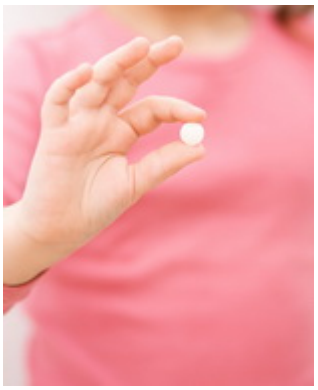
Farmacista33

18-03-2016

http://www.farmacista33.it/

Contraccettivi d'emergenza, Sigo: effetti collaterali? Il rischio di gravidanza indesiderata



La prima complicazione legata all'assunzione dei contraccettivi d'emergenza è il loro possibile non funzionamento, ed è proprio questo il punto che il farmacista dovrebbe stressare maggiormente in fase di dispensazione. Se l'ovulazione è già avvenuta la pillola del giorno dopo o dei 5 giorni dopo non funziona. L'effetto collaterale principale, dunque, è una possibile gravidanza indesiderata. Si può parlare poi di occasionali sintomi fastidiosi come perdite di sangue e nausea. Questo è ciò che ha detto **Mauro Busacca**, vice presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) e ordinario all'Università di Milano, a proposito della discussa variazione di classificazione di unipristal acetato e levonorgestrel. Da quando le due molecole, da farmaci dispensati dietro presentazione di ricetta medica non ripetibile, sono stati inseriti nella categoria Sop e resi dunque accessibili liberamente a tutti i maggiorenni, tra i farmacisti si è sentito parlare spesso di obiezione di coscienza.

«Tutte le evidenze scientifiche indicano che le due molecole svolgono un'azione preventiva dell'ovulazione e non post-ovulatoria, questo significa che di fatto non sono abortivi ed è stato dimostrato che, in caso di concepimento già avvenuto, non hanno effetti teratogeni sul bambino» spiega Busacca. «Personalmente non ritengo che ci sia alcun problema nell'utilizzarlo e nella concessione spontanea all'utilizzo di questo trattamento one shot». In realtà, secondo il vice presidente Sigo, quest'iniziativa «aiuta in parte ad alleggerire una situazione di problematica gestionale all'interno degli ospedali perché prima chi aveva bisogno del contraccettivo d'emergenza si presentava in pronto soccorso».
Tra i dubbi manifestati anche quelli relativi a potenziali rischi di un utilizzo ripetuto del farmaco, aspetto su cui, dice Busacca, «non ci sono dati al riguardo». Ma aggiunge: «Tuttavia, è importante sottolineare che questi farmaci devono essere utilizzati solo in casi di emergenza, in maniera sporadica, se necessario, e questo era stato anche chiarito dalla Sigo in un documento. E in primis va ricordato che non hanno la stessa copertura della classica pillola anticoncezionale, dunque non garantiscono che venga scongiurata una gravidanza indesiderata».

CORRIERE DELLA SERA.it

17-03-2016
Lettori
57.304

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

Sei in Ucraina e 0,5 in Egitto: quanti sono i giorni di degenza dopo il parto

In Italia la media è di tre giorni e mezzo, nel Regno Unito di un giorno e mezzo: si punta al parto in casa e sulle dimissioni precoci (grazie allo sviluppo dei servizi sul territorio)

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, le donne dovrebbero essere tenute in ospedale per almeno 24 ore dopo il parto vaginale non gemellare e 72 in caso di parto cesareo. Di fatto il panorama mondiale è molto variegato: se nei Paesi in via di sviluppo (che non possono contare su un adeguato sistema di cure primarie) le donne stanno «troppo poco» in ospedale, in Europa, per il parto spontaneo, si passa dal giorno e mezzo della Gran Bretagna ai circa tre giorni e mezzo dell'Italia e ai più di quattro della Francia. A rivelarlo uno studio della London School of Hygiene and Tropical Medicine, appena pubblicato su *PLOS Medicine*, che si contraddistingue da ricerche precedenti per aver raccolto dati riguardanti Paesi in via di sviluppo e non, per un totale di ben 92 nazioni.

Parto in casa e dimissioni precoci

Se un'ucraina o una moldava rimane in ospedale per quasi una settimana dopo il parto, una britannica si deve «accontentare» di un giorno e mezzo. E molti sostengono che una degenza così breve sia dettata soprattutto dalla necessità di razionalizzare le risorse e tagliare i costi. «In realtà —precisa Luca Cegolon, uno degli autori dello studio e ricercatore epidemiologo presso la London School of Hygiene Tropical Medicine — la situazione è più complessa. C'è senz'altro la necessità di far quadrare i conti, ma bisogna considerare anche un altro aspetto: alcuni fatti recenti fanno pensare che il sistema sanitario britannico voglia investire sul parto a casa, che sempre più donne chiedono, e sulle dimissioni precoci (entro le 12 ore dal parto), grazie allo sviluppo dei servizi sul territorio, con ostetriche che vanno a case delle neomamme a offrire il loro supporto. Secondo il Royal College of Midwives, infatti, la dimissione può avvenire con tranquillità anche a 5-6 ore dal parto se non ci sono complicazioni, se le neomamma ha un adeguato supporto familiare e se è stato predisposto un buon piano di controlli ostetrici domiciliari.

Inoltre dallo scorso mese il governo britannico mette a disposizione un voucher di 3.000 sterline (circa 3.800 euro) alle donne che decidono di partorire tra le mura domestiche. In fondo fino al primo dopoguerra è stato così un po' dappertutto. È solo con il boom economico degli anni '60 che si è diffusa la cultura del parto in ospedale, con degenze di almeno una settimana, cosa che accade ancora solo nei Paesi europei post-comunisti dell'ex blocco sovietico. L'Olanda è, invece, il Paese in cui sono più diffusi i parti in casa, che arrivano al 30-40 per cento».

La situazione in Italia: in media tre giorni e mezzo

«Nel nostro ospedale — segnala Nicola Surico, professore ordinario di ginecologia e ostetricia presso l'Università del Piemonte Orientale a Novara — la degenza media in caso di parto spontaneo è di 48 ore e 72 per il cesareo. Per ora non ci sono le condizioni per una dimissione più precoce (sotto le 24 ore), perché manca l'integrazione ospedale-territorio. Per farlo si dovrebbe poter contare su ostetriche, e possibilmente neonatologi, sul territorio. E questo non accade, se non realtà isolate. Noi stessi abbiamo fatto un'esperienza di questo tipo, che però non è decollata. Altra questione è poi quella del parto a casa che è sempre più richiesto, ma che resta una possibilità ancora lontana». «Ci sono evidenze che la maggioranza dei parti potrebbe essere fatto a casa nei Paesi sviluppati e che meno del 5 per cento dei parti domestici necessitano poi di un trasferimento in ospedale. Sarebbe utile iniziare a promuoverlo anche in Italia perché in futuro potrebbero porsi problemi di sostenibilità. Ovviamente in parallelo andrebbero sviluppate le cure primarie» fa notare Cegolon. Di fatto nel nostro Paese la degenza post-parto è in media di tre giorni e mezzo: né poco né troppo, il tempo per iniziare a prendere confidenza con l'allattamento e dare la possibilità ai sanitari di verificare che tutto vada per il meglio. «La dimissione precoce è comunque possibile, ma non deve essere spinta da motivazioni puramente economiche. Deve essere una decisone condivisa tra medico, ostetrica e neomamma, tenendo in considerazione non solo il quadro clinico, ma anche gli aspetti psicologici e sociali della donna» conclude Cegolon.

la Repubblica.it

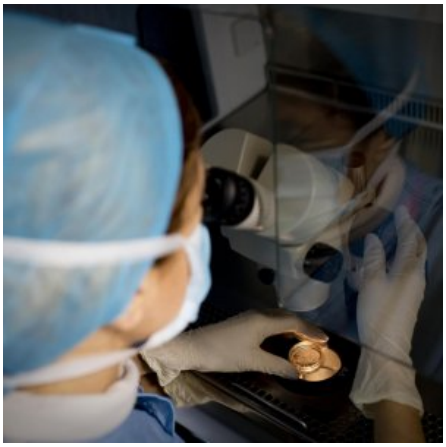
18-03-2016

Lettori
37.302

http://la.repubblica.it/salute

Embrioni alla ricerca, anche l'ultimo divieto della Legge 40 arriva alla Consulta

Il 22 marzo udienza a porte aperte dopo il caso sollevato dal tribunale di Firenze su ricorso di una coppia che si era sottoposta invano a diversi cicli di fecondazione, ottenendo solo embrioni malati, dunque destinati alla distruzione. Gli avvocati chiedono alla Corte di ascoltare il parere di 6 scienziati, tra i quali Elena Cattaneo. L'Avvocatura dello Stato si oppone



La legge 40 sulla procreazione assistita torna per l'ennesima volta di fronte alla Corte Costituzionale. Il nodo centrale da sciogliere stavolta riguarda la possibilità di destinare alla ricerca scientifica, con il consenso della coppia, gli embrioni che originano dal processo di fecondazione assistita, ma non possono essere impiantati perché presentano gravi patologie. Oggi questa possibilità è negata dal divieto previsto dall'articolo 13 della legge 40.

A sottoporre la questione alla Consulta è il tribunale di Firenze, nell'ambito di una causa su una coppia che ha effettuato più cicli di procreazione medicalmente assistita sempre con esito negativo e con produzione di embrioni malati. L'udienza pubblica in Corte Costituzionale è fissata per martedì 22 marzo. Giudice relatore è Rosario Morelli. Gli interessi della coppia sono rappresentati dagli avvocati Filomena Gallo e Gianni Baldini. Si è costituita l'associazione Vox-Osservatorio sui diritti, con l'avvocato Massimo Clara. L'avvocato dello Stato, Gabriella Palmieri, difenderà l'impianto attuale della legge per conto della Presidenza del Consiglio.

Embrione o ricerca - Se possibile, lo 'scontro' sarà ancora più ideologico rispetto ai temi - come l'eterologa e la diagnosi pre-impianto - sui quali i giudici della Consulta sono stati chiamati a pronunciarsi negli ultimi anni con una serie di pronunce che hanno di fatto smantellato il corpus originario della legge. La linea preannunciata dall'Avvocatura dello stato è chiara: "Il legislatore ha inteso tutelare l'embrione quale entità che ha in sé la vita" e "non può affatto ritenersi irragionevole che nel bilanciamento tra l'interesse alla tutela dell'embrione e l'interesse allo sviluppo della scienza, sia il secondo a dover cedere". L'avvocatura chiede dunque che la questione sia dichiarata inammissibile o comunque infondata "perché diretta a sindacare il bilanciamento di valori costituzionali non irragionevolmente operato dal legislatore; e perché è volta a introdurre una modifica dell'assetto normativo che necessita, invece, di apposita regolamentazione legislativa". Si tratta, quindi, di "una questione di politica e di tecnica legislativa" che "la cui decisione compete esclusivamente al legislatore".

Udienza con audizione di scienzati - Gli avvocati della coppia ricorrente, invece, auspicano una discussione sul merito e hanno chiesto alla Consulta, con apposita richiesta istruttoria, di ascoltare in udienza il parere di un gruppo di importanti scienziati italiani, a cominciare dalla sentarice a vita Elena Cattaneo, direttrice del Centro ricerca sulle staminali della Statale di Milano; e poi Michele De Luca, direttore del Centro di Medicina Rigenerativa "Stefano Ferrari", Università di Modena e Reggio Emilia; Giuseppe Testa, direttore del laboratorio di Epigenetica delle cellule staminali dell'Istituto europeo di Oncologia; Vania Broccoli, capo Unità ricerca dell'ospedale San Raffaele; Giulio Cossu, professore di Medicina rigenerativa all'Università di Manchester e Giuseppe Remuzzi, IRCCS-Istituto di ricerche Farmacologiche 'Mario Negri'.

Il no dell'Avvocatura - I sei scienziati dovrebbero pronunciarsi sulle potenzialità mediche e di cura che la ricerca sugli embrioni - ovviamente sempre nel caso in cui non siano utilizzabili perché affetti da patologie e siano donati con il consenso della coppia - potrebbe avere. L'Avvocatura dello Stato si è detta contraria all'audizione degli esperti: nel caso in questione non ci sarebbero i presupposti per effettuarla e in ogni caso fanno testo le numerose pubblicazioni scientifiche degli stessi esperti di cui si è chiesta l'audizione, che possono essere facilmente acquisite e valutate. La Corte dovrà decidere se ammettere o meno l'istanza e in caso positivo, dovrà aggiornarsi per poter effettuale le audizioni. Nel caso che la Corte decida per l'audizione, l'avvocatura dello Stato si riserva di indicare i nomi di altri esperti.

La petizione dell'associazione Coscioni - In vista dell'udienza del 22 marzo, l'associazione Luca Coscioni ha lanciato una petizione "contro il proibizionismo e per la libertà di ricerca scientifica: "La ricerca sulle staminali embrionali - si legge nella petizione - è fondamentale per ricercare cure su malattie che colpiscono milioni di persone". L'obiettivo è quello di "rimuovere un divieto che danneggia sia la ricerca che la salute" e "garantire la libertà di ricerca scientifica sugli embrioni non idonei per una gravidanza". Nel nostro Paese questi embrioni, si ricorda nella petizione, "sono condannati alla distruzione, mentre i ricercatori italiani li importano dall'estero per poter continuare a cercare la cura per molte patologie gravi, ma anche per quelle più diffuse come il diabete, che in Italia affligge 5 milioni di persone. Cure che, se trovate, cambierebbero la vita di tanti malati".

