



RASSEGNA STAMPA

12-05-2016

1. CORRIERE.IT Nasce Hu-Care 2 contro ansia e depressione nei malati di tumore
2. DIRE Aiom: "35% pazienti con tumore ha ansia grave"
3. GIORNALE Guarisce dal cancro L'Inps riuole i soldi
4. LIBERO QUOTIDIANO Il pacchetto di sigarette «neutro» non fa fumare meno
5. FAMIGLIA CRISTIANA Cancro, un rischio che aumenta con l'età
6. DOCTOR33 Screening mammografico: invertire l'ordine di lettura delle immagini non ne modifica l'efficienza
7. QUOTIDIANO SANITÀ Le donne e il cancro. Intervista al ginecologo Moscarini: "Oggi si può guarire, preservando fertilità, bellezza e aspettativa di vita"
8. GALILEONET.IT Prostata: eiaculare spesso fa bene
9. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro prostata. Intervento ormonale precoce migliora la sopravvivenza
10. ADN KRONOS Olio di palma, l'esperto: "Non esistono studi che confermano nesso con tumori"
11. LA STAMPA.IT Olio di palma: scopriamo se e quanto è davvero pericoloso
12. QUOTIDIANO SANITÀ Oncologia. Solo il 15% dei primari è donna. E arrivano i coach per addestrarle a diventarlo
13. LIBERO QUOTIDIANO Tolto un altro rene sano all'ospedale di Lucca
14. PHARMA KRONOS AssoGenerici, con equivalenti 1 mld risparmi in 30 mesi
15. FOGLIO Il Risiko impossibile dei grassi saturi
16. DOCTOR33 Al via Choosing Wisely International, meeting all'insegna di appropriatezza e dialogo

<http://www.corriere.it/>

Nasce Hu-Care 2 contro ansia e depressione nei malati di tumore

Il progetto ha come obiettivo quello di affrontare i bisogni psicosociali dei pazienti migliorando la comunicazione con il personale sanitario, individuando un infermiere di riferimento in ospedale e fornendo un supporto psicologico

Adriana Bazzi (abazzi@corriere.it)



Il progetto ha come obiettivo quello di affrontare i bisogni psicosociali dei pazienti migliorando la comunicazione con il personale sanitario, individuando un infermiere di riferimento e fornendo un supporto psicologico. Ansia e depressione andrebbero misurate subito nei malati di tumori, così come si fa per la pressione, la temperatura corporea o il battito cardiaco. Questi disturbi, infatti, interessano in maniera grave almeno il 35 per cento dei pazienti oncologici, ma oggi solo un terzo dei casi è diagnosticato e curato.

Ecco perché è nata Aiom-HuCare o HuCare 2, la prima scuola di Umanizzazione in oncologia in Europa: avrà sede a Milano al Palazzo delle Stelline. «È un progetto che cambia l'approccio al malato e alle cure – ha detto Rodolfo Passalacqua, responsabile scientifico di HuCare e direttore dell'Oncologia dell'Ospedale di Cremona in occasione della presentazione a Milano. –

Oggi il paziente arriva in ospedale, poi ci ritorna per terapie e controlli e non sempre ha un punto di riferimento fisso con cui dialogare. L'idea, invece, è quella di formare medici e infermieri perché acquisiscano le competenze e le capacità di comunicare efficacemente con i pazienti e i familiari e di cambiare il modo di lavorare nei reparti a partire dal momento in cui i pazienti vengono accolti, ai test per individuare il livello di sofferenza psichica (che andrà segnalato nella cartella clinica), dall'individuazione di un infermiere di riferimento per il paziente alla presenza di uno psicologo in corsia cui andranno indirizzati i pazienti colpiti da disagio psichico grave».

Aiom-HuCare- 2 è la continuazione di un primo progetto HuCare-1, iniziato nel 2008 e conclusosi nel 2011, che ha coinvolto 28 centri (questi ultimi inviano tutto il personale dei reparti di oncologia ai corsi, perché l'importante è motivare e lavorare poi in équipe) e finanziato dalla Regione Lombardia. Il sostegno al nuovo progetto è invece fornito dal privato: l'azienda farmaceutica Msd Italia. Al momento sono coinvolti 43 reparti distribuiti su tutto il territorio nazionale (che hanno chiesto di partecipare rispondendo a un questionario). «La prima esperienza ci ha insegnato – commenta Passalacqua – che è stato possibile modificare l'assistenza e che, per esempio, il livello di ansia dei pazienti si è ridotto del 75 per cento, passando dal 35 per cento dei casi a meno del 20».

Per entrare in qualche dettaglio tecnico, la scuola utilizzerà la HuCare Quality Improvement Strategy (HQIS) che prevede sei interventi: oltre, appunto alla formazione di tutto lo staff clinico per migliorare le capacità comunicative e relazionali, lo screening dei pazienti per migliorare l'ansia e la depressione, l'assegnazione di un infermiere di riferimento a ogni paziente, anche l'identificazione dei bisogni sociali, l'utilizzo di una lista di domande per tutti i malati per favorire la comunicazione con il medico e un percorso strutturato per fornire ai malati e a chi li assiste informazioni in modo corretto.

«In questi anni sono emersi nuovi bisogni sociali legati alla crisi economica – precisa Carmine Pinto, presidente dell'Aiom, l'Associazione italiana di oncologia medica. – Oltre a migliorare il benessere emotivo e la salute mentale, le cure psicosociali hanno dimostrato di consentire una migliore gestione dei sintomi correlati alla malattia e degli effetti collaterali del trattamento». L'Aiom è la prima società scientifica in Europa a creare una scuola di umanizzazione e i centri che introdurranno questi nuovi approcci saranno certificati per le "cure psicosociali".

<http://www.dire.it/newsletter/salute/anno/2016/maggio/11/?news=02>

Aiom: "35% pazienti con tumore ha ansia grave"

O depressione. Ma solo un terzo dei casi e' diagnosticato e curato (DIRE - Notiziario settimanale Sanita') Roma, 11 mag. - Si chiama Aiom-HuCare ed e' la prima Scuola di umanizzazione in oncologia in Europa. Sono coinvolti in questo progetto 43 reparti distribuiti su tutto il territorio nazionale con l'obiettivo di individuare e ridurre del 75% i casi di ansia e depressione.

Questi disturbi interessano in maniera grave almeno il 35% dei pazienti oncologici, ma oggi solo un terzo dei casi e' diagnosticato e curato. La Scuola e' presentata nei giorni scorsi in un convegno nazionale a Milano al Palazzo delle Stelline, dove ha sede. "Vogliamo cambiare il modo di lavorare nei reparti e formare i medici e gli infermieri perche' acquisiscano le competenze e le capacita' per una efficace comunicazione con i pazienti e i familiari- afferma Rodolfo Passalacqua, responsabile scientifico di HuCare e direttore dell'Oncologia di Cremona- L'obiettivo e' applicare interventi psico-sociali uniformi ed efficaci a tutti i malati nelle Oncologie del nostro Paese, a partire dal modo in cui i pazienti vengono accolti, allo screening per diagnosticare il livello di sofferenza psichica da indicare nella cartella clinica, alla presenza di uno psicologo in corsia a cui vengono indirizzati i malati colpiti da disagio psichico grave". Il primo Progetto HuCare-1, iniziato nel 2008 e concluso nel 2011, ha coinvolto 28 centri e ha dimostrato la realizzabilita' di una strategia di implementazione, introducendo nella pratica sei interventi psicosociali raccomandati nelle linee guida internazionali.

