Associazione Italiana di Oncologia Medica

RASSEGNA STAMPA
28-01-2018

1. CORRIERE DELLA SERA Tumori e pazienti: gli stadi clinici in Italia e il sito AIOM
2. LA REPUBBLICA.IT La linea verticale, la dramedy italiana che racconta il tumore
3. ANSA Prostata a rischio anche sotto i 50, ma lo sport previene i problemi
4. LA VERITA' Lo smog fa aumentare i tumori a seno e reni
5. CORRIERE DELLA SERA Un paziente oncologico su due è a rischio di malnutrizione
6. CORRIERE DELLA SERA Cure palliative nei corsi di laurea. Finalmente
7. CORRIERE DELLA SERA L'Italia teme il maxi risarcimento per i dottori
8. AVVENIRE I 20 anni di AIMaC per i diritti dei malati di cancro
9. CORRIERE.IT Di cosa si muore in Italia? I numeri ci raccontano come sta cambiando la salute degli italiani
10. IL FATTO QUOTIDIANO Smog nelle città, ora l'Italia rischia
11. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Italia in balia dell'influenza Il picco in questi giorni e si teme il colpo di coda
12. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Vietato sminuzzare le pillole: tagliate perdono efficacia

CORRIERE DELLA SERA

28-GEN-2018

Dir. Resp.: Luciano Fontana

da pag. 52
foglio 1 / 3

www.datastampa.it

Tiratura: 326768 - Diffusione: 308275 - Lettori: 2136000: da enti certificatori o autocertificati

informazione pubblicitaria

TUMORI E PAZIENTI: GLI STUDI CLINICI IN ITALIA E IL SITO AIOM (www.aiom.it)

L'IMPEGNO DI AIOM

L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) si impegna nella promozione di informazioni e servizi per i propri soci e per i malati: per questo motivo nasce la nuova sezione del sito AIOM per la consultazione degli studi clinici oncologici attivi in Italia (www.aiom.it/studi-clinici/1,108,1).

Una piattaforma web, utilizzabile sia dagli oncologi che dai pazienti, che consente un rapido accesso alle informazioni su tutte le sperimentazioni in corso nei centri di riferimento oncologici più vicini alla residenza dei nostri pazienti. La sezione contiene anche schede dettagliate su ogni studio clinico, complete di informazioni sui centri italiani partecipanti e sulle caratteristiche dello studio.

"Tutte le terapie antitumorali (chemioterapia, ormonoterapia, terapie a bersaglio molecolare, immunoterapia) utilizzate 'oggi' per la cura dei tumori sono infatti il risultato di ricerche e studi precedenti – spiega **Stefania Gori**, Presidente nazionale AIOM e Direttore di Dipartimento Oncologico dell'Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar-Verona -. Ed è grazie alla ricerca di laboratorio e clinica che abbiamo ottenuto quei progressi che si sono tradotti nell'aumento della sopravvivenza dei malati e nel continuo aumento del numero delle persone vive dopo una diagnosi di cancro (oltre 3 milioni e trecentomila), un terzo delle quali guarite. Il non sapere quanto è importante partecipare agli studi clinici e il non conoscere in quali centri oncologici vengono effettuati studi nei quali potrebbero essere arruolati priva i pazienti di possibilità terapeutiche nuove".

Gli studi clinici vengono effettuati nel campo della prevenzione, diagnosi e terapia, cercando di valutare, ad esempio, se e in che modo nuovi farmaci o nuove procedure chirurgiche/radioterapiche o combinazioni di più modalità terapeutiche possano permettere di ottenere migliori risultati.

"Lo studio clinico costituisce l'ultima tappa di un lungo percorso della ricerca, soprattutto impegnata sulle nuove molecole e che ha inizio con gli esperimenti in laboratorio – sottolinea **Sergio Bracarda**, membro del Direttivo Nazionale AIOM e Direttore dell'Oncologia Medica di Arezzo e del Dipartimento Oncologico dell'Azienda USL Toscana SUDEST -. Solo se tutte le fasi precliniche dello sviluppo di una nuova molecola hanno mostrato risultati positivi, è possibile intraprendere la ricerca sull'uomo, spesso accompagnata anche dalla messa a punto e verifica di test diagnostici innovativi che possono aumentare le probabilità di successo dei nuovi approcci terapeutici. Le sperimentazioni cliniche sono sottoposte a norme ben precise per quanto riguarda la tutela dei dati personali e il rispetto dei diritti umani. Devono inoltre essere condotte secondo la normativa vigente che prevede, tra l'altro, l'osservanza delle Regole di una Buona Pratica Clinica (Good Clinical Practice), regole riconosciute a livello internazionale quali requisiti minimi per una corretta conduzione degli studi clinici".

UN MOTORE DI RICERCA PER PROFESSIONISTI E PAZIENTI

"Il motore di ricerca avanzata presente nel sito AIOM consente di impostare sia criteri geografici (selezionando regioni e province dei centri aderenti) sia numerose caratteristiche dello studio come la sede del tumore e il tipo di farmaco che viene valutato nello studio - afferma **Silvia Novello**, membro del Direttivo Nazionale AIOM, Ordinario di Oncologia Medica all'Università di Torino e responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Toracica presso l'AOU San Luigi di Orbassano (TO) -. La consultazione degli studi clinici può avvenire attraverso un elenco generale o tramite i risultati della ricerca, che produce un elenco degli studi corrispondenti ai criteri selezionati e una mappa di Google dei centri aderenti, riferimento utile specialmente per i pazienti. Ad oggi sono consultabili nel sito AIOM oltre 300 studi attivi in tutto il territorio nazionale".

COME SI SVOLGE L'ATTIVITÀ DI RICERCA CLINICA

Ogni studio clinico prevede i criteri di inclusione (caratteristiche della persona e del suo tumore) che ogni paziente deve soddisfare per essere inserito nello studio e le modalità con cui viene effettuato. Il protocollo di studio viene preparato nei minimi dettagli e ad esso gli oncologi devono attenersi scrupolosamente, anche se considerazioni cliniche relative al singolo caso possono, in qualunque momento, giustificare una modifica o addirittura la sospensione del trattamento e l'esclusione del paziente dalla sperimentazione.

"Per garantire la sicurezza dei pazienti, il protocollo di ogni studio clinico deve essere approvato dal Comitato Etico del centro in cui è effettuata la sperimentazione – spiega **Roberto Bordonaro**, Segretario nazionale AIOM e Direttore dell'Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera Garibaldi di Catania -. Il Comitato Etico esprime una valutazione scientifica, metodologica ed etica. Deve cioè verificare l'appropriatezza scientifica della sperimentazione e valutare con molta cura ogni aspetto del protocollo, anche allo scopo di accertare che l'attività di ricerca non esponga i pazienti a rischi inaccettabili. Il Comitato Etico è composto da clinici e da 'laici', che includono rappresentanti dei pazienti, esperti di etica e di diritto, religiosi, così come farmacologi, statistici e altre figure professionali".

Gli studi clinici su nuove terapie farmacologiche prevedono tre diverse fasi

Gli studi di fase 1 rappresentano il primo passo nella sperimentazione del nuovo farmaco nell'uomo. In questi studi, i ricercatori lavorano per individuare il profilo di sicurezza e la migliore modalità di somministrazione del nuovo farmaco. In particolare si studia la dose più appropriata, in rapporto alla tossicità. Dato che nella fase 1 si sa poco sui potenziali rischi e benefici, il numero di pazienti ammessi a questi studi è di solito limitato e i criteri di eleggibilità sono particolarmente rigorosi.

