quotidianosanità.it

Venerdì 07 OTTOBRE 2016

La salute del mondo. La fotografia del *Global Burden of Disease* 2015

Dal '90 ad oggi l'aspettativa di vita è cresciuta di oltre dieci anni e ormai nel mondo si muore più di malattie non trasmissibili (7 casi su 10) che infettive. Calano i fumatori, ma aumentano i diabetici e le persone in sovrappeso/obese. E le disabilità sono sempre più quelle tipiche della terza età: mal di schiena, artrosi, perdita dell'udito e della vista. Migliora il tasso mortalità infantile, molto meno purtroppo quello della mortalità neonatale

Dopo l'annuncio della scorsa settimana *Lancet* dedica un numero monografico al *Global Burden of Disease*, sforzo ciclopico di un esercito di 1870 ricercatori indipendenti che operano in 127 paesi del mondo.
Nei vari studi, tutti finanziati dalla Bill & Melinda Gates *Foundation*, vengono passate in rassegna 249 cause di mortalità, 315 malattie e danni, 79 fattori di rischio relative a 195 nazioni analizzate tra il 1990 e il 2015.

L'impressione globale è che la salute del mondo stia migliorando. E tanto anche, come dimostra il fatto che l'aspettativa di vita si è allungata di oltre dieci anni dal 1980, arrivando a toccare nel 2015 i 69 anni per gli uomini e i 74,8 anni per le donne. Risultato che gli esperti attribuiscono principalmente ad un calo di mortalità per malattie infettive come HIV/AIDS, malaria, diarrea. Importante anche il contribuito dato dalla riduzione di mortalità per malattie cardiovascolari e in parte per i tumori, anche se decisamente più contenuto.

Si muore comunque più numerosi (dai 48 milioni di decessi del 1990, si è arrivati ai 56 milioni del 2015), ma per motivi diversi. Nel 2015 infatti 7 decessi su dieci sono stati causati da malattie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, ictus, diabete, insufficienza renale cronica, Alzheimer e altre demenze, abuso di droghe). E in ogni caso ci sono patologie nei confronti delle quali non è il caso di abbassare la guardia. E' il caso dell'AIDS che da solo nel 2015 ha provocato 1,2 milioni di morti (sebbene in riduzione del 33,5% dal 2005) e della malaria che di morti ne ha fatti oltre 730 mila nello stesso anno (anche in questo caso con una riduzione del 37% dal 2005).

Le principali cause di disabilità nel mondo.A non essere molto cambiate nell'ultimo quarto di secolo sono invece le cause di disabilità. Mal di schiena e dolori cervicali, alterazioni dell'udito e della vista, depressione, anemia da carenza di ferro figurano nella parte alta della classifica delle cause di disabilità.
Una persona su 10 nel mondo nel 2015 era affetta da almeno una tra otto forme di patologia cronica (cioè perduranti per oltre 3 mesi l'anno): carie dentali (2,3 miliardi di persone), cefalea tensiva (1,5 miliardi), anemia da carenza marziale (1,47 miliardi), perdita dell'udito (1,2 miliardi), emicrania (959 milioni), herpes genitale (846 milioni), alterazioni della vista (819 milioni), infestazione intestinale da ascaridi (762 milioni).
La gente insomma vive più a lungo ma con più 'acciacchi' che in molti casi configurano una vera e propria disabilità che impatta sulla qualità di vita. 191 nazioni su 195 hanno sperimentato un aumento di 6,1 anni di aspettativa di vita in salute tra il 1990 e il 2015, sui 10,1 anni totali di allungamento della vita. Questo significa che sul totale degli anni di vita guadagnati, almeno 4 saranno vissuti con delle disabilità.
Il carico di disabilità ha spostato insomma il suo baricentro dalle patologie infettive, materne, neonatali e nutrizionali (infezioni da HIV/AIDS, malaria, infezioni delle vie respiratorie, diarrea, morbillo, malnutrizione) alle disabilità non trasmissibili (abuso di oppiodi e cocaina, riduzione dell'udito, perdita della vista, osteoartriti). Fenomeno legato principalmente all'aumento della popolazione e al suo invecchiamento e motivo di seria preoccupazione per la sostenibilità dei servizi sanitari di tutto il mondo.

Le principali cause di mortalità precoce. Nel 2015 i principali fattori di rischio per una cattiva salute e per mortalità precoce sono stati: ipertensione arteriosa, fumo, diabete, obesità e malnutrizione infantile. In crescita esponenziale dagli anni '90 la pandemia di obesità/sovrappeso, l'uso di droghe, l'esposizione a

cancerogeni occupazionali (benzene, scarico di motori diesel), inquinamento da ozono, elevati livelli di glicemia; tutte condizioni che hanno un impatto notevole sull'incidenza di diabete, malattie cardiovascolari e tumori. Sul banco degli imputati anche altri fattori di rischio, 'nascosti' nella dieta (ricca di sale e povera di verdure, frutta, cereali integrali, noci e semi, pesce) che vengono considerati responsabili del 10% della cattiva salute nel mondo. A questi vanno poi aggiunti ipercolesterolemia, alcol e inquinamento ambientale sui quali non sono stati fatti grandi progressi dagli anni '90.
Dove si è lavorato molto bene invece secondo gli autori è sulla riduzione del fumo (l'esposizione al fumo si è ridotta di un quarto nel mondo, manche se resta saldo nella 'top 5' dei principali nemici della salute) oltre che sul fronte dell'acqua potabile e delle fognature, che tuttavia rimangono importanti cause di malattia.

Salute materno-infantile. Molto buono il risultato ottenuto sulla riduzione di mortalità tra i bambini al di sotto di 5 anni, passata dai 12,1 milioni del 1990 ai 5,8 milioni del 2015. Un progresso legato principalmente al miglior controllo di malattie infettive quali malaria, diarrea, morbillo. Non si è centrato l'obiettivo ambizioso del *Millennium Development Goal*, di ridurre di 2/3 la mortalità infantile tra il 1990- 2015, ma si può essere soddisfatti. Con le dovute eccezioni naturalmente. Nell'Africa sub-Sahariana i tassi di mortalità infantile sono ancora dell'ordine di 174 per 1000 nati vivi; lontani anni luce dal prossimo obiettivo, quello del *Sustainable Development Goal*, di arrivare al di sotto di 25/1000 nati vivi.
Difficile anche vedere grandi progressi nella riduzione della mortalità neonatale (nel primo mese di vita); le principali cause di morte in questa fascia d'età sono asfissia e traumi neonatali. I peggiori tassi di mortalità neonatale nel 2015 sono stati registrati in Mali, Repubblica Centroafricana, Pakistan.