"Grazie a questa strategia- continua Passalacqua- e' stato possibile modificare l'assistenza fornita nei 28 centri: oltre il 75% dei pazienti ha ricevuto le misure previste e il livello di ansia e depressione e' diminuito del 75%, passando dal 35% dei casi a meno del 20%. La Scuola utilizzerà la HuCare Quality Improvement Strategy (Hqis), che abbiamo ideato e sperimentato e che prevede sei interventi: la formazione di tutto lo staff clinico per migliorare le capacita' comunicative e relazionali; lo screening dei pazienti per misurare l'ansia e la depressione; lo screening dei bisogni sociali; l'assegnazione di un infermiere di riferimento a ogni paziente; l'utilizzo di una lista di domande per tutti i malati per favorire la comunicazione con il medico; un percorso strutturato per fornire a malati e care-giver informazioni in modo corretto. Inoltre nella scuola faremo corsi di consolidamento di un giorno destinati alle strutture coinvolte nel primo Progetto HuCare-1, per verificare l'applicazione nel tempo degli strumenti già acquisiti. E partirà quest'anno uno studio, HuCare-2, su altri 15 reparti. Tutto il personale parteciperà alle lezioni, della durata di tre giorni per i medici e di due giornate e mezzo per gli infermieri". Il numero di partecipanti a ciascun corso sarà limitato per ottimizzare il lavoro di formazione: 20 negli eventi per i clinici e 30 in quelli per gli infermieri. Con questo secondo progetto sarà misurata non solo l'applicazione degli interventi ma anche la qualità di vita dei malati, scopo principale di tutte le cure. "L'Aiom e' la prima

società scientifica in Europa a creare una scuola di umanizzazione. In Italia, negli ultimi quarant'anni il numero di nuovi casi di tumore è aumentato, passando da 149.000 nel 1970, a 234.000 nel 2000, a 360.000 nel 2011, fino a 363.000 nel 2015. Molto spesso queste persone presentano disturbi d'ansia e depressivi che interferiscono in maniera significativa con l'adesione alle cure e con la qualità della vita. Ma solo un terzo dei pazienti con quadri di disagio psichico grave viene riconosciuto, e' quindi frequente la sottovalutazione dei casi di sofferenza psicologica che dovrebbero invece essere degni di attenzione clinica. In realtà ansia e depressione vanno rilevate subito, come avviene per i parametri vitali, al pari di temperatura corporea, frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa e dolore", spiega il presidente nazionale, Carmine Pinto.

Un'assistenza oncologica ottimale deve integrare le cure psicosociali con i trattamenti abituali, individuando precocemente e intervenendo sulle conseguenze psicologiche e sui bisogni sociali. "Le raccomandazioni, basate sulle evidenze scientifiche, di come ciò vada fatto esistono da diversi anni, ma la loro applicazione nella pratica non è automatica- sottolinea Pinto- È quindi necessario mettere in atto interventi strutturati per sostenere le Oncologie italiane nel processo di implementazione. E la nostra Scuola, con corsi di dimostrata efficacia, risponde a questa esigenza. La comunicazione e la relazione con i pazienti sono state tradizionalmente considerate di minore importanza, pertanto vengono raramente inserite nei corsi di laurea per medici e infermieri. Abbiamo inoltre ampliato la lista delle 'domande-chiave' che vengono assegnate a tutti i pazienti rispetto a quelle previste nella prima fase del progetto HuCare, perché in questi anni sono emersi nuovi bisogni sociali e lavorativi legati alla crisi economica". Oltre a migliorare il benessere emotivo e la salute mentale, le cure psicosociali hanno dimostrato di consentire una migliore gestione dei sintomi correlati alla malattia e degli effetti avversi del trattamento.

UNA STORIA ASSURDA

Guarisce dal cancro L'Inps rivuole i soldi

Serenella Bettin

■ In Italia non si ha nemmeno più il diritto di guarire. Emblematico ciò che è accaduto a una signora di 67 anni che è riuscita a combattere, e vincere, una grave forma di tumore. L'Inps, dopo la guarigione, le ha chiesto indietro i soldi della pensione di accompagnamento, corrisposti durante la chemioterapia. La signora, Sofia N. originaria di Rovigo ma residente a Roma, nell'agosto 2010, viene colpita al sistema immunitario da un linfoma non Hodgkin di tipo B. Dopo varie analisi viene sottoposta per due anni a tre cicli di chemioterapia. Per questo l'Inps le corrisponde un assegno di accompagnamento di 508 euro per ogni sei mesi di chemio. Oltre a una pensione di invalidità di 297 euro mensili. Nel 2014 inoltre la Commissione Inps riconosce alla donna il 100% di invalidità totale con permanente inabilità lavorativa, vista la gravità della patologia e la chemioterapia molto invasiva. La signora comincia a perdere i capelli, i denti e ad avere gravi problemi circolatori e dermatologici che ancora oggi in parte si protraggono. Nel luglio 2015 la donna si sottopone alla Pet (Positron Emission Tomography), una tecnica di medicina nucleare per verificare la presenza di metastasi o per stabilire se una terapia oncologica sia efficace o meno. E infatti il risultato della Pet, inspiegabile a detta dei medici, è di remissione totale della malattia. Un miracolo ma pochi giorni fa la stangata. A casa di Sofia arriva una lettera dall'Inps con cui le si chiede la restituzione delle somme erogate per due anni a titolo di pensione di accompagnamento, oltre a una parte di pensione di invalidità. «Dal ricalcolo della sua pensione - si legge - è derivato fino al 30 aprile 2016 un debito a suo carico di euro 4.250,66». L'Inps quindi, vista la guarigione, le toglie l'accompagnamento, le toglie la pensione di invalidità e le chiede addirittura indietro i soldi. Soldi che ovviamente la donna non ha, dal momento che vive soltanto con una pensione sociale di 516 euro al mese. La signora ora si è rivolta ad Agitalia che procederà dinanzi al giudice.



