quotidianosanità.it

Lunedì 11 APRILE 2016

Neonati. Un periodo di maternità più lungo riduce mortalità

Ogni mese in più di congedo retribuito per maternità è associato ad una riduzione del 13% dei tassi di mortalità infantile nei paesi a basso reddito e nel mondo in via di sviluppo. E questo si traduce in otto morti neonatali evitate per ogni 1.000 nati. E' quanto emerge da uno studio canadese pubblicato su PLoS Medicine.

(Reuters Health) - Già in passato il tempo libero dopo la nascita era stato collegato a più bassi tassi di mortalità infantile nei paesi ricchi, ma questo studio offre la prima riflessione su come un permesso di congedo retribuito possa influenzare la sopravvivenza infantile nei paesi meno ricchi.

"I nostri risultati suggeriscono che l'allungamento della durata del congedo di maternità retribuito è un potenziale strumento per la riduzione della mortalità infantile nei paesi a basso e medio reddito, in particolare quelli che offrono ferie di durata più breve, e per il raggiungimento degli obiettivi globali finalizzati alla soppressione delle morti infantili prevenibili", ha detto l'autore dello studio **Arijit Nandi**, ricercatore di politiche sanitarie e sociali presso la McGill University di Montreal.

Le ferie retribuite sono collegate ad una serie di benefici per la salute di madri e bambini, tra cui la riduzione dei tassi di depressione post-partum, un aumento dell'allattamento al seno e un maggior controllo della salute dei piccoli durante il tempo libero, con più controlli infantili di routine e vaccinazioni, come studi precedenti hanno dimostrato. Anche per i padri c'è un ulteriore guadagno, dato che ricerche precedenti hanno suggerito lo sviluppo di legami più forti padre-figlio, quando i padri possono usufruire del congedo parentale.

Lo studio
Per questo studio, Nandi e colleghi hanno esaminato i dati relativi a circa 300.000 bambini nati nel corso di otto anni in 20 zone che comprendevano, sia paesi a basso reddito che nazioni in via di sviluppo in Africa, Asia e America Latina. Si procedeva abbinando le statistiche sanitarie per i bambini con le informazioni sulle politiche adottate dai governi di ogni Paese per il congedo di maternità. Si è così dapprima evidenziato che in media, circa 55 su 1.000 bambini sono morti durante il periodo di studio. In particolare la mortalità durante il periodo neonatale era di circa 31 bambini su 1.000 nati. Dai 2 mesi a 1 anno di età, il tasso di mortalità è stato di circa 23 bambini ogni 1.000. Procedendo, la prima osservazione della riduzione della mortalità infantile associata a un più lungo congedo di maternità retribuito si è verificata dopo il primo mese di vita.

I commenti
Lo studio, secondo gli autori, non è in grado di dimostrare che un congedo retribuito, possa direttamente influenzare la riduzione della mortalità infantile, anche se i risultati tengono conto delle caratteristiche demografiche a livello individuale, famigliare e nazionale. Inoltre si deve tenere conto anche degli eventuali errori da parte delle madri nel riportare i dati sulla morte dei figli e delle diverse politiche sanitarie dei paesi inclusi nello studio in termini di ferie pagate e congedo di maternità pure retribuito. L'obiettivo della riduzione della mortalità infantile attraverso l'aumento di ferie pagate fa parte dei progetti delle politiche sanitarie proprio nei Paesi che rappresentano il 95% della mortalità infantile. In tutto il mondo, più di 180 Paesi garantiscono un certo tipo di permesso retribuito per le neo mamme, anche se gli Stati Uniti non è tra questi. Anche se negli ultimi tempi qualcosa si sta muovendo in senso

adnkronos salute
12 aprile 2016
NUMERO 65 | ANNO 10
Pharma kronos
QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA
12-04-2016
http://www.adnkronos.com

Tumori, arriva in Italia terapia contro 'mutazione Jolie'

E' ormai nota in tutto il mondo come 'mutazione Jolie', perché ha portato la famosissima attrice moglie di Brad Pitt alla decisione di farsi asportare le ovaie per prevenire l'insorgenza del tumore: è quella che può avvenire nel gene Brca e che può fare aumentare la probabilità di sviluppare un cancro ovarico fino al 46%, rispetto all'1,8% della popolazione generale. Ma ci sono buone notizie: sarà presto disponibile in Italia olaparib, terapia che agisce proprio contro la mutazione del gene Brca. Sviluppata da AstraZeneca, è la prima target therapy approvata per il trattamento di mantenimento delle pazienti con tumore ovarico in stadio avanzato positivo alla mutazione Brca. La molecola ha dimostrato di aumentare significativamente la sopravvivenza media delle pazienti fino a oltre 11 mesi, riducendo inoltre il rischio di progressione di malattia o di decesso oltre l'80%. "Olaparib rappresenta un'opzione terapeutica innovativa - commenta Sandro Pignata, direttore del Reparto Uro-Ginecologico dell'Istituto dei Tumori Pascale di Napoli, in un incontro di presentazione del nuovo trattamento a Roma - che ha dimostrato di migliorare la storia naturale della malattia nelle pazienti con un tumore ovarico positivo alla mutazione Brca".

Segue a pag. 2

Tumori, arriva in Italia terapia contro 'mutazione Jolie'

Segue dalla prima - L'arrivo della molecola "deve essere accolto con entusiasmo, perché dimostra come la ricerca sia attiva e stia facendo passi da gigante - sottolinea - anche nel campo del tumore ovarico, dove i farmaci biologici continuano a essere rari. La nuova terapia, inoltre, ha un impatto importante sui percorsi diagnostico terapeutici del tumore ovarico: i test molecolari assumono un ruolo più centrale, sia ai fini terapeutici, sia in ottica preventiva. I test permettono, infatti, di individuare la presenza di una mutazione nelle pazienti, offrendo loro un trattamento mirato, ma consentono anche di identificare i familiari a rischio all'interno di un percorso preventivo". Olaparib è il capostipite di una nuova classe di farmaci: i Parp inibitori, capaci di bloccare il poli-Adp-ribosio polimerasi (Parp), un enzima nucleare coinvolto in una serie di processi cellulari tra cui la riparazione dei danni al Dna e la morte cellulare programmata. Bloccando l'enzima Parp, il nuovo farmaco fa sì che il Dna, danneggiato dalla mutazione Brca, non venga riparato, contribuendo così alla morte della cellulare tumorale e determinando una riduzione della dimensione del tumore o un rallentamento della sua crescita. "L'arrivo in Italia di olaparib - commenta Gilberto Riggi, direttore medico di AstraZeneca Italia - rappresenta un grande passo in avanti per tutte le donne con tumore ovarico positivo alla mutazione Brca. I risultati ottenuti con questo nuovo farmaco segnano una svolta importante in termini di sopravvivenza per la storia clinica delle pazienti, riducendo il rischio di progressione della malattia di oltre l'80% e olaparib è solo uno degli esempi dell'impegno di AstraZeneca nella ricerca di nuove soluzioni terapeutiche in oncologia".

(B.D.C.)

Salute Domani
Il portale del benessere

12-04-2016

http://www.salutedomani.com/

Tumore ovarico: arriva in Italia la terapia contro la "mutazione Jolie"

prof. Sandro Pignata, Direttore del Reparto Uro-Ginecologico dell'Istituto dei Tumori Pascale di Napoli

Buone notizie nella lotta al tumore ovarico. Sarà presto disponibile in Italia[1] olaparib: la terapia che agisce contro la mutazione del gene BRCA, ribattezzata "mutazione Jolie" perché lo scorso anno ha portato l'attrice americana Angelina Jolie alla decisione di farsi asportare le ovaie per prevenire la formazione del tumore.

Sviluppato da AstraZeneca, olaparib è la prima target therapy approvata per il trattamento di mantenimento delle pazienti con tumore ovarico in stadio avanzato positivo alla mutazione BRCA. La nuova terapia ha dimostrato di aumentare significativamente la sopravvivenza media delle pazienti fino a oltre 11 mesi, riducendo inoltre il rischio di progressione di malattia o di decesso oltre l'80%[2].

La mutazione BRCA può fare aumentare la probabilità di sviluppare un tumore fino al 46%, rispetto all'1,8% della popolazione generale. Si stima che la mutazione BRCA sia presente nel 15-25% delle pazienti con tumore ovarico.

Ogni anno circa 250 mila donne si ammalano di tumore ovarico nel mondo[3], quasi 5 mila solo in Italia[4]. Si tratta di un "killer silenzioso", che provoca più di 140 mila morti ogni anno[5],[6] e che nel nostro Paese rientra tra le prime 5 cause di morte oncologica tra le donne fino ai 70 anni4.