Focus sull'Europa.
Nel 2015, la mortalità per droga ha superato i limiti previsti in Scozia e Norvegia; quella alcol-relata in Danimarca e Finlandia.
Un dato inaspettato è quello della mortalità infantile che ha superato l'atteso in Scozia e Galles.
Meglio del previsto invece il risultato sulla riduzione della mortalità precoce per ictus, frutto forse di un miglioramento sul fronte della prevenzione (meno fumatori, miglior controllo della pressione arteriosa), dell'assistenza (*stroke unit*) e della diagnosi.
Quella più claudicante sul fronte della salute è l'Europa dell'Est, dove le cose vanno male soprattutto sul fronte della violenza, della cirrosi e dell'abuso di alcol e droghe. In Russia i livelli di mortalità prematura e patologie alcol-correlate hanno superato di 10 volte le aspettative e quelle da droga sono andate oltre l'atteso di 6 volte.

Maria Rita Montebelli

Doctor33

08-10-2016

http://www.doctor33.it

Lorenzin: "Ssn sostenibile, ma necessari altri 5-6 Patti per la Salute"

«Le misure introdotte in questi anni dal mio dicastero, anche con il valido supporto del governo, sono state necessarie per darci la misura di quello che volevamo fare e cioè mantenere il Ssn sostenibile». Ha esordito così il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nel suo discorso di apertura alla presentazione del libro "Un nuovo Patto di categoria", scritto dal presidente di Federfarma Roma, Vittorio Contarina ed edito da *Edra*. Ma il ministro ha voluto sottolineare che le misure adottate «non sono mai sufficienti», perché i cambiamenti in atto sono così repentini che vanno affrontati con nuovi modelli organizzativi.

«Le misure che abbiamo messo in campo in questi anni» aggiunge Lorenzin «segnano una strada e un nuovo metodo di lavoro. Dobbiamo immaginare che in un mondo che cambia così in fretta, dobbiamo darci degli obiettivi e il nostro è quello di garantire l'accesso alle cure ai nostri cittadini; garantire la sopravvivenza di un sistema universalistico e permettere alle prossime generazioni di usufruire dello stesso diritto alle cure che abbiamo noi oggi». Secondo il ministro, in sostanza, per raggiungere questi obiettivi saranno necessari almeno altri 5-6 Patti della salute nei prossimi anni e, più in generale, essere pronti a ricambiare i moduli organizzativi in uso in questo preciso momento storico.

Sanità24 24 ORE

08-10-2016
LETTORI
72.072

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

L'Italia non è un paese per dottori di ricerca: -44% in dieci anni

Un declino inesorabile costellato di tante occasioni mancate. Questo il destino dei dottorati in Italia. Che in dieci anni si sono praticamente dimezzati (-44%). E per chi comunque ha scelto questa strada della ricerca – a parole osannata da tutti ma nei fatti snobbata – il futuro è un deserto, visto che oggi solo il 6,5% degli attuali assegnisti di ricerca trova un lavoro da ricercatore strutturato. Gli altri alla fine sono espulsi. La nuova impietosa fotografia sul mondo dei giovani ricercatori – al di là della solita retorica sulla fuga dei cervelli – arriva dalla sesta indagine dell'Adi , l'associazione dei dottorati e dottorandi italiani, presentata ieri alla Camera a Roma.

Il declino dei dottorati

Il primo dato che salta subito all'occhio è il crollo dei posti di dottorato in Italia: se nel 2006 erano 15.733, dieci anni dopo nel 2016 sono diventati 8.737 (-44,5%). Un drastico taglio dovuto alla riduzione continua delle risorse e ai vincoli di accreditamento più stringenti. Secondo l'indagine dell'Adi il sistema dell'offerta dottorale in Italia ha subito negli anni un processo di «compressione selettiva»: solo 10 atenei (8 al Nord) garantiscono il 42% dell'offerta di posti, mentre la percentuale di posti banditi dagli atenei del Sud passa dal 27,7% al 21,7% sul totale. Negli ultimi anni si è assistito poi alla frammentazione delle figure dottorali: prima c'erano solo quelli con borsa e senza, ora ci sono dottorati industriali,

apprendistati di alta formazione, borsisti da estero, ecc. Una moltiplicazione di figure che per l'Adi «non arricchisce l'offerta ma serve per “parare il colpo” rispetto ai tagli». L'indagine mette sotto la lente anche le condizioni di lavoro dei dottorati attraverso i risultati di questionari a cui hanno risposto in oltre 5mila. Emerge ad esempio la mancanza di informazione sui fondi cui i dottorandi avrebbero diritto (non sono al corrente del 10% dei fondi o non sanno come vengono erogati il 56,4% dei rispondenti all'Indagine). Emerge anche la presenza di casi illegittimi di incompatibilità totale dottorato-lavoro, mentre una percentuale contenuta ma comunque preoccupante di rispondenti dichiara che nel suo corso non sono previste attività formative obbligatorie (11,8%). Infine l'aspettativa di svolgere un periodo di ricerca all'estero è molto diffusa tra i rispondenti del I e II anno ma non trova riscontro nel tasso effettivo di mobilità registrato tra i colleghi al III anno.

Poco futuro nella ricerca

Come detto si conferma un elevato tasso di espulsione per il post doc: nei prossimi anni solo il 6,5% di chi attualmente è assegnista di ricerca riuscirà ad accedere a un ruolo strutturato. Per quanto riguarda gli altri scalini della carriera, almeno per chi ci arriva, continua la forte concentrazione a livello territoriale delle posizioni di assegnisti, ricercatori di tipo a e di tipo b (gli unici che possono ambire a un posto da associati), con disuguaglianze crescenti fra Centro-Nord e Sud: ad esempio, il 50,3% dei ricercatori di tipo a è concentrato in 5 regioni: Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Lazio. Per Manuela Ghizzoni (Pd) intervenuta alla presentazione dell'indagine Il dato del 93,5% di assegnisti di ricerca che, nei prossimi anni, usciranno dal mondo accademico «è, francamente, allarmante e non può non preoccupare. Si tratta di capitale umano che abbiamo formato, sul quale il Paese ha investito ma che non troverà il naturale sbocco lavorativo nel mondo accademico. E questo nonostante la Legge di stabilità dell'anno passato abbia sostenuto e permesso l'assunzione di mille ricercatori in ambito universitario e negli enti di ricerca». «Una misura questa – continua Ghizzoni - che puntiamo a stabilizzare nella prossima Legge di bilancio, ma in grado di coprire il gap di personale in uscita dall'accademia se accompagnata ad altre norme sullo sblocco del turn-over. Solo così si potranno garantire il necessario ricambio generazionale e l'innovazione di competenze negli atenei adeguati alle attese del nostro Paese. La legge di bilancio sarà anche il banco di prova per l'estensione della Dis-col agli assegnisti di ricerca a cui non dovesse venire rinnovato il contratto».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 357.160
Diffusione 07/2016: 238.295
Lettori Ed. II 2016: 1.594.000
Settimanale - Ed. nazionale

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

18-OTT-2016
da pag. 30
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

GENTE INCHIESTA A CHE PUNTO È L'ETEROLOGA A DUE ANNI DAL VIA LIBERA IN ITALIA

IL GRANDE PROBLEMA: MANCANO OVOCITI. COSÌ A BOLOGNA HANNO IDEATO L'EGG-SHARING. E INTANTO A MILANO SBARCANO LE BANCHE

LA SPERANZA È IN QUESTE PROVETTE Alcune provette con ovociti nel contenitore per la crioconservazione. L'*egg-sharing*, letteralmente "ovuli condivisi", vede coinvolte due coppie con un deficit differente di fertilità: una dona ovuli all'altra, e questa cede il seme.