INDAGINE IPSOS

Il pacchetto di sigarette «neutro» non fa fumare meno

Svestire il pacchetto di sigarette del marchio per renderlo «neutro» non cambierebbe le abitudini dei fumatori. Che, al contrario, continuerebbero a chiedere le «proprie» sigarette o, al massimo, opterebbero per delle bionde più a buon mercato. Questo, in sostanza, il risultato di una indagine Ipsos - condotta per conto della Philip Morris - a pochi giorni dell'entrata in vigore della direttiva europea che, bocciato il «pacchetto generico», prevede la possibilità di inserire sui pacchetti anche immagini «scioccanti» come avvertenza sanitaria e in funzione di proteggere la salute pubblica. Soluzione che gli italiani preferiscono, purché il pacchetto di sigarette riporti la marca e i colori delle bionde preferite. Del resto la maggior parte degli intervistati ha svelato che un pacchetto «neutro» lo coprirebbero subito con astucci o portasigarette. Segno di quanto siano consolidate le abitudini dei fumatori a partire dall'entrare dal tabaccaio per chiedere sempre la stessa marca di sigarette.



INVECCHIAMENTO

CANCRO, UN RISCHIO CHE AUMENTA CON L'ETÀ

Tra i 70 e gli 84 anni, un uomo su tre e una donna su cinque si ammalano. Vengono meno le capacità di riparazione cellulare e l'efficacia del sistema immunitario



di **Filippo Tradati**
Medico e docente universitario

Il cancro. Una delle parole più temute. Soltanto sentirla pronunciare evoca disperazione e lo spettro della morte. Anche se, per fortuna, **le possibilità di guarigione sono sempre più alte** per la maggior parte delle neoplasie maligne. Nel 2015, in Italia, 363 mila persone sono state colpite da questa patologia e circa tre milioni di italiani (5% della popolazione) hanno provato questa esperienza nella vita.

Non esiste un'unica malattia chiamata cancro, ma **ci sono circa 200 forme di tumori maligni** differenziate a seconda del tessuto o dell'organo che colpiscono. Il rischio aumenta con l'aumentare dell'età: tra i 70 e gli 84 anni, 1 uomo su 3 e 1 donna su 5 sono colpiti da tumore. **L'invecchiamento è infatti un fattore determinante** nello sviluppo del cancro perché con il passare degli anni si sommano gli effetti dei fattori cancerogeni e, nel contempo, vengono meno le capacità di riparazione cellulare e la funzione del sistema immunitario, che può di-

fenderci e distruggere le cellule cancerose quando è in piena attività.

I tumori più frequenti sono, tra i maschi, la **prostata** (20%), il polmone (15%), il colon-retto (14%), la vescica (11%) e lo stomaco (5%). Tra le donne: la **mammella** (29%), il colon-retto (13%), il polmone (6%), il corpo dell'utero (5%) e la tiroide (5%). Pur essendo le forme di cancro estremamente varie, esistono alcune proprietà e caratteristiche che accomunano tutti i tipi di tumore. Il cancro nasce da una singola cellula, di un qualsiasi organo, che a un certo punto "impazzisce" e **comincia a moltiplicarsi senza alcun controllo**.

La capacità di limitare la moltiplicazione delle cellule è legata, nella cellula sana, a "geni controllori" che normalmente impediscono la crescita tumorale. Può accadere, però, che un'alterazione di questo sofisticato meccanismo inneschi la nascita del cancro: le cellule si duplicano, anche quando non dovrebbero, **generando altre cellule con lo stesso difetto** di regolazione. Le cellule cancerose continuano a crescere sovvertendo la struttura e la funzione dell'organo in cui sono nate, si staccano dal cancro e migrano attraverso il sangue, il sistema linfatico o in altri organi vicini, spesso vitali, come polmoni, fegato e cervello, dove si diffondono e riprendono il lavoro di distruzione dell'organo colpito.

Questo processo prende il nome di **metastatizzazione** e le metastasi rappresentano la fase più avanzata del cancro e la causa principale dei decessi dei malati di tumore. ●



<http://www.doctor33.it/>

Screening mammografico: invertire l'ordine di lettura delle immagini non ne modifica l'efficienza



La modifica delle modalità con cui i radiologi interpretano le immagini dello screening mammografico non si associa a un calo del tasso di individuazione del cancro al seno, secondo uno studio pubblicato su *Jama*. «Interpretare le mammografie di screening è un compito di ricerca visiva difficile e ripetitivo, che consiste nell'individuare eventuali indizi della presenza di un tumore nascosti nello sfondo del parenchima normale limitando al massimo i richiami per falsi positivi o le diagnosi perse per falsi negativi» afferma la coautrice dell'articolo Sian Taylor-Phillips dell'Università di Warwick a Coventry, Regno Unito. In simili compiti di ricerca visiva, un decremento dello stato di attenzione da parte degli operatori emerge da un gran numero di ricerche, come del resto accade anche in altri lavori ripetitivi tra cui le operazioni alla catena di montaggio e il controllo dei bagagli all'aeroporto.

«Proprio per questo motivo a valutare i risultati delle mammografie nel Regno Unito ci sono due radiologi che analizzano ogni mammografia in modo indipendente» riprendono gli autori, che hanno verificato se modificare l'ordine in cui la coppia di esperti esamina le mammografie potesse aumentare l'efficienza dello screening attraverso un incremento dello stato di attenzione degli operatori. Allo studio, condotto in 46 centri di screening mammografico del Servizio sanitario nazionale britannico nell'arco di un anno, hanno preso parte 360 radiologi deputati alla lettura delle immagini che a coppie hanno esaminato 37.688 lotti di mammografie digitali nello stesso ordine nel gruppo di controllo e nell'ordine opposto l'uno all'altro nel gruppo di intervento, per un totale di 1.194.147 screening effettuati, rispettivamente 597.505 e 596.642 in un gruppo e nell'altro. «Al termine dello studio sono stati rilevati un totale di 10.484 casi (0,88%) di tumore al seno, senza che emergesse alcuna differenza significativa nel tasso di individuazione del cancro nei due gruppi di operatori: 0,88% contro 0,87%, con un tasso di richiamo del 4,14% contro 4,17% e un tasso di discordanza in fase di lettura di 3,43% contro 3,48%» conclude Taylor-Phillips.

Jama 2016. doi:10.1001/jama.2016.5257

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.5257>

Giovedì 12 MAGGIO 2016

Le donne e il cancro. Intervista al ginecologo Moscarini: "Oggi si può guarire, preservando fertilità, bellezza e aspettativa di vita"

Ginecologi, oncologi, ematologi, psicologi ed esperti di Pma si incontrano [il 14 maggio a Roma](#) per confrontarsi sulle nuove opportunità terapeutiche contro i tumori. Ma il presidente dell'Associazione italiana protezione fertilità (Aipf), in questa intervista, lancia anche un appello alle donne: "Non abbiate paura: il cancro si può sconfiggere, ma vi chiediamo di fare di più in termini di prevenzione e corretti stili di vita"

Nel 2015 si stima che siano stati diagnosticati in Italia 363.000 casi di tumore maligno (esclusi quelli della cute), di cui oltre 194.000 (54%) fra gli uomini e 169.000 (46%) fra le donne. Tra la popolazione femminile, in particolare, sono stati 692.955 i tumori alla mammella, 201.617 quelli al colon-retto-ano, 124.850 quelli della tiroide e 109.981 all'utero. Ma se l'incidenza dei tumori è sostanzialmente stabile tra le donne, è in costante calo la mortalità. E le belle notizie non si fermano qui. Se un tempo l'aspettativa di vita dopo un tumore era bassa, oggi si può sperare di invecchiare esattamente come chi non ha mai avuto un tumore.