"Proprio in questi giorni stiamo ridisegnando il sito di AIOM per 'costruire' in maniera più evidente la parte dedicata agli studi di Fase 1- sottolinea Silvia Novello -. In alcuni casi, infatti, questo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

tipo di studi rappresenta un'importante possibilità terapeutica per i malati oncologici sottoposti precedentemente a terapie oncologiche ed è anche l'unico modo per accedere a trattamenti decisamente innovativi e spesso non ancora utilizzati nei pazienti. In Italia sono pochi i centri nei quali possono essere condotti studi di fase 1 ed è necessario dare questa informazione ai nostri pazienti e anche agli oncologi che li seguono nel loro percorso di cura".
Gli studi di fase 2 puntano a stabilire se il nuovo farmaco, già valutato in studi di fase 1, è attivo sul tumore (ad esempio se ne riduce le dimensioni) e a quali dosaggi, studiandone ulteriormente gli effetti collaterali.
Gli studi di fase 3 puntano invece a verificare eventuali differenze in sopravvivenza (efficacia) e/o qualità della vita dei pazienti trattati con il nuovo farmaco rispetto a quanto si può ottenere con farmaci standard.
"Nella maggior parte dei casi - aggiunge Silvia Novello -, dopo che nelle fasi 1 e 2 sono state definite dosi, modalità di somministrazione più appropriate, tossicità e attività antitumorale di un farmaco, si passa agli studi di fase 3, ai quali possono partecipare anche centinaia (in alcuni casi, migliaia di pazienti), che sono arruolati da vari istituti di ricerca a livello nazionale o internazionale".

QUALI VANTAGGI NEL PARTECIPARE A UNO STUDIO CLINICO

"Partecipare ad uno studio clinico può essere vantaggioso per i pazienti – conclude **Annamaria Mancuso**, vicepresidente di Fondazione AIOM e Presidente di Salute Donna Onlus -. Se il paziente è stato inserito in uno studio e non riceve il farmaco in sperimentazione, sarà comunque sottoposto al miglior trattamento convenzionale disponibile, unitamente ad una assistenza di alta qualità. Se il paziente riceve invece il farmaco sperimentale e la nuova terapia si dimostra efficace, potrebbe essere tra i primi a trarne beneficio. Valutando i pro e i contro degli studi clinici e le altre opzioni terapeutiche, il paziente assume quindi un ruolo attivo nelle decisioni che riguardano la sua vita. Il paziente contribuisce inoltre, in questo modo, al progresso della medicina nella lotta contro i tumori".

APP STUDI CLINICI IN ITALIA

Un ulteriore sviluppo dell'iniziativa che ha visto nascere la sezione del sito aiom dedicata agli studi clinici è la nuova APP, che consente di consultarli anche sui dispositivi mobili.

Tre percorsi di navigazione:

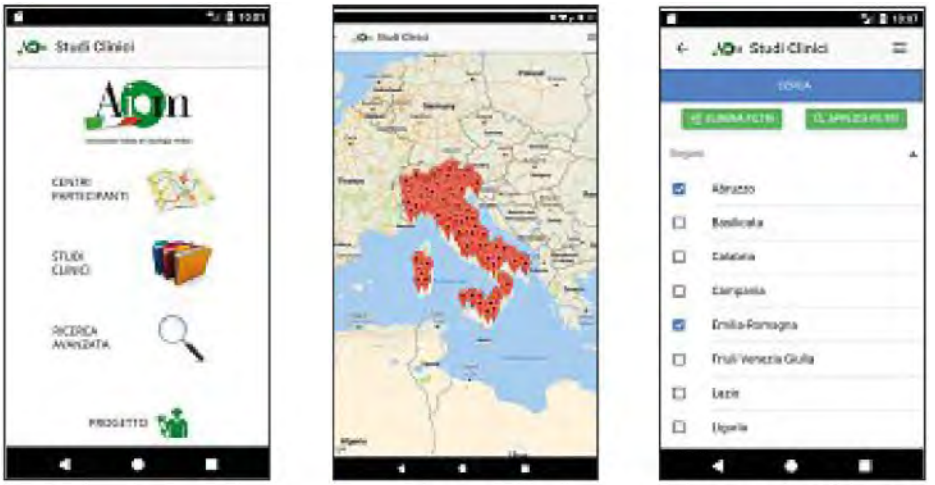
- Per centri partecipanti
- Per albero di voci predefinite (patologia > trattamento > fase)
- Con motore di ricerca

Ciascun percorso porta a schede dettagliate su ogni singolo studio clinico, complete di informazioni sui centri italiani partecipanti e delle caratteristiche del protocollo.

Associazione Italiana di Oncologia Medica

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Campagna promossa dall'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) nell'ambito del progetto App pancreas realizzato con il contributo incondizionato di Celgene.



I percorsi di navigazione della app studi clinici in Italia

1. Stefania Gori, presidente nazionale AIOM; **2. Sergio Bracarda,** membro Direttivo nazionale AIOM; **3. Silvia Novello,** membro Direttivo nazionale AIOM; **4. Roberto Bordonaro,** segretario nazionale AIOM; **5. Annamaria Mancuso,** vicepresidente Fondazione AIOM e Presidente Salute Donna Onlus

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica.it

26-01-2017

Lettori
291.389

http://www.repubblica.it/

La linea verticale, la dramedy italiana che racconta il tumore

La serie, interpretata da Valerio Mastrandrea, racconta la storia del suo sceneggiatore e regista, Mattia Torre, che ha affrontato un tumore del rene. Ne abbiamo parlato con Giuseppe Procopio, responsabile dell'Oncologia medica genito-urinaria dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

di TINA SIMONIELLO

Luigi è lì, in una sala d'attesa semivuota di un ospedale, come tante ce ne sono e tante ne abbiamo viste. È seduto, lo sguardo perso, pensa al suo funerale: quale sarà quello più adatto a me? Quello cattolico no, la gente si annoia… Meglio una commemorazione laica: drammatica ma anche, qua e là, disseminata di battute, come usa. Gli amici intervengono a turno per ricordare il de cuius, nessuno si distrae e tutti piangono. Qualcuno a dirotto. È la prima scena de *La linea verticale*, dove verticale sta per vivo, in piedi, l'opposto di orizzontale, steso, morto.

Tra fiction e realtà. La commedia drammatica, o *dramedy* – come con un efficace ossimoro definiscono il genere a Hollywood – in onda il sabato in prima serata su Rai Tre e disponibile su RaiPlay, è insieme leggera e profonda, surreale e divertente. Divertente a suo modo, perché un tumore fa tante cose, ma raramente diverte. Di questo stiamo parlando: di un tumore, in particolare di un tumore del rene. Che "è grosso, va a operato subito". Tra intervento e degenza trascorrono 21 giorni, che Luigi passa in un reparto di urologia di un ospedale romano. Il protagonista ha la bella faccia intensa e un po' spaesata di Valerio

Mastandrea, alter alter ego del regista e sceneggiatore Mattia Torre, noto per serie culto come *Boris*, che all'attore romano non ha affidato un soggetto qualunque ma la propria storia di paziente, vissuta un paio di anni fa (e raccolta nel libro edito da Baldini e Castoldi). L'ospedale, che nella fiction non è identificabile, nella realtà è l'Istituto Tumori Regina Elena.