Fecondazione DA NOI C'È LO SCAMBIO

di Rossana Linguini
Foto Dante Valenza

Sono passati due anni e mezzo dalla sentenza della Corte Costituzionale che ha fatto cadere il divieto di fecondazione eterologa rendendo legale anche in Italia la procreazione assistita con gameti che non appartengano a uno dei due aspiranti genitori. Eppure il tema resta sempre lo stesso: gli ovociti non ci sono. E visto che in due casi su tre il problema dell'infertilità nella coppia è femminile, accade che i numeri dei cicli di procreazione non omologa siano bassi: 500 quelli effettuati nei centri pubblici, un migliaio in quelli privati, sebbene si tratti di cifre non uffi-

LA PIONIERA DEL BEBÈ IN VITRO *Bologna*. La ginecologa Eleonora Porcu, direttore del Centro infertilità, operativo dal 1990, e vicepresidente del Consiglio superiore di sanità, è strenua sostenitrice della gratuità della donazione di gameti.

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. II 2016: 1.594.000
Settimanale - Ed. nazionale

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

18-OTT-2016
da pag. 30
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

I BAMBINI VENGONO DAL FREDDO *Bologna.* Il dottor Leonardo Notarangelo, 37 anni, del Centro di infertilità e procreazione medicalmente assistita del Sant'Orsola Malpighi prepara l'ovocita allo stoccaggio per la conservazione a -196 gradi. Qui 17 donne sono rimaste incinte grazie all'eterologa.

ciali, essendo gli unici dati certificati quelli del Registro nazionale della procreazione medicalmente assistita. Dati che però sono ancora fermi al 2014, e dunque inutili.

«I numeri sono bassi sì», conferma Eleonora Porcu, direttrice del Centro di infertilità e procreaziona medicalmente assistita del Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna e vicepresidente del Consiglio superiore di sanità. «Ma attenzione, quando si parla di eterologa è anche fisiologico, perché, grazie a Dio, non tutti ne hanno bisogno». I destinatari, ha precisato la Consulta, devono essere persone affette da sterilità assoluta e irreversibile, e la donazione dei gameti mancanti fatta senza nessuna forma di remunerazione. Nemmeno un rimborso per la donatrice, che per aiutare un'altra donna a diventare mamma dovrebbe sottoporsi a cure ormonali, esami clinici, intervento per l'espianto degli ovociti. «Il cosiddetto rimborso», spiega la professoressa, strenua sostenitrice della gratuità, «in qualche modo può essere un meccanismo propellente di tipo commerciale, invece la Corte Costituzionale ha assimilato questa donazione a quella degli altri tessuti biologici, che, tranne i 100 euro per i donatori di midollo osseo, non prevede niente del genere».

In effetti anche qui, al reparto di Ostetricia e Ginecologia del Sant'Orsola, padiglione 4, le donatrici spontanee sono rare, così come sono poche le donazioni di ovociti criocon-

servati, ci spiega la professoressa Porcu, mostrandoci i contenitori chiusi a chiave in una stanza nei sotterranei in cui gli ovociti sono conservati in azoto liquido a 196 gradi sotto zero: alcuni fin dal 1994. «Abbiamo chiesto a un centinaio di nostre pazienti che hanno avuto bambini grazie alla fecondazione omologa, e che avevano ancora altri ovociti congelati, se fossero state disposte a donarli: ci hanno risposto di sì in 15». In questo modo, e cioè da un ovocita congelato dieci anni fa e ▶

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. II 2016: 1.594.000
Settimanale - Ed. nazionale

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

18-OTT-2016
da pag. 30
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

INCHIESTA. A CHE PUNTO È LA FECONDAZIONE ETEROLOGA

«DA DUE ANNI IL NOSTRO PRIMO CLIENTE È PROPRIO L'ITALIA»

ARRIVANO QUELLI DI BARCELLONA
Sopra, una valigetta per trasportare ovociti. A sinistra, il direttore della sede milanese della spagnola Ovobank, Niccolò Furlan, 37.

donato per la fecondazione eterologa l'anno scorso, è nato un bimbo, nuovo record per il Sant'Orsola, dove nel 1997 nacque Elena, la prima bambina venuta dal freddo, concepita da un ovulo congelato e fecondato con l'iniezione diretta di uno spermatozoo. Il problema resta sempre quello del numero delle pazienti disposte a donare i propri ovuli congelati e "avanzati" da trattamenti di procreazione assistita precedenti, anche perché questo potrebbe pregiudicare un loro futuro progetto di maternità.

Dunque le donatrici restano poche, anche se più numerose di quelle entrate nel programma di *egg-sharing* (letteralmente ovuli condivisi) che per adesso al centro bolognese non sono più di tre o quattro. «L'*egg-sharing* presuppone che una coppia che per esempio ha un problema di infertilità femminile e viene a chiederci aiuto offra di donare il proprio seme maschile, che invece è sano», spiega la professoressa. Spontaneamente, e sempre più spesso, anche se ormai per lo staff della Porcu è prassi proporre a chi necessita di una fecondazione eterologa l'*egg-sharing*. «Naturalmente la privacy resta totale e nessuno sa cosa succederà ai gameti che dona, proprio come non lo saprebbe un donatore spontaneo», spiega la responsabile del centro. «Il senso di necessità rende più sensibili al tema della donazione, ma è questione molto delicata e non certo automatica: capita per esempio che chi viene a chiedere aiuto per avere un bambino non sia disponibile ad aiutare altri che hanno la stessa esigenza. Il che basta a capire quanto sia complessa la situazione». Nella maggior parte dei casi non si tratta di convinzioni religiose, dice la professoressa. «Di fatto non tutte le persone che hanno remore alla donazione dei propri gameti sono cattoliche. Il problema che si pongono, piuttosto, è quello dell'identità genetica, del fatto che genererebbero un essere umano con il loro patrimonio genetico. È questa la cosa che non viene metabolizzata a cuor leggero». Poche donatrici significa anche che al Sant'Orsola, dove grazie all'eterologa, qui interamente gratuita, sono nati sei bimbi e si contano 17 gravidanze, ci sono 280 coppie in lista d'attesa, di cui quasi il 60 per cento proviene da altre regioni. «È l'effetto turismo-procreativo interregionale conseguente alle differenti regolamentazioni regionali, una vera piaga», osserva la direttrice del Centro.