Ed invecchiare bene. In salute, preservando al massimo l'integrità del corpo e tutte le sue funzioni, compresa la possibilità di avere figli in caso di tumore in età giovanile. Sogno, questo, che un tempo le giovani donne vedevano andare in frantumi di fronte a una diagnosi di tumore. Del tumore, dunque, bisogna avere sempre meno paura. Ma non per questo abbassare la guardia.

Come ci spiega in questa intervista Massimo Moscarini, presidente Aipf, Associazione Italiana Protezione Fertilità, alla vigilia del Congresso "La qualità della vita dopo il tumore" promosso dall'Aipf e dall'Università La Sapienza di Roma e in programma il 14 maggio all'Ao Sant'Andrea di Roma.

Presidente Moscarini, come sta cambiando il tumore femminile in Italia?

I risultati in termini di efficacia delle terapie sono molto positivi, ma non si può dire la stessa cosa in termini di incidenza. I casi di tumore tra le donne restano infatti stabili, a differenza di quanto avvenga per gli uomini, per si registra un calo dell'incidenza dell'2,8% all'anno tra il 2006 e il 2010.

Nel 2015 si stima che siano stati diagnosticati in Italia 363.000 casi di tumore maligno, esclusi quelli della cute, di cui 169.000 (il 46%) riferito alle le donne, in pratica circa 5 casi ogni mille donne e 2,5 decessi ogni mille donne.

Tuttavia, come accennavo, i progressi delle terapie negli anni hanno permesso di ottenere importanti risultati sulla mortalità, che è in costante e regolare diminuzione negli ultimi 10 anni, di circa lo 0,8% all'anno. Questo fa sì che nel 2015 il numero di donne in vita dopo diagnosi di tumore al seno sia aumentato del 19% rispetto al 2010. Un aumento simile (+21%) è emerso per il numero di italiani (427.562) che vivono nel 2015 dopo una diagnosi di tumore del colon retto.

Sta emergendo inoltre, anche se non sono ancora disponibili dati esatti, che le donne che hanno avuto un tumore non solo sopravvivono, ma possono anche guarire, dove per "guardite" si intendono le persone che con una pregressa diagnosi di tumore hanno raggiunto una attesa di vita paragonabile a quelle persone non affette da tumore. E il tumore della mammella è proprio fra quelli che possono guarire.

Tutto merito della Medicina, dunque?

No, è anche merito delle attività di screening e prevenzione, perché prima avviene la diagnosi, prima si inizia il percorso terapeutico; prima si inizia il percorso terapeutico, più aumentano le possibilità di sconfiggere il cancro. Questo vale soprattutto per i tumori particolarmente aggressivi, come il cancro all'ovaio, di cui registriamo solo poche migliaia di casi all'anno ma anche un'alta mortalità. Purtroppo il cancro dell'ovaio resta però molto difficile da diagnosticare, per l'assenza di una sintomatologia evidente e di strumenti diagnostici ad hoc.

Il cancro del collo dell'utero oggi è possibile prevenirlo mediante la vaccinazione HPV (prevenzione primaria) e mediante lo Screening-Pap Test (Prevenzione secondaria) che ci permette di identificare e quindi di eliminare chirurgicamente la pre-cancerosi. Nei paesi dove si attua lo screening e la vaccinazione per il virus HPV questa strategia ha determinato una notevole riduzione di questa patologia .

Qual è l'impatto del tumore sulla vita della donna?

E' fortissimo, non solo a livello fisico ma anche e soprattutto psicologico. La paziente sente colpita la sua femminilità e, se giovane, teme per la sua fertilità, cioè di perdere la possibilità di avere figli. Questo è un aspetto sentito dalle donne molto di più che dagli uomini; anche quelle che scoprono di avere un tumore in una fase della vita in cui non stavano minimamente pensando di diventare madri. Per questo, nell'approccio terapeutico, è importante distinguere le pazienti colpite da tumore al di sopra dei 50 anni da quelle in età fertile. L'impatto psicologico di un tumore in giovane età è molto più devastante che in età più avanzata, e questo rischia di determinare casi di depressione e ansia che influenzano negativamente il benessere della persona e anche il percorso di cura. Per questo intervenire anche su questi aspetti è di fondamentale importanza.

In particolare, negli ultimi anni sono stati fatti molti passi avanti per preservare la fertilità delle donne grazie alle tante e diverse opportunità terapeutiche introdotte: dalla chirurgia mirata alla scelta dei farmaci chemioterapici meno aggressivi per la capacità ovarica, fino alle tecniche di Procreazione medicalmente assistita.

Al di là delle questioni legate alla fertilità, sono molte le opportunità introdotte dalla Medicina per evitare che le donne colpite dal tumore si sentano private della loro femminilità come avveniva in passato. Basti pensare a tutti gli interventi ricostruttivi possibili in caso di mastectomia.

Insomma, non solo è aumentata l'aspettativa di vita dopo un tumore, ma anche la qualità della vita. Oggi dal cancro si può guarire, preservando salute, fertilità e bellezza.

Il trattamento della donna con tumore non è dunque esclusiva competenza degli oncologi. Certamente no, è un lavoro di équipe multidisciplinare che vede in prima linea oncologi, ginecologi e psicologi, ma che nel corso del trattamento può richiedere l'intervento di ulteriori specialisti di altre branche, estetica compresa.

Quali sono le nuove sfide per gli oncologi e gli altri professionisti coinvolti nel trattamento dei tumori femminili?

La sfida più importante in realtà non è nuova, bensì vecchia ma, purtroppo, ancora non completamente vinta, e riguarda la prevenzione. In questo ambito rientra sia l'adesione ai programmi di screening ma anche i corretti stili di vita. Il fumo, l'alcol e l'obesità sono fattori di rischio importanti, ma purtroppo sempre più presenti nella vita delle persone. Basti pensare all'aumento dei casi di cancro ai polmoni nelle donne a causa di un aumento della popolazione femminile fumatrice.

In quanto tecnici, riponiamo grandi speranze nell'immunoterapia, che tuttavia è attualmente applicata solo in fase sperimentale. Continueremo inoltre ad affinare le nostre tecniche chirurgiche allo scopo di preservare al massimo la persona fisica, intervenendo quindi in modo mirato per asportare solo la parte malata entro confini ben delineati. La personalizzazione delle cure e la ricerca di interventi sempre più mirati continuerà inoltre a riguardare i trattamenti chemioterapici e radioterapici, così come il coinvolgimento degli altri specialisti nei diversi ambiti che si riterranno necessari caso per caso. Elevare la qualità della vita dopo un tumore, è questo il grande, ultimo traguardo che vogliamo raggiungere.