Salute Domani
Il portale del benessere

18-03-2016

http://www.salutedomani.com/

Al via l' edizione 2016 del corso di formazione a distanza sull' emorragia del post partum

Ridurre le morti materne, prevenire quelle evitabili e limitare gli esiti conseguenti a complicazioni di gravidanza, parto e puerperio sono aspetti cruciali della pratica ostetrica e una priorità di salute pubblica.
La mortalità e la grave morbosità materna rispecchiano infatti l'efficacia e l'appropriatezza dell'assistenza al percorso nascita e delle cure perinatali di un Sistema Sanitario.
Il Ministero della salute ha sostenuto con continuità dal 2008, tramite finanziamenti del CCM, una serie di progetti multiregionali (www.iss.it/itoss) coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) finalizzati a ridurre i decessi materni evitabili stimati pari al 50% nei Paesi socialmente avanzati.
Nell'ambito della sorveglianza ostetrica, è stata avviata il 13 marzo la seconda edizione del corso FAD: "*Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS): la prevenzione e la gestione dell'emorragia del post partum*", che fornisce le nozioni indispensabili per conoscere la rilevanza del problema e le indicazioni delle più importanti linee guida internazionali sull'argomento. L'emorragia del post partum è infatti un evento raro, ma potenzialmente letale per la donna, e la diagnosi precoce, il trattamento tempestivo e appropriato, insieme a un efficace lavoro di team, sono i requisiti essenziali per ridurre al minimo il rischio di mortalità e grave morbosità materna.
Il corso è organizzato dall'ISS in collaborazione con l'agenzia di editoria scientifica Zadig. E' gratuito grazie alla convenzione con il Ministero della salute, ha una durata di 8 ore ed eroga **12 crediti ECM**. E' rivolto principalmente ai ginecologi, agli anestesisti e alle ostetriche, ma la partecipazione è aperta a tutti i medici. Frequentare il corso è facile: basta registrarsi sulla piattaforma GOAL all'indirizzo internet http://fad.snlg.it/ e seguire le istruzioni.
I materiali evidence-based sono riassunti in 2 dossier informativi da scaricare e studiare prima di cimentarsi con i casi clinici. I 5 casi clinici, reali o verosimili, si sviluppano con domande di tipo decisionale a risposta multipla, per valutare la capacità di applicare nella pratica quotidiana le nozioni acquisite.
La verifica di apprendimento consiste nelle domande a risposte multipla e l'esito della prova viene visualizzato alla fine del corso. Il livello minimo di risposte esatte richiesto è pari al 75%, come previsto dal regolamento ECM. Ogni partecipante riceverà un messaggio di feed-back relativo al proprio livello di apprendimento e, una volta completato tutto l'iter formativo, potrà scaricare il proprio attestato ECM.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 39.021
Diffusione 01/2016: 30.025
Lettori Ed. III 2015: 361.000
Quotidiano - Ed. Brescia

GIORNALE DI BRESCIA

Dir. Resp.: Nunzia Vallini

18-MAR-2016
da pag. 71
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

MEDICINA DI PRECISIONE: LA TERAPIA VA MIRATA AI GENI MALATI

La mappatura del Dna permette uno sguardo molecolare che apre nuovi sentieri di cura: la diagnosi non riguarda l'organo, ma la mutazione genetica del tumore che l'ha colpito

ANNA DELLA MORETTA
medicina@giornaledibrescia.it

A cosa serve leggere il Dna? Lo spieghiamo con un esempio. Due donne, entrambe con un tumore al cervello. Un glioblastoma, tra i più difficili da curare. Ad una delle due, i medici hanno analizzato il genoma del tumore con la lingua franca del Dna, scoprendo che il gene difettoso è lo stesso del difetto genetico del melanoma, un tumore della pelle che colpisce un numero crescente di persone. Per curare la paziente usano, quindi, un farmaco già autorizzato per la terapia del melanoma e la donna guarisce. L'altra paziente non aveva la stessa mutazione ed ha continuato a curarsi con la chemioterapia, con risultati meno soddisfacenti. Un esempio, che il professor Giuseppe Testa utilizza per spiegare il significato della «medicina di precisione. Lo ha fatto anche ai «Pomeriggi della Medicina» che ieri hanno attirato più di 500 persone in San Barnaba, costringendone una buona parte fuori dall'auditorium.

Folla al San Barnaba per i Pomeriggi della Medicina. L'argomento di confronto aveva un fascino particolare: «Dimmi che Dna hai e ti dirò chi sei. Il futuro è nella medicina di precisione». Ad affrontarlo, il professor Giuseppe Testa, direttore del Laboratorio di Epigenetica delle cellule staminali dell'Istituto europeo di Oncologia di Milano e professore di Biologia molecolare all'Università degli Studi di Milano e il dottor Giuseppe Rossi, direttore dell'Ematologia e del Dipartimento di Oncologia clinica dell'Ospedale Civile di Brescia.

La prima bozza di mappatura del Genoma risale al 2000. Fino ad allora, la diagnosi di tumore si era largamente basata sul tipo di organo colpito - polmoni, fegato e via dicendo - e sul tipo di cellule coinvolte. Da allora, lo sguardo può svelare i geni mutati del tumore in ciascun paziente e questo può fare la differenza per la terapia.

Semplice? Certamente no. Basti pensare, per avere un'idea della complessità, che il Genoma umano di riferimento è composto da tre miliardi di geni e che ciascuno di noi possiede tre milioni di varianti genetiche rispetto al Genoma di riferimento. Basti pensare che servono cinquant'anni per scrivere l'intero Genoma, a patto che si compongano 60 parole al minuto per otto ore al giorno; oppure, 78 milioni di tweet.

Risultati concreti in Ematologia. Non è semplice. Tuttavia, come avviene per la leucemia mieloide cronica che ha visto negli ultimi vent'anni cambiare il destino dei pazienti da una sopravvivenza zero alla guarigione, una molecola è in grado di colpire la proteina anomala presente nelle cellule tumorali, lasciando sopravvivere quelle sane. Lo stesso per la cura della leucemia acuta promielocitica per la quale sono state identificate due sostanze che agiscono selettivamente sulla molecola proteica, causa della malattia, e permettono di evitare

avatar del tumore

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 39.021
Diffusione 01/2016: 30.025
Lettori Ed. III 2015: 361.000
Quotidiano - Ed. Brescia

GIORNALE DI BRESCIA

Dir. Resp.: Nunzia Vallini

18-MAR-2016
da pag. 71
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

la chemioterapia. «Il sequenziamento del Genoma permette anche di identificare le mutazioni e correlarle alla patologia: per ora, la maggior parte di esse ci fornisce informazioni sulla gravità della leucemia. Ma non è poco, perché questo ci permette di essere precisi con le terapie: più pesanti se la situazione è più gravi, più leggere, altrimenti» ha spiegato Rossi.

Lo sguardo molecolare. È certo, dunque, che «lo sguardo molecolare apre nuovi sentieri di cura, scomponendo le categorie diagnostiche: non si basano più sull'organo colpito dalla malattia, ma su quale tipo di mutazione genetica ha quel preciso tumore» ha detto Testa. Aggiungendo: «Siamo in grado di studiare le cellule malate al di fuori del nostro corpo, cosa che finora era possibile solo in ambito ematologico perché ovviamente, lo studio delle cellule dei tumori del sangue è più rapido. Oggi, possiamo condurre studi clinici non più sulle persone, ma su un loro modello esterno, un avatar».

Un percorso che i ricercatori del gruppo del professor Testa hanno intrapreso per lo studio dei meccanismi di malattie quali l'autismo o la sindrome di Williams (i risultati sono stati pubblicati sulla rivista scientifica Nature Genetics). Testa: «Abbiamo prelevato alcune cellule dalla pelle di bambini malati e le abbiamo riprogrammate in staminali pluripotenti, ovvero in cellule in grado di produrre tutte le cellule del corpo. Da queste, abbiamo ottenuto neuroni con la stessa lesione genetica che è alla base della malattia, scoprendo che entrambe sono causate da alterazioni a carico degli stessi 26 geni. La prossima frontiera è la creazione degli organoidi per rendere ancora più precisa la scelta di una terapia: specie di avatar tridimensionali del tumore cresciuti in vitro a partire dalle cellule tumorali prelevate dal malato con una biopsia o all'atto dell'intervento chirurgico». Il futuro? «Potremmo pensare di provare le terapie prima su questa sorta di surrogati del tumore per capire quanto, e come, sono efficaci. Solo se funzionano, somministrarle al paziente. Una medicina di precisione che sarebbe più efficace, con meno effetti collaterali e più efficiente». //

Terapia più precisa con gli organoidi: avatar del tumore cresciuti in vitro a partire dalle cellule tumorali prelevate dal malato

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

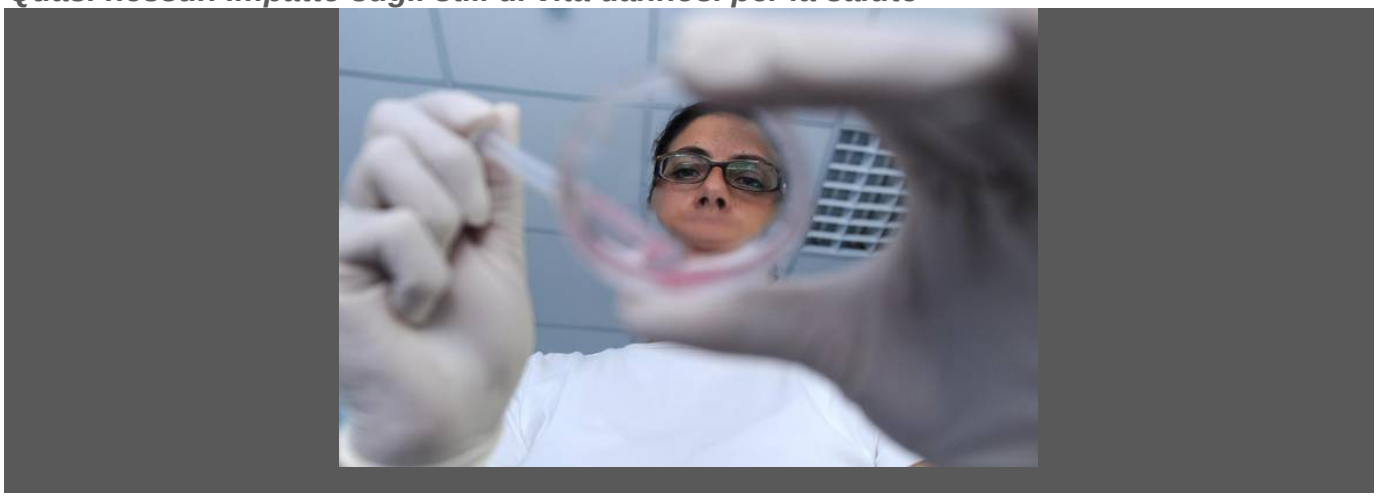
18-03-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Boom per test del Dna, ma chi e' a rischio non cambia abitudini

Quasi nessun impatto sugli stili di vita dannosi per la salute



Test del Dna, di gran moda, ma di fatto ininfluenti sullo stile di vita delle persone.

Contrariamente alle aspettative dei medici infatti, una volta che si e' saputo di essere piu' a rischio di ammalarsi di cancro, una patologia cardiaca o l'Alzheimer, quasi nessuno abbandona le abitudini dannose per la salute a favore di altre piu' sane. Lo hanno verificato gli esperti di tre universita' inglesi (Cambridge, Manchester e Imperial college di Londra), che hanno passato in rassegna 18 diversi studi sull'efficacia di informare le persone sul loro rischio genetico di avere malattie cardiache, Alzheimer e cancro. La conclusione e' che i test genetici, che rivelano il rischio di sviluppare una malattia, in realta' incidono molto poco sullo stile di vita della persona.

Quasi nessuno ad esempio smette di fumare, riduce il consumo di alcol o fa piu' esercizio fisico. Pubblicata sul British medical journal, la ricerca ha riscontrato infatti che venire a conoscenza del proprio rischio personale attraverso il Dna non spinge le persone a cambiare stile di vita, proteggendosi la pelle dal sole, cambiando dieta, sottoponendosi a screening o ricorrendo a programmi di supporto.

"Comunicare il rischio di malattia sulla base del Dna - scrivono i ricercatori nello studio - ha un impatto poco o nullo nel ridurre i comportamenti dannosi per la salute".

Nonostante questo continuano a moltiplicarsi le offerte dei test del Dna. E' di qualche giorno fa ad esempio l'annuncio di un'azienda americana, Veritas Genomics, start up della Harvard university, che da aprile sara' offrira' la mappatura dell'intero genoma al costo di 999 dollari. Per questa cifra sara' possibile avere anche una consulenza con un genetista sui risultati e consigli personalizzati in base al proprio Dna, tutto tramite app. Il servizio promette di fornire valutazioni su una serie di aspetti della vita dai piu' futili al rischio delle peggiori malattie, comprese 150 mutazioni del Dna legate al rischio di tumori. Il test andra' ordinato da un medico, e prima di ottenerlo chi lo acquista dovra' sottoporsi a un counseling con un genetista in video o tramite app. E' invece partito lo scorso anno il progetto BabySeq negli Usa per sequenziare quasi tutto il Dna dei bambini a caccia delle possibili future malattie. L'obiettivo e' stabilire se la procedura salverebbe effettivamente delle vite o sarebbe solo uno spreco di soldi. I risultati saranno pronti tra un anno.

quotidianosanità.it

Giovedì 17 MARZO 2016

Senato. *Question time* di Lorenzin a tutto campo. “Fsn 2013 a 113 miliardi”. E su privatizzazione: “Il Governo vuole Ssn universalistico”

Dall'aggiornamento dei Lea al tema dela cronicità, dalla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale alla farmaceutica ospedaliera, fino agli screening neonatali, le vaccinazioni e i casi di meningite e meningococco C in Toscana. La ministra della Salute ha fatto il punto a Palazzo Madama su molti aspetti di attualità rispondendo alle molte domande dei senatori presenti.

La ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta nel pomeriggio in Aula al Senato per rispondere al *Question time* sull'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e prevenzione vaccinale. Molti i temi affrontati dalla ministra nelle sue risposte, a cominciare dall'aggiornamento dei **Livelli essenziali di assistenza** previsto dal Patto per la salute. "L'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, riguardante cioè le terapie e i trattamenti che i nostri cittadini ricevono presso il Servizio sanitario nazionale, non avveniva dal 2001, ossia da circa sedici anni. Le motivazioni per cui questo aggiornamento tardava ad arrivare sono molto semplici, in quanto non si riusciva a trovare un modello per garantire la copertura delle nuove terapie e cure. Nel Patto della salute abbiamo inteso non solo rivedere i criteri di aggiornamento e il sistema di monitoraggio dei Lea, ma anche rendere i nuovi Lea aggiornabili ogni anno e costruire una nuova griglia e un nuovo modello di identificazione dei Lea in maniera da poter inserire tutti gli aspetti che sono stati tenuti fuori negli ultimi sedici anni, quindi con riferimento all'appropriatezza delle cure erogate, le nuove terapie, i nuovi trattamenti, la riabilitazione e tutto ciò che riguarda la nostra vita comune dei pazienti sui territori".

"Le griglie - ha spiegato Lorenzin - sono state riapprontate secondo un metodo di efficacia ed efficienza del sistema e tenendo conto anche di un meccanismo ormai acclarato da tutti, cioè un sistema di monitoraggio continuo che ci permette, anche attraverso la nuova Commissione Lea, di riaggiornare ogni anno il sistema, rendendolo così attuale rispetto alle nuove scoperte scientifiche, ma anche alle variazioni che possiamo trovare nei singoli territori. Per fare questo, nel Patto della salute abbiamo deciso di affrontare tutta la gamma e, quindi, non soltanto i livelli essenziali di assistenza, ma anche il nuovo nomenclatore, affrontando così anche il tema delle protesi, tra cui quelle audiovisive, su cui - anche qui - da decenni non vi era stato alcun aggiornamento".

Quanto al finanziamento, Lorenzin ha ricordato come nella legge di stabilità 2016 siano stati vincolati 800 mln proprio per la revisione dei Lea e del nomenclatore: "Questo lungo iter di aggiornamento e di confronto, con rispetto ai dati delle Regioni, è terminato; mancano ancora in realtà tre Regioni, ma noi possiamo dirci soddisfatti e siamo pronti a mandare il testo per il concerto al Ministero dell'economia e delle finanze. Quindi possiamo dire che l'iter si è di fatto concluso e credo che questa sia un'ottima notizia per i nostri cittadini. Ma ancora di più è un'ottima notizia il fatto che abbiamo finalmente reso aggiornabile anno per anno questo provvedimento, con un nuovo modo di disegnare le griglie Lea che ci permette di garantire un sistema di efficacia".