«IL RIFIUTO A DONARE NON SI BASA SOLO SU MOTIVI RELIGIOSI»

Nel frattempo la Regione Emilia Romagna, così come da tempo ha fatto l'altro pioniere pubblico dell'eterologa, l'ospedale Careggi di Firenze, ha approvato il bando per il reperimento di ovociti dall'estero. ▶

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. II 2016: 1.594.000
Settimanale - Ed. nazionale

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

18-OTT-2016
da pag. 30
foglio 4 / 4
www.datastampa.it

Spagna e nord Europa, soprattutto, dove le legislazioni che da anni si misurano con questi temi consentono i rimborsi spese e le donatrici ci sono. E dove non esiste, a differenza di quel che accade da noi, un divieto per i figli dell'eterologa di conoscere il proprio genitore biologico, se lo desiderano e al compimento del diciottesimo anno.

Le ovobanche individuate dall'Emilia Romagna sono cinque. Tra queste c'è Ovobank, una banca di ovuli spagnola con sedi a Marbella, Barcellona e Malaga che un mese fa ha aperto i battenti anche a Milano. «Siamo nati tre anni fa per collaborare con i centri di procreazione assistita spagnoli», ci spiega il direttore per l'Italia Niccolò Furlan. «Ma con il via libera all'eterologa nel nostro Paese il primo cliente in assoluto è diventato proprio l'Italia, dove i Centri di procreazione assistita con i quali collaboriamo sono 35». Nel capoluogo lombardo Ovobank ha aperto anche un clinica di fecondazione assistita di primo livello, nella quale cioè possono essere effettuati trattamenti di inseminazione. «Nel caso di impianto di ovociti, invece, i pazienti saranno seguiti qui per tutto il percorso recandosi nelle nostre cliniche spagnole una volta, in occasione dell'impianto dell'ovocita», precisa Furlan. Che ci tiene a sottolineare che la decisione di aver aperto un centro procreativo in Lombardia dipende dal fatto che in tutta la regione, una delle più avanzate nel campo della procreazione assistita, non esistono strutture che consentano l'accesso alla fecondazione eterologa. Oltre alla necessità di mettere fisicamente piede nel nostro Paese. «Il nostro mestiere principale qui in Italia», aggiunge il direttore Furlan, «resta quello di banca di ovuli. In due anni di collaborazione abbiamo inviato più di 1.300 lotti di ovociti, che corrispondono ad altrettanti cicli di trattamento». Altri, probabilmente verso la fine dell'anno, saranno spediti anche a Bologna. Accorciando quella lista d'attesa per stringere un bebè tra le braccia.

LA BANCA SPAGNOLA HA FORNITO 1.300 LOTTI AI NOSTRI CENTRI

Rossana Linguini

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

08-10-2016

http://www.doctor33.it

Pazienti anziani, la Fda fornisce quattro consigli per un uso corretto dei farmaci

Sono rivolti espressamente ai pazienti anziani i quattro consigli forniti in un recente articolo dalla Food and Drug Administration (Fda) per aiutarli ad assumere i farmaci in sicurezza La prima raccomandazione è di seguire la prescrizione effettuata dal medico curante. Si interviene dunque sul tema cruciale dell'aderenza terapeutica, essenziale perché i farmaci possano essere efficaci riducendo al minimo il rischio di effetti avversi. **Sandra Kweder**, medical officer della Fda, cita in particolare i farmaci che curano patologie croniche come ipertensione e diabete, che «in genere funzionano solo se assunti regolarmente e secondo le istruzioni. Bisogna assumerli continuativamente per mantenere il controllo della propria condizione».

Il secondo consiglio è di compilare un elenco dei farmaci e renderlo disponibile a familiari e amici, accorgimento che, oltre a favorire l'aderenza terapeutica, può risultare utile in condizioni particolari come il verificarsi di casi di emergenza o quando si viaggia. La Fda incoraggia poi i pazienti ad acquisire consapevolezza riguardo alle potenziali interazioni farmacologiche e alle reazioni avverse. È possibile farlo - ricorda il comunicato dell'Agenzia - leggendo con attenzione le etichette di farmaci, le informazioni che vengono fornite attraverso il foglietto illustrativo e chiedendo l'aiuto del proprio medico curante. Anche l'ultimo consiglio comporta una collaborazione tra medico e paziente, che dovrebbero operare periodicamente, almeno una volta all'anno, una revisione dei farmaci e degli integratori per confermare se sono ancora appropriati e per determinare se si possa interrompere l'assunzione di alcuni di loro. È chiaro che queste problematiche sono di particolare pertinenza per le persone anziane, che tipicamente sono sottoposti a regimi farmacologici articolati e complessi; «non c'è dubbio che la fisiologia cambi con il passare degli anni, - spiega Kweder - molte patologie croniche non appaiono nemmeno fino all'età più avanzata e alcuni cambiamenti sono solo una parte del normale processo di invecchiamento».

LA STAMPA.it

07-10-2016
Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

Quest'anno l'influenza arriva prima e sarà più cattiva, a letto 6 milioni di italiani

Il virus colpirà dall'Africa. Allarme dei medici: una mutazione ne aumenta l'aggressività

Dalla settimana prossima saranno disponibili i vaccini contro l'influenza
PAOLO RUSSO

ROMA

Lo sbarco è avvenuto in gommone dalla Libia. Ma non erano immigrati, bensì il nuovo virus influenzale del ceppo A/H3, che quest'anno minaccia di mettere a letto sei milioni di italiani. E questa volta molti in piena età lavorativa, tra i 50 e 60 anni. L'allarme arriva dal Congresso dei medici di famiglia della Fimmg.

«A far prevedere un'ondata influenzale più pesante del solito sono due fattori», spiega Tommasa Maio, che nella federazione si occupa dei piani vaccinali. «Il primo è il largo anticipo con il quale quest'anno, già a fine agosto, è stato isolato il virus in un bambino nato in Marocco e proveniente dalla Libia. Fatto questo che ne prefigura una più ampia diffusione, soprattutto tra le persone non ancora vaccinate».