Lucia Conti

www.galileonet.it

Prostata: eiaculare spesso fa bene

MARTA MUSSO

Uno studio americano dimostra che un'eiaculazione frequente è collegata a un minor rischio di sviluppare un tumore alla prostata. Il lavoro su *European Urology*



Per un **uomo** avere una intensa **attività sessuale** potrebbe essere un vero e proprio salva-vita, capace di abbattere il rischio di sviluppare un **tumore alla prostata**. A dimostrarlo è uno studio pubblicato sulla rivista **European Urology**, che ha monitorato la salute di circa 32mila americani per un periodo di oltre 20 anni, svelando che eiaculare almeno 21 volte al mese diminuisce del 19% il rischio di una diagnosi di **tumore alla prostata**. Anche l'età è risultata importante: **eiaculare** frequentemente dopo i 40 anni sembra diminuire del 22% il rischio di un **tumore alla prostata**.

“La frequenza di **eiaculazione** è una misura dello stato di salute generale: gli uomini con una bassissima frequenza di eiaculazione (da 0 a 3 volte al mese) hanno avuto più probabilità di avere altri problemi di salute, e morire prematuramente per cause diverse dal tumore alla prostata”, spiega l'autrice dello studio **Jennifer Rider**, ricercatrice dell'Università di Harvard. “I nostri dati dovranno essere confermati da ulteriori studi che valutino i potenziali meccanismi biologici alla base delle associazioni osservate, ma i risultati dello studio suggeriscono che l'eiaculazione e l'attività sessuale sono una sicurezza in più, e quindi potrebbero rappresentare una strategia utile per ridurre il rischio di cancro alla prostata”.

Per indagare al presenza di una connessione tra frequenza di eiaculazione e cancro, Rider e il suo team hanno intervistato i partecipanti riguardo alle loro abitudini sessuali, ed esaminato le cartelle cliniche per verificare se fosse mai stato diagnosticato loro un **tumore alla prostata**. Durante il periodo di studio si sono verificati 192 casi di cancro alla prostata tra gli uomini che eiaculavano non più di tre volte al mese, poco più di 1000 casi con circa 7 eiaculazioni al mese, altri 807 casi dalle 13 alle 20 eiaculazioni al mese e solamente 290 casi con almeno 21 eiaculazioni mensili.

È presto comunque per valutare a pieno i meriti del **nesso** come strumento di prevenzione per il cancro. Un'eiaculazione frequente attraverso il sesso o la masturbazione infatti può essere legata anche ad altri fattori che contribuiscono a un buono stato di salute, come per esempio una **dieta sana** e un **peso corporeo** adeguato.

“Non penso che dovremmo dire agli uomini: o lo usi, o lo butti”, [ha raccontato a Reuters](#) John Gore, urologo dell'Università di Washington che non ha partecipato alla ricerca. “Se una minore frequenza di eiaculazione spingerà però un uomo a farsi visitare dal suo medico o da uno specialista, e se questa visita servirà a promuovere la prevenzione e la sua salute, ecco sarebbe un ottima applicazione dei risultati di questa ricerca”.

Riferimenti: [European Urology](#)

Mercoledì 11 MAGGIO 2016

Cancro prostata. Intervento ormonale precoce migliora la sopravvivenza

Secondo i risultati del trial TOAD, pubblicato su *Lancet Oncology*, un intervento immediato con la terapia di deprivazione androgenica (ADT) nei pazienti con cancro alla prostata, in cui persiste un aumento dei valori del PSA sierico, migliora la sopravvivenza, rispetto a quanto si verifica con un trattamento ADT ritardato.

(Reuters Health) - I risultati di questo studio, secondo Gillian M. Duchesne, del Peter MacCallum Cancer Center dell'Università di Melbourne, forniscono finalmente le prove dei benefici del trattamento tempestivo con ADT sulla sopravvivenza dei pazienti con cancro alla prostata. Inoltre, nei casi di nuova diagnosi che hanno un cancro incurabile e asintomatico, vi sarà ora la possibilità di discutere col medico il trattamento migliore consentendo al paziente una decisione consapevole, anche per quanto riguarda il momento di iniziare le cure palliative.

Lo studio

Attualmente l'intervento precoce sembra migliorare la sopravvivenza tra gli uomini con carcinoma metastatico stabile o carcinoma prostatico localmente avanzato, ma i tempi ottimali del trattamento ormonale ADT per gli uomini asintomatici sono ancora incerti. Per approfondire la questione Duchesne e colleghi hanno studiato i pazienti con cancro alla prostata provenienti da 29 centri specialistici dall'intera l'Australia, dalla Nuova Zelanda e dal Canada con l'intento di valutare se l'intervento immediato con ADT potesse migliorare la sopravvivenza globale in questi malati, pur mantenendo una qualità di vita accettabile.

Nello studio sono stati inclusi 261 uomini con una recidiva dell'aumento del PSA, dopo la terapia definitiva, clinicamente asintomatici più altri 32 uomini asintomatici con nuova diagnosi di cancro alla prostata che sono stati considerati non idonei al trattamento curativo. Si è così dapprima evidenziato che a 5 anni la sopravvivenza globale era del 91,2% nel braccio che aveva ricevuto una terapia ADT precoce, contro 86,4% nel braccio della terapia ritardata. Differenze simili sono state osservate anche dopo sei e sette anni. Inoltre, dopo aggiustamento dei dati per altri fattori, la ADT immediata è stata associata con una riduzione del 46% della mortalità e si notava anche una riduzione non significativa del 44% del rischio di morte per cancro alla prostata.

I risultati nei sottogruppi

Nelle analisi dei sottogruppi, il tasso di sopravvivenza a cinque anni stimato nel gruppo con la recidiva del rialzo del PSA era pari al 84,3% nel braccio della terapia immediata e al 78,2% nel braccio della terapia ritardata. Nel gruppo non trattabile, i tassi di mortalità erano del 11% nel braccio del trattamento immediato e del 29% nel braccio del trattamento ritardato (incluso tutti i decessi per cause diverse dal cancro alla prostata). E ancora, i tempi di recidiva locale o a distanza, erano significativamente più lunghi negli uomini randomizzati a ricevere la terapia immediata. Per quanto riguarda gli eventi avversi correlati al trattamento ADT bisogna tenere conto che oltre tre quarti degli uomini nel braccio della terapia immediata (78%) hanno riportato almeno un evento avverso ADT-correlato, rispetto al 47% degli uomini nel braccio della terapia ritardata. Infine, la qualità globale della vita nei primi due anni si è ridotta in misura maggiore nel braccio della terapia immediata, ma la differenza era inferiore alle significatività statistiche.