La ministra ha poi toccato l'argomento **sicurezza dei dati** definendolo "il tema di questo nostro tempo di oggi". "È il tema di come i dati sensibili vengono gestiti, trattati e mantenuti in sicurezza. Il dato è la

vera forza economica dei nuovi sistemi dal punto di vista mondiale; su questo noi abbiamo dei protocolli, come Ministero della salute, con le autorità preposte al controllo e al monitoraggio dei sistemi informatici. Questo per noi è estremamente importante. È evidente che nel futuro tutti noi saremo impegnati, man mano che i dati diventeranno centrali nella gestione del nostro sistema, a fare in modo che i dati siano sicuri e siano soprattutto ben gestiti".

Passando al tema della **cronicità**, Lorenzin, definendola una questione di primo rilievo, ha illustrato il nuovo piano nazionale della cronicità all'interno del quale è stata messa al centro proprio la presa in carico del paziente: "Curare e trattare nel modo più appropriato il paziente cronico è ovviamente una sfida per i servizi sanitari nazionali moderni, in una società con un'alta presenza di persone della terza e della quarta età. Di fronte all'invecchiamento della popolazione, la sfida della cronicità è anche una sfida di sostenibilità".

Proprio sulla **sostenibilità del Servizio sanitario nazionale** e sul pericolo di una possibile strisciante sua privatizzazione, Lorenzin ha precisato: "Il mio precipuo interesse ed obiettivo, e quello di tutto il Governo, è mantenere il nostro Servizio sanitario nazionale come un modello universale e universalistico, che è la nostra grande differenza rispetto a quello che accade nella maggior parte dei Paesi del mondo. Quello che abbiamo in Italia, cioè accesso a cure e a prestazioni di massimo livello e di massima eccellenza in modo gratuito per tutti, a prescindere dalla propria carta d'identità e dalla propria carta di credito o dal fatto di avere o meno un'assicurazione privata, è una ricchezza sociale del nostro Paese. Questo tra l'altro lo facciamo spendendo pochissimo rispetto ai nostri altri vicini di casa: noi spendiamo il 6,5 per cento del prodotto interno lordo. Tutti ci chiedono: ma come fate? È ovvio che, per farlo, sono stati fatti grossi sacrifici in anni di crisi economica. Ma, a differenza di altri, durante la crisi economica noi non abbiamo privatizzato il sistema del welfare e in particolare il sistema sanitario nazionale; lo abbiamo fatto rimanere accessibile a tutti e dobbiamo continuare a farlo. I prossimi saranno anni in cui torneremo ad investire sul personale sanitario, sull'accesso al farmaco e sulle infrastrutture. Il fondo del prossimo anno è di 113 miliardi, quindi ci sono due miliardi in più rispetto a quello del 2015".

Di pari passo con l'aumento del Fondo sanitario si proseguirà il cammino della **lotta agli sprechi**. "È un dovere da parte di tutti noi fare in modo di eliminare gli sprechi, rendere efficace ed efficiente il sistema anche facendo azioni innovative, cioè entrando nel merito della produttività del sistema, tant'è vero che nel piano di rientro che noi abbiamo inserito nella legge di stabilità non agiamo più solamente sulle Regioni, ma entriamo negli ospedali. Verifichiamo cioè i livelli essenziali di assistenza dei singoli ospedali, che in questi anni hanno sforato: ci sono ospedali che lo hanno fatto per cento o duecento milioni e sono gli stessi in cui non viene più garantito il livello essenziale di assistenza.Facendo un piano di rientro triennale, una road map per uscire dalla crisi - ha proseguito - noi andiamo in profondità dei processi, con l'obiettivo di rendere sempre più efficace ed efficiente il sistema sanitario e di liberare le risorse che così verranno risparmiate e reinvestite nel sistema. Questa è una grande novità del patto per la salute: le risorse non vanno più via, rimangono all'interno del comparto, con delle priorità: quest'anno sono stati i Lea e il farmaco per l'epatite C, nei prossimi anni lo saranno il personale sanitario, l'innovazione e la ricerca e l'accesso ai farmaci".

Passando poi alla **farmaceutica ospedaliera**: "Noi abbiamo un monitoraggio della spesa farmaceutica molto forte, tanto è vero che ci ha permesso di mantenere il tetto al livello più basso d'Europa, ma non è sufficiente. Rispetto alle grandi innovazioni che stanno arrivando, cioè al fatto che avremo nuovi farmaci che ci permettono di guarire rispetto a malattie che fino a ieri erano considerate totalmente incurabili, noi dobbiamo rivedere e rimodulare i modelli di accesso, di spesa e di gestione. Su questo stiamo lavorando in un tavolo insieme alle Regioni e alla Presidenza del Consiglio dei ministri per la nuova governance farmaceutica e su questo credo che saremo molto attivi".

Non è mancato un passaggio sugli **screening neonatali** e sulla recente polemica con la senatrice del M5s, **Paola Taverna**: "Per quanto riguarda gli screening noi abbiamo avuto e abbiamo a disposizione 5 milioni di euro per il 2014 e dieci milioni di euro per il 2015, motivo per il quale continuiamo ad applicare il decreto ministeriale che abbiamo previsto per non perdere queste risorse. Abbiamo dato parere favorevole alla proposta della senatrice Taverna; quando avrà terminato l'iter, noi la assorbiremo nel sistema, in modo tale da non perdere queste risorse e di poter ampliare gli screening, che fra l'altro

fanno parte dei nostri obiettivi, non solo a livello dei Lea ma del piano nazionale di prevenzione, in particolare per quanto riguarda quelli neonatali. Su questo c'è il massimo impegno mio e del Governo per garantire non solo la copertura, ma anche un ampliamento nei prossimi anni".

Per quanto poi riguarda la **sindrome di sensibilità chimica multipla**, la ministra ha ricordato come sul tema si siano già espressi più volte sia il Consiglio superiore di sanità sia l'Istituto superiore di sanità: "È veramente ancora complesso identificare la malattia in modo tale da poterla inserire all'interno dei Lea, però recepisco la domanda e anche la richiesta che viene dalle associazioni e quindi mi impegno a mandare una nuova richiesta di esame, per avere un aggiornamento dei dati scientifici attuali, al Consiglio superiore di sanità".

Sui **vaccini** la ministra è tornata ad evidenziare l'importanza dell'effetto gregge, ricordando come questo serva "soprattutto a quei bambini che non possono essere vaccinati, o perché troppo piccoli o perché hanno patologie che non consentono loro di ricevere una vaccinazione, per permettere loro di stare a scuola o in una comunità insieme agli altri bambini senza rischiare, a volte, purtroppo, la vita". "Questa - ha proseguito - è la filosofia di fondo per cui noi dobbiamo continuare a fare informazione in favore dei vaccini e questa è la filosofia che ci ha portato al nuovo Piano nazionale vaccini, che - lo voglio evidenziare - è finanziato per circa 220 milioni di euro ed è in Conferenza Stato-Regioni, per garantire un nuovo modello di promozione della vaccinazione".

Sempre in tema di vaccini è stato sottolieato come con il piano nazionale dei vaccini si sia voluto incidere anche sull'educazione e sulla formazione, non solo dei genitori dei bambini che devono essere vaccinati, ma anche degli operatori sanitari. "È, quindi, assolutamente necessario un coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, dei neonatologi, dei medici di medicina generale, dei soggetti attivi".

Nel corso del suo lungo intervento Lorenzin ha affrontato anche il tema della **ricerca indipendente**. "La ricerca indipendente ci permette anche di sfatare alcune situazioni o di avere una maggiore certezza su un processo che un grande Stato come il nostro non può far altro che favorire. A questo proposito, proprio il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute ha inserito questo topic nell'ultimo bando che è stato finanziato su alcuni progetti. Inoltre, abbiamo dodici milioni di euro appositamente approvati nei bandi di Aifa, proprio per la ricerca indipendente, che prevedono di inserirsi in questo contesto. Infine, anche nel bando finalizzato alla ricerca del Ministero della sanità sono stati previsti fondi per la ricerca indipendente. Questo per dire che c'è una particolare sensibilità nel riservare parte del finanziamento su questo tema.

Infine, la questione della **meningite e del meningococco C in Toscana:** "Per rassicurare la popolazione, vorrei precisare che si è vaccinato un numero veramente notevole di cittadini, e noi stiamo seguendo l'andamento non solo della vaccinazione, ma anche degli studi che verranno approntati e che si stanno effettuando anche su persone già vaccinate per quanto riguarda quest'area".

quotidianosanità.it

Giovedì 17 MARZO 2016

Intramoenia. Rossi (Toscana) dice basta: “Va abolita. Produce corruzione. Al lavoro per proposta di legge d'iniziativa popolare”

Il presidente della Toscana su facebook si scaglia contro la libera professione intramoenia e si dice pronto a presentare una proposta di legge d’iniziativa popolare. “Abolendo la libera professione intramoenia d'incanto spariranno le liste d'attesa. Mi ci gioco la faccia e tutto il resto. Chi lavora nel pubblico deve essere a tutti gli effetti un dipendente pagato dallo Stato e non può né deve aprire bottega in proprio". E su facebook è bagarre tra favorevoli e contrari.

“In sanità basta con la libera professione, fonte di diseguaglianza e di corruzione”. Inizia così il post su facebook del presidente della Toscana **Enrico Rossi**. “In Toscana – scrive - abbiamo due grandi medici indagati, il chirurgo toracico **Macchiarini** e il cardiochirurgo **Stefàno**. L'accusa è più o meno la stessa: avere sospinto i malati verso la libera professione a pagamento. Se hanno sbagliato dovranno pagare. Ma a quanti cittadini è capitato di sentirsi rispondere che a "pagamento si fa prima?". Purtroppo, credo, a molti”.

Ecco perché per Rossi “bisogna fare una cosa davvero di sinistra: abolire la libera professione intramoenia. Chi lavora nel pubblico deve essere a tutti gli effetti un dipendente pagato dallo Stato e non può né deve aprire bottega in proprio. Semmai è giusto che chi è bravo e lavora di più sia pagato di più. È un sogno! Ma realizzabile: essere davvero uguali di fronte alla malattia. La mia idea è di promuovere una legge di iniziativa popolare al parlamento. Vi terrò informati. Forza e coraggio. Cambiare si può”.

E poi ancora: “Abolendo la libera professione intramoenia d'incanto spariranno le liste d'attesa. Mi ci gioco la faccia e tutto il resto. Per non parlare della necessità di affermare sempre e comunque il rapporto di lavoro esclusivo evitando che i cosiddetti extramoenisti lavorino al mattino in una struttura pubblica e al pomeriggio in una privata verso la quale è probabile sentirsi impegnati a portare utenza. Riformare in modo serio e profondo si deve per dare futuro e credibilità alla sanità pubblica”.

Il post di Rossi ha scatenato una pioggia di commenti tra scetticismo, critica ed entusiasmo. Su alcuni post il presidente ha replicato con alcune precisazioni.

A chi lo accusava di non aver capito il problema e di non conoscere la materia Rossi ha risposto: “Per una soluzione seria ci vuole una legge. E le assicuro che ciò che potevo fare con delibere e controlli in Toscana lo abbiamo fatto. Conosco abbastanza bene la materia.: è ora di cambiare. Chi lavora nel pubblico non deve aprire bottega per conto proprio. Questo è stato un errore enorme della legge Bindi che purtroppo su questo punto ha ceduto alle corporazioni mediche”.

Critiche anche da una dottoressa che accusa Rossi di semplificare la questione con un post su facebook. “Cara dottoressa – ha replicato il presidente toscano - capisco la sua accusa di semplificazione, ma mi creda, detto da chi ha sempre avuto grande rispetto e stima dei medici e degli operatori sanitari, la gente non ne può più di soprusi e di ingiustizie e di ipocrisie. Cambiare vuol dire anche tutelare i medici onesti che lavorino con coscienza e competenza e onestà”.

quotidianosanità.it

Giovedì 17 MARZO 2016

Responsabilità professionale. La Corte dei Conti contesta la sua mancata giuridizione sull'azione di rivalsa. "Il testo attuale del ddl frutto di non completa messa a fuoco della situazione"

Per i giudici contabili non si è pienamento compreso come in nessun caso sarebbe esperibile l'azione erariale di danno senza la diminuzione patrimoniale per la Struttura pubblica. In ipotesi di pagamento del danno da parte dell'Assicurazione, perciò, non vi sarebbe spazio per l'azione di rivalsa pubblica. Il rischio sarebbe quello di "disperdere il patrimonio valoriale della giurispredenza della Corte dei Conti". IL TESTO

Bocciatura da parte della Corte dei Conti dell'**articolo 9 sull'azione di rivalsa del ddl sulla responsabilità professionale**, già approvato dalla Camera, ed ora all'esame della commissione Sanità del Senato. Il testo del disegno di legge, in tema di azione di rivalsa, **esclude la giurisdizione proprio della Corte dei Conti** per evitare il rischio che l'esercente la professione sanitaria dipendente da una struttura pubblica possa essere coinvolto in due giudizi di rivalsa: in sede civile ed innanzi alla Corte dei conti, da parte, rispettivamente, della struttura e dell'assicurazione.

I magistrati contabili hanno contestato proprio questa lettura dell'articolo 9 giudicandola come il frutto di "una non completa messa a fuoco della situazione". L'azione di rivalsa pubblica, spiega la Corte dei Conti in un documento agli atti della Commisione Sanità del Senato, "presuppone il pagamento del danno al paziente da parte della Asl, mentre l'azione surrogatoria dell'Assicurazione presuppone che sia stata l'Assicurazione stessa e non la Asl a pagare. E ciò può avvenire solo se il sanitario sia stato personalmente destinatario di una richiesta di risarcimento giudiziale o stragiudiziale".

L'interesse sostanziale del sanitario è quello di non essere passibile di rivalsa da parte del proprio assicuratore e in questo senso, sottilineano i giudici contabili, "le polizze ordinariamente stipulate per la responsabilità civile verso terzi escludono l'esercizio della rivalsa ai sensi dell'art. 1916 cod. civ.". Dunque, spiega ancora la Corte dei Conti: "La verità è che, nel sistema attuale, l'azione di rivalsa pubblica scatta sempre e solo dopo la conclusione del risarcimento del paziente danneggiato da parte della Struttura sanitaria, così che un eventuale giudizio di responsabilità erariale, iniziato prima del pagamento da parte della Struttura sanitaria, deve essere sospeso, ai sensi dell'art. 295 cpc.".

In nessun caso, quindi, sarebbe esperibile l'azione erariale di danno senza la diminuzione patrimoniale per la Struttura pubblica. **In ipotesi di pagamento del danno da parte dell'Assicurazione, perciò, non vi sarebbe spazio per l'azione di rivalsa pubblica** ed il sanitario potrebbe subire solo l'azione surrogatoria dell'Assicurazione stessa.

Ma non basta, i giudici contabili hanno poi evidenziato come, proprio la giurisdizione della Corte dei conti, possa offrire specifiche garanzie anche in rapporto al particolare statuto della responsabilità erariale, "sia con riferimento ai profili processuali della vocatio in jus, preceduta dalla fase dell' 'invito a dedurre' (del tutto estranea al rito comune), sia con riferimento ai profili sostanziali connessi al c.d.

'potere riduttivo', ovvero alla valutazione degli eventuali 'vantaggi arrecati all' amministrazione e/o alla comunità', ovvero al particolare regime della 'parziarietà' della responsabilità erariale, ovvero ancora alla intrasmissibilità della responsabilità stessa dal dipendente pubblico agli eredi, sia infine con riferimento alla particolare sensibilità ed esperienza dei magistrati contabili di valutare in concreto la sussistenza dell'elemento psicologico di rilievo".