«In secondo luogo» prosegue Maio «i virus A/Hong Kong (H3N2) e B/Brisbane, isolati dall'Istituto superiore di sanità (Iss) contengono piccole mutazioni che predispongono a una maggiore circolazione dell'influenza. Questo perché né i bambini né le persone a rischio che solitamente si vaccinano possiedono gli anticorpi che fungono da barriera alla malattia».

I sintomi sono più o meno i soliti: infezioni alla vie respiratorie, con tosse e mal di gola, febbre anche

alta, mal di testa e dolori alla articolazioni. Tutte cose che la passata stagione hanno fatto passare in media sei giorni a letto a chi è stato colpito dall'influenza. Ma che ogni anno, secondo stime dell'Istituto superiore di sanità (Iss), provocano la morte di ottomila persone, soprattutto anziani, per le complicazioni, come polmonite e broncopolmonite, insorte dopo aver contratto il virus.

«Per questo» invita la dottoressa Maio «quest'anno è più che mai necessario vaccinarsi per tempo, soprattutto se si appartiene a una categoria a rischio, ossia ultrasessantacinquenni e malati cronici».

Comunque il nuovo "Calendario della vita" presentato la scorsa settimana da Fimmg, Federazione dei pediatri Fimp e Società di Igiene Siti, consiglia quest'anno la vaccinazione anche per le persone sane tra i 50 e i 60 anni, che a causa della mutazione del virus saranno a breve più colpite dall'influenza. Vaccino consigliato anche per i bambini sani, visto che l'influenza da 0 a 4 anni colpisce dieci volte più che tra gli anziani, e otto volte tra i 5 e i 14 anni.

Per le categorie a rischio, e per chi assiste malati gravi e cronici, il vaccino antinfluenzale è somministrato gratuitamente dai medici di famiglia nei loro studi. Calcolando che il picco influenzale è previsto a gennaio e che il vaccino ha bisogno di almeno due settimane per produrre il suo effetto immunizzante, l'ideale - suggeriscono i medici di famiglia - è vaccinarsi entro novembre.

I medici di famiglia assicurano che, quest'anno più che mai, faranno pressione sugli assistiti, in particolare quelli a rischio, per convincerli a non prendere sottogamba l'influenza e vaccinarsi, «visto che il 10 per cento di chi finisce a letto di solito ha complicanze e che tra loro un altro 10% finisce in ospedale, mentre l'1% purtroppo non ce la fa», ricorda Maio.

Nonostante questo, informa l'Iss, dopo anni di sempre maggiore copertura vaccinale, gli italiani che si immunizzano contro l'influenza sono oramai meno del 20% e tra gli anziani la percentuale è scesa dal 70 a meno del 50%. Colpa dei falsi allarmi sulle presunte contaminazioni di alcuni lotti due anni fa, ma soprattutto di bufale e falsi miti che sempre più frequentemente circolano su Internet senza alcun controllo. Un'onda lunga di "anti-medicina" che i medici di famiglia si impegnano ora a contrastare.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 31.120
Diffusione 08/2016: 25.546
Lettori Ed. II 2016: 160.000
Quotidiano - Ed. Friuli Venezia Giulia

IL PICCOLO

Dir. Resp.: Enzo D'Antona

08-OTT-2016
da pag. 8
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

In Fvg sì alla cannabis

La giunta Serracchiani ne autorizza l'utilizzo a scopi terapeutici

D'AMELIO ALLE PAGINE 8 E 9

REGIONE FVG » SALUTE

Via libera alla vendita in farmacia della cannabis a scopi terapeutici

Passa in giunta il regolamento che autorizza la distribuzione per il trattamento di patologie gravi
Necessaria la prescrizione del medico. La spesa sarà a carico del Servizio sanitario nazionale

Le **sostanze** verranno prodotte esclusivamente a **Firenze** nello stabilimento **militare** abilitato dal governo

di Diego D'Amelio
TRIESTE

Da oggi gli ammalati residenti in Friuli Venezia Giulia potranno accedere gratuitamente alla cannabis per uso terapeutico. Ieri la giunta Serracchiani ha infatti stabilito che i farmaci cannabinoidi siano posti a carico del Servizio sanitario regionale, secondo linee guida che schierano il Fvg accanto alle Regioni più avanzate su questo terreno: Toscana, Puglia, Liguria e Campania. La legge regionale è stata varata all'unanimità nel 2013 come uno degli ultimi atti della giunta Tondo, ma è rimasta inapplicata fino ad ora: la svolta è avvenuta a giugno quando, su iniziativa del M5s, la norma è stata arricchita con gli elementi recepiti ieri dal nuovo regolamento votato dall'esecutivo: il principio dell'erogazione gratuita per il trattamento di alcune patologie e la possibilità di avviare una coltivazione sperimentale decentrata, che assicuri maggiore facilità nell'approvvigionamento della sostanza. Il governo ha infatti prescritto nel 2015 che la coltivazione di cannabis terapeutica venga svolta in modo esclusivo dallo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze, che ha annunciato il suo primo raccolto solo pochi giorni fa, in quantità tuttavia molto al di sotto delle effettive necessità.

Come previsto dal decreto ministeriale del 9 novembre 2015, la Regione detta dunque le proprie linee guida su modalità di prescrizione, allestimento, dispensazione e monitoraggio dei farmaci cannabinoidi. Lo fa dopo anni di denunce da parte delle associazioni degli ammalati, per una legge che non aveva finora avuto gli effetti sperati, essendo basata esclusivamente su prescrizioni su ricetta bianca (e quindi a pagamento per i pazienti) e minata da difficoltà di rifornimento del prodotto, disponibile solo tramite importazione. Il regolamento stabilisce ora che l'inizio del trattamento con farmaci cannabinoidi a carico del Ssr avvenga sulla base di una prima prescrizione effettuata dai centri specialistici ospedalieri pubblici e privati inseriti nella rete delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché dalle neurologie del Ssr. La terapia potrà quindi proseguire a livello domiciliare grazie alla prescrizione da parte del proprio medico di medicina generale, sulla base del piano terapeutico redatto dai centri specialistici.

I cannabinoidi saranno acquistati in modo centralizzato dall'Egas e dispensati dalle farmacie del Servizio sanitario, ma la legge prevede che la fornitura di cannabis terapeutica possa avvenire attraverso le normali farmacie, secondo un accordo che dovrà essere stipulato nei prossimi mesi con le associazioni di categoria. L'accesso gratuito ai cannabinoidi sarà possibile solo per precise patologie e dopo il fallimento di terapie tradizionali a base di oppiacei, cortisonici, antidepressivi, antinfiammatori e anticonvulsivanti.