"Olaparib rappresenta un'opzione terapeutica innovativa, che ha dimostrato di migliorare la storia naturale della malattia nelle pazienti con un tumore ovarico positivo alla mutazione BRCA. Il suo arrivo - commenta Sandro Pignata, Direttore del Reparto Uro-Ginecologico dell'Istituto dei Tumori Pascale di Napoli - deve essere accolto con entusiasmo, perché dimostra come la ricerca sia attiva e

stia facendo passi da gigante anche nel campo del tumore ovarico, dove i farmaci biologici continuano a essere rari. La nuova terapia, inoltre, ha un impatto importante sui percorsi diagnostico terapeutici del tumore ovarico: i test molecolari assumono un ruolo più centrale, sia ai fini terapeutici, sia in ottica preventiva. I test permettono, infatti, di individuare la presenza di una mutazione nelle pazienti, offrendo loro un trattamento mirato, ma consentono anche di identificare i familiari a rischio all'interno di un percorso preventivo".

Il tumore ovarico è considerato un "killer silenzioso": i suoi sintomi vengono spesso ignorati e scambiati per disturbi minori. Ancora oggi il 75% dei casi viene diagnosticato in stadio avanzato[7], con un conseguente peggioramento della prognosi. Una diagnosi precoce porterebbe invece a un aumento delle possibilità di sopravvivenza. Quando il tumore è diagnosticato in uno stadio iniziale ed è ancora confinato alle ovaie, il 90% delle pazienti ha infatti probabilità di sopravvivere per più di cinque anni. Se la diagnosi viene fatta in stadio avanzato, le possibilità diminuiscono drasticamente, riducendosi fino al 27%[8].

"Ormai sono anni che la medicina ha sancito l'importanza dei test genetici per prevenire e contrastare una miriade di tumori, come ad esempio, quello ovarico.

Per questo, investire nella diffusione dei test molecolari su tutto il territorio nazionale, per quanto inizialmente costoso, deve essere una priorità per lo Stato. Finalmente essendo passati dalla medicina generica alla medicina personalizzata, nell'affrontare e curare un tumore non si ragiona più in termini di speranza di vita, ma di qualità di vita del paziente", dichiara la Senatrice Fabiola Anitori, membro della commissione Igiene e Sanità. "È diritto di tutti curarsi, anche se la propria patologia è rara. Da qui nasce la volontà del legislatore di incoraggiare, anche con incentivi quali scientific advice gratuito o protocol assistance, lo sviluppo di farmaci per malattie rare. Il legislatore ha il dovere di sostenere le pazienti, i famigliari e le associazioni, perché si sentano appoggiati nell'affrontare la malattia, rendendola così più accettabile".

"Da sempre ACTO onlus si impegna affinché tutte le donne con tumore ovarico possano avere un accesso tempestivo alle cure di cui hanno bisogno. L'arrivo in Italia di olaparib è l'occasione per riflettere ancora una volta sull'importanza dei test molecolari, il cui accesso in Italia non è ancora omogeneo in tutte le regioni. Va ribadito - commenta Nicoletta Cerana, presidente ACTO onlus, Alleanza contro il tumore ovarico - che i test genetici sono fondamentali per identificare precocemente il tumore e modificare la prognosi della malattia. Non solo permettono alle pazienti di accedere a terapie personalizzate e mirate, ma hanno anche un valore diagnostico importante, consentendo ad ogni donna di adottare strategie di riduzione del rischio adeguate".

Olaparib è il capostipite di una nuova classe di farmaci: i PARP inibitori, capaci di bloccare il poli-ADP-ribosio polimerasi (PARP), un enzima nucleare coinvolto in una serie di processi cellulari tra cui la riparazione dei danni al DNA e la morte cellulare programmata. Bloccando l'enzima PARP, il nuovo farmaco fa sì che il DNA, danneggiato dalla mutazione BRCA, non venga riparato, contribuendo così alla morte della cellulare tumorale e determinando una riduzione della dimensione del tumore o un rallentamento della sua crescita.

"L'arrivo in Italia di olaparib rappresenta un grande passo in avanti per tutte le donne affette da tumore ovarico positivo alla mutazione BRCA. I risultati ottenuti con questo nuovo farmaco segnano una svolta importante in termini di sopravvivenza per la storia clinica delle pazienti, riducendo il rischio di progressione della malattia di oltre l'80% - commenta Gilberto Riggi, Direttore Medico di AstraZeneca Italia - ed olaparib è solo uno degli esempi dell'impegno di AstraZeneca nella ricerca di nuove soluzioni terapeutiche in oncologia. Le nostre sfide nel prossimo

futuro si concentrano in particolare su aree ad alto livello di innovazione come l'immuno oncologia. Siamo impegnati su vari filoni di ricerca con l'obiettivo di mettere a disposizione dei pazienti farmaci mirati in grado di garantire una maggior efficacia in termini di prolungamento di vita e una maggiore tollerabilità. In questa strategia va sottolineato il ruolo cruciale dell'Italia, Paese in cui vengono testate il 60% di tutte le molecole oncologiche dell'azienda".

[1] In attesa di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

[2] Ledermann J et al. Lancet Oncol 2014;15(8):852:61

[3] http://www.actoonlus.it/

[4] http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2015/I_numeri_del_cancro_2015.pdf

[5] Garcia M et al. Cancer Facts & Figures 2007. Atlanta, American Cancer Society, 2007.

[6] World Ovarian Cancer Day; http://ovariancancerday.org/

[7] Cancer Research UK: Ovarian cancer survival statistics; http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/ovary/survival/ovarian-cancer-survival-statistics

[8] SEER Cancer Factsheets: Ovary cancer. SEER 18 2003-2009. http://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html

CORRIERE DELLA SERA.it

12-04-2016

Lettori
57.304

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

INDAGINE ONDA

Tumore al seno e rischio osteoporosi: cure gratis, ma poche donne le fanno

La terapia di blocco ormonale induce una riduzione degli estrogeni che ha effetti positivi sul cancro ma crea danni alle ossa. Il rischio di fratture può essere prevenuto con appositi farmaci, ma solo il 43 per cento delle italiane li prende

di Vera Martinella

Prevenire i possibili danni ossei causati dalle terapie anticancro nelle donne con un tumore al seno si può e si deve, ma in Italia si fa ancora poco in questo senso. Nel nostro Paese, infatti, ogni anno 250mila pazienti curate per un carcinoma mammario iniziano la terapia ormonale adiuvante (per prevenire le ricadute) con inibitori dell'aromatasi e sebbene 9 su 10 siano a conoscenza del legame tra questa cura e l'osteoporosi, solo il 43 per cento di loro non viene sottoposto ai trattamenti per prevenire danni ossei.

Cura «salva-ossa» rimborsata gratis dall'inizio della terapia ormonale

È quanto emerge da un'indagine condotta recentemente dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda), nonostante le raccomandazioni delle recenti Linee Guida Nazionali sia di AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) che di SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro fondate sulle evidenze scientifiche che il rischio di frattura è elevato già nel primo anno dall'inizio della terapia ormonale adiuvante e non è correlato all'età della paziente. «Dai risultati del sondaggio – commenta Francesca Merzagora, presidente Onda - emerge che le direttive indicate nelle recenti Linee Guida non vengono ancora applicate. Invece, a fronte di un rischio certo, è stato stabilito che le donne trattate con terapia ormonale adiuvante con inibitori dell'aromatasi dovrebbero ricevere le cure per prevenire l'osteoporosi sin dall'inizio della terapia anticancro. Inoltre, anche l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), con un recente aggiornamento della Nota 79, ha riconosciuto che il rischio di frattura di queste pazienti è talmente alto da giustificare la rimborsabilità dei farmaci per la fragilità ossea sin dall'inizio della terapia antitumorale, senza la necessità di effettuare preventivamente esami specifici».

Il sondaggio: più a rischio soprattutto le donne giovani

L'indagine è stata realizzata (grazie al contributo incondizionato di Amgen) su un campione di 81 donne, con un'età compresa tra 32 e 81 anni, affette da carcinoma mammario in terapia ormonale adiuvante con inibitori dell'aromatasi. L'87 per cento delle intervistate si dichiara consapevole e ben informata sul fatto che l'osteoporosi sia una possibile conseguenza della terapia con inibitori dell'aromatasi. Oltre la metà teme gli effetti negativi della terapia e l'osteoporosi è la conseguenza che spaventa maggiormente: ben 7 pazienti su 10 la citano ancora prima di un'eventuale inefficacia della cura antitumorale. Importante il ruolo dell'oncologo che informa correttamente le sue pazienti nel 99 per cento dei casi. Ma, nonostante questo, il 43 per cento delle interpellate non inizia alcun trattamento per prevenirla e la percentuale sale addirittura al 76 tra le donne più giovani che, invece, necessiterebbero di più attenzione proprio per l'impatto potenzialmente maggiore delle fratture in termini sociali e di salute. Inoltre, ben il 60 per cento delle intervistate con un'età inferiore ai 50 anni dichiara di non aver mai effettuato esami per controllare la salute delle ossa (MOC/ultrasonografia) dopo l'inizio della terapia ormonale.