"È da considerare che da sempre la Corte dei conti - spiegano i giudici contabili - in tutti gli ambiti della responsabilità erariale, ha manifestato particolare sensibilità nel valutare anche i profili organizzativi della struttura (oltre che i carichi di lavoro) per accertare in concreto la colpa grave, nonché – ed è questo un punto di particolare importanza - il concorso del creditore (Amministrazione pubblica) nella produzione del danno stesso".

Alla luce di tutto questo **il rischio sarebbe dunque quelli di poter disperdere il patrimonio valoriale della giurisprudenza della Corte dei conti**. proprio in un momento che vede i giudici ordinari sempre "più oberati, per la quantità delle controversie che vengono inserite nella loro giurisdizione". Vanno poi considerate le **possibili valutazioni critiche di costituzionalità** da parte degli stessi sanitari danneggiati che, a differenza degli altri dipendenti pubblici, "finirebbero per perdere le riferite garanzie".

Da ultimo, viene considerato che l'azione del P.M. contabile (che presuppone la conservazione della giurisdizione della Corte dei conti) è "garanzia ulteriore dell'effettività del recupero delle somme pagate dalla Struttura sanitaria a titolo risarcitorio, a beneficio dei contribuenti che ne hanno assicurato la disponibilità alla Struttura medesima, oltre che dei loro amministratori, anche sotto il profilo della destinazione delle risorse pubbliche (di tutte le risorse pubbliche) alle esigenze curative del malato".

Giovanni Rodriquez

quotidianosanità.it

Giovedì 17 MARZO 2016

Responsabilità professionale. Trojano (Aogoi): “Si garantirà qualità cure a pazienti e serenità a operatori”. Le proposte dei ginecologi alla commissione Sanità

Così il presidente nazionale dell'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri, auspicando un rapida approvazione del provvedimento, ha illustrato in un'audizione in commissione Sanità alcune possibili proposte di modifica. "Il ddl affronta tutte quelle problematiche medico-paziente sulle quali abbiamo da sempre chiesto un intervento del legislatore. Il contrasto alla medicina difensiva può far risparmiare una cifra simile a quella che investiamo come Paese in R&S". LE PROPOSTE

"A fronte dei passi da gigante compiuti negli ultimi anni dalla scienza medica, il contenzioso in tema di responsabilità per infortuni professionali ha subito un notevole incremento, infatti questo trend negativo è più evidente nei paesi in cui è stato più rapido il progresso scientifico (Usa, Uk, Ce). Negli ultimi 10 anni, in sede di legittimità, il contenzioso è aumentato del 200% rispetto ai 60 anni precedenti. Dal 2008 al 2011 la Corte di Cassazione ha deciso un numero di casi di responsabilità medica (82) pari a tutti quelli decisi tra il 1991 ed il 2000". Così il presidente nazionale dell'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi), **Vito Trojano**, è intervenuto ieri in commissione Sanità al Senato nel corso di un'audizione sul ddl Gelli responsabilità professionale.

"Una crescita considerevole, accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Asl e medici - ha spiegato Troiano -. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni si attesta al 12,5%. Su 30.000 processi penali di malpractice sanitaria per anno, con un costo riguardevole per lo Stato italiano, il 98.8% dei procedimenti terminano in assoluzione e una quota parte in prescrizione. Le richieste di risarcimento pari a 2,5 miliardi di euro del 2000 in 7 anni sono in preoccupante ascesa, ma dopo defatiganti processi civili e penali, i pazienti risarciti dopo 8/10 anni di contenziosi sono un numero assai esiguo. Secondo quanto è emerso dall’esame di 1.286 sentenze della Corte di Cassazione negli ultimi dieci anni, quattro errori medici su dieci sono causati dal mancato intervento del medico che si astiene per paura di sbagliare. Il problema deve essere affrontato nella sua globalità anche perché sempre più spesso la causa dell’errore può essere determinata da carenze organizzative, degli strumenti e procedure sanitarie che devono e dovranno essere corrette".

La legge in esame presso questa Commissione - aggiunge il presidente nazionale Aogoi - affronta nella sua globalità tutte queste problematiche ridando al cittadino-paziente il diritto alla qualità delle cure poiché pone l’operatore sanitario in una posizione di tranquillità e serenità nell’espletamento della sua attività professionale. Oggi, infatti, molti operatori a causa del timore di possibili contenziosi finiscono per trincerarsi dietro la cosiddetta medicina difensiva passiva. Ricordiamo che, proprio la medicina difensiva, non solo nuoce al paziente ma produce anche uno sperpero di risorse pubbliche quantificato in circa 14 mld l'anno, una cifra vicina a quanto si investe annualmente in ricerca e sviluppo. La nostra Associazione Aogoi propone quindi delle integrazioni-modifiche di alcuni articoli che possano esprimere, in modo più esplicito, il contenuto degli stessi articoli di legge".

Vediamo di seguito le proposte di modifica presentate da Aogoi.

Art. 1 bis:
(funzioni aziendali per la gestione del rischio clinico)
“Per consentire la valutazione dei rischi, prevenire la reiterazione degli eventi avversi e garantire idonea copertura assicurativa o altra analoga misura ex L. 114/2014 le strutture sanitarie organizzano al loro interno un servizio di monitoraggio, prevenzione, gestione dei rischi ed eventi avversi così come anche previsto dalla L.208/2015 e ***forniscono ogni semestre alle Regioni*** *i dati periodicamente rilevati al fine della trasmissione di sintesi all'Osservatorio Nazionale".*

Nella legge di stabilità, spiega l'Aogoi, non è previsto che le strutture sanitarie trasmettano i dati ai centri regionali per il rischio clinico. La frantumazione normativa con la soppressione dell'art 2 inserito nella legge di stabilità pregiudica l' istituzione di un sistema che può funzionare solo con la raccolta dati dalle unità aziendali e la trasmissione a livello regionale e nazionale in collegamento tra loro.

Art. 2
Al **comma 4**: *sostituire la parola “errori sanitari” con le parole: “rischi ed eventi avversi inviati dalle unità aziendali di gestione del rischio clinico”.*

Il linguaggio è ormai cambiato da tempo in letteratura medica e giuridica, si deve parlare di “rischi ed eventi avversi” senza pre-giudizi che subito definiscano aprioristicamente e per forza “errori” commessi dai sanitari gli esiti sfavorevoli al paziente - spiegano i ginecologi -. Lo scopo del monitoraggio e raccolta dati è identificare le fonti responsabili di rischi ed eventi avversi, individuare l' incidenza e ricorrenza e predisporre misure per evitare la reiterazione. Non si deve associare sempre e comunque un rischio o evento avverso a “colpa” dei sanitari e un possibile risarcimento a loro carico. L' evento avverso può essere causato anche da carenze strutturali o organizzative dell' ente o da insufficiente organico, cause genetiche, patologie inevitabili e imprevedibili, non necessariamente “colpa professionale”.

Sempre al **comma 4**: *dopo la parola “contenzioso” aggiungere: “inviati ogni semestre dalle Aziende Sanitarie”.*

Occorre prevedere - si spiega - la trasmissione dei dati da parte delle Aziende alla regione di competenza.

Art. 3
Al **comma 2**: *dopo la parola “relativi” eliminare le parole: “errori sanitari” ed inserire: “ai rischi ed eventi avversi trasmessi dalle unità aziendali di gestione del rischio clinico”.*
Dopo le parole “rischio sanitario” inserire : “il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure”,

L'istituzione di un vero e proprio sistema deve raccordare le unità di gestione del rischio clinico a livello aziendale con i Centri (o Agenzie) regionali e l'Agenzia-Osservatorio Nazionale. Solo un “sistema” aziendale – regionale – nazionale consentirà di fruire dei dati raccolti e individuare le fonti-cause degli eventi avversi e dei rischi per evitare la reiterazione, nonché emettere direttive e raccomandazioni per avere modelli più omogenei e sicuri nell'erogazione delle cure ed evitare il più possibile danni ai pazienti - spiega l'Aogoi -. Per una corretta terminologia occorre parlare di rischi ed eventi avversi e non “errori”.

Al **comma 4**: dopo le parole 2010 inserire: *“l'AGENAS nell'ambito dell'Osservatorio svolge le funzioni di cui all'Intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008, nonché attività di supporto al Ministero della Salute, alle Regioni e alla P.A. per le iniziative relative alla gestione del rischio clinico, promuovendo reti collaborative ed informative, promuovendo l'implementazione e il monitoraggio a livello nazionale delle buone pratiche per la sicurezza del paziente, favorendo l'omogeneità dei modelli organizzativi regionali e aziendali di gestione del rischio clinico dopo la loro valutazione, promuovendo l'attività regolamentare in materia di rischio clinico, anche avvalendosi della collaborazione delle società scientifiche.*

Per Aogoi le competenze dell'Agenas meglio specificate consentiranno di migliorare il sistema di gestione del rischio clinico.

Art. 5
Dopo la parola “(SNLG)” sopprimere da “e pubblicate fino a sanità” e sostituire: “aggiornate e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di sanità, sotto la vigilanza del Ministero della Salute”.

A parere di Aogoi il contenuto della disposizione così semplificata sembra più chiaro, perchè è necessario un coordinamento a cura del Ministero.

Art. 6 bis
(Disposizioni processuali penali)
*Per i reati di lesioni ex art. 590 cp e seg. di omicidio colposo ex art. 589 cp e seg. e/o ogni altra ipotesi criminosa collegata a responsabilità professionale medico-sanitaria, si procede attraverso l'**Udienza Preliminare**.*
Nel caso di responsabilità professionale medico-sanitaria, l'assicuratore del professionista può essere citato nel processo penale a richiesta dell'imputato.

Nei processi per responsabilità medica anche di lesioni oltre che di omicidio colposo deve procedersi con l'udienza preliminare per consentire attraverso l'udienza filtro di accertare i casi più evidenti di innocenza dell'indagato, evitando la sofferenza del giudizio (così come avviene per i giornalisti sent. Corte Costituzionale 68/91 per i reati di diffamazione a mezzo stampa), spiegano i ginecologi.
Inoltre, la possibilità di citare direttamente nel giudizio penale, l'assicurazione del professionista come avviene per i sinistri stradali, offre maggiori garanzie sia per gli operatori sanitari che per i pazienti specie nelle ipotesi procedibili a querela dove può essere favorita la composizione bonaria e la remissione della querela. Ciò anche in relazione all'obbligo sancito dall'art. 8. per cui i professionisti avranno l'onere di una personale assicurazione.

Art. 8
Al **comma 1**: *dopo la parola “azione” aggiungere: “innanzi al giudice civile”.*

La disposizione, si spiega, non può valere in sede penale.

Art. 9
Al **comma 2**: *dopo le parole “a titolo stragiudiziale” aggiungere: se l'esercente la professione sanitaria ha partecipato alle trattative stragiudiziali e consentito all'esito.*
Al **comma 5**: *sostituire le parole “al giudice ordinario” con “alla Corte dei Conti” e sopprimere le parole “ed è esclusa....fino a Corte dei Conti”.*
Al **comma 7**: *eliminare le parole “argomenti di prova” e sostituire con “elementi”.*

L'attuale formulazione, si spiega, può esporre il professionista a un grave inconveniente: la struttura dopo una trattativa stragiudiziale risarcisce il paziente senza informare il medico o il sanitario e poi esercita la rivalsa chiedendo le somme al professionista (o informa la Corte dei Conti). Il professionista non ha partecipato alle trattative nemmeno per opporsi o difendersi.
La Corte dei Conti, inoltre, offre garanzia di terzietà rispetto al giudice civile che può valutare anche obiettivamente la sentenza del giudice civile di condanna del medico, valutare i profili organizzativi delle strutture e l'eventuale concorso delle strutture nella produzione del danno, esercitando anche un potere “riduttivo” dell'entità del risarcimento. Tali principi giuridici non solo applicabili da parte del giudice ordinario se il giudizio di rivalsa è incardinato in ambito civilistico per cui l'eventuale condanna dei professionisti in favore della struttura sarebbe in solido e per l'intera somma, nonché trasmissibile agli eredi, al contrario di ciò che accade presso la Corte dei Conti (art. 1 L20/1993).

Art. 10
Al **comma 1**: *dopo la parola “per danni cagionati” aggiungere:*

“a terzi, per carenze strutturali, organizzative, di presidi, di organico, imputabili alla gestione dell'ente o cagionati...”

A giudizio di Aogoi le attuali polizze assicurative coprono **solo** la responsabilità professionale del **medico** o sanitario per sua negligenza, imprudenza, imperizia e **non già quella diretta e autonoma dell'ente stipulante** (ad es. per deficit organizzativo o strutturale), mentre un gran numero di eventi avversi è imputabile **a carenze strutturali, organizzative, mancato approntamento del sistema di monitoraggio dei rischi ed eventi avversi**.

Oggetto della copertura assicurativa o analoga misura ai sensi dell'art. 27 L. 114/2014, aggiunge Aogoi, **deve** essere il **risarcimento del danno** che, per effetto di inadempimento o di altro comportamento, di natura colposa, sia derivato a terzi per fatto comunque riconducibile alla responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che ha erogato la prestazione, **non solo quando cagionato da condotte colpose dei medici ed operatori sanitari, ma anche quando cagionato da condotte colpose degli amministratori dell'ente per carenze organizzative, strutturali, di presidi e/o di organico**. Ciò può comportare una differenziazione delle richieste risarcitorie e un deflattivo del contenzioso medico-legale verso i sanitari.

Al **comma 3**: *dopo la parola “assicurazione” aggiungere “per colpa grave”*
Va eliminato il dubbio che i sanitari dipendenti di una struttura pubblica o privata accreditata siano costretti a contrarre anche un'assicurazione “primo rischio”.

Agoni qui sottolinea come occorra specificare di quale tipo di assicurazione trattasi.

Art. 13
Al **comma 1**: *dopo le parole: “introduttivo del giudizio” aggiungere: “le strutture sanitarie comunicano all'esercente la professione sanitaria l'avvio di trattative stragiudiziali con il paziente, con invito a prenderne parte”.*
“L'omissione o l'incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa”.

Viene qui spiegato come con l'attuale testo, si consente alla struttura sanitaria di risarcire il paziente per via stragiudiziale senza alcun obbligo di comunicazione al professionista, il quale può quindi ricevere, ad accordo concluso, una richiesta di rivalsa senza che in precedenza gli sia stata data la possibilità di prendere parte alla “trattativa” e, soprattutto, di portare le proprie ragioni e difendersi evitando l'esborso.

Art. 14

Al **comma 7**: *eliminare da : “ed il regresso … fino a sinistro”*

E' stato sostituito il “Fondo vittime da alea terapeutica” con il fondo che interviene ad integrazione quando la polizza del professionista o del sanitario sia insufficiente. Questo articolo, secondo Aogoi, potrebbe incentivare i pazienti a chiedere risarcimenti elevati, tenuto conto che se non basta la polizza del sanitario o dell'ente c'è il fondo... inoltre il fondo ha azione di regresso e quindi va ad aggredire il patrimonio personale del sanitario.