Sarà rimborsabile il ricorso a cannabinoidi per la riduzione del dolore associato a spasticità in caso di sclerosi multipla o malattie neurodegenerative come la Sla, per il trattamento della sindrome di Tourette, per l'analgesia del dolore cronico neuropatico, per la riduzione del dolore cronico terminale. Per indicazioni diverse, laddove un medico lo ritenga opportuno, la prescrizione avverrà su ricetta bianca e sarà a carico del paziente: è questo il caso del contrasto alla nausea e del vomito causati da chemioterapia, radioterapia e terapie per Hiv, ma anche dello sviluppo dell'appetito in pazienti anoressici, oncologici o affetti da Aids e ancora del trattamento ipotensivo del glaucoma.

La prescrizione sarà sempre da motivare con la non risposta

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 31.120
Diffusione 08/2016: 25.546
Lettori Ed. II 2016: 160.000
Quotidiano - Ed. Friuli Venezia Giulia

IL PICCOLO

Dir. Resp.: Enzo D'Antona

08-OTT-2016
da pag. 8
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

a metodi tradizionali: come recita il documento approvato dalla giunta, «le evidenze scientifiche sono di qualità moderata» e l'uso medico della cannabis può allora «rappresentare un trattamento sintomatico di supporto ai trattamenti standard, quando questi ultimi non hanno prodotto gli effetti desiderati o hanno provocato effetti secondari non tollerabili».

L'ultimo scoglio da superare resta quello della reperibilità della sostanza, posto che la produzione dello Stabilimento di Firenze sembra ben lontana da poter soddisfare il fabbisogno nazionale. È per questo che la legge regionale prevede la possibilità di avviare un progetto pilota di coltivazione e sperimentazione decentrata autorizzato dal ministero della Salute.

Per l'assessore alla Salute, Maria Sandra Telesca, «uno dei problemi che viene segnalato dalle associazioni degli ammalati è la difficoltà di approvvigionamento: la nostra legge non solo mette a carico del Ssr i costi della terapia, ma permette anche di avviare le pratiche per chiedere l'autorizzazione alla coltivazione sul territorio regionale». Sul punto insiste anche Andrea Ussai (M5s): «La possibilità di prescrizione gratuita è il grande risultato di questa legge di cui andiamo fieri. Ancora da definire resta però il nodo della sperimentazione sul territorio: speriamo che la giunta avvii presto il confronto con il governo».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

«Grande conquista per i pazienti»

Serra, esperta di Terapia del dolore, sottolinea: «Si legittimano i centri specializzati»

TRIESTE

«Siamo davanti a un enorme passo in avanti». La dottoressa Licia Serra, libera professionista già responsabile della Terapia del dolore dell'ospedale di Cattinara e dell'Azienda sanitaria triestina, non nasconde la soddisfazione per il varo del regolamento sull'utilizzo della cannabis terapeutica. «Per quanto riguarda la sclerosi multipla si consolida la possibilità dei centri neurologici di assegnare il farmaco, cosa che prima poteva avvenire solo attraverso farmacia ospedaliera. Ma la grande conquista deriva dall'aver legittimato i centri per le cure palliative e la terapia del dolore, che prima potevano prescrivere solo su ricetta bianca».

Secondo Serra è «un'ottima notizia che il dolore cronico neuropatico sia ora inserito fra le condizioni che garantiscono la prescrizione gratuita: i pazienti potranno finalmente accedere senza oneri al trattamento, che potrà essere avviato dallo specialista e continuato tramite il medico di famiglia». Da questo punto di vista, Serra ritiene «ben congeniato l'iter che va dalla diagnosi alla somministrazione dei cannabinoidi: è importante che il piano terapeutico sia preparato dallo specialista, perché ciò consentirà al medico di medicina generale di rinnovare la prescrizione confortato dalle indicazioni dell'esperto, che stabilirà appunto dosaggi e modalità di somministrazione».

Restano ad ogni modo ancora alcuni passi da fare: «Inserire il trattamento del dolore oncologico terminale è ovviamente una scelta giusta, ma credo si debba riflettere sulla possibilità di ampliare lo spettro della prescrivibilità gratuita anche ai molti malati di cancro con buone prospettive di guarigione, che devono gestire effetti collaterali molto pesanti: in questi casi la cannabis è un aiuto per ridurli, come dimostrato dalla letteratura scientifica».

(d.d.a.)

IL VERTICE AISM

«Uso fondamentale nella sclerosi multipla»

TRIESTE

«La possibilità di prescrizione su ricetta rossa facilita l'accesso al farmaco e lo rende gratuito: è una conquista che aspettavamo da anni». Paola Gaggi, presidente della sezione triestina dell'Associazione italiana sclerosi multipla, ringrazia «la giunta e i consiglieri di maggioranza e opposizione che hanno ascoltato con attenzione le associazioni degli ammalati. L'Aism ritiene fondamentale l'utilizzo dei farmaci cannabinoidi per combattere la spasticità cronica e degenerativa della sclerosi multipla: e per poterlo fare servono appunto erogazione dei prodotti garantita e rimborsabilità in tutte le regioni italiane, oltre ovviamente al finanziamento della ricerca».

La presidente è raggiante: «Sono contenta di vivere in un territorio che permette l'uso di cannabinoidi a carico del servizio pubblico e dove si comincia a ragionare sulla necessità di garantire l'approvvigionamento del prodotto per consentire la continuità delle cure». Il riferimento è alla possibilità per la Regione di chiedere al governo di coltivare la cannabis terapeutica sul posto, senza dunque ricorrere a quella prodotta dallo Stabilimento di Firenze: «I pazienti hanno continue difficoltà. In farmacia il prodotto va quasi sempre ordinato e non ne arriva mai la quantità richiesta, per non parlare della complessità dell'iter burocratico per l'importazione. Questo ora non dovrebbe succedere più, ma speriamo comunque si avvii anche una produzione locale». L'Aism si impegna inoltre a promuovere entro l'anno un evento pubblico sull'uso dei cannabinoidi: «Vogliamo spiegare i benefici agli operatori della sanità e agli ammalati perché c'è molta ignoranza su entrambi i versanti rispetto alle patologie che possono trarne giovamento, ai modi migliori per l'assunzione e alle strutture cui rivolgersi».

(d.d.a.)

IL GENETISTA

«Serve un impianto di coltivazione locale»

TRIESTE

«La produzione olandese di cannabinoidi non riesce a far fronte a richieste ormai in largo esubero rispetto alle capacità produttive e l'impianto dell'Istituto farmaceutico militare di Firenze sarà a sua volta insufficiente già nel breve. È allora opportuno riflettere su una produzione decentrata di cannabis terapeutica».