Mattia Torre, regista e sceneggiatore

GUARDA LA GALLERY - 'La linea verticale', umanità e ironia nella corsia di un ospedale

I personaggi. La fiction si fonde con la realtà, e descrive personaggi a tratti improbabili e sopra le righe. C'è il medico che fa il cascamorto con l'infermiera, quello che proprio non sopporta le domande dei pazienti, la caposala appassionata di musica pop, l'infermiera filippina (auto-battezzatasi Filippa, "tanto mi avrebbero comunque chiamato così"). Il compagno di camera, Amed, che tira un cellulare a una bella ragazza scambiandola per un demone (è confuso per colpa delle medicine, giura), il paziente Giorgio Tirabassi che si atteggia a medico: tranquillizza, consola, controlla le flebo… Un carrellata di tipi umani, molto umani. Ognuno con la sua debolezza. Tranne il chirurgo: lui non ha difetti, è una specie di Dio che appare anche in sogno a Luigi, un *ecce homo* solo con i suoi pensieri e i suoi sintomi.

Ironia e delicatezza. La linea verticale è insomma la lettura ben riuscita di una avventura sanitaria dolorosa. Non capita tutti i giorni di imbattersi in film o fiction che riescano a parlare di cancro in questo modo: efficace e vero, eppure anche piacevolmente *folle*. E gentile: neppure con l'infermiere sgarbato o col medico frettoloso Torre calca mai la mano: c'è sempre la chiave dell'ironia che, tollerante, salva tutti.

La comunicazione e la fiducia. Luigi dice che ogni medico comunica a modo suo: chi parla di percentuali chi di mortalità, ma nessuno dice quello che il paziente vorrebbe sentirsi dire: ce la farai. "È chiaro e comprensibile che il paziente voglia essere rassicurato, ma non è sempre possibile dire ce la farai", commenta Giuseppe Procopio, consigliere dell'Associazione italiana di oncologia medica e (Aiom) e responsabile dell'Oncologia medica Genito-urinaria dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Una struttura che di pazienti come Mastandrea-Torre "ne segue al mese un centinaio, tra quelli in follow up e in terapia, oltre a una quindicina di nuovi casi", ci dice. "La medicina ha fatto grandissimi passi avanti, ma anche i migliori progressi non azzerano le percentuali di casi problematici. Il medico deve essere onesto e dire la verità, e la verità è che farà comunque e sempre il massimo. Le persone devono sapere che in Italia abbiamo medici e strutture all'avanguardia: anche quando non c'è guarigione, perché non può esserci sempre, possiamo avere un controllo della malattia e possiamo comunque far stare meglio il paziente. È fondamentale la fiducia nel medico e nella struttura: quando manca, ogni minimo disagio viene amplificato, le cure vengono più facilmente abbandonate, si possono persino avvertire effetti collaterali che in realtà non ci sono… Tutto si complica, per il paziente".

Tra caso e consapevolezza. Quando Luigi si chiede perché si sia ammalato, gli viene risposto che il tumore del rene è una lotteria, non c'è una ragione precisa. "Questo però non significa che non ci siano fattori di

rischio, di cui dobbiamo essere coscienti", osserva Procopio: "Il sovrappeso, il fumo, l'ipertensione giocano un ruolo nello sviluppo della malattia. Non per tutti, certamente, ma uno stile di vita adeguato conta: mantenere il giusto peso, fare attività fisica, abbandonare le sigarette può realmente abbattere il numero dei casi".

La percezione del chirurgo. Veniamo al ruolo del chirurgo: nella fiction il professor Zamagna è figura onirica, mitizzata. "Nella prima fase di una di malattia come quella di cui soffre il protagonista,il chirurgo è davvero la persona che ti porta fuori dal tunnel. Il paziente lo percepisce in questo modo perché è così. Solo dopo, in una seconda fase, il suo interlocutore sarà l'oncologo".

La differenza tra consenso informato e informazione. Prima dell'intervento, a Luigi viene consigliato di far leggere il modulo di consenso informato a una persona di cui si fida. È infatti la moglie, incinta all'ottavo mese, a farlo per lui. "Il modulo di consenso è un documento burocratico, la vera informazione al paziente è un'altra cosa", spiega Procopio: "È il dialogo aperto col suo medico, che deve rispondere a ogni dubbio, lasciandogli il tempo di riflettere, e la possibilità di tornarci su. Le risposte devono essere semplici, comprensibili e fruibili. Da questo nasce il vero consenso informato, quello sostanziale. Il medico deve essere disponibile a spiegare meglio, e spiegare ancora. L'idea di realizzare una serie come questa è positiva – conclude il medico – perché allevia il senso di solitudine dei pazienti oncologici, in particolare di quelli con tumore del rene, una malattia di cui si parla poco in Italia. Non perché sia rara – ci sono 10mila casi l'anno – ma perché ci sono forme più diffuse, come il tumore al seno o del polmone, ed è normale che si senta parlare più spesso di queste. È buona anche la scelta del tono: incupirsi davvero non aiuta mai".

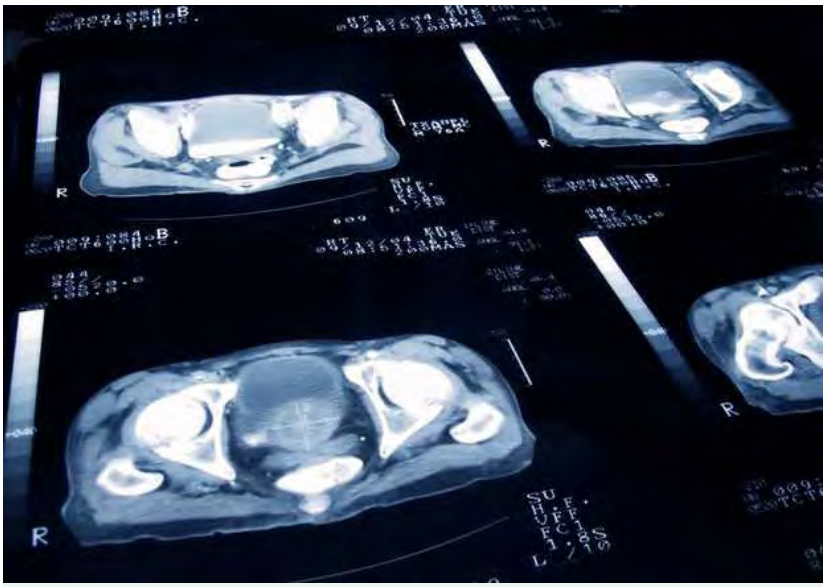
LA RUBRICA - Gli esperti di Oncoline

HiQPdf Evaluation 01/27/2018

Prostata a rischio anche sotto i 50, ma lo sport previene i problemi

L' ipertrofia benigna colpisce il 10% dei 40-50enni

Redazione ANSA ROMA 26 gennaio 2018 12:01 Scrivi alla redazione Stampa



Prostata a rischio anche sotto i 50, sport previene problemi © ANSA/Ansa

CLICCA PER INGRANDIRE

Il 10% degli uomini tra 40 e 50 anni soffre di ipertrofia prostatica benigna, una patologia che prima era 'riservata' alle età più avanzate, ma l'attività fisica protegge da questo problema. Lo afferma uno studio della Società Italiana di Urologia (Siu) pubblicato dall'Archivio Italiano di Urologia e Andrologia.