Art. 15
*Al **comma 1**: si propone di eliminare la parola “complessi” sostituendo con “ problemi tecnici inerenti specifiche discipline”.*

A parere di Aogoi occorre garantire sempre la nomina dei CT specialisti accanto al medico legale nei processi per responsabilità professionale in sanità perchè le complesse istruttorie ed indagini peritali chiamano in causa competenze specialistiche di settore che necessitano di esperti della singola branca accanto al medico legale.

Giovanni Rodriquez

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 6.600
Diffusione 01/2016: 5.816
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. Sicilia

Quotidiano di Sicilia

Dir. Resp.: Carlo Alberto Tregua

18-MAR-2016
da pag. 3
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Sanità
Dialogo medico-paziente
Servizio a pagina 3

Tumori, ruolo terapeutico del dialogo medico-paziente

Il 78% dei pazienti giudica positivamente il dialogo con il proprio oncologo (per il 41% è ottimo e per il 37% è buono). Una relazione di fiducia che ha chiare conseguenze, visto che il 68% dei malati ha acquisito maggiore consapevolezza su temi che spaziano dalle terapie, alla riabilitazione e al disagio psicologico

Un'indagine Usa rivela che in media il medico interrompe il malato dopo soli 27 secondi. Il sondaggio è stato effettuato su 150 pazienti

Per l'83% il cancro oggi fa meno paura grazie a terapie sempre più efficaci

ROMA - I miglioramenti significativi registrati sul fronte della sensibilizzazione del cittadino, della prevenzione, insieme con gli enormi passi in avanti compiuti dalla medicina nella lotta ai tumori, hanno permesso di raggiungere percentuali di guarigione che, come ha sottolineato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin in occasione della presentazione della Settimana nazionale della prevenzione oncologica che si concluderà il prossimo 21 marzo, "erano insperabili fino a pochi anni fa".

Adesso, però, è stata posta finalmente l'attenzione su un altro aspetto assai significativo ma puntualmente sottovalutato: il dialogo medico-paziente. Un dettaglio, tutt'altro che trascurabile, che potrebbe andare a migliorare ulteriormente il tasso di guaribilità passato in quindi anni dal 40% al 60% attuale.

Il sondaggio effettuato su 150 pazienti e condotto dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha permesso di dimostrare l'efficacia "terapeutica" della comunicazione.

Il 78% dei pazienti giudica positivamente il dialogo con il proprio oncologo (per il 41% è ottimo e per il 37% è buono). Una relazione di fiducia che ha chiare conseguenze, visto che il 68% dei malati ha acquisito maggiore consapevolezza su temi che spaziano dalle terapie, alla gestione dei disturbi legati alla neoplasia, alla riabilitazione fino allo stress e al disagio psicologico. E per l'83% il cancro oggi fa meno paura grazie a terapie sempre più efficaci.

"La *riscoperta* della comunicazione - ha commentato Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), è una vera e propria rivoluzione. Negli ultimi anni sono stati introdotti incredibili strumenti di cura ma spesso si è perso il rapporto col paziente".

Un'indagine condotta negli Stati Uniti ha evidenziato che in media il medico interrompe il paziente dopo solo 27 secondi che parla. Questo la dice lunga sul cammino, ancora tutto in salita, verso un atteggiamento di maggiore ascolto e di maggiore attenzione nei confronti del malato.

È infatti ancora troppo presto per affermare che tutte le barriere sono state superate: secondo il sondaggio Aiom, il 64% dei pazienti ritiene di essere discriminato e che vi sia ancora uno stigma (a livello sociale e lavorativo) nei confronti delle persone colpite dal cancro. E la scrittura, come il dialogo medico-paziente, può aiutare a sconfiggere questi pregiudizi, fino a rappresentare una vera e propria terapia per l'81% dei malati: questo è quanto è emerso dalla rubrica di medicina narrativa del Canale Salute e Benessere dell'Ansa in collaborazione con l'Associazione di oncologia medica (AIOM). "Si può vincere", è il titolo della rubrica dedicata alle storie di tutti quei pazienti affetti da malattie oncologiche che hanno combattuto e vinto la loro più grande battaglia.

Nel 2015 in Italia sono state stimate 363.300 nuove diagnosi. "Sempre più pazienti - spiega il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom - manifestano la necessità di conoscere le storie di chi ha vissuto in prima persona la stessa esperienza. Dobbiamo utilizzare tutti gli strumenti perché questi cittadini siano consapevoli di dover affrontare una battaglia difficile ma da cui possono uscire vincitori.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 6.600
Diffusione 01/2016: 5.816
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. Sicilia

Quotidiano di Sicilia

Dir. Resp.: Carlo Alberto Tregua

18-MAR-2016
da pag. 3
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Oggi infatti il 60% delle persone colpite si lascia la malattia alle spalle e armi sempre più efficaci consentono di allungare la sopravvivenza e di cronicizzare la malattia. Ad esempio l'immuno-oncologia, grazie al suo meccanismo d`azione innovativo, stimola il sistema immunitario e ferma la malattia per un lungo periodo". Più della metà dei pazienti (57%) ha dichiarato di aver letto un racconto sull'esperienza di malattia scritto in prima persona e diagnosi e terapie sono gli argomenti che suscitano maggiore interesse.

La condivisione dell'esperienza, la possibilità di ascoltare il racconto di chi ha patito le stesse sofferenze, lo stesso senso di sfiducia, possono svolgere un ruolo fondamentale nel processo di cura. "La narrazione - ha sottolineato il prof. Ricciardi, - è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere ed integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura".

"L'oncologo - ha detto il prof. Pinto - deve sempre più tenere in considerazione le esigenze della persona assistita e dei familiari. Il dialogo medico-paziente è parte fondamentale della terapia ed è nostro compito ricercare il difficile equilibrio fra comunicazione della diagnosi e del percorso di cura, rispetto delle decisioni del paziente e assunzione della migliore decisione terapeutica, che consideri le volontà e le aspettative per la vita di ogni cittadino. Il giorno in cui una persona scopre di avere il cancro non è più un giorno 'qualunque', ma apre una nuova fase perché cambia 'diversamente' il valore attribuito alla vita e al futuro. Preoccupa però lo stigma che ancora circonda tutte le persone colpite, a 360 gradi. Clinici, cittadini e Istituzioni devono impegnarsi per eliminare l'impronta negativa ancora legata a questa malattia".

Patrizia Penna
Twitter: @PatriziaPenna

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Salute Domani
Il portale del benessere

18-03-2016

http://www.salutedomani.com/

Lombardia in prima linea contro il melanoma

La Lombardia, impegnata nella lotta contro i tumori grazie alle eccellenze sanitarie operanti sul territorio, aderisce alla prevenzione primaria del melanoma, il più aggressivo e temuto tumore della pelle.

Le scuole elementari lombarde sono state scelte per ospitare la settima tappa del progetto educazionale di prevenzione primaria nell'ambito della campagna "Il Sole per amico", promossa da IMI - Intergruppo Melanoma Italiano in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione e con il patrocinio del Ministero della Salute, dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica - AIOM e della Regione Lombardia, resa possibile grazie ad un'erogazione di Merck & Co., per il tramite della sua consociata italiana MSD.

«*La campagna nasce per risvegliare e far crescere l'attenzione dell'opinione pubblica sul melanoma e sui rischi legati ad una non corretta esposizione, coinvolgendo in particolare i bambini in età scolare e le loro famiglie* – dichiara Paola Queirolo, Presidente IMI - Intergruppo Melanoma Italiano e Responsabile DMT Melanoma e Tumori cutanei all'IRCCS-AOU San Martino-IST di Genova – *la campagna nazionale, promossa da IMI, ha per la prima volta come protagonisti i bambini delle scuole elementari e i loro genitori, passaggio per noi cruciale considerato l'aumento dell'incidenza dei tumori della pelle proprio tra i più giovani e visto che le scottature da esposizione solare in età pediatrica rappresentano uno dei principali fattori di rischio*».

L'obiettivo quindi è insegnare ai più piccoli il modo giusto di prendere il sole e proteggere la propria pelle, attraverso incontri con i dermatologi e gli oncologi che entrano nelle classi, un cartoon con protagonista il simpatico alieno Rey e altri strumenti didattici.

«*Oggi sappiamo che, insieme con la diagnosi precoce, la prevenzione è una potente arma difensiva* – dichiara Roberto Maroni, Presidente della Regione Lombardia e Assessore al

Welfare – *e l'educazione svolge un ruolo cruciale: obiettivo imprescindibile è insegnare ai ragazzi che la salute è un bene prezioso e l'attenzione al proprio corpo è una forma di responsabilità. Per iniziare fin da oggi a mettere l'ennesimo, importante tassello nella costruzione degli adulti del futuro*».

La Regione Lombardia ha aderito al progetto educazionale promosso dall'IMI con la partecipazione di 16 scuole primarie dislocate su tutto il territorio regionale.

«*Iniziative di tale portata sono un orgoglio per la Regione Lombardia* – dichiara **Fabio Angelo Fanetti**, Componente III Commissione permanente "Sanità e politiche sociali" della Regione Lombardia – *perché è attraverso queste attività di ricerca, formazione e informazione e, soprattutto, investendo nell'educazione e prevenzione dei più giovani, che è possibile dare vita ad una corretta cultura verso un Servizio Sanitario Regionale di altissima qualità*».

Il ruolo della scuola è fondamentale per trasmettere l'educazione e le conoscenze indispensabili per l'adozione di comportamenti salutari e per diffondere la cultura della prevenzione tra la popolazione e in particolare tra i bambini in età scolare e le loro famiglie: in questa chiave è nata la collaborazione sulla campagna tra IMI e Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

«*L'iniziativa promossa dall'IMI si inserisce in un quadro più ampio di azioni sostenute dall'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, che riguardano la promozione della salute e si fondano su una collaborazione pluriennale tra servizi socio-sanitari di Regione Lombardia e mondo della scuola* – afferma Delia Campanelli, Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia – *anche la campagna "Il Sole per amico", che è stata fortemente sostenuta e promossa nelle scuole della Lombardia, si caratterizza quale esempio di un messaggio positivo, orientato alla prevenzione, all'acquisizione di conoscenze e allo sviluppo di competenze fondamentali per la riduzione del rischio e delle problematiche determinate da stili di vita inadeguati e scorretti*».

La campagna "Il Sole per amico" coinvolge in un impegno comune tutti i cittadini, le Istituzioni e i medici del territorio lombardo dal momento che la prevenzione del melanoma è una priorità per le politiche sanitarie, nazionali e regionali, e per la salute pubblica.

I bambini italiani sono molto esposti al sole e sono anche poco protetti, secondo quanto riportato da uno studio condotto nei primi anni 2000. I buoni comportamenti, come quello di non prendere il sole nelle ore centrali della giornata e di proteggere la pelle, s'imparano sin da piccoli perché è proprio la fascia pediatrica che rischia di più a causa di un'esposizione solare non protetta e le scottature riportate nei primi anni di vita condizionano da adulti l'evoluzione del melanoma. Se si vuole attuare una vera prevenzione primaria e si vuole che questa sia efficace, bisogna cominciare dai più piccoli.

«*Ripetute ustioni nell'infanzia determinano un danno cumulativo per la pelle, che può comportare lo sviluppo di melanoma anche a diversi anni di distanza* – sottolinea Michele Del Vecchio, Dipartimento di Oncologia Medica della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano – *è fondamentale promuovere un'adeguata sensibilizzazione nei bambini e in tutti coloro che ruotano attorno all'infanzia, genitori e insegnanti, affinché una corretta conoscenza del problema e conseguenti aggiustamenti comportamentali già a questa età,*

possano consentire una adeguata ed efficace prevenzione primaria».

L'incidenza del melanoma è più che raddoppiata negli ultimi 15 anni: in Italia sono oltre 100.000 le persone colpite e oltre 10.000 i nuovi casi ogni anno.

«*Si stima che l'incidenza del melanoma sia in continuo incremento in entrambi i sessi*» menziona Alessandro Testori, Direttore Divisione Chirurgia Dermatoncologica, Istituto Europeo di Oncologia di Milano. «*Dal 1994 in avanti l'incidenza nei maschi è aumentata molto più rapidamente che nelle femmine; è stata circa il 30% più alta rispetto alle femmine nel 2015. La mortalità invece è in diminuzione come risultato delle diagnosi precoci e dell'alta sopravvivenza dei pazienti con melanoma*».

Ma "Il Sole per amico" non è soltanto una campagna di prevenzione primaria che coinvolge 150 scuole in Italia, decine di migliaia di bambini e genitori e centinaia di insegnanti. È anche uno studio epidemiologico per valutare conoscenze e comportamenti della popolazione.

«*Nel complesso si tratterà di uno degli studi più ampi mai condotti e con la proiezione temporale più lunga* – dichiara Luigi Naldi, Presidente Centro Studi GISED - Gruppo Italiano Studi Epidemiologici in Dermatologia e Dermatologo presso l'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo – *i risultati verranno confrontati con una fase di studio precedente, denominata SoleSi-SoleNo, condotta nel biennio 2000-2002. Sarà possibile ottenere dati sul trend di esposizione al sole e sulle modalità di protezione nei bambini in un lungo arco di tempo e si potrà valutare se esiste una correlazione tra conoscenza e comportamenti. Questi dati saranno importanti per dare un valore a quanto si sta facendo, misurando gli effetti ottenuti e orientando interventi futuri*».

L'attività educazionale all'interno delle scuole lombarde è strutturata con incontri tra bambini, insegnanti, genitori, dermatologi e oncologi che spiegheranno in un linguaggio a misura di bambino le semplici regole che bisogna seguire per difendere la pelle ed esporsi al sole in sicurezza. Oltre ai materiali informativi cartacei e digitali, il protagonista di un cartoon, Rey, un alieno catapultato sulla spiaggia da un'astrobolla solare, svelerà ai bambini i segreti per esporsi al sole in maniera corretta.