Stefano Marchetti, genetista del dipartimento di Scienze agroalimentari dell'Università di Udine e referente per conto della Regione per i rapporti con la Società italiana ricerca cannabis, non ha dubbi sui vantaggi derivanti da un laboratorio locale per la coltivazione: «Oggi dall'Olanda si verificano continui ritardi nelle spedizioni e non sempre arriva quanto ordinato. Lo stesso accadrà con la produzione di Firenze: l'impianto toscano può produrre un centinaio di chili all'anno, ma studi accreditati dicono che ne servirebbero 400. O si accresce la capacità produttiva di Firenze o si creano nuovi punti di produzione: altrimenti siamo nell'impossibilità di garantire continuità di trattamento ai pazienti, con il rischio di autoapprovvigionamento sul mercato illegale, in cui però non si sa a quale tipo di prodotto si finisce per approcciarsi». Ben diverse le necessità per uso a scopo terapeutico: «I laboratori non solo hanno la capacità di determinare con esattezza la stabilità genetica delle piante, ma possono creare piante con diverse miscele di principi attivi: ciò soddisfa varie indicazioni terapeutiche e consente nuova sperimentazione su altre patologie». Marchetti ritiene che il Fvg sia un luogo ideale dal punto di vista della ricerca: «Abbiamo centri dedicati, Irccs come Aviano e Burlo, ospedali universitari, ma serve anzitutto creare un impianto di coltivazione che risponda al disciplinare di produzione stabilito dal ministero. Serve un'intesa governo-Regione».

(d.d.a.)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Venerdì 07 OTTOBRE 2016

Nuovi farmaci Epatite C. De Filippo su ipotesi ricorso a generici: “Impossibile senza consenso titolare del brevetto. Unica via la dichiarazione di emergenza nazionale. E la stiamo valutando”

Lo ha spiegato ieri il sottosegretario alla Salute rispondendo in commissione Affari Sociali ad un'interrogazione di Nicchi (SI). La normativa vigente non consente l'uso dell'oggetto di un brevetto, senza il consenso del titolare in ipotesi diverse dalla mancata attuazione del brevetto o dall'attuazione in misura tale da risultare in grave sproporzione con i bisogni del Paese. Nicchi: "La patologia può essere considerata un’emergenza nazionale di sanità pubblica".

"Al momento, l'assetto normativo nazionale, non consente l'uso dell'oggetto di un brevetto, senza il consenso del titolare in ipotesi diverse dalla mancata attuazione del brevetto o dall'attuazione in misura tale da risultare in grave sproporzione con i bisogni del Paese". Così il sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo, ha risposto ieri in commissione Affari Sociali ad un'interrogazione di Marisa Nicchi (SI), in tema di deroga alla protezione brevettuale per i nuovi farmaci antivirali per l'epatite C.

"Ciò premesso - ha aggiunto il sottosegretario - non vi è dubbio che la tematica che ci occupa presenta per il Ministero della salute profili di oggettivo rilievo ed interesse, soprattutto per la potenziale portata in termini di salute pubblica; attesa, peraltro, la delicatezza della questione – nella quale vengono a confronto, ribadisco, il diritto alle terapie farmacologiche e il diritto alla tutela brevettuale – si ritiene che la tematica vada attentamente approfondita, alla luce della normativa nazionale, europea ed internazionale, con il coinvolgimento di tutte le amministrazioni statali interessate nonché dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato".

Questo approfondimento, ha poi sottolineato De Filippo, "dovrà, in particolare, riguardare il tema se l'epatite C, ovvero altra grave e diffusa patologia, la cui terapia richieda, allo stato, un rilevante costo per il Ssn, possa essere ricondotta nel concetto di 'emergenza nazionale'".

Marisa Nicchi (Si), in sede di replica, si è dichiarata insoddisfatta non ravvisando nella risposta la "necessaria determinazione ad affrontare un problema di estrema rilevanza", sottolineando che un eventuale vuoto normativo può essere colmato con opportune iniziative legislative. Apprezzata in ogni caso la seconda parte della risposta, in cui viene effettuata un'apertura in relazione alle proposte alla base dell'atto di sindacato ispettivo.

A tal proposito la deputata di Sinistra Italiana ha segnalato come anche la Federazione degli ordini dei medici ha posto in evidenza "l'oggettiva discriminazione insita in un'erogazione contingentata di farmaci salva vita e l'enorme sproporzione che si registra tra il prezzo di produzione e quello di vendita". Osservando che quello dei nuovi farmaci antivirali per l'epatite C rappresenta "un caso emblematico delle politiche di razionamento delle possibilità di cura", Nicchi ha infine dichiarato che continuerà ad incalzare il Governo per raggiungere una "soluzione soddisfacente".

Giovanni Rodriquez

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 74.049
Diffusione 08/2016: 40.471
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

08-OTT-2016
da pag. 32
foglio 1
www.datastampa.it

Campi elettromagnetici, nuovi limiti salva-salute

Il ministero dell'ambiente ha dettato i parametri sull'esposizione ai campi elettromagnetici da parte delle strutture degli edifici, a tutela della salute dei cittadini.

Per tenere conto delle differenti proprietà schermanti offerte dai materiali in funzione della frequenza sono adottati tre fattori di riduzione: per pareti e coperture senza finestre o altre aperture simili in prossimità di impianti di trasmissione superiori a 400 Mhz fissa il limite a 6 decibel, mentre per pareti e coperture senza finestre o simili in presenza di segnali inferiori ai 400 Mhz la soglia è di 3 decibel. Invece per l'esposizione nella condizione a finestre aperte, indipendentemente dalla frequenza di funzionamento degli impianti la soglia è pari a 0 decibel.

E con il decreto del ministero dell'ambiente (che ha ricevuto la firma del ministro Gian Luca Galletti), contenente «linee guida per la determinazione dei valori di assorbimento del campo elettromagnetico da parte delle strutture degli edifici ai sensi del decreto legge n. 179 del 18 ottobre 2012 convertito nella legge 17 dicembre 2012 n. 221», che vengono definiti i parametri sull'esposizione ai campi elettromagnetici da parte delle strutture degli edifici. L'esposizione nella condizione a finestre aperte, indipendentemente dalla frequenza di funzionamento degli impianti la soglia è pari a 0 decibel.

In questo caso ed esclusivamente nelle situazioni di criticità legate alla progettazione e realizzazione di reti mobili, il gestore può utilizzare fattori di attenuazione diversi da zero, compresi comunque nell'intervallo tra 0 e 3 decibel solo ed esclusivamente attraverso una motivazione documentata. Successivamente le Agenzie potranno provvedere al rilascio del parere ambientale di propria competenza vincolando la validità dello stesso alla effettuazione di misurazioni, una volta che l'impianto è attivo per verificare la correttezza della documentazione prodotta.