I dati sono stati raccolti a giugno-luglio 2017 in oltre 60 dei 173 centri che hanno aderito alla campagna #Controllati 2017, svolta dalla Siu con il supporto non condizionante di Menarini. il 10% degli uomini fra i 40 e i 50 anni ha già una diagnosi di ipertrofia prostatica benigna (IPB), la prevalenza sfiora il 35% fra i 50-60enni. L'indagine ha permesso di individuare per la prima volta i fattori di rischio associati allo sviluppo della malattia negli uomini italiani: avere la pressione alta per esempio incrementa la probabilità di IPB del 50%, il diabete la aumenta del 57%, colesterolo e trigliceridi alti fino al 37%. La sindrome metabolica, quando si è sovrappeso e tutti questi valori sono oltre la soglia anche se non troppo, raddoppia il rischio di IPB mentre fumare più di dieci sigarette al giorno alza la probabilità del 57%. "Qualunque sia il processo biologico coinvolto - afferma Vincenzo Mirone, urologo Siu e direttore del ripartimento di Urologia all'Università Federico II di Napoli -, il risultato è molto evidente e indica chiaramente la necessità di una corretta prevenzione fin da prima degli 'anta' attraverso un'attività fisica regolare e un controllo adeguato dei parametri cardiometabolici di rischio. Lo sport peraltro risulta particolarmente protettivo proprio nei più giovani, dove riduce la probabilità di IPB quattro volte di più rispetto agli over 50".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Scrivi alla redazione Stampa

In collaborazione con:

siams Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità

sie Società Italiana Endocrinologia

SIGO SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

DALLA HOME SALUTE&BENESSERE

A lezione in corsia 4.400 ragazzi, la prima volta 20 anni fa
Stili di Vita

Prostata a rischio anche sotto i 50, ma lo sport previene i problemi
Andrologia

Insetti a tavola, effetto 'disgusto' ma si digeriscono bene
Alimentazione

Influenza, donne in gravidanza più a rischio complicanze
Medicina

Nove regole per cominciare la giornata con il piede giusto
Stili di Vita

La Verità
Dir. Resp.: Maurizio Belpietro
28-GEN-2018
da pag. 18
foglio 1 / 2
www.datastampa.it
Tiratura: 66274 - Diffusione: 22422 - Lettori: 0: da enti certificatori o autocertificati

Lo smog fa aumentare i tumori a seno e reni

Con l'inquinamento sale il rischio di sviluppare neoplasie non solo ai polmoni. Gli italiani esposti a livelli di Pm10 sopra i limiti dell'Ue. Sono 44 le aree gravemente contaminate. Gli sforzi del governo sono insufficienti. La Svezia è l'unica a rispettare gli accordi

L'atmosfera è avvelenata anche da alte quantità di ozono e benzene

Gli allevamenti e le attività agricole pesano per il 10,7% nel peggiorare l'aria

di **UMBERTO TIRELLI**

L'inquinamento atmosferico, un fenomeno ubiquo, complesso e mutevole connesso ai diversi modelli di sviluppo socioeconomico, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute umana in relazione sia a effetti acuti - per episodi brevi e significativi di esposizione agli inquinanti dispersi in aria - che cronici, per esposizioni di lunga durata. Molti degli inquinanti generati dalle attività antropiche sono gli stessi di quelli prodotti da sorgenti naturali, ma fattori meteo-climatici e caratteristiche morfologiche degli ambienti urbani (dove si concentra la gran parte delle attività antropiche inquinanti) ne favoriscono accumulo e concentrazione, e contribuiscono a innescare la formazione di ulteriori inquinanti.

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'Agenzia europea per l'ambiente e l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc, Lione) hanno più volte sottolineato la necessità di aumentare gli sforzi per combattere l'inquinamento atmosferico e, conseguentemente, ridurre i rischi per la salute umana. Tuttavia, nonostante venga coordinata a livello internazionale e gli impegni siano formalmente sottoscritti dai governi, la lotta all'inquinamento atmosferico procede molto lentamente e con notevoli differenze geografiche nel grado di adesione agli obiettivi fissati. Per esempio, tra i 27 Paesi europei che hanno sottoscritto accordi sul clima, uno solo (la Svezia) ha registrato un grado di adesione eccellente agli impegni presi; due (Germania e Francia) hanno registrato un grado sufficiente; 16 un grado insufficiente-scarso e nove (tra cui l'Italia) un grado molto scarso di adesione agli impegni.

Dal punto di vista tecnico, gli inquinanti atmosferici possono essere classificati in vario modo: in base alla loro origine (primari e secondari), all'ambiente di rilascio (indoor e outdoor), o in relazione alla composizione chimica (gassosi e particolati).

Per quanto riguarda il particolato atmosferico, accanto alle fonti di emissioni note quali il traffico stradale, le combustioni non industriali (riscaldamento residenziale) e le combustioni industriali bisogna sottolineare il ruolo delle emissioni dovute alle attività dell'agricoltura e degli allevamenti intensivi di animali, che sono arrivate a contribuire nel 2014 per una quota del 10,7% sul totale.

Lo stato di qualità dell'aria nei Paesi europei, Italia inclusa, e la conseguente esposizione ambientale della popolazione sono oggetto di continuo monitoraggio. Nel 2014 la European environment agency ha pubblicato il report *Air pollution fact sheet 2014 - Italy*. Per l'Italia, le stime medie per le aree urbane per gli anni 2010-2012 hanno dimostrato come la popolazione italiana sia stata molto spesso esposta a valori maggiori rispetto ai limiti stabiliti dalla normativa europea (recepita in Italia dal decreto legislativo 155/2010). Per esempio, si stima che, nel 2012, il 50,7% degli italiani sia stato esposto a 50 microgrammi al metro cubo di Pm10 (le polveri sottili o particolato - *particulate matter*, Pm) per più di 35 giorni all'anno, e il 62,1% a concentrazioni di ozono superiori ai limiti di legge europei.

In Italia sono più di 40 i «siti di interesse nazionale (Sin) per le bonifiche», aree cioè in cui la contaminazione ambientale sia di particolare rilevanza per tipologia e diffusione, vi siano rischi per la salute, siano compromesse risorse ambientali di pregio e si determini una situazione di allarme sociale. L'Oms definisce i Sin come «aree che ospitano, o hanno ospitato, attività antropiche che abbiano prodotto, o possano produrre, contaminazione del suolo, delle acque superficiali o di falda, dell'aria e della catena alimentare, la quale dia luogo, o possa dare luogo, a impatti sulla salute umana». I siti contaminati nella definizione dell'Oms sono la risultante di uno sviluppo economico e industriale aggressivo e non attento alla tutela ambientale e sono spesso ubicati in prossimità di aree densamente popolate da abitanti di condizioni socio-economiche svantaggiate, il che può dare luogo a effetti sanitari ancora più gravi.