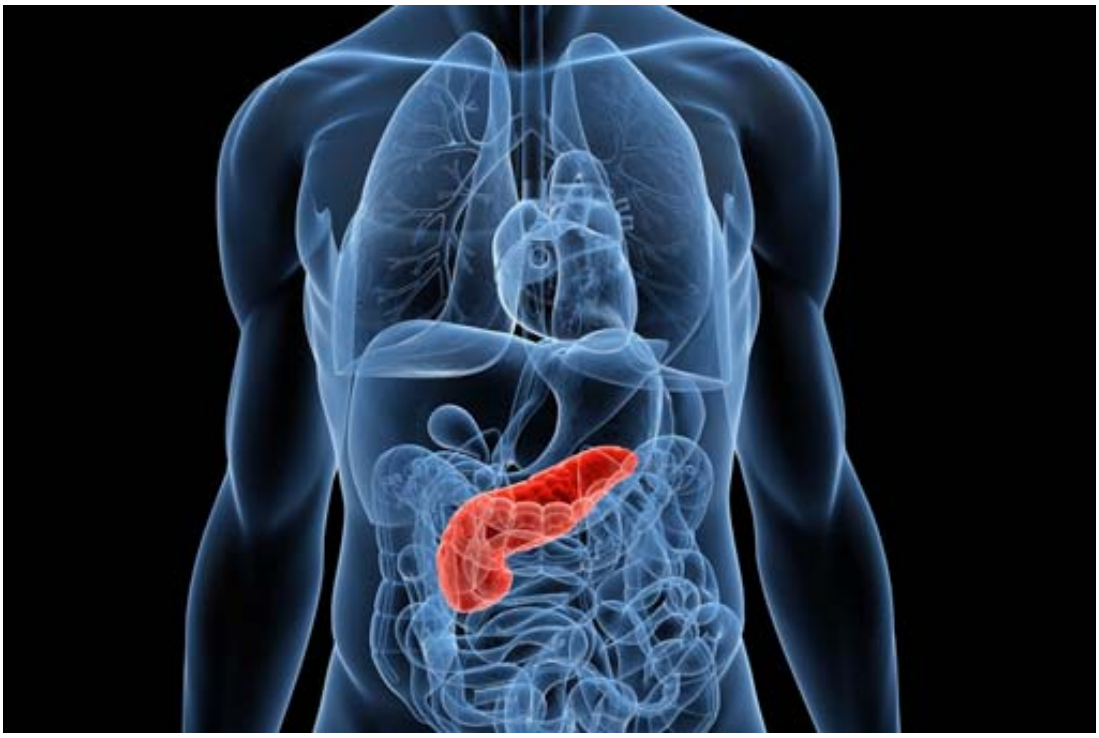
Prevenzione primaria, ma anche ricerca sono alla base della partnership che vede IMI e MSD Italia insieme per la campagna nazionale "Il Sole per amico" per promuovere i comportamenti corretti in grado di prevenire il melanoma tra gli adulti di domani. «*I tumori della pelle e il melanoma in particolare rappresentano una grave minaccia per la salute di milioni di persone e per la sostenibilità dei Servizi Sanitari* – dice Goffredo Freddi, Responsabile Comunicazione e Relazioni Esterne MSD Italia – *le campagne di sensibilizzazione sono fondamentali per creare e diffondere la cultura della prevenzione, specie quando coinvolgono i bambini in età scolare e le loro famiglie. MSD come consociata di Merck & Co., ha deciso di sostenere questa iniziativa promossa da IMI proprio perché interviene molto precocemente nell'educazione delle persone, evitando che si inneschino processi patologici tali da favorire una maggiore probabilità di sviluppare il melanoma in età adulta*».

Le risorse e gli strumenti educazionali della campagna per le scuole primarie sono accessibili attraverso il sito www.ilsoleperamico.it

Il Sole per amico è anche su Facebook: www.facebook.com/ilSoleperamico

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Tumore al pancreas, continuano gli studi di fase III su vaccino terapeutico



16 marzo 2016

Continuano gli studi di fase III sul vaccino terapeutico contro il tumore del pancreas. Si tratta dei trial IMPRESS: "Immunotherapy for Pancreatic Resectable cancer Survival Study", uno studio di fase III che ha arruolato pazienti con tumore al pancreas sottoposti a resezione chirurgica e PILLAR "Pancreatic Immunotherapy with algenpantucel-L for Locally Advanced non-Resectable" che ha arruolato pazienti con tumore al pancreas localmente avanzato. Entrambi i trial hanno completato l'arruolamento dei pazienti e i primi risultati saranno disponibili entro la fine di quest'anno.

Come funziona
Algenpantucel-L è un vaccino terapeutico sperimentale per il tumore al pancreas sviluppato attraverso la piattaforma di NewLink Genetics denominata HyperAcute. Algenpantucel-L è costituito da due linee cellulari del tumore al pancreas (HAPa-1 and HAPa-2) modificate geneticamente per esprimere carboidrati alfa-gal su alcune molecole che si trovano sulla superficie cellulare. Dopo l'iniezione delle cellule nel paziente, i carboidrati alfa-gal stimolano una risposta immunitaria contro antigeni specifici del tumore al pancreas presenti nelle cellule tumorali. In pratica, il sistema immunitario del paziente viene stimolato ad attaccare le cellule tumorali e a distruggerle.

Studio IMPRESS
IMPRESS è uno studio di fase III randomizzato, in aperto, lanciato nell'aprile del 2010, che ha arruolato 720 pazienti. I partecipanti sono stati sottoposti a resezione chirurgica del tumore e successivamente randomizzati a ricevere un regime adiuvante costituito dal vaccino (18 immunizzazioni alla dose da 300 milioni di cellule) più gemcitabina (1000 mg/m2/d, una volta alla settimana per tre settimane) con o senza 5 fluoro uracile (5-FU) (200-250 mg/m2/d per 5,5 settimane) con radiazione o gemcitabina con o senza chemioradiazione con 5-FU.

L'endpoint primario dello studio era la sopravvivenza generale (OS). L'analisi dei dati è attualmente in corso. Ad oggi gli autori riportano un profilo di sicurezza positivo con solo un episodio di irritazione al sito di iniezione osservato.

L'età media dei partecipanti era pari a 65 anni e il 52% dei soggetti arruolati era di sesso maschile, con l'80% dei tumori rimossi dalla testa del pancreas. Il 70% dei pazienti aveva uno status nodale positivo e il 55% presentava un tumore di dimensioni superiori ai 3 cm.
La seconda analisi ad interim dello studio ha dimostrato una OS media di 28,5 mesi dal tempo della randomizzazione per entrambe le coorti complessivamente.

Nello studio precedente di fase II, dopo un follow up medio di 21 mesi, la sopravvivenza senza malattia (DFS) era del 62% e la OS a 12 mesi era dell'86%. La DFS media era di 14,1 mesi. In questo studio, 34 pazienti avevano presentato una recidiva di malattia. Gli eventi avversi di grado 1 e 2 più frequenti erano fatigue e reazioni al sito di infezione. Il 12% dei partecipanti aveva presentati eventi avversi di grado 3 e 4 che includevano fatigue, reazioni e dolore al sito di iniezione e linfopenia.

Studio PILLAR
Lo studio PILLAR, lanciato nell'ottobre del 2012, è un trial in aperto, randomizzato che ha arruolato 280 pazienti con tumore localmente avanzato non resecabile trattati con FOLFIRINOX o gemcitabina/nab paclitaxel con o senza algenpantucel-L.

L'endpoint principale dello studio era la OS, mentre la sopravvivenza senza progressione (PSF), la sicurezza e la risposta anticorpale contro il vaccino erano gli endpoint secondari. L'arruolamento dei partecipanti di questo studio è stato completato lo scorso dicembre.

"Il vaccino consiste in una nuova immunoterapia con meccanismo d'azione differente rispetto agli agenti immunoterapici nivolumab e pembrolizumab che inibiscono i checpoint immunitari", spiegano gli autori degli studi.

NewLink Genetics spiega che la sua piattaforma per lo sviluppo di immunoterapie è in grado di trarre vantaggio dalla risposta iperacuta del sistema immunitario che è metabolicamente attiva e utilizza l'intera cellula con multipli antigeni. La risposta immunitaria risultante consiste in anticorpi attivati, cellule T e eosinofili.

"In base ai primi dati, spiegano gli autori, il vaccino funziona meglio se somministrato dopo che il tumore è stato rimosso, anche perché il sistema immunitario è più potente quando è presente una quantità ridotta di cellule tumorali", spiegano gli esperti. "Il risultato più interessante, per ora, riguarda lil profilo di sicurezza e tollerabilità del vaccino che si è dimostrato positivo in combinazione alle cure standard", concludono gli autori.

[chiudi questa finestra]

CORRIERE DELLA SERA.it

18-03-2016

Lettori
57.304

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

Tumore del pancreas, 9 italiani su 10 operati in centri con poca esperienza

Si tratta di interventi difficili, eseguiti in oltre 500 ospedali nel nostro Paese, ma in più di 400 il chirurgo tratta meno di 3 pazienti ogni anno. Il rischio di morte o complicanze è maggiore per chi tratta pochi casi

di Vera Martinella

Nove ospedali italiani su dieci non hanno esperienza sufficiente per operare pazienti con un tumore «difficile» come quello del pancreas, ciononostante procedono con l'intervento chirurgico. A scattare la preoccupante fotografia è un'indagine condotta dall'Associazione Italiana per lo Studio del Pancreas (AISP), dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e dal Centro di ricerca (CERGAS) dell'Università Bocconi di Milano,pubblicata su HPB, la rivista dell'Associazione Mondiale per la Chirurgia epato-bilio-pancreatica. Molti studi scientifici lo hanno dimostrato negli ultimi anni: la sopravvivenza dei malati di cancro è di gran lunga migliore quando vengono seguiti in centri specializzati, dove possono essere curati da un team di medici multidisciplinare e da personale che abbia esperienza, importantissima soprattutto per i casi più complessi.

I malati operati da chi ha poca esperienza hanno maggiori rischi di morire

Ricerche precedenti hanno documentato che quando l'asportazione di un carcinoma pancreatico viene eseguita in ospedali con scarsa esperienza, i pazienti hanno un notevole aumento del rischio di mortalità operatoria e hanno una ridotta sopravvivenza a lungo termine. Per questo tutte le linee guida nazionali e internazionali suggeriscono di riservare questa chirurgia agli ospedali con molta esperienza (i cosiddetti "ospedali ad alto volume" chirurgico) e alcuni Paesi hanno deciso di regolamentare la chirurgia pancreatica per legge: in Inghilterra, per esempio, sono solo una ventina gli ospedali autorizzati ad eseguire interventi sul pancreas, e in Germania soltanto le strutture che eseguono almeno 10 resezioni pancreatiche all'anno possono praticare questa chirurgia. «In Italia invece non ci sono direttive in merito e ogni ospedale, seppur piccolo e senza adeguata esperienza, è legittimato ad offrire al malato con tumore

del pancreas un trattamento chirurgico - spiega Gianpaolo Balzano, dell'Associazione Italiana per lo Studio del Pancreas (AISP) e responsabile Unità Funzionale di Chirurgia del Pancreas all'Ospedale San Raffaele di Milano -. Ma per garantire a tutti i pazienti con tumore del pancreas un accesso a cure adeguate è necessario regolamentare l'offerta anche nel nostro Paese».

Un tumore ancora letale: 12.500 nuove diagnosi ogni anno in Italia

Con 12.500 nuove diagnosi ogni anno in Italia, quello del pancreas è uno dei tumori che, a ragione, fanno più paura: è particolarmente aggressivo, spesso viene diagnosticato quando è ormai già inoperabile e in uno stadio avanzato, tanto difficile da curare che solo 8 pazienti su 100 sono vivi a cinque anni dalla diagnosi. Questa neoplasia miete ancora ogni anno moltissime vittime e secondo le stime più recenti le cose sono destinate a peggiorare: se già oggi nel nostro Paese è tra le prime quattro cause di morte per cancro, si prevede che nel 2020 arriverà al secondo posto di questa poco ambita classifica. E se proprio nei giorni scorsi un team internazionale di scienziati è riuscito a tracciare l'identikit della malattia individuando l'esistenza di quattro diversi sottotipi finora sconosciuti, l'asportazione completa del tumore resta l'unico trattamento che può portare ad una guarigione, ma la chirurgia pancreatica (per la posizione dell'organo, la sua struttura, la presenza di numerosissime complicazioni) è una pratica molto difficile.

408 ospedali italiani fanno meno di tre resezioni pancreatiche all'anno

Per la loro indagine i ricercatori hanno messo sotto la lente di ingrandimento quasi 11mila interventi chirurgici eseguiti per cancro del pancreas in Italia in un periodo compreso tra il 2010 e il 2012. È emerso che ben 544 ospedali italiani operano malati con tumore del pancreas e che il 90 per cento di questi centri ha una esperienza chirurgica insufficiente per offrire un trattamento adeguato. In particolare 408 ospedali eseguono meno di tre resezioni pancreatiche all'anno (volume di chirurgia pancreatica molto basso) e 76 ospedali ne eseguono meno di nove (volume di chirurgia pancreatica basso). «Dallo studio sono emerse le gravi conseguenze del trattamento chirurgico eseguito negli ospedali con esperienza insufficiente – prosegue Balzano -, che possono essere riassunte in cinque punti. Primo, il malato ha un maggior rischio di morire per gli interventi di asportazione del tumore: l'11,7 per cento negli ospedali con minore esperienza contro il 3,8 per cento negli ospedali con maggiore esperienza. Secondo, il paziente ha una minore probabilità che il chirurgo riesca a eliminare il tumore quando è operato negli ospedali "meno preparati". Terzo, il pericolo di morte sale anche per le operazioni in cui il tumore non viene asportato: 10,6 per cento negli ospedali a minor volume contro il 4,6 dei più grandi. Quarto, è stato riscontrato un eccesso di interventi chirurgici palliativi o esplorativi (nel 63 per cento negli ospedali a minor volume contro il 24 di quelli più esperti), cioè di interventi che potevano essere evitati con l'utilizzo di procedure endoscopiche o con una più accurata stadiazione del tumore. Quinto, tutto ciò comporta uno spreco di risorse per il servizio sanitario dovuto all'eccesso di interventi evitabili: abbiamo calcolato circa 9 milioni di euro nel periodo di studio».

Fondamentale garantire al paziente l'accesso ai centri di alta specialità

«In Italia c'è la necessità di monitorare e incrementare l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera - commenta Flavia Carle, dirigente della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e Docente di Statistica medica all'Università Politecnica delle Marche -. Per i casi complessi è fondamentale garantire al paziente l'accesso ai centri di alta specialità, che possono offrire un più elevato standard di cure. Studi come questo, su casistiche italiane, sono fondamentali per produrre le evidenze scientifiche indispensabili per l'emanazione e l'aggiornamento continuo dei provvedimenti normativi di programmazione sanitaria da parte del Ministero della salute, come il recente Regolamento sugli standard ospedalieri». «Se tutti i

pazienti fossero stati trattati nei centri con maggiore esperienza, avrebbero potuto essere risparmiati più di 3 milioni di euro all'anno - conclude Elena Cantù, che ha coordinato il gruppo di ricerca del CERGAS Bocconi -. Risorse che potrebbero essere reinvestite in formazione, sistemi di monitoraggio e miglioramento della qualità delle cure, o rimborsi per la mobilità dei pazienti e familiari, data la possibile necessità di essere curati lontani dal proprio domicilio».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 148.885
Diffusione 01/2016: 115.363
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