Cinzia De Stefanis

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

08-OTT-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

L'ALLARME DEGLI PNEUMOLOGI

«Metà dei casi di tubercolosi è di stranieri»

di **ADRIANO SCIANCA**

■ La lotta alla tubercolosi può essere vinta, fino ad azzerare la malattia intorno al 2050. Ne sono convinti gli esperti che si sono riuniti al 17esimo Congresso della Società italiana di pneumologia (Sip) terminato ieri a Milano. C'è tuttavia un ostacolo che impedisce di debellare la Tbc in tempi più rapidi: l'immigrazione di massa incontrollata. Gli addetti ai lavori lo dicono chiaramente, sia pur fra mille cautele imposte dalla delicatezza del tema: secondo i dati del ministero della Salute, nel decennio 2004-2014 lungo lo Stivale il numero dei casi notificati di Tbc è intorno ai 5 mila all'anno: oltre la metà in cittadini stranieri che sbarcano sulle coste della Penisola da nazioni dove l'infezione è molto frequente, e che nel 40% dei casi si ammalano nei primi 2 anni dall'arrivo nel Belpaese.

«In Italia - è il pensiero di molti degli specialisti riuniti - arrivano migliaia di migranti provenienti da Paesi dell'Africa subsahariana dove l'endemia è elevata, e da Paesi dell'ex Unione Sovietica e del Medio Oriente dove, oltre a essere molto diffusa, la malattia è spesso causata da batteri multiresistenti che non rispondono alle consuete terapie e sono correlati a una mortalità del 50%: una strategia di monitoraggio e individuazione dei casi è perciò indispensabile per tutelare il diritto alla salute dei concittadini e anche dei migranti stessi».

Spiega Francesco Blasi, presidente della Sip: «Negli ultimi 10 anni l'incidenza di tubercolosi in Italia è rimasta sostanzialmente stabile sui circa 7 casi per 100 mila abitanti, con un graduale aumento della quota relativa a pazienti nati all'estero, che ha compensato la progressiva riduzione dei casi italiani. Gli italiani nell'immediato non stanno andando incontro a un più alto rischio di ammalarsi a causa dell'ondata migratoria - puntualizza l'esperto - ma certo i migranti pongono una questione di sanità pubblica ineludibile, una domanda di salute a cui è doveroso rispondere per tutelare i loro diritti e per proteggere tutta la popolazione». Una questione di sanità pubblica ineludibile: non poteva essere detto con maggiore vigore. Insomma, «l'Italia oggi è un Paese a bassa endemia di tubercolosi - tengono a precisare gli specialisti - anche se, come prima frontiera nell'accoglienza di migranti provenienti da aree dove la malattia è molto diffusa, deve gestire in modo efficiente il monitoraggio, la diagnosi e la cura dei nuovi casi, assicurando il rispetto del diritto alla salute dei cittadini italiani e non, e salvaguardando i diritti umani». Con le dovute accortezze - il rischio di passare per razzisti è dietro l'angolo - si tratta di un messaggio molto chiaro: non era solo propaganda xenofoba quella che metteva in guardia da possibili malattie arrivate sui barconi insieme al loro carico di disperati. L'immigrazione rappresenta un problema delicato anche dal punto di vista sanitario. E non lo stiamo certo gestendo nel migliore dei modi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 149.120
Diffusione 08/2016: 72.537
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

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

di Paolo Guzzanti

Rosso Malpelo

Se i cervelli non sono tutti uguali

a pagina 13

di Paolo Guzzanti

Rosso malpelo

I giovani scappano? Fanno bene

In Florida, dove vivono i miei bambini americani (ora blindati contro l'uragano Matthew) si contano a decine i chirurghi e specialisti medici che aprono studi di altissima qualità, subito ricchi. E costruttori e ristoratori. Tutti giovani. Perché non siete rimasti in Italia? Perché in Italia governano baronie e mafie pronte a far fuori i giovani talenti. Il sistema istruzione, scuola università carriere fa orrore. Questa è la «buona scuola»? Forse per Halloween, imminente festa del macabro. Un insegnante liceale calabrese mi spiega che gli insegnanti cambiano città e scuola ogni anno e che si assistite a un avvelenamento dei rapporti fra docente e discente perché chi insegna odia gli studenti che potrebbero dargli ombra. La nostra è una società fondata sulla depressione e la repressione intellettuale ed economica dei talenti. Lo scopo ultimo è la parificazione finale nella fossa comune delle diversità. Sui loro pallottolieri, i geni della nuova società pareggiano cervelli e talenti uno contro uno, un tanto al pezzo. Un fisico fugge? Che importa: lo sostituiamo con una coppia di cingalesi con otto figli. Mezzo milione d'italiani se la squagliano cercando libertà dalla burocrazia e dal castigo delle graduatorie-lotterie? Che importa: ci adattiamo all'odore di nuove spezie in cucina e a un leggero *restyling* somatico. Ecco perché i giovani scappano dalla palude più bella del mondo. Sono soltanto centocinquantamila? Aspettate un altr'anno e vedrete.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

L'HUFFINGTON POST

08-10-2016

Lettori
180.412

http://www.huffingtonpost.it/

Alberto Sobrero è l'oncologo europeo dell'anno: all'italiano l'Esmo Award istituito dalla Società Europea di Oncologia Medica

Alberto Sobrero, medico dell'Istituto San Martino di Genova, è il vincitore dell'Esmo Award 2016, il premio per l'oncologo dell'anno istituito dalla Società Europea di Oncologia Medica (Esmo). La premiazione avverrà a Copenhagen, dove il 7 ottobre prossimo si aprirà il meeting degli esperti.

Sobrero è il terzo italiano a vincere questo riconoscimento, che è stato creato dall'Esmo nel 1985 "per identificare un membro che ha dato un notevole contributo allo sviluppo dell'oncologia medica, promuovendola all'interno della comunità europea e internazionale". Gli altri italiani vincitori dell'Esmo Award sono Alberto Costa (2010) e Cora Sternberg (2013).
Le ricerche su cui si focalizza Sobrero riguardano il trattamento dei tumori gastrointestinali e l'innovazione costante negli studi clinici in oncologia. Per Christoph Zielinski, a capo della commissione dell'Esmo Award, "il professor Sobrero è autore di oltre 200 contributi originali nella letteratura scientifica su argomenti di rilievo come il tumore del colon-retto, per il quale è considerato tra i massimi esperti mondiali".

"Sono stato molto sorpreso nel ricevere questo riconoscimento - ha commentato Sobrero - essere scelto dai propri pari è davvero gratificante. Ci si chiede sempre se stiamo facendo qualcosa di buono nella nostra vita professionale: l'Esmo Award è per me senz'altro la migliore risposta a questa domanda".