<http://www.adnkronos.com>

Olio di palma, l'esperto: "Non esistono studi che confermano nesso con tumori"



"Queste sostanze sono risultate potenzialmente cancerogene a test standard effettuati sugli animali, ma **dire che chi mangia olio di palma è esposto al pericolo di tumore non è assolutamente un passaggio diretto e non esiste letteratura** che affermi che i grandi consumatori di olio di palma hanno più alto rischio di tumore". A commentare con l'Adnkronos Salute il parere dell'Autorità per la sicurezza alimentare europea (Efsa) secondo cui i contaminanti da processo a base di glicerolo presenti nell'olio di palma, ma anche in altri oli vegetali, nelle margarine e in alcuni prodotti alimentari trasformati, potrebbero dare adito a potenziali problemi di salute, è **Marco Silano, direttore del dipartimento Alimentazione, nutrizione e salute dell'Istituto superiore di sanità.**

"In particolare - ricorda l'esperto - le **sostanze in questione sono tre derivati del glicerolo presenti in tutti gli oli vegetali dopo i processi di raffinazione**, o in forma libera o come esteri degli acidi grassi. Non si tratta di un problema improvviso: è noto da anni che i processi di raffinazione degli oli vegetali dessero luogo a questi contaminanti ed è proprio grazie a questo, fra l'altro, che la loro concentrazione è stata dimezzata dal 2010 al 2015 dall'industria. E' stata la Commissione europea richiedere all'Efsa un parere scientifico. L'Efsa è infatti un organo tecnico che esprime appunto un parere tecnico-scientifico, mentre l'organo normativo è la Commissione europea, che sulla base del documento deciderà se e come intervenire".

E' importante dunque sottolineare che **"il parere Efsa non era destinato al**

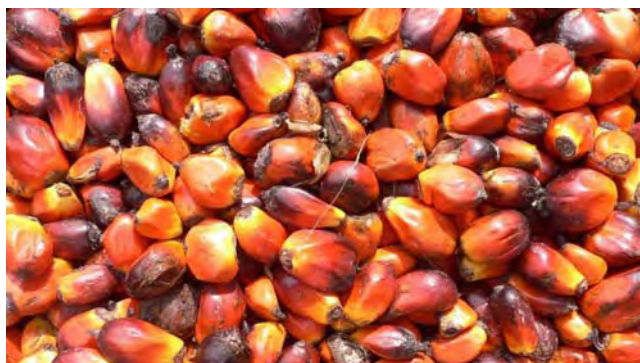
consumatore, al quale spetta comunque di certo un diritto di scelta, ma servirà alla Commissione europea per demandare eventualmente azioni ai produttori alimentari". Silano ribadisce che "sono anni che è noto che la raffinazione degli oli vegetali determina la produzione di derivati del glicerolo". Ma **i consumatori non devono preoccuparsi: "a livello europeo il sistema di sicurezza alimentare funziona molto bene", assicura l'esperto.**

No agli allarmismi anche per le mamme di neonati, che l'Efsa ha indicato "come categoria potenzialmente più a rischio se nutriti esclusivamente a latte artificiale: "Bisogna ricordare che il latte di mamma contiene acido palmitico e quello artificiale contiene olio di palma come fonte di questo acido per renderlo il più simile possibile al latte materno. E' possibile - conclude - che la Commissione europea consideri dei limiti, rivolti ai produttori, per la concentrazione di questi contaminanti".

<http://www.lastampa.it/>

Olio di palma: scopriamo se e quanto è davvero pericoloso

L'Italia è uno dei mercati più importanti per le merendine (che contengono quasi sempre l'ingrediente «sotto indagine»). Il nostro Istituto della Sanità ha stabilito che il rischio per la nostra salute è pari ad altri alimenti che contengono grassi saturi: carni, latticini e uova



LAURA PREITE

Del tutto assente dalle etichette rientrava tra gli olii vegetali. Cambiata la legge europea sull'etichettatura a fine 2014 abbiamo incominciato a conoscerlo e ad averne paura. **L'olio di palma ha invaso le nostre tavole senza che ce ne accorgessimo.** Maggiormente esposti sono i bambini: l'olio infatti - prodotto da **un tipo di palma coltivata in sud est asiatico** - è contenuto in biscotti, dolci, merendine, gelati industriali, cioccolato al latte, creme spalmabili, crackers, patatine, latte in polvere.

LA CROCIATA CHE FA LITIGARE SUPERMARKET E PRODUTTORI (BOTTERO)

Difficile che in una giornata non se ne assuma almeno un po'. Così sono arrivate le preoccupazioni per l'ambiente - deforestazione - e per la salute. L'olio di palma fa male? È la domanda a cui sono stati chiamati a rispondere in questi mesi l'industria alimentare e le autorità sanitarie da una campagna partita dal basso, dai consumatori.

L'Istituto superiore di sanità a febbraio ha concluso che l'olio di palma rappresenta un rischio per la salute al pari di altri alimenti che contengono grassi saturi: carni, latticini e uova. Il consumo quindi doveva essere **limitato per evitare malattie cardiovascolari.**

Alcuni devono stare particolarmente attenti: bambini, anziani, dislipidemici, obesi, pazienti con pregressi eventi cardiovascolari, ipertesi. Secondo stime dell'ISS (su dati del 2005-2006, gli ultimi disponibili) **assumiamo 27 grammi al giorno di grassi saturi, con un contributo dell'olio di palma stimato tra i 2,5 e i 4,7 grammi.** Nei bambini di età 3-10 anni, le stime indicano un consumo di acidi grassi saturi tra i 24 e 27 grammi al giorno, con un contributo di saturi da olio di palma tra i 4,4 e i 7,7 grammi. Siamo sopra a quanto raccomandato, continua l'Iss.

Quando le polemiche sembrano rientrare e contemporaneamente a una campagna pubblicitaria promossa dalle aziende alimentari che lodando le qualità dell'olio e la sua salubrità, l'Istituto nazionale olandese per la salute e l'ambiente (NIPH) **pubblica uno studio sull'esposizione a un composto che si forma nei processi di lavorazione di alcuni olii**, tra cui quello di palma, il 3-monocloropropandiolo (3-MCPD). Lo studio è ripreso dall'Efsa, l'agenzia per la sicurezza alimentare europea che commissiona un altro studio e in una nota del 3 maggio conferma i rischi, in particolare per i bambini.

«Lo studio dell'Efsa ha evidenziato che **nel processo di raffinazione dell'olio di palma a temperatura elevata si forma una reazione tra composti con cloro e gli acidi grassi**. Sono tre composti, glicidiolo, 3-monocloropropandiolo (3-MCPD) e 2-monocloropropandiolo (2-MCPD), il primo classificato come probabile cancerogeno e gli altri due nefrotossici cioè dannosi per i reni» spiega Enzo Spisni ricercatore del dipartimento di scienze biologiche dell'Università di Bologna e membro del comitato scientifico del Master in alimentazione ed educazione alla salute.