18-MAR-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

La «pillola del giorno dopo» senza prescrizione

SI TOGLIE LA RICETTA MA LA REALTÀ RESTA

di Filippo Maria Boscia* e Gian Luigi Gigli**

Caro direttore, nella Gazzetta Ufficiale n.52 del 3 marzo 2016 è stata pubblicata la determina Aifa del 1° febbraio 2016 con la quale a decorrere dal 4 marzo 2016 il regime prescrittivo della specialità medicinale Norlevo è stato modificato per le pazienti di età pari o superiore a 18 anni: da ricetta non ripetibile a medicinale senza obbligo di prescrizione medica (Sop). Non sorprende più la disinvoltura con la quale l'Aifa viene meno al rispetto delle norme di legge vigenti in Italia le quali – tutte – finalizzano la procreazione responsabile alla «tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento». Sorprende, semmai, che tutto questo avvenga nel silenzio del Governo e di un ministro che sappiamo avere a cuore il pieno rispetto di queste norme. Sia Norlevo che, ancor più, EllaOne (la pillola dei 5 giorni dopo) agiscono prevalentemente impedendo l'annidamento in utero del figlio, come la letteratura specifica ben evidenzia. Si tratta in sostanza di un micro-aborto, ma l'Aifa – anche ignorando il parere espresso dal Consiglio superiore di sanità, che lo ribadisce con chiarezza – insiste nel presentarli al pubblico come farmaci esclusivamente anti-ovulatori, capaci quindi solo di evitare il concepimento. Così facendo Aifa eroga deliberatamente informazioni ingannevoli sia verso la popolazione sia verso le stesse istituzioni. Nel liberalizzare la vendita di questi farmaci a prevalente azione anti-nidatoria e abortiva, e quindi non compatibili con le nostre leggi e i princìpi che a esse sottendono, Aifa dichiara di essere obbligata a osservare la decisione della Commissione europea, ma nemmeno questo corrisponde al vero. Infatti l'articolo 4 della Direttiva 2001/83/Ce – con il codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano – prevede che la disciplina sovranazionale non impedisce l'applicazione delle disposizioni nazionali che vietano o limitano vendita, fornitura o uso di medicinali a fini contraccettivi o abortivi. Aifa sa bene che né Norlevo né EllaOne prevengono l'ovulazione nei giorni più fertili del ciclo ma, al contrario, impediscono che l'utero diventi ospitale. E sa parimenti bene che EllaOne può essere efficacemente usato anche per causare l'aborto nelle prime settimane di gravidanza, esattamente come la molecola gemella Ru486, o mifepristone (www.sipre.eu). Nonostante questa consapevolezza, la Commissione tecnico-scientifica di Aifa e il suo direttore hanno deciso di liberalizzarne la vendita e di presentarlo come anti-ovulatorio. Alla violazione manifesta delle nostre leggi si aggiunge quindi un'offesa ancora peggiore e più violenta alla libertà di informazione e di libera scelta della donna e, in particolare, della donna più indifesa: l'adolescente, che di questi farmaci è la maggiore utilizzatrice, e che malgrado il persistente obbligo di ricetta a carico delle minorenni non incontrerebbe soverchie difficoltà a procurarsi confezioni del farmaco. Il testo del bugiardino inganna le donne, portandole a credere che questi farmaci impediscano l'ovulazione e il concepimento mentre prevalentemente agiscono impedendo che il figlio eventualmente concepito possa annidarsi in utero. Non solo: la possibilità di acquisto senza prescrizione medica contribuisce a banalizzare gli effetti collaterali, con pericolo maggiore se l'assunzione è ripetuta più volte nella convinzione che si tratti di un contraccettivo. Infine, non possono essere taciute le ricadute diseducative e i rischi di malattie sessualmente trasmissibili conseguenti a un comportamento sessuale promiscuo che l'idea stessa di una finta "contraccezione di emergenza" favorisce nella popolazione giovanile. Viene spontaneo chiedersi se Aifa, agenzia che ha il mandato istituzionale di tutelare la salute della popolazione e il diritto alla conoscenza del funzionamento dei farmaci, possa con questo comportamento ritenersi fedele ai propri compiti istituzionali. Su questo scottante argomento chiediamo ad Aifa e al Ministero della Salute di aprire un tavolo di discussione, per un confronto scientifico serio e aperto. Le pressioni industriali e commerciali che stanno dietro alcune decisioni delle autorità regolatorie possono essere facilmente immaginate. Tuttavia non è accettabile che in un Paese civile, che doverosamente sottopone a prescrizione medica anche antibiotici di uso comune, un farmaco che agisce anche come abortivo sia assimilato a un prodotto da banco.

**presidente dell'Associazione medici cattolici italiani*
***presidente del Movimento per la vita italiano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 6.562
Lettori Ed. I 2015: 28.000
Quotidiano - Ed. Venezia

CORRIERE DEL VENETO
VENEZIA E MESTRE

Dir. Resp.: Alessandro Russello

18-MAR-2016
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Moltiplicati i punti sul territorio

Avis, più donazioni Ma il test sul sesso spaventa i giovani

342
Le donazioni in più nel 2015 rispetto all'anno precedente

15
La percentuale dei donatori nella fascia compresa tra i 26 e i 35 anni

Controlli
Escluso chi ha avuto più partner, fatto tatuaggi o viaggi

VENEZIA «C'è carenza di sangue B negativo e lei può fare ancora una donazione. Le chiediamo il suo aiuto». L'ufficio di chiamata dell'Avis provinciale, attivato da quest'anno, funziona così. Nei momenti critici i donatori vengono contattati uno ad uno telefonicamente per coprire le esigenze trasfusionali dei vari ospedali. Non solo.

Nelle zone con un territorio più vasto come il sandonatese e il miranese gli uffici hanno aperto in diversi punti del territorio (22 punti prelievo, ad esempio, nell'Usl 10). E l'esito di questi cambiamenti si è visto: dopo cinque anni in cui le donazioni erano in forte calo hanno cominciato a risalire. Dal 2013 al 2014, tanto per fare un esempio, ne erano state perse 1586; dal 2013 al 2012 1977. Ora invece il trend è in risalita: dal 2015 al 2014 ci sono state 342 donazioni in più. Un piccolo aumento che considerato il saldo negativo dell'anno precedente segna un deciso passo avanti per l'Avis delle quattro Usl veneziane. In testa il punto raccolta di Mestre-Marghera, con 7248 donazioni, seguito da Venezia con 5018, da Chioggia con 4431 e da Mirano con 2672 per un totale nel 2015 di 49444 donazioni. «Il calo delle donazioni in passato era legato a diversi motivi — spiega Giorgio Brunello, presidente Avis provinciale di Venezia — uno su tutti la difficoltà di chiedere permessi al lavoro. Ma anche l'assenza di giovani che entrassero nel gruppo».

Su questo fronte le cose sono migliorate. Anche grazie alle campagne informative e alla diffusione sul territorio oggi i giovani under 25 sono il 12 per cento dei donatori. Un buon risultato che raggiunge però solo il 15 per cento nella fascia 26-35, che dovrebbe essere una delle più attive e si impenna al 26% in quella 36-45. Perché la reticenza della fascia di mezzo? Uno dei motivi potrebbe riguardare la stretta dei controlli sui comportamenti «a rischio» che vanno dall'assunzione di droghe ai rapporti sessuali non protetti. Una richiesta del Ministero della Salute nata per tutelare gli utenti ma che da novembre ha stretto le maglie dell'accesso alla donazione «cancellando» dall'elenco provinciale veneziano 2600 persone. Tra i motivi di esclusione ad esempio ci sono l'essere stato sottoposto a cure odontoiatriche ma anche aver avuto più partner sessuali negli ultimi quattro mesi, essersi fatto un tatuaggio, aver avuto un partner occasionale o aver fatto un viaggio in paesi esteri nell'ultimo mese, soprattutto se a rischio malattie.

Una griglia piuttosto stretta, che pare aver scoraggiato molti trentenni, anche per le domande del test che bisogna compilare. «Ci sono più controlli, è vero ma servono a tutelare la salute di chi riceve il sangue — spiega Brunello — il questionario da compilare è diventato più dettagliato e a volte spaventa un po' i potenziali donatori».

Alice D'Este

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 11/2013: 464.428
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA SETTE

Dir. Resp.: Pier Luigi Vercesi

18-MAR-2016
da pag. 116
foglio 1
www.datastampa.it

Piaceri&Saperi **Detti & Contraddetti** / di Luigi Ripamonti

C'è dissonanza cognitiva sui vaccini

Sussistono dubbi, ma circolano anche dicerie sui rischi legati alla somministrazione di antigeni. E spesso non si vuole capire

Il sistema immunitario dei piccoli è troppo immaturo: vaccinare i bambini presto è inutile e anche pericoloso perché si "sovraccaricherebbe" il loro sistema immunitario immaturo. È una delle tante affermazioni in circolazione a proposito dei vaccini. Detto, e subito contraddetto. Cominciamo con un'osservazione banale: quando un bambino viene al mondo passa da un ambiente sostanzialmente "chiuso" a uno nel quale viene subito in contatto con molti microorganismi, a cominciare da quelli presenti nel canale del parto, per continuare poi con tutto ciò che all'esterno proviene da oggetti, persone, animali e vegetali. Se il suo sistema di difesa non fosse capace di "gestire" questa situazione, il piccolo non potrebbe sopravvivere. Non solo, un neonato viene alla luce già dotato di anticorpi, che ha prodotto durante la vita fetale nei confronti di "agenti" che hanno attraversato la placenta, ne consegue che è già provvisto di un sistema in grado di mettere in atto una risposta immunitaria. Poiché i piani vaccinali prevedono le prime immunizzazioni a pochi mesi, non ha quindi molto senso temere che a quell'età il piccolo non possa ancora "servirsi" dei vaccini. Quanto al "sovraccarico" del sistema immunitario con troppi antigeni (le specifiche "sostanze" che inducono la fabbricazione di anticorpi) si può ricordare che il carico antigenico dei vaccini è molto basso rispetto a quello ambientale e che, in ogni caso, è molto diminuito nel tempo grazie ai progressi tecnologici. Chi legge questo articolo ed è nato negli anni Sessanta del secolo scorso è sopravvissuto nonostante abbia ricevuto oltre 3 mila antigeni per seduta quando è stato vaccinato contro vaiolo, poliomielite, difterite e tetano, mentre oggi un bambino che viene immunizzato contro parecchie più malattie ne riceve in media poco più di 60 per dose. Dovrebbe bastare a fare chiarezza almeno su questo punto, no? No: non c'è da farsi illusioni, perché bisogna fare i conti con la cosiddetta dissonanza cognitiva, fenomeno al quale si ascrivono le strategie di resistenza e di difesa che mettiamo in atto quando le informazioni che riceviamo sono "dissonanti" rispetto a ciò di cui siamo radicalmente convinti, e che per questo ci creano un disagio psicologico. Come ben spiegato nel libro *Vaccini, complotti e pseudoscienza* (Gruppo C1V edizioni), per esempio, «un genitore che non crede nei vaccini e non ha vaccinato i suoi figli, per proteggere le proprie radicate credenze e giustificare i suoi comportamenti tenderà a rifiutare qualsiasi evidenza sull'utilità dei vaccini». Potrebbe anche valere per chi ha convinzioni opposte? Certo, la differenza allora può farla solo il tentativo onesto di vagliare i propri giudizi su basi e dati solidi piuttosto che su passaparola (magari via web) fondati su frasi del tipo: «Io mio figlio non lo vaccino di certo, con tutto quello che si sente dire». Dire da chi? A ognuno la libertà di cercare di fare i conti con la propria dissonanza cognitiva, e non solo per il bene proprio, perché decidendo di vaccinarsi (o vaccinare) oppure no, non si decide soltanto per sé ma anche per gli altri. Perché i microorganismi verso cui ci si immunizza smettono di circolare e fare danni solo se trovano una resistenza diffusa (la cosiddetta "immunità di gregge"). Che cosa "dirà" la dissonanza cognitiva ora? Ma è ovvio: «I soliti mezzucci ispirati dalle multinazionali farmaceutiche per far sentire in colpa la gente».

I microorganismi verso cui ci si immunizza smettono di trasferirsi e di fare danni solo se trovano una resistenza molto diffusa

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2015: 38.777
Diffusione 12/2015: 9.898
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

18-MAR-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ

Molti impegni del governo, ma solo sospeso lo sciopero

I camici bianchi non sotterrano l'ascia di guerra, o meglio lo stetoscopio. È infatti sospeso ma non revocato lo sciopero generale che oggi e ieri avrebbe dovuto fermare ospedali e ambulatori di tutt'Italia, servizi essenziali esclusi.

Qualcosa è successo, un accordo firmato a Palazzo Chigi dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin sembra aver bloccato la deriva verso la privatizzazione delle prestazioni sanitarie tramite la lobby delle assicurazioni private e la loro cogestione della spesa, con la conseguente completa disarticolazione del sistema sanitario nazionale, complici i tagli lineari, il blocco del turn over e la tendenza delle Regioni a esternalizzare ciò che non possono pagare.

La vertenza non è risolta. Le venti sigle sindacali firmatarie della pre-intesa si mettono alla finestra, si danno tempo due mesi per verificare se gli impegni presi dalla ministra, dal sottosegretario alla presidenza del Consiglio Claudio Vincenti e dalla ministra della Pubblica amministrazione Marianna Madia troveranno una concretizzazione.

Per il momento si accontentano delle dichiarazioni della ministra Lorenzin che ancora ieri alla *question time* del Senato ha chiarito come il governo non voglia «assolutamente andare verso la privatizzazione del sistema sanitario nazionale». L'obiettivo a suo dire è quello di mantenere un modello universale e universalistico con accesso a cure e prestazioni in modo gratuito per tutti, un modello che - ha detto - «è una ricchezza sociale per il nostro paese, ciò che ci distingue». In effetti la classifica dell'agenzia di valutazione internazionale Bloomberg, analizzando parametri che si riferiscono però al 2013, stabilisce che il sistema sanitario italiano è terzo nel mondo per efficienza. In Europa secondo solo a quello spagnolo. La ministra ieri ricordava che, dal punto di vista dei costi, è persino migliorato visto che per la sanità l'Italia spende, parole sue, «pochissimo», appena il 6,5% del Pil. In paesi come Regno Unito, Francia e Germania copre il 9% del Pil e verrebbe da dire che la nostra è una spesa troppo bassa, visto che secondo il sindacato dei medici di famiglia Fimmg «la sanità pubblica è al tracollo».

L'accordo della settimana scorsa prevede che la sanità diventi - non lo era finora - una «priorità» nell'agenda del governo, anche se non essendo indicate cifre del fondo o risorse aggiuntive, come segnalano i sindacati «si vedrà al prossimo Def» ad aprile. Si prevede poi l'apertura di tavoli tecnici che dovranno vertere sul ritorno al ruolo centrale, dal punto di vista diagnostico e anche organizzativo, del medico, adesso sempre più surrogato dai nuovi profili dirigenziali degli infermieri laureati. I sindacati hanno ottenuto che siano affrontate questioni di fondo come la riforma della formazione medica, la stabilizzazione dei precari - che vogliono però «in tempi certi» -, lo sblocco del turn over, la definizione di tipologie di lavoro flessibili «per mettere un freno al proliferare di contratti atipici» e la definizione in modo omogeneo sul territorio nazionale dei Livelli essenziali di assistenza (in sigla Lea), standard di medicina preventiva, ospedaliera e ambulatoriale definiti dal patto per la Salute Stato-Regioni. A maggio i sindacati si danno appuntamento per una "Leopolda" della salute a Firenze.

Ieri il governatore della Toscana Enrico Rossi ha attaccato l'intramoenia che a suo avviso «favorisce la corruzione». Per lui «abolendo la libera professione medica intramoenia d'incanto spariranno le liste d'attesa». **r. g.**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 20.823
Lettori Ed. I 2015: 147.000
Quotidiano - Ed. Palermo

Giornale di Sicilia Palermo e Provincia

Dir. Resp.: Antonio Ardizzone

18-MAR-2016
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

DITELO A RGS. Saranno utilizzate vecchie graduatorie

La Regione: ad aprile le prime assunzioni nella Sanità in Sicilia

→SAMPINO A PAGINA 9

ASP... ETTANDO

AD APRILE SI SBLOCCA L'ITER CHE PORTERÀ A COPRIRE CINQUEMILA POSTI IN TUTTA LA SICILIA TRA MOBILITÀ E NUOVI CONCORSI

Sanità, prime assunzioni di chi è in graduatoria

L'assessore alla Salute, Baldo Gucciardi a «Ditelo a Rgs» assicura: la circolare entro Pasqua sarà data alle aziende

La buona notizia riguarda soprattutto coloro che si trovano da anni nelle graduatorie di concorsi già espletati e ancora valide. Saranno infatti questi ultimi i primi a prendere servizio in Asp e ospedali siciliani.