La relazione tra inquinamento ambientale e stato di salute delle popolazioni residenti nei 44 Sin italiani è stata affrontata in modo completo per tutto il territorio nazionale italiano dal progetto Sentieri (Studio epidemiologico nazionale dei territori e insediamenti esposti a rischio da inquinamento) e diversi studi, tra i quali vanno ricordati Escape e lo studio Epiair, che hanno stabilito la correlazione tra inquinamento e tumori; quest'ultimo studio ha dimostrato una forte associazione tra mortalità e inquinamento atmosferico, in particolare quello prodotto dal traffico veicolare. Una forte relazione tra esposizione ambientale a Pm10 e anidride solforosa di origine industriale e mortalità naturale, ricoveri ospedalieri e incidenza di alcuni tumori è stata osservata attraverso uno studio analitico di coorte dopo aggiustamento per fattori di rischio personali, quali l'abitudine al fumo, il consumo di alcol o l'attività fisica. I risultati dell'associazione tra inquinanti di origine industriale e incidenza di tumori nella popolazione residente per il periodo 2006-2011 indicano un aumento dell'incidenza di tumore ai polmoni per incrementi di 10 microgrammi al metro cubo delle concentrazioni di Pm10 e anidride solforosa (SO_2) e al rene. Inoltre,

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

l'esposizione a Pm10 è risultata associata anche al tumore della mammella tra le donne. Sentieri è stato incluso dall'Oms fra i progetti di ricerca ritenuti validi per condurre una prima caratterizzazione dello stato di salute dei residenti nei siti contaminati.

Il ruolo svolto dal traffico veicolare nell'inquinamento atmosferico è noto da molti decenni e le sue implicazioni negative sulla salute umana sono state studiate approfonditamente anche in Italia. Recentemente, uno studio ecologico ha valutato, in Italia per il 1990-2010 in base ai dati Istat, l'associazione tra mortalità per tumore polmonare e residenza in Comuni ubicati nelle vicinanze delle autostrade o delle strade statali. Un gradiente significativo del rischio di morte per tumore polmonare è stato documentato tra i cittadini residenti in Comuni situati entro 50 metri dalle grandi vie di comunicazione, in particolare per i Comuni situati in zone rurali (minore di 25 metri verso 500-999 metri). Un'osservazione che conferma anche a livello nazionale il maggior rischio di morte per tumore polmonare nei cittadini residenti in prossimità delle grandi vie di comunicazione, oltre che nei centri urbani.

È ormai accertato che l'inquinamento atmosferico, tramite carcinogeni certi come il Pm e il benzene e altri inquinanti classificati come probabili carcinogeni, causi il tumore del polmone e sia un importante fattore di rischio per il tumore della vescica. Le evidenze prodotte dalle ricerche scientifiche sull'impatto negativo dell'inquinamento atmosferico sulla salute umana necessitano ancora di un pieno riconoscimento a livello legislativo europeo per avvicinare i limiti di legge ai suggerimenti dell'Oms, che hanno ormai più di dieci anni e sono stati pubblicati nel *Who Report 2005*.

www.umbertotirelli.it
www.clinicamede.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CAMERE A GAS L'uso della mascherina antismog sta diventando frequente nelle città. Abitare in strade trafficate può mettere a rischio la salute

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA

28-GEN-2018

Dir. Resp.: Luciano Fontana

da pag. 51
foglio 1

www.datastampa.it

Tiratura: 326768 - Diffusione: 308275 - Lettori: 2136000: da enti certificatori o autocertificati

Lo studio

Un paziente oncologico su due è a rischio di malnutrizione

«In media un paziente su due è a rischio di malnutrizione o malnutrito già durante la prima visita oncologica medica, quindi prima di iniziare le terapie» riferisce il presidente della Società italiana di nutrizione clinica e metabolismo, Maurizio Muscaritoli, coordinatore del recente studio PreMiO (acronimo di Prevalence of Malnutrition in Oncology), che ha coinvolto circa duemila pazienti in 22 centri oncologici italiani. «La gestione dell'aspetto nutrizionale nel malato di cancro è ancora sottovalutata e varia da Regione a Regione — dice Francesco De Lorenzo, presidente di Favo, Federazione italiana associazioni di volontariato in oncologia — . Confidiamo nel recente Accordo tra Stato e Regioni sulle "Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici" che danno indicazioni pratiche a livello nazionale in termini di riorganizzazione dei servizi, inserendo l'aspetto nutrizionale nei percorsi diagnostico-terapeutici. È un diritto di ogni paziente ricevere lo screening, fin dal momento della diagnosi di tumore e nel corso della terapia, e un appropriato supporto nutrizionale per prevenire e trattare le eventuali complicanze».

M.G.F.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA

28-GEN-2018

Dir. Resp.: Luciano Fontana

da pag. 51
foglio 1

www.datastampa.it

Tiratura: 326768 - Diffusione: 308275 - Lettori: 2136000: da enti certificatori o autocertificati

Pensa la salute

Cure palliative nei corsi di laurea. Finalmente

di **Riccardo Renzi**

È solo un passaggio burocratico, di quelli che non hanno grande risonanza, ma potrà avere effetti importanti e concreti. La Conferenza dei presidenti di corso in medicina ha deciso che dal prossimo anno tutti i corsi di laurea in medicina comprenderanno tirocini in terapia del dolore e cure palliative. Fino a oggi c'erano solo master superspecialistici dedicati a questo campo. La maggior parte dei medici imparava a combattere le malattie ma non il dolore e non sapeva nulla su come affrontare le delicate situazioni di fine vita. Ora la formazione non potrà prescindere da queste problematiche, storicamente poco frequentate dalla medicina italiana. Certo, non si può dire che la risposta delle università sia stata rapida, visto che la decisione è basata su una legislazione del 2010 e che, dato che si partirà dal prossimo anno, in pratica si è perso un decennio. Ma finalmente ci siamo arrivati. Senza voler essere sospettosi, forse grazie anche alla «scossa» provocata dall'approvazione della legge sul testamento biologico.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA

28-GEN-2018

Dir. Resp.: Luciano Fontana

da pag. 21
foglio 1

www.datastampa.it

Tiratura: 326768 - Diffusione: 308275 - Lettori: 2136000: da enti certificatori o autocertificati