Il blocco ormonale riduce gli estrogeni: protegge il seno, ma danneggia le ossa

«Gli inibitori dell'aromatasi riducono gli estrogeni a un livello estremamente basso – spiega Francesco Bertoldo, endocrinologo del Centro Malattie del Metabolismo Minerale e Osteoncologia del Policlinico GB Rossi, Università di Verona -. Questo meccanismo d'azione, da una parte è funzionale e protettivo per il seno, ma dall'altra produce una notevole accelerazione del rimodellamento osseo. Il processo di distruzione dell'osso diventa, dunque, molto più veloce e molto più intenso di quanto non avvenga nell'osteoporosi legata all'età. Questa accelerazione estrema del riassorbimento osseo produce un danno che comporta un'alterazione qualitativa della struttura trabecolare. Paradossalmente, tutto ciò è il segnale di un'ottima funzionalità dell'inibitore dell'aromatasi. Il problema, nelle donne più giovani, è che il salto da una situazione ormonale tipica dell'età fertile ad una situazione di profondo ipoestrogenismo, è drammatico, mentre in una donna anziana, che è già in menopausa, le ripercussioni sono meno evidenti in quanto il suo livello ormonale di partenza è già basso. Per questo motivo le donne giovani sono un target che meriterebbe molta più attenzione».

Fratture soprattutto alle vertebre. Diverse cure disponibili

La maggioranza delle fratture avviene a livello vertebrale. Si tratta di fratture molto frequenti e purtroppo spesso asintomatiche ma, al tempo stesso, facilmente rilevabili con una radiografia o semplicemente misurando l'altezza: il calo di un solo centimetro è fortemente indicativo e prognostico. «Eppure esistono cure efficaci per prevenire i danni scheletrici in queste pazienti – conclude Daniele Santini, oncologo medico dell'Università Campus Bio-Medico di Roma -. Abbiamo a disposizione farmaci in grado di prevenire la perdita di massa ossea e con dimostrata efficacia anti-fratturativa. E nei maggiori congressi scientifici internazionali (come l'ASCO di Chicago e il Breast Cancer Symposium di San Antonio) sono state presentate interessanti novità per salvaguardare la salute delle ossa. Ad esempio una sperimentazione su pazienti trattate con un apposito medicinale (denosumab) ha evidenziato una riduzione del 50 per cento del rischio di comparsa di frattura clinica e ha mostrato una riduzione del rischio di ricomparsa della malattia che si attesta intorno al 18 per cento. E uno studio da poco pubblicato sulla rivista scientifica Lancet, evidenzia come anche altri antiriassorbitivi possano migliorare la l'intervallo di tempo prima che la malattia si ripresenti nelle donne in post-menopausa».

ANSA

11-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

ANSA Emilia-Romagna

Fai la ricerca | Vai alla Borsa | Vai al Meteo

Galleria Fotografica | Video | Scegli la Regione

CRONACA - POLITICA - ECONOMIA - SPORT - SPETTACOLO - MADE IN E-R - IN VIAGGIO - ORTOFRUTTA - E-R IN EUROPA - SPECIALI

Ansa Emilia-Romagna

Responsabile Sede
Giampiero Moscato

Indirizzo
Via Parmeggiani, 8
40131 BOLOGNA

Indirizzo Mail
ansa.emiliaromagna@ansa.it

Telefono
+39 051/522525

Fax
+39 051/522344

Facebook
www.facebook.com/AnsaEmiliaRomagna

METEO

Città	min.	max
Bologna	+10	+23
Cesena	+9	+22
Ferrara	+9	+23
Forlì	+9	+23
Modena	+8	+22
Parma	+9	+22
Piacenza	+9	+21
Ravenna	+9	+21
Reggio Emilia	+8	+22
Rimini	+10	+19

VAI AL METEO

LINK UTILI

- Regione Emilia-Romagna
- Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna
- Provincia di Bologna
- APT Emilia-Romagna
- Bologna Fiere
- Rimini Fiera

NOTIZIE

Operaia trova diamante e lo restituisce

Emilia-Romagna.

E' accaduto nelle campagne di Ravenna

PRIMOPIANO

PROCURA DI MODENA

Inchiesta sul Comune di Finale Emilia, blitz Cc

Emilia-Romagna.

La procura di Modena ha aperto un'inchiesta su presunti illeciti amministrativi legati al Comune di Finale Emilia e riguardanti l'affidamento di servizi per attività pubbliche e manifestazioni

Tumori: ER, in 62.800 lo hanno sconfitto

Emilia-Romagna.

Il 5% dei cittadini dell'Emilia-Romagna ha ricevuto nel corso della vita una diagnosi di tumore. Sono 231.625 persone, circa 62.800 possono già dirsi guariti (20% uomini e 33% donne)

Uomo ucciso in casa a Cervia, spunta pista passionale

Emilia-Romagna.

Il cadavere di un uomo ammazzato a colpi di arma contundente è stato trovato ieri nel primo pomeriggio in un appartamento di Pinarella di Cervia. Un giovane 26enne che viveva in casa si consegnato agli inquirenti a Lanciano. Spuna l'ipotesi di un delitto passionale

Risparmia fino al 35% sul tuo prossimo hotel.
Risparmia ora
KAYAK

ULTIMA ORA E.ROMAGNA

- 14:48 Giornalista minacciata, perquisizioni
- 14:14 Scritte contro candidati a Bologna
- 13:19 Inchiesta su Comune Finale Emilia
- 12:58 Rotonda contromano e aggredisce Cc
- 12:27 Sorpreso senza patente per 6/a volta
- 12:24 Tumori: ER, in 62.800 lo hanno sconfitto
- 21:08 Corteo per non chiudere indagini Pantani
- 17:31 Uomo ucciso in casa a Cervia. Spunta pista passionale
- 17:13 Sequestrati 100 kg hashish, 3 arresti
- 16:10 Auto contro pilone, morto 53enne

› Tutte le news

Aeroporto di Bologna

GROUPON
900...
Bisteccheria...
68% off
Compralo Subito

+ LETTI | Ultima Settimana

- 4213 volte — Postino 56enne uomo trovato morto a Bologna, ipotesi causa accidentale
- 2373 volte — Studentessa scomparsa, ritrovata a Milano
- 1691 volte — Camionista muore in autostrada A14

ANSA

11-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Tumori: ER, in 62.800 lo hanno sconfitto

Aiom, con trattamenti innovativi cronicizzate alcune neoplasie

(ANSA) - REGGIO EMILIA, 11 APR - Il 5% dei cittadini dell'Emilia-Romagna ha ricevuto nel corso della vita una diagnosi di tumore. Sono 231.625 persone, circa 62.800 possono già dirsi guariti (20% uomini e 33% donne) e sono oltre 31.400 i pazienti (con tumore diagnosticato nel periodo 2006-2009) di cui ci si aspetta la guarigione. Nel 2015 sono stati stimati 34.879 nuovi casi, ma le percentuali di sopravvivenza migliorano in maniera costante, grazie a terapie sempre più efficaci. I dati diffusi in occasione della presentazione a Reggio Emilia del libro "Si può vincere" realizzato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) che raccoglie le testimonianze dei pazienti che hanno sconfitto la malattia. "Grazie ai trattamenti innovativi siamo riusciti a cronicizzare l'andamento di alcune neoplasie come il melanoma, un tumore della pelle particolarmente aggressivo in fase avanzata", spiega il prof.

Carmine Pinto, Presidente nazionale AIOM e Direttore dell'Oncologia Medica dell'IRCCS di Reggio Emilia.

