina convenzionale) è che ogni piccola alterazione della colonna può modificare lo stato di salute. Queste cosiddette sublussazioni possono essere causate da una postura scorretta, da un trauma o dal tipo di lavoro che si fa.

«Il chiropratico ripristina l'equilibrio, imprimendo un impulso rapido e poco profondo che porta le articolazioni appena oltre il limite fisiologico», spiega John Williams, presidente dell'Associazione italiana chiropratici. «Non siamo semplici manipolatori e la chiropratica non è solo una tecnica. Il corso di laurea in Usa dura ben otto anni; lì la disciplina è riconosciuta come scienza medica. In Europa sono stati attivati nove corsi di cinque anni (in Francia, Regno Unito, Spagna, Danimarca e Svizzera, ndr), che però non prevedono il tirocinio in ospedale». Insomma, la chiropratica non vuole solo curare il mal di schiena, ma trovarne le cause e mettere a punto un protocollo che guardi alla salute generale.

L'OSTEOPATIA

Anche l'osteopatia tratta principalmente i dolori e le tensioni del sistema muscolo-scheletrico, ma visti come possibili spie di problemi ad altri organi. Ecco perché il tipo di manipolazione può essere molto diverso. «Talvolta eseguiamo anche noi manovre dirette sulla colonna e sulle articolazioni, ma spesso agiamo più in profondità, sui tessuti molli, con tocchi molto delicati», chiarisce Paola Sciomachen, presidente del Registro degli osteopati d'Italia: «Serve un percorso formativo di cinque anni per acquisire le competenze, allenarsi alla manualità percettiva e adeguare le tecniche ai diversi problemi». Si tratta, però, di una professione non riconosciuta in Italia tra quelle sanitarie. «Per fortuna ora è in corso una regolamentazione con un articolo del ddl Lorenzin in discussione alla Camera».

Oltre che di mal di schiena, l'osteopatia si occupa di una lunga serie di disturbi, come le cefalee, le cervicalgie, il reflusso gastroesofageo. Nella maggior parte dei casi, il trattamento non prevede più di cinque o sei sedute, a meno di un disturbo cronico. Si comincia con un colloquio e con la valutazione della storia clinica del paziente; seguono test di mobilità attivi e passivi, che servono a capire se ha bisogno di un trattamento osteopatico oppure dell'intervento di un medico. «Spesso il risultato migliore si ottiene attraverso la collaborazione di un fisioterapista, perché le due figure possono essere complementari», conclude Silvia Perin, fisioterapista e osteopata. ■

data stampa
dal 1980 monitoraggio media