Ex specializzandi

L'Italia teme il maxi risarcimento per i dottori

Dall'82 al '90

La Corte di giustizia europea riconosce la retribuzione a chi frequentò i corsi

ROMA Il rischio è quello di correre ai ripari per trovare cinque miliardi di euro per risarcire circa 160 mila medici. Una cifra record che si avvicina per entità a una fetta dell'ultima legge di bilancio, abbastanza da fare impensierire i tecnici del ministero del Tesoro che per conto della politica potrebbero vedersi costretti a sminare gli effetti di questo maxi rimborso. Tutto discende da una sentenza della Corte di Giustizia Europea emanata il 24 gennaio, un provvedimento che in sostanza riconosce ai medici, specializzandi nel periodo tra il 1982 e il 1990, il diritto di essere «adeguatamente» retribuiti per avere seguito i corsi. Una data chiave, sorprendente per quanto sia lontana nel tempo, è il 31 dicembre 1982, ovvero la scadenza entro la quale gli stati membri della comunità Ue avrebbero dovuto in base a una direttiva comunitaria stabilire, attraverso una legge nazionale, quanto pagare i giovani medici che si impegnavano a conseguire la specializzazione. L'Italia ha mancato quell'appuntamento e solo nel 1990 ha disciplinato la remunerazione destinata agli specializzandi. Un ritardo contro il quale nel 2001 iniziano a fioccare i ricorsi al tribunale di Palermo di alcuni medici che chiedono la condanna sia dell'Università degli Studi sia dello Stato. Obiettivo della causa vedersi riconosciuta una remunerazione adeguata per avere frequentato i corsi o, in secondo ordine, ottenere un risarcimento per l'inadempienza italiana rispetto alla direttiva Ue. A seguire è una lunga vicenda giudiziaria con i medici che perdono in primo grado salvo ottenere, nel 2012, un risarcimento dallo Stato in base a una sentenza della Corte di appello di Palermo. A intervenire è anche la Corte di cassazione che ha sospeso il procedimento rivolgendosi, in via pregiudiziale, alla Corte di giustizia europea. L'ultimo atto è, dunque, la sentenza dei giudici lussemburghesi che stabilisce un'adeguata remunerazione per tutti i corsi di formazione specialistica, a tempo pieno o a tempo ridotto, iniziati a partire dal 1982. E ora il conto finale potrebbe essere a nove zeri.

Andrea Ducci

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio
28-GEN-2018
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it
Tiratura: 138370 - Diffusione: 113790 - Lettori: 292000: da enti certificatori o autocertificati

I 20 anni di AIMaC per i diritti dei malati di cancro

Convegno nazionale al Senato, nei giorni scorsi, per festeggiare i 20 anni dell'Associazione Italiani Malati di Cancro (Aimac), artefice di vere e proprie battaglie di civiltà per il riconoscimento di diritti fondamentali sul posto di lavoro. «Aimac, per prima, anni fa ha lanciato l'allarme sulla insorgenza di una nuova disabilità di massa - ha spiegato il professor Francesco De Lorenzo, presidente Aimac - è importante sottolineare che questa nuova disabilità non comporta affatto un ulteriore assistenzialismo di massa. Al contrario, la rivoluzione culturale guidata da Aimac ha interpretato il bisogno dei malati di cancro di continuare a essere attivi e a lavorare, nell'interesse del singolo e della società. Per questo, la nostra Associazione ha affrontato le problematiche legate alla nuova disabilità di massa con lo spirito di una battaglia di civiltà, rimuovendo gli ostacoli principali che impedivano alle persone colpite e guarite dal cancro di assumere la consapevolezza di poter lavorare, relazionarsi con gli altri e ritornare a un'esistenza degna d'essere vissuta, pur in una condizione di rinnovata normalità». «La perdita del posto di lavoro è un evento drammatico e traumatico che peggiora la qualità della vita e aggrava la condizione psicologica del paziente, ma gli effetti negativi si estendono anche al tessuto sociale e alla collettività che deve farsi carico di un 'peso' assistenziale e previdenziale», ha aggiunto Elisabetta Iannelli, vicepresidente Aimac. E per questo Aimac continuerà a impegnarsi per la diffusione della conoscenza dei nuovi diritti e a monitorare l'avanzamento dell'applicazione normativa con passione, professionalità e costanza.

FABRIZIA MASELLI

SALUTE&BENESSERE
WINTER SCHOOL 2018
L'agenda sul futuro della sanità italiana

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

26-01-2018

Lettori
319.200

http://www.corriere.it/

SALUTE

Di cosa si muore in Italia? I numeri ci raccontano come sta cambiando la salute degli italiani

I dati dell'Istat, provincia per provincia, ci aiutano a capire progressi e passi indietro

di Davide Mancino

La salute degli italiani sta cambiando in maniera costante: guardando indietro anche solo di un decennio troviamo grandi progressi, ma anche qualcosa di cui preoccuparci. Secondo gli ultimi dati resi noti dall'Istat, infatti, dal 2003 al 2014 le malattie per cui si muore di più sono demenza, Alzheimer, Parkinson e diverse malattie infettive e parassitarie. Fra quelle in crescita, però, la causa di morte più comune è un'altra e riguarda i disturbi psichici e comportamentali: nel 2003 si contavano 1,5 morti ogni 10 mila abitanti, oggi sono 2,5. Un aumento tutt'altro che insignificante.

Se però allarghiamo lo sguardo al resto del quadro la situazione cambia parecchio, e c'è di che essere ottimisti: in generale sono poche le malattie per cui è aumentata la mortalità. Nel tempo, infatti, le tre principali cause di decesso sono diventate meno frequenti, migliorando molto le prospettiva di vita degli italiani: sono calate le malattie del sistema circolatorio, insieme a tumori e a malattie cerebrovascolari come gli ictus.

In ognuno dei grandi gruppi la mortalità è in diminuzione, dove più in fretta, dove meno. Proprio nel caso delle malattie del sistema circolatorio il miglioramento è stato rapido, e nell'arco di un decennio in diverse regioni il tasso di mortalità si è anche dimezzato. Anche nel caso dei tumori oggi la situazione è senza dubbio rosea rispetto a qualche tempo fa, ma la sfida resta difficile e i decessi diminuiscono con maggiore lentezza.

La situazione può essere illustrata bene con una mappa: area per area, la mortalità si riduce sia dov'era superiore alla media italiana, sia dove già risultava inferiore. Nella provincia di Roma – così come a Trieste e più in generale nel Nord-Ovest – il calo è evidente, mentre al sud il passo tende a essere più lento.

A guardare con attenzione, non mancano infatti aree ancora problematiche. Province come Caserta, Caltanissetta, Enna e soprattutto Napoli sono quelle in cui il tasso di mortalità è più alto, e parecchio superiore alla media nazionale. I numeri sono comunque migliorati rispetto a un decennio fa, ma restano eccezioni da tenere sotto osservazione in un panorama altrimenti positivo.

Le cause di decesso che crescono vanno invece inquadrate nel giusto contesto. Il tasso di mortalità legato a

disturbi psichici, comportamentali o demenza è leggermente minore rispetto a quello del diabete, mentre le altre tre cause in crescita provocano decessi quanto i tumori al seno, o leggermente meno. Che siano meno frequenti, s'intende, non implica in alcun modo che siano poco importanti, né che il loro aumento non meriti di essere indagato.

La media italiana è un buon punto di partenza, ma ci aiuta a capire solo in parte: di nuovo troviamo ampie differenze fra regioni. In linea generale, la mortalità per malattie del sistema circolatorio – come gli infarti del miocardio – tende a essere maggiore nel Meridione, mentre nel Nord sono più pericolosi i tumori. Si tratta di un divario non da poco: per dare un'idea, il tasso di mortalità per le malattie cerebrovascolari in Sicilia è oltre il doppio che in Trentino Alto Adige.

Rispetto ai tre gruppi principali, tutte le altre cause di decesso appaiono invece assai più rare. Al di là delle malattie vere e proprie, troviamo catalogati anche eventi di diverso tipo con cui fare qualche confronto. A parità di tutti gli altri fattori, per esempio, è altrettanto comune morire per un incidente stradale che per una caduta, oppure per un tumore dei reni o dell'ovaio. Rari sono ormai i decessi per Aids, appena più comuni degli avvelenamenti accidentali o degli omicidi. Ancora più difficile è morire a causa della dipendenza da droga.