«Questi composti che si formano ad alte temperature - continua - erano noti da tempo ma si pensava che nei moderni processi di raffinazione non ce ne fossero così tanti e invece gli olandesi che sono andati a misurare il 3-MCPD ne hanno trovato livelli alti, soprattutto nell'olio del palma perché in natura ha più composti a base di cloro e di conseguenza forma più composti tossici».

Il rapporto olandese **conclude che il 18% dei bambini dai 2 ai 6 anni eccedono la dose giornaliera tollerata per i 3-MCPD di 0,8 microgrammi per chilo+**. Fino ad arrivare al 35% dei bambini di sette anni, per poi diminuire a meno del 5% nei ragazzi di 17. «Con il consumo attuale le quantità di questi composti potrebbero superare le soglie indicate da Efsa per la sicurezza alimentare - dice Spisni - a rischio sono soprattutto i bambini per via del loro ridotto peso».

Infatti un grammo al giorno per un bambino che pesa 20 chili ha un effetto diverso su un adulto. L'Italia è uno dei mercati più importanti per le merendine (qui se ne producono e vendono tante) e l'olio di palma negli ultimi anni ha invaso le nostre tavole. Non irrancidisce, rende i prodotti croccanti e costa poco così ha sostituito olio di girasole, mais, o soia: «Calcolando sul numero delle importazione che avvengono nel nostro paese si stima un consumo a testa di 12 grammi di olio di palma, mentre dovremmo tenerci su 1-2 grammi - continua il ricercatore-. Se mangiamo tre biscotti a colazione in media di 10 grammi l'uno raggiungiamo già la dose consigliata. Vuol dire che durante la giornata non dobbiamo mangiare né merendine, né gelati, né snack salati, o cioccolato al latte, difficile che questo avvenga. Non dobbiamo fare allarmismi ma servirebbe un maggior investimento delle aziende alimentari in ricerca magari indipendente e meno in proclami» conclude Spisni.

@laurapreite

quotidianosanita.it

Mercoledì 11 MAGGIO 2016

Oncologia. Solo il 15% dei primari è donna. E arrivano i coach per addestrarle a diventarlo

I corsi Ecm sono promossi da Women for Oncology Italy e si inaugurano a Bologna il 12 e 13 maggio. Un vero e proprio percorso di coaching che insegna alle oncologhe a superare le barriere di genere. La due giorni si concluderà con il media training di Alessandro Cecchi Paone, giornalista e conduttore televisivo.

Multitasking, capaci, determinate ma ancora poco riconosciute nella leadership sanitaria. Se in Italia cresce il numero delle laureate (il 59,2% del totale laureati nel 2014) le donne fanno ancora fatica a raggiungere posizioni apicali nella carriera, anche in oncologia: oggi solo il 15% dei 223 primari italiani è donna.

Per sostenere la carriera dei camici 'rosa' in oncologia nasce Women for Oncology Italy (W4O Italy) un percorso di coaching indirizzato alle oncologhe italiane per potenziarne la formazione manageriale, imparare a superare ostacoli comuni o stereotipi di genere in corsia e nel mondo accademico, e aprire così la strada a una futura classe dirigente al femminile più numerosa e preparata. Il progetto è uno spin-off dell'iniziativa internazionale ESMO Women for Oncology, lanciata nel 2013 dalla European Society for Medical Oncology (ESMO).

Il primo workshop di W4O Italy è dedicato al tema della comunicazione, verbale e non verbale. Tolto il camice bianco, le oncologhe saranno attrici per un giorno in un role-play formativo: con la collaborazione di attori professionisti, potranno perfezionare la gestione di situazioni comuni come il rapporto con il collega difficile, il colloquio di lavoro con il primario, la richiesta di finanziamenti per un progetto scientifico. Parte del corso è dedicata anche al dialogo con il paziente oncologico.

"Essere donna - commenta Erika Martinelli, ricercatrice nella Seconda Università di Napoli e membro del comitato internazionale Women for Oncology - può facilitare l'instaurarsi di immediata empatia e legame di fiducia medico-paziente in caso di tumori femminili, quali il carcinoma mammario o all'ovaio. Con alcuni pazienti, soprattutto uomini, creare un contatto richiede più tempo e attenzione per superare imbarazzi o, a volte, preconcetti. Ancora oggi capita che il paziente chiami il medico donna 'signorina', mentre i nostri colleghi maschi sono tutti 'dottori' o addirittura 'professori'".

La due giorni si concluderà con il media training di Alessandro Cecchi Paone, giornalista e conduttore televisivo, e con le testimonianze di donne che hanno raggiunto il successo nell'oncologia italiana e internazionale, modello per le future generazioni.

"Avere un mentore - conclude Rossana Berardi, del comitato W4O Italy e Direttore della Clinica di Oncologia Medica dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona - è una fortuna ma anche una scelta per le oncologhe più giovani: è importante che sappiano riconoscere e seguire chi le aiuterà a valorizzarsi, oppure trovare il coraggio di cambiare strada di fronte a cattivi maestri, uomini o donne che siano. Il corso si rivolge in particolare alla fascia di età 35-50 anni, quella più critica perché spesso non si è ancora raggiunta una posizione di rilievo sul lavoro e, in molti casi, si fanno scelte importanti nella sfera privata. Una fascia di grande interesse perché ha ancora tanto margine per crescere e porsi nuovi obiettivi, e da cui può nascere la futura leadership sanitaria al femminile".

Il corso rientra nel programma nazionale di educazione in medicina continua (ECM).

Secondo caso in pochi giorni

Tolto un altro rene sano all'ospedale di Lucca

■ ■ ■ Stesso ospedale, stesso errore. La sventura di Sarah Del Bianco, ex parrucchiera di 26 anni, è simile a quella di Guido Del Porto, di 56, l'uomo al quale è stato tolto per sbaglio il rene sano anziché quello malato di tumore. La vicenda aveva creato molto scalpore una ventina di giorni fa. Ora arriva il caso di Sarah, che porta l'ospedale San Luca di Lucca e l'intero sistema sanitario toscano nuovamente al centro della polemica. A raccontare il suo incubo è la stessa giovane. Come riportato dal quotidiano *La Nazione*, la donna era entrata in ospedale per togliersi un calcolo renale.

«Dovevano "bombardarlo" in endoscopia - spiega Sarah - e sembrava una passeggiata. Ma quando mi sono risvegliata, dopo sette giorni di coma farmacologico, in rianimazione, ho scoperto che non avevo più il rene sinistro. È stato un vero choc. E adesso l'Asl di Lucca, alla quale ho fatto causa, neppure sembra disposta a risarcirmi». L'operazione della giovane risale all'11 settembre 2014, ma solo ora, dopo il clamoroso errore che ha portato alla denuncia del caso di Del Porto, anche lei si è decisa a parlare.