IL TEMPO.it

11-04-2016

Lettori 20.495

http://www.iltempo.it/

Grillo sfida Renzi e i Dem "Fuori le intercettazioni"

Il leader M5S: no al bavaglio, pubblichiamo gli atti Il premier: "Non metteremo mano alla riforma"

AMARO LUCANO

"Non vogliamo un altro Cantone"

Nelle intercettazioni, Gemelli contro la nomina di Gratteri per le leggi antimafia BUFERA Forza Italia chiede chiarezza su "navi & poltrone"

LA CORSA AL CAMPIDOGLIO

"Bertolaso può fare solo il tecnico Giorgia ostaggio del suo passato"

Parla Alfio Marchini: "il vecchio centrodestra non esiste più. Oggi a Roma l'unica proposta credibile è la mia lista"

POLITICA E POLEMICHE

La gaffe di Salvini "Mattarella venduto"

Il leghista contro le frontiere aperte. Ma fraintende **REAZIONI Il leader del Carroccio: "Non mi pento, è un presidente che non difende gli italiani"**

Nicole Minetti cambia vita: ora fa la dj a Ibiza

CINEMA

Anakin Skywalker, da Star Wars all'ospedale psichiatrico

Jake Lloyd, l'ex bimbo prodigio famoso per la sua parte in "La Minaccia Fantasma", era finito in galera dopo un folle inseguimento con la polizia nella Carolina del Sudnel 2015

IL TASSINARO

3570.it

LA NUOVA RUBRICA DI CHI VIVE E LAVORA A ROMA

L'editoriale di Gian Marco Chiocci

Il contrappasso e il godimento

I princìpi universali in quanto tali non hanno confini. Perciò garantisti siamo e garantisti

...

ALIMENTAZIONE

Dieta: la rivincita della Mediterranea

Pasti regolari e pane, pasta, frutta, verdura, olio extravergine oltre al bicchiere di vino, regalano longevità

TUMORE

Emilia-Romagna: 62.800 cittadini hanno sconfitto il cancro

"Decisivi i passi avanti della ricerca, non è più il male incurabile"

SPORT

SERIE A

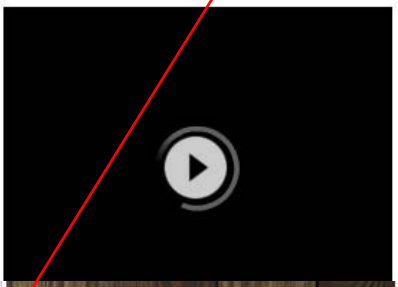
Roma continua a correre

Stasera all'Olimpico con il Bologna per restare in scia del Napoli secondo Spalletti: «Daremo il massimo.

Vodafone Super ADSL

Parli e navighi a 25€ al mese + 1GB per navigare fuori casa

Scopri di più >



132 € Dieffematic

408 € Rospetto

23 € VidaXL

Emilia-Romagna: 62.800 cittadini hanno sconfitto il cancro

"Decisivi i passi avanti della ricerca, non è più il male incurabile"

Buone notizie nel mondo dei tumori: il cancro si può sconfiggere. Ci sono riusciti 62.800 cittadini dell'Emilia Romangna. Qui, il 5% della popolazione ha ricevuto nel corso della vita una diagnosi di tumore. Sono 231.625 persone, circa il 20% di uomini e 33% donne gli hanno dato il benservito. E oltre 31.400 pazienti (con tumore diagnosticato nel periodo 2006-2009) di cui ci si aspetta la guarigione.

SOPRAVVIVENZA - Nel 2015 nella Regione sono stati stimati 34.879 nuovi casi, ma le percentuali di sopravvivenza migliorano in maniera costante, grazie a terapie sempre più efficaci, come evidenziato nel libro "Si può vincere" realizzato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) che raccoglie le testimonianze dei pazienti che hanno sconfitto la malattia. Il volume è presentato nella seconda tappa di un tour nazionale di 10 incontri con il coinvolgimento dei cittadini, delle Istituzioni e delle associazioni dei pazienti.

TRATTAMENTI - "Grazie ai trattamenti innovativi, ad esempio quelli immuno-oncologici, siamo riusciti a cronicizzare l'andamento di alcune neoplasie come il melanoma, un tumore della pelle particolarmente aggressivo in fase avanzata – spiega il prof. Carmine Pinto, Presidente nazionale AIOM e Direttore dell'Oncologia Medica dell'IRCCS di Reggio Emilia -. Oggi non possiamo più parlare di male incurabile, ma serve maggior impegno da parte delle Istituzioni. Se si considera l'impatto dei tumori nell'Unione europea e nel resto del mondo, è difficile pensare che il 'problema cancro' sia poco rilevante, sia in termini epidemiologici che finanziari. È pertanto indispensabile sostenere le campagne di prevenzione oncologica. Questi programmi nel nostro Paese sono ancora troppo pochi e hanno spesso un ruolo limitato, anche se si traducono nel lungo termine in milioni di vite salvate. Da sempre l'AIOM è impegnata in prima linea in campagne di sensibilizzazione per l'adesione agli screening e nell'educazione e informazione su stili di vita corretti, rivolte a tutte le fasce di popolazione, in particolare ai giovani".

ALTRI TUMORI - La sopravvivenza in Emilia-Romagna si colloca sui più alti livelli sia nazionali

che internazionali, ad esempio per il tumore del seno si attesta all'89,7% a 5 anni (la media nazionale è dell'87%). Le nuove terapie svolgono un ruolo fondamentale, ma non va sottovalutata anche l'importanza della diagnosi precoce grazie agli screening. "Anche da questo punto di vista l'Emilia-Romagna può essere considerata virtuosa – continua il prof. Pinto -. Ad esempio nel 2013 il 75% delle donne residenti ha eseguito la mammografia, esame indispensabile per individuare il tumore del seno in fase precoce, rispetto alla media nazionale pari a circa il 62%. È inoltre l'unica Regione che ha esteso l'invito a eseguire il test alle donne nelle fasce di età comprese fra 45-49 anni e fra 70-74". Importanti anche i risultati relativi agli altri due esami di screening, il Pap test per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero, a cui ha aderito nel 2013 in Emilia-Romagna il 59,7% delle donne (40,8% Italia nel 2012), e il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci per individuare il cancro del colon retto, eseguito nella Regione nel 2012 dal 53% dei cittadini (46% Italia). "Il livello dell'assistenza sanitaria in questa Regione è buono – afferma la dott.ssa Antonella Messori, Direttore generale IRCCS di Reggio Emilia – e il nostro Ospedale pone il massimo impegno per garantire standard elevati di assistenza che ne facciano un riferimento sia nella nostra provincia che al di fuori di essa".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 11.996
Diffusione 02/2016: 9.469
Lettori Ed. III 2015: 117.000
Quotidiano - Ed. Reggio Emilia

GAZZETTA DI REGGIO

Dir. Resp.: Paolo Cagnan

12-APR-2016
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

PRESENTATO "SI PUO' VINCERE"

Tumori, percentuali di sopravvivenza in continua crescita

di Luciano Salsi
REGGIO EMILIA

Il progresso è lento ma incessante. Grazie alla diagnosi precoce e alle nuove cure più della metà dei malati sopravvive al cancro, che non è più la malattia inguaribile d'una volta. Lo dimostrano le testimonianze di pazienti trattati con successo con la nuova arma dell'immunoterapia, che Mauro Boldrini, Sabrina Smerreri e Paolo Cabra hanno raccolto nelle 170 pagine del libro "Si può vincere", pubblicato dall'Associazione italiana di oncologia medica e posto in vendita al prezzo di 14,50 euro, i cui proventi andranno alla fondazione Aiom. Il volume, la cui prefazione è firmata da Beatrice Lorenzin, ministro della Salute, è stato presentato ieri a palazzo Rocca Saporiti, in viale Murri, dal curatore Mauro Boldrini, da Carmine Pinto, direttore dell'Oncologia medica dell'Irccs Santa Maria Nuova e presidente dell'Aiom, da Antonella Messori, direttore generale dell'Irccs, e da Annamaria Mancuso, presidente dell' onlus Salute donna.

Reggio è la seconda fra le dieci città italiane che erano state scelte per la presentazione dell' opera ed è l'unica nella nostra regione, in virtù del ruolo di primo piano assunto nell'oncologia e sancito dall'imminente inaugurazione del Centro oncoematologico. Per quanto riguarda la sopravvivenza ai tumori, infatti, la nostra provincia si colloca al di sopra della media dell'Emilia-Romagna, che a sua volta raggiunge i più alti livelli nazionali e internazionali. Nel territorio regionale sono 231.625 i cittadini, pari al cinque per cento della popolazione, che hanno ricevuto nel corso della vita una diagnosi di tumore. Ce ne sono 62.800 che possono dirsi già guariti e 31.400 di cui ci si aspetta la guarigione. Rimane molto da fare, però, sul terreno della prevenzione primaria, anche se Reggio ha già avviato esperienze d'avanguardia nell'informazione rivolta agli studenti per migliorare gli stili di vita.