Anna Sampino
PALERMO

●●● Ad aprile si sbloccano le prime assunzioni nella sanità siciliana. In totale sono cinquemila posti in Asp e ospedali tra stabilizzazioni, mobilità e concorsi. Proprio stamattina sarà definita la direttiva regionale che indicherà le modalità da seguire per assumere il personale secondo le piante organiche inviate dalle aziende ospedaliere e sanitarie.

«La circolare, che spiega come procedere con le assunzioni, entro Pasqua sarà in mano alle aziende», ha assicurato l'assessore regionale alla Salute, Baldo Gucciardi. «Dal mese prossimo quindi le strutture potranno immettere in servizio il personale presente nelle graduatorie esistenti, limitatamente ai vecchi posti. Intanto – aggiunge -, è stata consegnata la dotazione organica dall'Asp di Palermo e attendiamo, a giorni, anche quella di Enna».

Scatteranno quindi entro il mese prossimo le prime delle 5 mila assunzioni nella sanità. La buona notizia riguarda soprattutto coloro che si trovano da anni nelle graduatorie di concorsi già espletati e ancora valide. Saranno infatti questi ultimi i primi a prendere servizio in Asp e ospedali siciliani. Prima di procedere comunque si attende la pubblicazione di una direttiva regionale che indichi tutte le procedure corrette da seguire per assumere. Come ha spiegato il dirigente regionale dell'assessorato alla Salute, Maria Letizia Di Liberti, intervenuta icri mattina a Ditelo a Rgs: «La direttiva verrà ultimata e sarà pronta già stamattina. Lunedì incontreremo i direttori generali al quale esporremo il contenuto del testo, mentre martedì e mercoledì sarà la volta dei sindacati. Dopo aver informato anche questi ultimi, la circola-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 20.823
Lettori Ed. I 2015: 147.000
Quotidiano - Ed. Palermo

Giornale di Sicilia Palermo e Provincia

Dir. Resp.: Antonio Ardizzone

18-MAR-2016
da pag. 9
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

re potrà essere firmata giovedì e trasmessa ai manager di Asp e ospedali».

Prima di procedere concretamente con le prime assunzioni, mettendo in servizio il personale, però sarà necessario un altro passaggio burocratico. "Ciascuna delle diciassette aziende dovrà prima approvare una delibera con la quale verrà definito il piano triennale delle assunzioni, che farà da cornice", chiarisce il dirigente. I 5 mila posti da ricoprire non saranno reclutati tutti con nuovi concorsi: la maggior parte di queste riguarda infatti l'esaurimento di graduatorie di vecchi concorsi, stabilizzazione di precari e mobilità.

«I primi a prendere servizio dovranno essere i vincitori e gli idonei delle graduatorie di concorsi già espletati, ma bloccate per effetto del decreto Balduzzi. A questi dovrà essere data priorità – precisa Di Liberti -. Seguiranno la stabilizzazione dei precari e, in parallelo, l'avvio delle procedure di mobilità, (cioè al rientro in Sicilia di chi lavora in altre regioni, *ndr*) obbligatorie per legge. Infine, in base ai restanti posti disponibili, si procederà con la pubblicazione di bandi ordinari di concorsi pubblici».

«Ovviamente si valuterà caso per caso: bisogna considerare per ciascuna specifica figura professionale che serve in una struttura sanitaria se vi sono identici professionisti già in graduatoria con le stesse caratteristiche richieste», ha precisato più volte l'assessore Gucciardi durante le numerose puntate di Ditelo a Rgs dedicate all'argomento. Le figure che servono sono soprattutto dirigenti medici, infermieri e poi tantissime figure specializzate, dai logopedisti agli infermieri pediatrici, comprese quelle che dovrebbero andare a potenziare l'organico dei punti nascita. E poi anche personale amministrativo, non sanitario, come ingegneri e tecnici. Intanto, in assessorato «è stata consegnata la dotazione organica dell'Asp di Palermo», ha detto l'assessore Gucciardi. Sono 578 i posti vacanti, fanno sapere dall'azienda sanitaria palermitana, tra cui 147 posti da dirigente medico, 15 farmacisti, 37 infermieri, 11 biologi, 29 fisioterapisti, 15 ingegneri e altre figure tecniche e specialistiche. (*ASM*)

Pronto a partire il piano per cinquemila assunzioni in Sicilia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 417.702
Diffusione 01/2016: 332.893
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

18-MAR-2016
da pag. 51
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

a cura di: publimedia group

Sanità, esperienze virtuose tra Veneto e Marche

Due regioni ricche di grandi professionalità e delle migliori tecnologie al servizio dei cittadini

Efficienza e risparmio

In Sanità efficienza e risparmio possono essere due facce della stessa medaglia, soprattutto se si guarda al campo farmaceutico. Per questo **Farmagroup** si avvale anche della collaborazione scientifica e clinica dei più prestigiosi Enti di Ricerca italiani nel mettere a punto e sperimentare prodotti destinati alla cura sia delle patologie più comuni che di quelle gravi. Questo ha consentito al Gruppo di avere una crescita media di fatturato del 20% negli ultimi tre anni, con un listino che comprende specialità medicinali, dispositivi medici e integratori nutrizionali. Farmagroup è molto attiva anche per l'Urologia e le Malattie Rare, per le quali si sta valutando la fattibilità di sviluppare e mettere in commercio "orphan drug". Fondamentale anche l'impegno che Farmagroup profonde per sostenere un uso corretto dei medicinali, in particolare dei "farmaci equivalenti". E' così che il gruppo riesce a garantire allo stesso tempo un risparmio sensibile sia per lo Stato che per i cittadini nella cura di malattie gravi e croniche come i tumori.

Sede di Farma Group ad Ancona

Sbloccare il potenziale

Dr. Paolo Baroni

«A volte alcune aree del cervello mostrano un deficit energetico. Il mio lavoro consiste nell'individuare queste aree e riattivarle. I risultati vanno spesso oltre le più rosee aspettative». A spiegarlo è il **dottor Paolo Baroni**, fisioterapista, osteopata, kinesiologo e fitoterapeuta che ha messo a punto una tecnica rivoluzionaria basata sul riallineamento degli emisferi cerebrali. Al dottor Baroni (che ha studi a Pisa, Perugia, Roma, Fabriano e Ancona) si rivolgono grandi bomber della serie A di calcio, campioni del pugilato e della Formula 1 e molti cantanti; grazie al loro passaparola questa tecnica sta spopolando tra gli sportivi che hanno bisogno di "sbloccare" tutto il proprio potenziale. Il trattamento consiste in una serie di manipolazioni e stimolazioni di punti energetici. Naturalmente, oltre a questa tecnica innovativa, il dottor Baroni tratta con successo anche patologie comuni, e decisamente invalidanti, quali la lombalgia, la cervicalgia, problemi articolari e respiratori, stress, depressione e attacchi di panico. Il tutto sempre grazie all'osteopatia e a rimedi naturali. Info: www.osteopaticcenter.it.

Sorridere in salute

Il sorriso come espressione di gioia e di salute, è da questo assunto che il centro d'eccellenza di Via Armellini - Senigallia (AN) ha preso il nome. E di qui il motto: «Una bocca sana in un corpo sano». Per questo a **Villa Sorriso** l'eccellenza è l'unico standard accettato, dal personale alle apparecchiature di ultima generazione. Oltre all'Odontoiatria, per la quale Villa Sorriso ha fin dall'inizio il marchio di qualità del Sistema Sanitario Nazionale (vale a dire l'Accreditamento), e all'interno della quale vengono esercitate tutte le branche, in particolare Ortodonzia e Implantologia, nella struttura vengono esercitate anche altre specialità mediche. Si va dall'Oculistica, all'Otorinolaringoiatria, che si occupa anche delle apnee ostruttive del sonno. E ancora, Dermatologia estetica, Dietologia, Fisiatria, Urologia e Andrologia e Ginecologia, che pratica anche la Procreazione Assistita di I° Livello.Tutto questo per arrivare ad un sorriso "autentico", non solo estetico, e che nasca dalla salute e dal benessere. Un modo da scoprire su www.villasorrisosrl.it.

Sala operatoria

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 417.702
Diffusione 01/2016: 332.893
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

18-MAR-2016
da pag. 51
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Chirurgia della retina

Dr. Giorgio Santin

Anche in oftalmologia la sanità veneta assicura tecniche innovative e strumentazioni all'avanguardia, nello specifico per la microchirurgia vitreo-retinica di cui è esperto il **dr. Giorgio Santin**. Formatosi presso l'Università di Padova, il dr. Santin ha lavorato a Roma e Milano, prima di stabilirsi presso la Clinica Universitaria di Verona. Più di 5000 interventi chirurgici alle spalle, soprattutto su retina e cataratta, da circa 20 anni si occupa inoltre di chirurgia refrattiva presso centri laser specializzati a Verona e a Mestre, dove esegue interventi sia con ultima tecnologia laser, sia utilizzando lenti intraoculari fachiche per la cura di elevate miopie. Nelle stesse città esegue inoltre presso moderni centri visite oculistiche con la più aggiornata tecnologia per la diagnosi delle patologie oculari (OCT, campo visivo, ecobiometria, topografia corneale, pachimetria, laser-terapia).

La casa della salute

A Jesi (Ancona) c'è una farmacia che da tempo sta facendo parlare di sé. La sua straordinarietà è legata ad un ingrediente che in molte altre farmacie, anche più "blasonate", spesso manca: la passione. La **farmacia Fausto Coppi** (il nome lo ha preso dalla via nella quale sorge) è una realtà in rosa, portata avanti quasi esclusivamente da donne. E chi sa che non sia questo il segreto di una sensibilità inconsueta alle esigenze dei clienti. «Crediamo – spiega il dottor Honorati Lorenzo – che la prima cura sia il sorriso, e che ogni dubbio o problema sia importante. Per questo non sottovalutiamo mai le domande che ci vengono poste e cerchiamo sempre di trovare risposte utili». L'idea è che la farmacia debba essere un punto di riferimento per i cittadini, una vera e propria "casa del benessere" dove trovare un novero di servizi sempre più ampio. La farmacia Fausto Coppi offre già consulenza nutrizionale e dietetica, test delle intolleranze alimentari, holter cardiaco e pressorio, preparazioni galeniche, autoanalisi, consulenze cosmetiche, omeopatiche e controllo gratuito dell'udito.

Staff Farmacia Fausto Coppi

Valori "in pratica"

Centinaia di studenti di medicina, neolaureati e medici anche non giovani, partono alla volta di Fabriano (provincia di Ancona); giovani menti che all'**Accademia Chirurgica "Durante Scacchi"** possono mettere in pratica quanto imparato solo dai libri. Un unicum in Italia, (ma in anche in Europa) legato all'intuizione del direttore dell'Accademia, il professor Piero Guidarelli. «Uno dei maggiori gap Italiani – dice - è legato proprio alla mancanza di una formazione pratica per i giovani chirurghi, formazione che noi garantiamo con lezioni pratiche su cadavere a Bordeaux e teoriche in Italia». Nel 2015 sono stati più di 400 gli studenti impegnati in sessioni di pratica. Giorni di immersione totale, con la possibilità di vedere e toccare nei dettagli l'anatomia umana ed effettuare le prime manovre chirurgiche. L'Accademia organizza, in collaborazione con diverse università italiane, anche corsi pratici su: rinosettoplastica, chirurgia della mammella (sorgerà un polo didattico anche a Treviso), chirurgia della mano e del piede e ultima novità un corso di Pratico di Chirurgia Laparoscopica e sono in programma corsi di chirurgia endoscopica in ambito O.R.L., ortopedico, neurochirurgico e ginecologico. Info: www.accademiachirurgica.com.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 336.211
Diffusione 01/2016: 237.405
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

18-MAR-2016
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PISA

"Con un'idea semplice da noi esami in giornata"

"Bilanciare domanda e offerta Ecco come in un anno abbiamo curato 12 mila persone"

IL DIRETTORE
Carlo Tomassini, direttore Azienda ospedaliera di Pisa

L'APPUNTAMENTO per la visita cardiologica con ecocardiogramma entro tre giorni dalla prescrizione del medico di famiglia nel 100% dei casi. A Pisa non sanno cosa siano le liste di attesa quando si tratta di controllare il cuore.

Carlo Tomassini, direttore dell'azienda ospedaliera, come avete fatto?

«Con un'idea semplice: abbiamo bilanciato domanda e offerta. La prima la conosciamo perché sappiamo quante richieste fanno al giorno i medici di famiglia pisani: 50. Così il giorno dopo i nostri ambulatori devono fare 50 visite con ecocardiogramma».

E i pazienti cosa dicono?

«Sono stupiti e contenti. Per qualcuno il giorno dopo è addirittura troppo presto, e ci chiede di rinviare. Così abbiamo messo il limite della risposta a tre giorni. Le cose vanno così bene che presto partiremo anche con l'ecografia all'addome».

Le ricette hanno le priorità?

«No, non c'è bisogno, con attese così veloci non serve distinguere tra urgenze, controlli o prestazioni differibili».

Quanti pazienti avete visitato?

«In un anno fa, siamo arrivati a circa 12mila persone».

Con questi tempi, vi arriveranno domande anche da altre città.

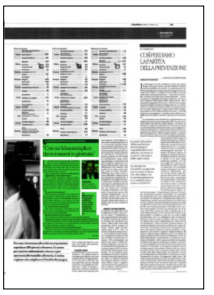
«Però le dobbiamo trattare nella vecchia maniera perché il nostro sistema, basandosi su una previsione precisa delle richieste, può valere solo per un dato territorio».

Quanto è costata la nuova organizzazione?

«Niente, nemmeno una risorsa aggiuntiva. Solo tanto lavoro di gruppo con i cardiologi, i medici di famiglia, la nostra azienda ospedaliera e quella territoriale e l'Ordine dei medici».

(mi.bo.)

©RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 01/2016: 148.885
Diffusione 01/2016: 115.363
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

18-MAR-2016
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

L'iniziativa. Le visite? Si fissano a Rebibbia Il Bambino Gesù conferma il suo call center

Roma. «Con questo lavoro ho scoperto il mio lato umano, quello che non pensavo di possedere». A parlare è un detenuto del carcere di Rebibbia, uno degli operatori del call center che l'ospedale pediatrico Bambino Gesù ha attivato presso la casa circondariale romana nel settembre 2011 per la gestione delle prenotazioni sanitarie. La convenzione tra ospedale, istituto penitenziario e cooperativa sociale "e-team" è stata confermata per il quinto anno consecutivo. Per l'occasione, la presidente del Bambino Gesù, Mariella Enoc, ha incontrato i detenuti impegnati in questa attività. Ogni giorno al Centro unico prenotazioni dell'ospedale (Cup) arrivano centinaia di telefonate, una media di 20mila richieste al mese, per un totale di prestazioni ambulatoriali che ogni anno supera il milione. Oltre il 30% viene gestito proprio nell'Istituto penitenziario di Rebibbia. Il servizio è svolto da un gruppo di detenuti selezionati con una serie di colloqui di idoneità e preparati al lavoro dal personale del Bambino Gesù.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media