A quanto pare, Sarah doveva essere operata in endoscopia per togliere il calcolo a stampo che le era stato trovato al rene destro. Purtroppo, però, i medici che l'hanno

operata hanno commesso un errore. «A causa di un sanguinamento - ricorda ancora - l'urologo ha interrotto e mi ha rimandata in camera, spiegando poi a mia madre che aveva eliminato solo una parte del calcolo e che avrei dovuto ripetere l'intervento dopo un mese. Ma dopo un paio d'ore di febbre alta e di dolori lancinanti all'addome, i medici si sono accorti che ero in piena emorragia». Da lì la decisione di operare Sarah in regime di urgenza. «Per fortuna - dice ancora la donna - il primario di chirurgia Andrea Carobbi è intervenuto con tempestività e competenza, anche se per salvarmi la vita ha dovuto asportare d'urgenza il rene destro, che era sanissimo, ma compromesso. Uno choc, ma almeno sono qui a raccontarlo». Adesso la giovane ha deciso di chiedere risarcimento alla Asl 2 di Lucca. Si dice che la cifra potrebbe aggirarsi intorno ai 200mila euro. La risposta che l'azienda sanitaria ha dato alla sua legale, l'avvocato Deborah Pistoresi, dà da pensare: «Abbiamo preso in carico la questione relativa alla frattura di un gomito destro». Insomma, oltre a confondere i reni sani con quelli sbagliati, a Lucca sbagliano anche la modulistica da inviare ai pazienti. Vatti poi a fidare della sanità toscana tanto osannata dal governatore Rossi.

CH. GIA.





adnkronos
salute

○ 12 maggio 2016

○ NUMERO 86 | ○ ANNO 10

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

AssoGenerici, con equivalenti 1 mld risparmi in 30 mesi

"Tra il 2017 e il 2023 andranno a scadenza brevetti di farmaci che generano una spesa di oltre 3,7 miliardi di euro annui pari a oltre 22 miliardi di euro in 6 anni. Solo nei prossimi 30 mesi con l'arrivo dei farmaci equivalenti di diverse molecole in scadenza di brevetto, si raggiungeranno risparmi pari a quasi un miliardo di euro. Non solo, entro i prossimi 5 anni scadrà la protezione commerciale su farmaci biotecnologici che valgono circa 53 miliardi di euro di spesa a livello globale, per i quali il Servizio sanitario italiano spende circa 1,5 miliardi di euro all'anno. Con un quadro legislativo uniforme per quanto riguarda le procedure di acquisto di questi farmaci alla scadenza brevettuale, lo Stato potrebbe ottenere un risparmio di 500 milioni di euro all'anno". Lo afferma Enrique Häusermann, presidente Assogenerici. "Abbiamo delle proposte - sottolinea - e sono proposte in linea con i bisogni del Servizio sanitario nazionale e con la sostenibilità delle industrie del comparto. Chiediamo, quindi, di poter portare tali proposte ai decisori politici per giungere a un governo della spesa farmaceutica capace di assicurare un'assistenza adeguata ai cittadini e la sopravvivenza di aziende che, malgrado le annose e mai risolte difficoltà".

EDITORIALI

Il Risiko impossibile dei grassi saturi

Il governo Usa ri-decide cosa è "sano", fino alla prossima smentita

I cereali per la colazione sì, l'avocado no. Certi snack confezionati sì, le mandorle no. La Food and drug administration americana ha appena pubblicato una nuova serie di regole per definire il concetto di "healthy", ovvero quale cibo può essere definito "sano" e quale no. Come sempre quando un'agenzia di grande rilievo internazionale pubblica questo tipo di rilevazioni, ci sono delle sorprese, e questa volta, per esempio, mentre i corn flakes e certi terribili spaghetti al formaggio in lattina molto diffusi in America sono considerati "sani", l'Fda sconsiglia di mangiare innocua frutta secca e ancor più innocuo salmone. Peccato che soltanto pochi mesi fa, come ha notato il Wall Street Journal, la stessa agenzia consigliasse il consumo dei medesimi cibi per una dieta, appunto, più "healthy". E' sempre la solita storia, i parametri della nostra salute sono decisi da agenti burocratici che con un tratto di penna, cambiando qualche criterio (una volta sono gli zuccheri, un'altra i grassi, un'altra l'eccesso di carboidrati) decidono ciò che è adatto al consumo umano. I governi hanno l'ambizione di ridefinire con cadenze sempre più ravvicinate il concetto stesso di salute, ma la frequenza sempre maggiore con cui queste grandi verità dell'alimentazione sono prima scolpite nella pietra e poi smentite fa perdere credibilità all'intero processo. Era successo con la lunga crociata contro il burro e i grassi di origine animale, poi rivelatasi un errore, succederà di nuovo, è facile immaginare, con le carni processate, che pochi mesi fa hanno costretto i cittadini nutrizionalmente responsabili a bandire prosciutti e salsicce. Ora tocca alle mandorle e all'avocado, fino a che il prossimo burocrate lancerà di nuovo i dadi per decidere cosa riabilitare e cosa bandire.



<http://www.doctor33.it/>

Al via Choosing Wisely International, meeting all'insegna di appropriatezza e dialogo



"Fare di più non significa fare meglio": è il nome di un progetto presentato ieri in un incontro preliminare al meeting dei referenti di Choosing Wisely International, che si svolge da oggi a Roma, il terzo dopo quello di Amsterdam del 2014 e di Londra lo scorso anno. Ospitarlo in Italia è un successo che rende orgogliosa Sandra Venero, cofondatrice segretario generale di Slow Medicine e coordinatrice del progetto stesso: «pur non disponendo di fondi e affidandosi a un lavoro volontario, il progetto italiano è uno tra i più sviluppati al mondo nell'ambito di Choosing Wisely e dall'estero guardano a noi come un esempio da seguire, perché siamo riusciti a coinvolgere moltissime società scientifiche, una trentina mediche, oltre a infermieri, fisioterapisti farmacisti e abbiamo pubblicato un totale di 145 raccomandazioni».

Com'è noto, l'obiettivo perseguito è quello dell'appropriatezza clinica, «intesa come rapporto tra benefici e possibili danni di esami o trattamenti». Lo scopo del progetto è migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche che in base alle conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Tramite la riduzione degli sprechi, ci si attende anche un uso più appropriato delle risorse disponibili e una maggiore sostenibilità economica e ambientale dei servizi sanitari. Ai concetti tradizionalmente espressi da Choosing Wisely, il progetto "Fare di più non significa fare meglio" aggiunge un preciso coinvolgimento dei medici e degli altri professionisti della salute in una comune assunzione di responsabilità: una visione sistemica che privilegia la collaborazione e l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale. È inoltre prevista la partecipazione attiva dei cittadini e dei pazienti. «La pubblicazione delle raccomandazioni è solo un primo passo - dice Venero - bisogna poi diffonderle e ottenere dei supporti per metterli in atto; non sono prescrittive ma suggerimenti da applicare attraverso il dialogo con i pazienti: vogliamo produrre un cambiamento culturale»