Un'altra grande linea di demarcazione è il genere. Le donne vivono diversi anni più degli uomini, e così naturalmente il loro tasso di mortalità è minore. Questo è vero in quasi tutti i casi, con qualche eccezione. Essere uomini o donne non fa differenza quando si tratta di asma, influenza o disturbi psichici e comportamentali, mentre per le donne la mortalità aumenta a causa dell'Alzheimer.

Esistono anche cause di decesso tipicamente maschili, nel senso che si verificano con maggiore frequenza negli uomini e meno nelle donne. Fra queste i tumori maligni della laringe, alla vescica o all'esofago, oppure l'abuso di alcool. Anche suicidi, incidenti stradali, annegamenti e omicidi colpiscono più gli uomini rispetto alle donne, nonostante siano poco eventi poco frequenti.

Confrontando malattie, eventi, persone e aree diverse entrano in gioco tantissimi fattori. Alcuni dipendono dalla genetica dei singoli individui, ma a spostare l'ago in una direzione o nell'altra spesso è anche il reddito o il livello d'istruzione, l'attività fisica oppure la dieta. Esiste un ampio divario fra fumatori e non fumatori, per citare un altro elemento, e certo incide anche il lavoro che svolgiamo o se per qualche motivo siamo esposti a sostanze inquinanti.

I numeri, ad ogni modo, non vanno presi alla lettera, anche quando provengono da una fonte ufficiale e affidabile come l'Istat. A volte è difficile determinare con esattezza una causa di morte, altre volte è cambiato nel tempo il modo in cui gli eventi vengono catalogati dai medici. Tutto questo crea un certo margine di incertezza: a volte, infatti, è possibile l'aumento di alcune malattie sia dovuto anche al fatto che i dottori oggi le prendono in considerazione più spesso.

Nel caso di decessi dovuti a traumi, tumori o malattie ben definite e di breve durata i numeri tendono invece a essere piuttosto affidabili. Più complicato è il caso delle patologie degenerative, che a volte possono impiegare anni a effettuare il proprio corso e non sempre è facile collegarle con precisione a un decesso.

Ci sono poi situazioni più delicate come i suicidi, che i medici a volte possono avere qualche esitazione nel segnalare. Anche in quel caso, nell'interpretare i dati, è buona regola adottare un po' di prudenza in più.

il Fatto Quotidiano
Dir. Resp.: Marco Travaglio
www.datastampa.it
Tiratura: 83845 - Diffusione: 45978 - Lettori: 333000: da enti certificatori o autocertificati

ALLARME PM10 **Il dossier** Legambiente: Milano, Napoli e Torino record in Europa. Possibili sanzioni Ue

Smog nelle città, ora l'Italia rischia

Martedì la Commissione europea ha convocato i Paesi sotto procedura di infrazione, tra cui il nostro. Per le acque paghiamo già 600 milioni l'anno

GIORGIO ZAMBETTI

» FERRUCCIO SANSA

Prima Torino. Seconda Milano. Terza Napoli. Tre città italiane sul podio d'Europa. Peccato che la classifica si debba leggere al contrario, in negativo: sono le peggiori per concentrazione di pm10 per metrocubo d'aria. Polveri sottili con un diametro di 10 millesimi di millimetro. Le cifre sono contenute nel dossier *Che aria tira in città* presentato da Legambiente. In Europa, secondo l'Organizzazione Mondiale per la Sanità (Oms), ci sono quasi 350mila morti premature l'anno a causa delle polveri sottili. Ma chi non si cura della salute pensi al portafogli. Avverte Giorgio Zampetti, responsabile scientifico di Legambiente: "Martedì la Commissione Europea ha convocato a Bruxelles i Paesi sotto procedura di infrazione: Repubblica Ceca, Germania, Spagna, Francia, Ungheria, Romania, Slovacchia, Regno Unito e Italia. Se non dimostreremo di aver preso provvedimenti, rischiamo sanzioni come è avvenuto per le discariche e la depurazione dell'acqua". Di quanto si è parlato in quei casi? "Per la depurazione siamo intorno ai 600 milioni l'anno".

IL DOSSIER di Legambiente si basa sui dati presentati dall'Oms nel 2016 e ricavati da rilevazioni del 2013. Sono quindi vecchi di cinque anni, ma purtroppo non c'è stato nessun cambiamento sostanziale. Almeno in Italia: "È una conferma della cronicità delle lacune nel nostro approccio all'inquinamento", spiega Andrea Minutolo, coordinatore dell'ufficio scientifico di Legambiente. E aggiunge: "La media annuale di pm10 a Torino è stata di 35 microgrammi nel 2014, 39 nel 2015 e 36 nel 2016. A Milano nei tre anni è stata 35-41-36, mentre a Napoli nel 2014 e nel 2015 è stata 29 microgrammi per scendere a 28 nel 2016". Ma le variazioni in Italia dipendono soprattutto dalle condizioni meteo. Certo, il male è comune: a quota 29 microgrammi troviamo Siviglia, Marsiglia e Nizza. Ma c'è chi sta meglio: Stoccarda, Barcellona, Dortmund e Berlino (24), Glasgow (23), Bordeaux, Londra e Leeds (22), Monaco (21). C'è chi è sceso sotto i 20 microgrammi, livello di rischio per la salute: Madrid (19), Valencia (17) e Liverpool (addirittura 14).

L'epidemiologo Valerio Gennaro dell'Istituto per la ricerca sul cancro di Genova da anni studia il fenomeno: "Il pm10 al suo interno contiene anche particelle più piccole (di diametro fino a 0,1 millesimi di millimetro), praticamente dei gas, che entrano direttamente nei nostri polmoni e quindi vanno in circolazione".

Ma quali danni provoca il pm10? "Tumori, ma anche malattie cardiovascolari e neurologiche", ricorda Gennaro che con Medici per l'Ambiente si batte perché siano compiute rilevazioni e i dati vengano resi pubblici e diffusi. "Le cause dell'inquinamento da pm10 sono soprattutto le emissioni delle industrie e delle centrali a carbone, il traffico e gli impianti di riscaldamento", ricorda l'epidemiologo genovese.

MA IN ITALIA, ricorda Zampetti di Legambiente, si ragiona soprattutto in termini di misure di emergenza: chiusure del traffico, rinnovo del parco auto. E si punta sempre sul trasporto privato. "Così a Roma ci sono ancora 70 auto per 100 abitanti, mentre a Londra siamo scesi a 35. In Italia il 60 per cento dei fondi sono destinati ancora alle infrastrutture autostradali", ricorda Legambiente.

Il risultato eccolo qui: Londra ha un terzo in meno di pm10 rispetto a Milano. Mentre Madrid è sotto la soglia di rischio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4 operai di Rfi sui binari sotto accusa: denunciati

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

NAZIONE - Carlino - GIORNO
28-GEN-2018
Dir. Resp.: Andrea Cangini
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it
Tiratura: 321213 - Diffusione: 223502 - Lettori: 1940000: da enti certificatori o autocertificati

Italia in balia dell'influenza Il picco in questi giorni e si teme il colpo di coda

Una serie di avvertenze utili per evitare il virus

di ALESSANDRO MALPELO

INFLUENZA, ATTENTI al colpo di coda. L'epidemia ha superato il picco di fine gennaio ma il ritmo dei contagi in Italia, sia pure in fase calante, per qualche settimana continuerà a sorprenderci. I virus si sono rivelati particolarmente aggressivi, tanto che si pensa di arrivare a 8 milioni di malati a fine stagione. E per fortuna molti si sono vaccinati.