Va meglio la prevenzione secondaria. Grazie allo screening di massa il tumore del seno registra in Emilia-Romagna una sopravvivenza dell'89,7% a cinque anni, contro una media nazionale dell'87%. «Il nostro ospedale - sottolinea Antonella Messori - pone il massimo impegno per garantire standard elevati di assistenza che ne facciano un punto di riferimento». Si tratta, però, di terapie molto costose. «La pressione esercitata dall'alto per ridurre i costi - denuncia Annamaria Mancuso - ha già provocato effetti pesanti sulla disponibilità delle cure». «Ogni anno - ammette Pinto - la spesa per i farmaci aumenta del 9%. Basterebbe imporre un centesimo di accise sul tabacco per raccogliere 700 milioni». «La coperta - incalza Antonella Messori - è stretta. Solo per i farmaci contro l'epatite C a Reggio si sono spesi l'anno scorso 14 milioni. Occorre insistere sull'appropriatezza delle prescrizioni. Il 30-50% degli esami radiologici è inutile. Poi c'è la piaga della corruzione. La denuncia di Raffaele Cantone ci offende, ma ha un contenuto di verità».

La presentazione, ieri a Palazzo Rocca Saporiti, di "Si può vincere"

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 11 APRILE 2016

Oncologia. *Oncology management fast track*: premiati i progetti vincitori

Si è conclusa la prima edizione dell'iniziativa rivolta ai giovani talenti dell'oncologia, promossa da Cipomo e Sds Bocconi. Marina Chiara Garassino, Marcello Tiseo, Mary Cabiddu, Alessandro Mozzicafreddo, Laura Velutti, La Verde Nicla Maria e Sara Lonardi. Questi i sette vincitori. A decretare i migliori progetti, una commissione composta da Sda Bocconi, Cipomo e i direttori generali di Aziende sanitarie, ospedaliero universitarie e Istituti di Ricerca.

Marina Chiara Garassino (Istituto Nazionale dei Tumori di Milano) e **Marcello Tiseo** (Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma) vincitori ex equo per l'ambito 'riorganizzazione del percorso del paziente negli ospedali (PDTA), dalla diagnosi al follow up'; **Mary Cabiddu** (Azienda Ospedaliera di Treviglio-Romano di Lombardia) per l'ambito 'rapporto fra cardiologia e oncologia'; **Alessandro Mozzicafreddo** (Ausl Valle D'Aosta, Aosta) per l'ambito 'integrazione fra ospedale e servizi territoriali e continuità di cura'; **Laura Velutti** (Istituto Clinico Humanitas di Milano) per l'ambito 'gestione di urgenze e attività non programmate'; **La Verde Nicla Maria** (Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano) e **Sara Lonardi** (Istituto Oncologico Veneto) vincitori ex equo per l'ambito 'modelli di riprogettazione organizzativa dei servizi di supporto al lavoro delle Unità Operative di Oncologia Medica'.

Sono questi i sette vincitori della prima edizione dell'Oncology Management Fast Track (OMFT), Corso di Perfezionamento per giovani talenti dell'oncologia italiana, i futuri migliori primari oncologi, promosso da Sda Bocconi School of Management e da Cipomo, Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri. A decretare i migliori progetti di innovazione e cambiamento nel campo dell'oncologia, una commissione composta da Sda Bocconi, Cipomo e i direttori generali di Aziende sanitarie, ospedaliero universitarie e Istituti di Ricerca nel corso di una cerimonia di premiazione organizzata presso Sda Bocconi lo scorso 8 aprile.

I vincitori si sono aggiudicati il primo posto nella classifica dei 25 progetti presentati, suddivisi in 5 differenti ambiti di categoria.

I migliori progetti, oltre ad essere premiati dalla giuria, saranno oggetto di una pubblicazione su Mecosan - rivista trimestrale di management e economia sanitaria - poiché rappresentano dei 'prototipi' di cambiamento per approccio e contenuto.

"Cipomo ha promosso questa iniziativa per mantenere l'oncologia ad alti livelli in futuro - commenta **Gianpiero Fasola**, Past President Cipomo - le difficoltà di oggi e quelle che si intravedono all'orizzonte richiedono idee innovative e nuove capacità. Sarà essenziale per gli oncologi allineare le competenze cliniche a quelle organizzative, conoscere meglio il contesto del Servizio Sanitario, avere una visione del futuro e saper rappresentare le esigenze che cambiano. Cerchiamo di far sì che una nuova generazione di primari aiuti la sanità ad essere più efficace nel servizio ai pazienti ammalati di cancro e ai loro familiari".

L'Oncology Management Fast Track nasce dall'esigenza di supportare il percorso di crescita dei giovani talenti dell'oncologia italiana che saranno chiamati a dirigere i servizi destinati ai pazienti oncologici

all'interno di contesti aziendali e di sistemi sanitari regionali in costante cambiamento. Partito nel novembre 2014, il corso ha visto la partecipazione di 25 dirigenti medici, specialisti in oncologia, provenienti da tutta Italia (3 dal Sud, 4 dal Centro, 12 dal Nord-Ovest e 6 dal Nord Est). In quasi il 50% dei casi, le figure professionali operano presso Ao/Aou, il 32% presso Asl/Asp/Apss/Ausl, il 14% presso un Ircss pubblico e il 4% presso un Ircss privato. L'età media dei partecipanti è circa 46 anni.

Il percorso formativo ha visto un mix di modalità didattiche: lezioni frontali dedicate all'interpretazione dello scenario della sanità italiana e alla conoscenza dell'approccio economico-aziendale, workshop tematici sui casi di eccellenza dell'oncologia nazionale e internazionale e infine lo sviluppo di progetti aziendali, strategie d'innovazione messe a punto con la collaborazione delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate presso cui operano i venticinque professionisti.

"È un programma unico nel panorama della formazione - ha dichiarato **Valeria D. Tozzi**, Direttore dell'Oncology Management Fast Track e del Master in Management per la Sanità -. È il primo progetto executive italiano costruito partendo dai fabbisogni della comunità dei professionisti del settore che operano all'interno di contesti aziendali in grande trasformazione. Coniugare efficienza ed efficacia è una sfida da affrontare all'interno del perimetro delle aziende sanitarie e attraverso la rivisitazione delle logiche di presa in carico. Il confronto tra esperienze e prospettive è uno degli ingredienti della ricetta OMFT: abbiamo sostenuto il dialogo tra i partecipanti e i direttori generali e sanitari delle aziende e alimentato il dibattito tra senior e junior dell'oncologia in modo che nel passaggio generazionale che si sta consumando non vadano perse conoscenze preziose".

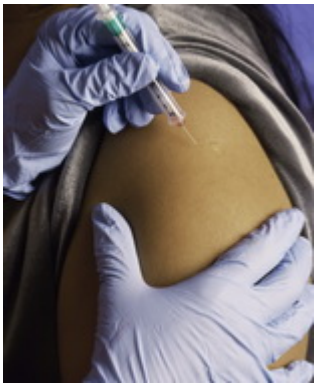
"Un'esperienza - conclude Valeria D. Tozzi - che stiamo valutando di ripetere con l'organizzazione della seconda edizione dell'Omft, la creazione di un network di alumni, la realizzazione di un repository presso Cipomo per mettere in comune le conoscenze acquisite".

Doctor33

12-04-2016

http://www.doctor33.it/

Epoetina alfa biosimilare, approvata in Ue la somministrazione sottocutanea



È stata approvata dalla Commissione Europea (Ec), una variazione di tipo II per l'aggiunta della via di somministrazione sottocutanea per epoetina alfa biosimilare in nefrologia. Lo annuncia in una nota Sandoz l'azienda che commercializza il farmaco, sottolineando come Binocrit, questo il nome commerciale, rappresenti «una nuova opzione terapeutica più pratica per i pazienti». L'approvazione Eu, riferisce la nota, si basa sui dati dello studio clinico Sense, uno studio multicentrico, braccio singolo, in aperto per valutare la sicurezza e l'immunogenicità di Hx575 epoetina alfa per il trattamento dell'anemia associata a patologie renali in pazienti in dialisi e pre-dialisi. Sandoz, conclude la nota, ha una ricca pipeline di biosimilari e pianifica di completare 10 iter regolatori, di cui 5 sono già stati sottomessi, nell'arco di tre anni (2015-2017).

la Repubblica.it

12-04-2016

Lettori
37.302

http://la.repubblica.it/salute

Trombosi, quell'ostacolo del sangue che è possibile prevenire

Ictus, infarto, embolia sono spesso conseguenze di questa patologia che colpisce ogni anno 600 mila italiani, 15 mila dei quali bambini o ragazzi. Eppure è possibile evitarla con una maggiore attenzione agli stili di vita. Aumentare questa consapevolezza è l'obiettivo della campagna #Alt Pigrizia, promossa in occasione della Giornata nazionale per la lotta alla trombosi e che prevede incontri in molte città d'Italia e iniziative in Rete e sui social network

di IRMA D'ARIA

Ne soffrono ogni anno 600.000 italiani, uomini, donne e perfino bambini e neonati. Sono le malattie da trombosi: ictus, infarto, embolia che colpiscono il doppio dei tumori ma che in un caso su tre sarebbero evitabili con una maggiore attenzione agli stili di vita. Ecco perché in occasione della quinta Giornata nazionale per la lotta alla Trombosi (13 aprile) torna la campagna "ALT Pigrizia" realizzata dall'Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari - Onlus (ALT) che quest'anno ha come slogan "Chi impara presto, campa 100 anni".