«BAMBINI E ANZIANI sono i più vulnerabili – ricorda il virologo Fabrizio Pregliasco, ricercatore universitario, direttore sanitario dell'Istituto Galeazzi di Milano – quest'anno poi abbiamo avuto l'imprevisto del virus *B Yamagata* da fronteggiare». I vaccini del tipo trivalente sbarrano la strada ai tre ceppi virali più diffusi, con effetto barriera. Quelli preparati con adiuvanti danno una protezione maggiore, in quanto aiutano il sistema immunitario a reagire, specie negli anziani più deboli.
Chi si è sottoposto a vaccinazione quadrivalente, come i sanitari e il personale a contatto con la collettività, ha avuto una copertura ancora più estesa: «Abbiamo visto in circolazione finora – avverte Gianni Rezza, direttore del dipartimento di malattie infettive dell'*Istituto Superiore di Sanità* – i virus A-H1N1 e B Yamagata, quest'ultimo per noi era inaspettato. È invece circolato poco il virus A-H3N2 che imperversava in altri Paesi. Se quest'ultimo virus dovesse svegliarsi, ci potrebbe essere una coda più lunga per l'attuale stagione influenzale».

MOLTI INCONVENIENTI, sostiene Massimo Galli, presidente della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (Simit), si sarebbero potuti evitare con una migliore copertura vaccinale, che resta lontana da quel 75% che rappresenta l'obiettivo minimo fissato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nelle persone sopra i sessantacinque anni. Abbiamo anche milioni di sindromi parainfluenzali, aggiungono gli esperti, con manifestazioni simili all'influenza ma meno intense, sostenute da virus parenti, che si riaccendono con i primi sbalzi termici e che sono ugualmente debilitanti. La vera influenza si riconosce per la presenza contemporanea di tre fattori: febbre elevata (più di 38 gradi) a esordio brusco, dolori muscolari, articolari, e segni di sofferenza respiratoria, come tosse e naso che cola. Per chi si è risparmiato questi acciacchi e non vuole rischiare il colpo di coda di cui si diceva, restano valide alcune misure igieniche basilari: lavarsi le mani, coprire la bocca e il naso quando si starnutisce e tossisce, evitare i luoghi sovraffollati, arieggiare i locali dove soggiornare.

«TRA I CONSIGLI in più che si possono prospettare – afferma il presidente Federfarma, Marco Cossolo – cito quelli quelli classici: bere molto, alimentarsi privilegiando agrumi e verdura a foglia verde, e ricorrere agli integratori, vitamine e supplementi specifici che si trovano in farmacia, per irrobustire le difese immunitarie». «La diffusibilità dell'influenza è sempre elevata – conclude Aurelio Sessa, Società italiana di Medicina generale – una persona è in grado di infettarne altre 8 nel raggio di un metro. Ecco perché i mezzi di trasporto e i locali pubblici sono luoghi dove è più facile entrare in contatto con i virus».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

NAZIONE - Carlino - GIORNO
28-GEN-2018
Dir. Resp.: Andrea Cangini
da pag. 27
foglio 1 / 2
www.datastampa.it
Tiratura: 321213 - Diffusione: 223502 - Lettori: 1940000: da enti certificatori o autocertificati

Vietato sminuzzare le pillole: tagliate perdono efficacia

Si rischia di alterare il dosaggio

di FEDERICO MERETA

NON TAGLIATE, NÉ TRITURATE le pillole se vi paiono difficili da deglutire. Non fate divisioni delle compresse, visto che si rischia di polverizzarne una parte. Se proprio non riuscite a seguire le cure, informate il medico e chiedete se ci sono alternative. Sono queste le norme per seguire correttamente una o più terapie per chi è anziano e necessita di cure. A rilanciarle sono gli esperti della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, di fronte alle cifre che parlano di una mancata aderenza ai trattamenti molto elevata, a volte proprio per l'oggettiva difficoltà di assumere le compresse.

Le "scorciatoie", fatte di divisioni, polverizzazioni e cocktail con gli alimenti, non sono però proprio ottimali. «Tra gli anziani – spiega Nicola Ferrara, ordinario di Medicina Interna e Geriatria dell'Università Federico II di Napoli – la quota di chi altera i farmaci anche per 'aggiustare' la terapia raggiunge il 41 per cento dei pazienti mentre il 20 per cento li camuffa poi nei cibi. Attenzione però: i dati mostrano che anche con il taglia-pillole, il mezzo più preciso per intervenire, una pastiglia su tre è divisa male e la dose ottenuta è più alta o più bassa di almeno il 15 per cento rispetto a quella prescritta. Ciò può essere pericoloso in caso di farmaci con una finestra terapeutica stretta, che hanno cioè effetti tossici a dosaggi che si discostano anche di pochissimo dalla terapia. Non vanno spezzate né schiacciate, pena la perdita di efficacia e tollerabilità, le compresse gastroresistenti, progettate con un film esterno per superare la barriera dello stomaco e sciogliersi nell'intestino, come pure le capsule rivestite e quelle a rilascio lento o prolungato». Il rischio di errore quando si dividono le pillole è dietro l'angolo. È vero che si riduce se si pratica una piccola incisione-guida, ma l'imprecisione è

Salute
Vietato sminuzzare le pillole: tagliate perdono efficacia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

dietro l'angolo specie se la mano non è ferma o l'occhio inganna. «Non parliamo poi – aggiunge Ferrara – di quando la pastiglia viene triturata: non perderne una parte consistente è praticamente impossibile. Un'operazione che viene spesso estesa a tutte le medicine prescritte, mescolate in un'unica soluzione. Un mix che può provocare rischi di interazione fra principi diversi e fenomeni di irritazione delle vie aeree a causa dell'inalazioni delle polveri». Inoltre, soprattutto in casa, gli anziani o chi li assiste tritano o dividono farmaci diversi usando sempre lo stesso strumento: la mancata pulizia del coltello, del pestello o simili potrebbe portare a reazioni allergiche o ulteriori interazioni dovute ai residui di farmaco. Queste "istruzioni per l'uso" sono di grande utilità considerando che oggi in Italia l'11 per cento degli over-65 assume dieci o più medicinali ed una persona su due da cinque a nove farmaci al giorno, considerando sia principi curativi diversi sia somministrazioni ripetute dello stesso.

DI FRONTE ALLA POLITERAPIA, peraltro, occorre un'attenzione ancor maggiore come segnala una ricerca apparsa su Jama realizzata da Graziano Onder, geriatra del Centro di Medicina per l'Invecchiamento dell'Università Cattolica e Fondazione Policlinico Universitario Gemelli di Roma, insieme ad Alessandra Marengoni dell'Università di Brescia e Ospedali Civili di Brescia. I rischi della politerapia, oltre alla non corretta assunzione dei farmaci (per esempio assumere un farmaco due volte oppure dimenticare di assumerlo, condizione non infrequente specie tra gli anziani), sono collegati anche alle interazioni farmacologiche e agli effetti che una cura può avere su altre patologie eventualmente presenti.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media