Che cos'è la trombosi. Si tratta di un processo patologico causato nei vasi sanguigni da una eccessiva tendenza del sangue a coagulare e a formare trombi che ostacolano la regolare circolazione: può verificarsi nelle arterie, causando infarto del miocardio e ictus cerebrale, o nelle vene, causando anche malattie altrettanto gravi ma spesso sottovalutate perché, come la trombosi venosa e l'embolia polmonare, si presentano con sintomi meno clamorosi: la prima viene spesso scambiata per infiammazione tendinea o muscolare, la seconda per polmonite o addirittura banale lombalgia. "Il meccanismo della trombosi si accende non per una sola causa, ma per cause multiple presenti nello stesso momento" spiega Lidia Rota Vender, presidente di ALT.

Genetica e fattori di rischio. In 5 persone su 100 nella popolazione sana è presente una mutazione genetica che moltiplica il rischio di sviluppare un evento da trombosi: "Ma l'assetto genetico di per sé non provoca trombosi, che invece si manifesta solo se alla predisposizione genetica si associa almeno un fattore di rischio transitorio, che può essere una malattia infiammatoria, un trauma, un intervento chirurgico, un lungo viaggio aereo, l'uso di terapie ormonali o di farmaci chemioterapici" chiarisce Vender.

Prevenzione e cura. La migliore prevenzione della trombosi è lo stile di vita: poco fumo, niente sovrappeso, molta attività fisica, controllo di pressione, colesterolo, trigliceridi, glicemia e diabete. Chi è già stato colpito o rischia di essere colpito utilizza i farmaci antitrombotici. «Ce ne sono molti, diversi fra loro, ma tutti, anche se attraverso meccanismi diversi, rendono il sangue meno coagulabile, quel tanto che basta perché non formi coaguli quando non dovrebbe, ma possa comunque coagulare quando necessario, senza che si verifichi un'emorragia» spiega l'esperta. Non tutte le trombosi sono curabili nello stesso modo e con lo stesso farmaco. Alcuni sono efficaci sia nella trombosi venosa sia nella trombosi arteriosa, altri farmaci sono efficaci solo nell'una o nell'altra. Per esempio, gli anticoagulanti bloccano i fattori della coagulazione, di solito vengono utilizzati per curare le trombosi venose, ma possono essere efficaci anche nelle trombosi arteriose. Gli antiaggreganti, invece, agiscono sulle piastrine e sono indicati solo nella prevenzione e nella cura delle trombosi arteriose. «I farmaci antitrombotici non sono intercambiabili: spetta al medico suggerire il farmaco adatto, in funzione del tipo di trombosi, del distretto colpito, del rischio vascolare globale del paziente, e oggi anche del suo assetto genetico» precisa Vender.

Ogni età ha i suoi rischi. In base alle statistiche, su 100 persone colpite, 3 hanno meno di 40 anni. In Italia, ogni anno, la trombosi colpisce 15mila bambini (da neonati ad adolescenti). E non solo: nel nostro Paese, sono 35 su 100 gli uomini che muoiono per malattie causate da trombosi. Complessivamente ogni anno in Europa muoiono più di 4 milioni di persone e altrettante sopravvivono con invalidità gravissime e devastanti per la qualità della vita. E a fare più paura, su tutto, è l'ictus, che uccide ogni anno più di 1 milione di persone e occupa il secondo posto fra le cause di morte in Europa. Infatti, una donna su 7 e un uomo su 10, ogni anno, muoiono per colpa di un ictus cerebrale; in Italia sono 38mila uomini e 25mila donne l'anno.

Obesità e contraccettivi. Le donne obese che assumono la pillola contraccettiva hanno fino a 30 volte più probabilità di subire un raro tipo di ictus. E' quanto emerge da un nuovo studio pubblicato sulla rivista Jama Neurology e condotto da un gruppo di ricercatori dell'Academic Medical Centre di Amsterdam. I ricercatori olandesi hanno scoperto che le donne con un indice di massa corporea superiore a 30 sono più a rischio di trombosi venosa cerebrale, causata da un coagulo nel cervello, un raro tipo di ictus che colpisce poco più di una persona su 100mila all'anno. In effetti, è noto che la donna è particolarmente esposta al rischio di andare incontro durante la vita a una malattia da trombosi, delle vene o delle arterie: "Durante la gravidanza, il rischio in ogni singola donna si quadruplica mentre nel post partum si moltiplica fino a 60 volte. Un altro periodo di rischio è quello di utilizzo della terapia ormonale, quella contraccettiva o quella sostitutiva in menopausa" spiega Vender. La donna è, inoltre, spesso portatrice di malattie infiammatorie come la colite, la tiroidite, l'artrite reumatoide, malattie che provocano una prolungata attivazione del sistema della coagulazione che porta il sangue a formare coaguli di sangue in

diversi distretti del corpo, causando trombosi. "Sappiamo anche che il tessuto adiposo, cioè il grasso, è oggi riconosciuto come un tessuto fortemente infiammato, che come tale contribuisce a rendere il sangue più incline a coagulare".

Le iniziative. Gli eventi organizzati in occasione della Giornata nazionale per la Lotta alla Trombosi a Milano, Bergamo, Genova, Bologna, Ferrara, Cassino, Bari, Palermo sono dedicati alla popolazione di ogni età. Ci saranno giochi e incontri anche con le scuole. A Milano, accanto ad ALT ci sarà il Centro Sportivo Italiano con le miniolimpiadi che coinvolgeranno 400 studenti delle scuole medie dagli 11 ai 14 anni provenienti da Milano, Chiavari, Vighizzolo di Cantù, Roggiano, Luino, Varese e Genova che si sfideranno su giochi a squadre, per conquistare la Coppa buonsenso di ALT. A Milano si svolgerà anche un'edizione speciale di trekking. A Bologna ci sarà un incontro con la popolazione dal titolo "Nutrire il corpo e l'anima: un pomeriggio tra salute e musica" accompagnato da un concerto alla Regia Accademia Filarmonica. Le varie iniziative in programma sono elencate sul sito www.giornatatrombosi.it.

La giornata sul web. La Quinta Giornata Nazionale per la Lotta alla Trombosi viaggerà anche sul web con il sito www.giornatatrombosi.it, la pagina Facebook della campagna e di ALT, frequentata ogni giorno da più di 1000 persone, l'hashtag #ALTpigrizia con il sito www.altpigrizia.org, la newsletter dedicata a più di 4mila contatti e il forum "Mi curo di te" su www.altforum.it per parenti e amici di tutti coloro che seguono una terapia anticoagulante.

Tutti possono contribuire alla giornata di sensibilizzazione con un autoscatto, 140 caratteri ed un # per sfidare la pigrizia. ALT invita a immortalarsi in uno scatto selfie per dire "basta pigrizia" pubblicandolo con l'hashtag #ALTpigrizia su Instagram, Twitter e Facebook.

quotidianosanità.it

Lunedì 11 APRILE 2016

Fine vita. Audizione Fnomceo: “Istituire Registro dei testamenti biologici. Il consenso informato deve entrare nei Lea”

Questa la richiesta della Fnomceo, avanzata in audizione di fronte alla Commissione Affari Sociali della Camera. Il vicepresidente Maurizio Scassola: "Siamo a disposizione della politica per delineare insieme delle soluzioni semplici, che consolidino la Relazione di Cura, che nel momento estremo della sofferenza". IL TESTO

“Il consenso informato è un atto medico non delegabile e dovrebbe rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza, come attività strategica e indicatore del livello di umanizzazione, di qualità e di efficacia delle buone pratiche per tutti i Servizi e per le Direzioni Generali”. È questa la richiesta della Fnomceo, comparsa questo pomeriggio in audizione di fronte alla Commissione Affari Sociali della Camera, nell’ambito dell’esame sulle Proposte di Legge sul Consenso Informato e le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento.

“Siamo a disposizione della Politica - ha dichiarato, a margine del suo intervento, il Vicepresidente **Maurizio Scassola**, che ha portato in audizione le istanze della Fnomceo – per delineare insieme delle soluzioni semplici, che consolidino la Relazione di Cura, che nel momento estremo della sofferenza diventa ancora più intima. Offriamo tutto il nostro impegno, professionale, civile e politico, per costruire insieme una buona legge, che offra ai cittadini strumenti concreti di assistenza, a sostegno della qualità della vita delle persone sofferenti e delle loro famiglie”.

“La relazione di cura nel fine vita è unica e irripetibile – si legge infatti nel testo dell’audizione - ; se fondata su un’alleanza terapeutica, contiene in sé tutte le dimensioni etiche, civili, tecnico- professionali per legittimare e garantire una scelta giusta, nell’interesse esclusivo del paziente, rispettosa delle sue volontà. L’indipendenza del medico, persona al servizio di altre persone, è l’unica garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti siano accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza e solidarietà nel momento della morte. I medici italiani – continua ancora la Fnomceo - ritengono che il legislatore, nel decidere di intervenire in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, debba altresì garantire una efficace rete di tutela dei soggetti più deboli perché inguaribili, terminali, morenti, comunque sofferenti, ancor più se divenuti incapaci”.

Ma quali sono, nel dettaglio, le istanze della Fnomceo? Eccone alcune: la costituzione di un Osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita; l’implementazione e la diffusione della cultura delle cure e dell’etica di fine vita; la contemperazione tra l’autonomia del medico, che è assunzione di responsabilità e sicurezza a garanzia della persona, e quella del paziente; la possibilità di affidare a un Collegio Medico la certificazione sulla irreversibilità dello Stato di incapacità; la necessità che, negli stati vegetativi, le condizioni di irreversibilità del danno neurologico, l’entità ed il tasso di progressione siano indagate, valutate e certificate secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili da trasferire in protocolli unici a livello nazionale.

Chiara la posizione sulla nutrizione e l’idratazione artificiale: “Sono trattamenti di esclusiva competenza medica e implicano procedure con rischio clinico; devono essere precedute dal consenso

informato in ragione dei rischi connessi alla loro preparazione e assunzione nel tempo”.

Una particolare attenzione è riservata al Registro dei Testamenti Biologici. La Fnomceo chiede che venga istituito “rendendo facile e omogenea la sua formulazione e la sua applicazione” e si rende disponibile “ad affiancare la politica nella scrittura di un testo che renda il Registro uno strumento utile a costruire una rete di competenze a sostegno delle persone che dovranno sottoscrivere e depositare il proprio Testamento in modo protetto, consapevole e informato”.

“Noi tutti siamo messi alla prova – ha concluso Scassola -, nei rispettivi ruoli e nelle rispettive responsabilità, per verificare se finalmente il nostro Paese è nelle condizioni di poter esprimere i livelli più alti e nobili di assistenza e cura; il Consenso Informato e le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento sono un indicatore potente della nostra capacità come Paese di dimostrare disponibilità all’ascolto, capacità di individuare i contesti, decidere in termini strategici con la persona, nella cornice familiare e sociale che le appartiene”.

quotidianosanità.it

Lunedì 11 APRILE 2016

Giornata internazionale della medicina omeopatica. L'80% degli italiani la conosce e il 20% la utilizza almeno una volta l'anno

La ricerca, diffusa oggi dall'Amiot, ed effettuata con oltre 2mila intervista su un campione rappresentativo della popolazione maggiorenne italiana, offre uno spaccato sui comportamenti, gli usi e le tendenze degli italiani nei confronti di un settore che, nonostante la crisi, continua a crescere ed essere utilizzato dagli italiani.

L'Associazione medica italiana di omotossicologia (Amiot) diffonde oggi in occasione della Giornata Internazionale della Medicina Omeopatica - i dati emersi dal sondaggio che Omeoimprese, l'associazione che riunisce le maggiori aziende italiane produttrici di farmaci omeopatici, ha commissionato al gruppo Emg, che ha effettuato oltre 2 mila interviste su un campione rappresentativo della popolazione italiana maggiorenne.

Più del 20% degli italiani utilizza medicinali omeopatici almeno una volta l'anno e il 4,5% della popolazione si affida alle cure complementari con una frequenza quotidiana o settimanale. In generale, la medicina omeopatica è conosciuta dall'80% degli intervistati e chi ricorre all'omeopatia lo fa mediamente da 6,5 anni e ha iniziato, ad esempio, su consiglio del farmacista (22,6%), di parenti e amici (21,7%), del medico generico (15,3%) o da indicazioni di uno specialista (14,1%).

Dal sondaggio emerge che il 60,4% degli utilizzatori di medicinali omeopatici sono donne per lo più di un'età compresa tra i 35 e i 54 anni. Oltre la metà degli utilizzatori (53,7%) ha un'istruzione superiore. Anche la distinzione geografica si fa notare: chi vive nel Nord-Ovest ha maggiore dimestichezza con la medicina omeopatica (34,4%); seguono Nord Est (21,9%); Centro (16,2%); Sud (14,7%) e infine le Isole (12,8%).

Con l'omeopatica gli italiani curano soprattutto riniti, raffreddori, influenze (63,6%); dolori articolari o muscolari (30,4%); allergie e problemi all'apparato respiratorio (21,8%). Il farmaco più popolare è l'arnica, usato più frequentemente dal 14,4% degli italiani e, al momento, è tramontata la "moda" dei fiori di Bach, cui ricorre il 5,9% degli intervistati. In generale chi utilizza i medicinali omeopatici lo fa sempre di più e nel corso del tempo il trend è cresciuto del 2,8%, con una cresciuta anche nell'utilizzo di farmaci omeopatici soprattutto in pediatria (infatti quasi 3 italiani su 10 li utilizzano per i bimbi, in particolare dai sei anni in su, soprattutto per infezioni respiratorie).

Inoltre è stato indagato ciò che la gente pensa della medicina omeopatica: anche tra chi non utilizza l'omeopatia è evidente che la maggior parte degli italiani è consapevole del fatto che i medicinali complementari possano risolvere molti disturbi di salute (57%) e li giudichi medicinali a tutti gli effetti (48%).

Infatti il maggior vantaggio rilevato dall'utilizzo dei farmaci omeopatici è legato all'assenza di effetti collaterali e di controindicazioni (18,2%). Il 15,5% li usa perché non sono tossici e l'11,9% perché ritiene siano particolarmente adatti contro disturbi meno gravi quali l'ansia, lo stress, la cistite, la gastrite. Al

contempo, però, il 18,6% degli intervistati continua a pensare che l'omeopatia sia meno efficace della medicina tradizionale, mentre un altro 18% contesta il fatto che le terapie siano troppo lunghe. Per il 17,5% degli intervistati i costi dei medicinali omeopatici sono troppo alti, sebbene vi siano degli studi certificati secondo cui l'utilizzo di questo tipo di farmaci porti un diretto risparmio al servizio sanitario nazionale.

Infine, dalla ricerca emerge che chi cerca informazioni sui medicinali omeopatici e il loro utilizzo si rivolge in farmacia (40,6%) anche se il 39,3% pensa che sia una fonte da implementare, mentre il 34,6% degli intervistai si aspetta che sia il medico generico a fornire informazioni sull'omeopatia.

quotidianosanità.it

Lunedì 11 APRILE 2016

La Fnomceo dice sì alla *slow medicine*. “Il medico non vuole più essere il ‘ragioniere’ delle cure. Al centro c’è la relazione con il paziente”. Intervista alla presidente Roberta Chersevani

L'8 e 9 aprile ccorsi la Fnomceo e l'Ordine di Matera hanno promosso una due gioni all'approccio medico di Slow Medicine ispirato alla Choosing Wisely. Il convegno si intitolava “Scelte saggie in medicina”. Al termine dei lavori abbiamo incontrato la presidente Chersevani: “Una medicina sobria, rispettosa e giusta potrebbe offrire una alternativa alla eccessiva medicalizzazione che si ritrova nel nostro sistema sanitario, che appesantisce richieste di prestazioni e liste di attesa, forse peggiorando le risposte alla richiesta di salute di chi ne ha veramente bisogno”

Incontriamo **Roberta Chersevani**, presidente della Fnomceo, a Matera, dove l’8 e il 9 aprile si sono tenute due giornate di confronto dedicate alla Slow Medicine, il movimento nato a Torino nel 2010 e che sta riscuotendo un crescente interesse nel mondo medico, a giudicare dalle iniziative che negli ultimi mesi si vanno moltiplicando (vedi anche le slide del presidente Chersevani presentate al convegno).

Presidente Chersevani, il progetto di una medicina “sobria, rispettosa e giusta”, come recita lo slogan del movimento Slow Medicine, trova sempre più ascolto tra i medici italiani. Eppure ci sono problemi molto gravi che attanagliano la professione e la sanità italiana, dalla scarsità delle risorse alla corruzione. Come mai ci si appassiona ad una proposta che può apparire velleitaria?
Perché non è affatto velleitaria, ma al contrario affronta alla radice i problemi che abbiamo davanti. Mi spiego: i dati ci dicono che crescono gli anziani e le cronicità, che cresce il numero di obesi, anche giovani e giovanissimi, che cresce il consumo di farmaci, che aumentano le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie. E oltre a questo noi sappiamo che i medici patiscono un disagio nel vivere il proprio ruolo, schiacciati da logiche che li vogliono meri “applicatori” di decreti ragionieristici, che hanno lo scopo di ridurre i costi immediati, senza alcuna capacità di prevedere in proiezione gli esiti di questi tagli.
L’antidoto a questi mali credo che sia uno solo, ovvero recuperare il senso profondo della relazione di cura, che è fatta di ascolto, di dialogo di condivisione e, solo alla fine, di prescrizioni. Senza questo percorso, senza questa relazione si corre davvero il rischio di offrire prestazioni inappropriate.
Una medicina sobria, rispettosa e giusta potrebbe offrire una alternativa alla eccessiva medicalizzazione che si ritrova nel nostro sistema sanitario, che appesantisce richieste di prestazioni e liste di attesa, forse peggiorando le risposte alla richiesta di salute di chi ne ha veramente bisogno.
Credo che questo percorso sobrio possa essere rivolto soprattutto a coloro che non hanno malattie acute, gravi o bisognose di intervento immediato, ma sono in quelle situazioni stabili nelle quali possono serenamente ragionare con il proprio curante su percorsi meno aggressivi e “saggi”.

Appropriatezza è una parola che, dopo il decreto dello scorso dicembre, suscita molta

animosità nel mondo medico. Lei in quale chiave la utilizza?
Nell’unica chiave possibile: capire cosa sia davvero utile, e quindi appropriato, per il paziente che ho di fronte, in questo momento e in questa determinata condizione. Pensare che si possa definire attraverso una norma burocratica ciò che è appropriato e ciò che non lo è si rivela una trappola, che mortifica i medici, penalizza i cittadini e danneggia complessivamente il sistema, perché se non diamo una risposta vera ad un problema di salute quel problema si ripresenterà, aggravato e dunque più oneroso. D’altra parte, dopo un lungo lavoro di confronto con il ministero della Salute e le Regioni, siamo riusciti a far comprendere, almeno in parte, questa posizione: la circolare applicativa di marzo, infatti, sospende le sanzioni previste dal decreto e prevede una revisione del testo che riconduca l’appropriatezza in ambito clinico alla responsabilità dei medici. È difficile far comprendere il delicato rapporto tra medico e assistito, che può essere condizionato da una miriade di eventi: dalla recente malattia di un consanguineo ad una deleteria trasmissione televisiva.

Dietro al decreto appropriatezza c’è, ovviamente, la necessità di contenere i costi, che è un problema grave. Come risponde Fnomceo?
L’uso ottimale delle risorse economiche disponibili è, a tutti gli effetti, un impegno deontologico dei medici. Lo dice il nostro Codice Deontologico, all’articolo 6, e lo abbiamo ribadito nel Manifesto approvato lo scorso luglio. Siamo ben coscienti della necessità di allocare in modo appropriato le risorse disponibili. È tuttavia vero che queste risorse sono scarse rispetto a quelle di altri paesi dell’Europa. Non è corretto affidare ai medici la responsabilità di una gestione difficile di fondi insufficienti, penalizzando la prescrizione e facendo leva su dati derivati non si sa come dalla medicina difensiva. È facile dire a posteriori se una determinata prescrizione sia stata necessaria o meno, ma la valutazione è diversa prima di conoscerne il risultato.

Tornando alla Slow Medicine. Il simbolo di questo movimento sono due chiocciole che si parlano: medico e paziente. A Matera i pazienti hanno avuto parola?
La prima giornata di lavori era rivolta proprio a loro, con interventi di **Franca Braga**, in rappresentanza di Altroconsumo, di **Paola Mosconi**, che coordina il progetto di ricerca sul “Coinvolgimento dei cittadini in sanità” dell’Istituto Mario Negri di Torino, e anche di **Angelo Bianchi**, membro di un’associazione di cittadini materani.
Il dialogo con i cittadini, con le Associazioni dei pazienti, è essenziale in questa prospettiva, perché consente di diffondere messaggi positivi, responsabili, che possono rafforzare la fiducia reciproca, contrastando una tendenza alla diffusione di messaggi allarmistici, che spesso producono danni gravi in termini di salute pubblica, come mostra chiaramente la vicenda legata ai vaccini. Il tempo dedicato alla comunicazione e alla informazione è essenziale, ma sembra essere un argomento che solo noi cerchiamo di affrontare; è necessario creare un legame più forte con i pazienti, e con chi li rappresenta, per mandare un messaggio forte e condiviso alle istituzioni.

Oltre al convegno di Matera, Fnomceo sta preparando altre iniziative su questo tema?
Stiamo lavorando a molte attività legate alla Slow Medicine, proprio perché siamo convinti che sia un approccio strategico. Fnomceo aderisce dal 2014 alla campagna “Fare di più non significa fare meglio”, legata alla Choosing Wisely di origine americana e ripresa da Slow Medicine in Italia: la filosofia di una “scelta saggia”, concordata con i pazienti, per limitare gli interventi non necessari e i trattamenti inappropriati. Stiamo anche preparando, con Slow Medicine, un corso Fad, che sarà presto disponibile gratuitamente attraverso il nostro portale. Inoltre, negli Ordini provinciali si stanno realizzando molti incontri su questi temi e il prossimo sarà a Ravenna, il 15 e 16 aprile. E a maggio ci sarà a Roma un convegno che vedrà i colleghi di Slow Medicine lavorare con la rappresentanza di Choosing Wisely.

Come mai avete scelto proprio Matera per realizzare questo incontro?
Come ricordava il presidente dell’Ordine di Matera, **Raffaele Tataranno**, la città è stata capitale italiana della cultura lo scorso anno e si sta preparando ad essere capitale della cultura europea nel 2019. I colleghi dell’Ordine di Matera si sono proposti per affrontare questo tema, e lo abbiamo condiviso, perché in questo senso è strategico discutere proprio qui, in questa cornice straordinaria e carica di una storia ricca e complessa, di come si può cambiare la cultura dei medici italiani. Perché non possiamo pensare di uscire dalle difficoltà solo con qualche aggiustamento sui conti. Dobbiamo avere il coraggio di guardare ad un cambiamento culturale di grande respiro, fatto di responsabilità e di dialogo con i pazienti e con i cittadini.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 213.091
Diffusione 02/2016: 162.324
Lettori Ed. III 2015: 879.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-APR-2016
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

LA GIORNATA

LA MINISTRA LORENZIN: DIRITTI NON VIOLATI

Aborto, la Ue boccia l'Italia: troppi ostacoli per le donne

Italia bocciata dal Consiglio d'Europa per l'applicazione della legge 194/1978 sull'aborto, che periodicamente riaccende le polemiche: troppe difficoltà di accesso per le donne ai servizi per l'interruzione volontaria della gravidanza, troppe discriminazioni nei confronti dei ginecologi non obiettori di coscienza. La decisione del comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa, adottata a ottobre ma pubblicata ieri, ha preso le mosse da un ricorso della Cgil che denunciava sia l'aumento nel tempo dei medici obiettori (dal 57,8% del 2003 al 70% del 2013, con picchi superiori al 90% in alcuni ospedali, soprattutto al Sud) sia la mancata tutela dei diritti dei non obiettori.

«Molto stupita» la ministra della Salute Beatrice Lorenzin (Ap-Ncd), che nega «violazioni del diritto alla salute» delle donne e sottolinea come il dato del 70% di obiettori sia «congruo rispetto alle interruzioni effettuate e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda».

Inevitabile lo scontro politico. Dal partito di Lorenzin Maurizio Lupi tuona: «Non accettiamo lezioni da nessuno su questi temi». Di pronunce «ridicole» parla Giorgia Meloni (Fdi). Ma Micaela Campana, responsabile welfare del Pd, invita il ministero «a continuare a monitorare» affinché la 194 sia rispettata in tutti gli ospedali. E per il M5S, la ministra «minimizza» un quadro preoccupante: «Sempre di più in Italia quello all'aborto è un diritto garantito soltanto sulla carta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica.it

12-04-2016

Lettori
37.302

http://la.repubblica.it/salute

Aborto, Consiglio d'Europa contro l'Italia: discriminati medici e infermieri non obiettori. Lorenzin: dati vecchi

Accolto un ricorso della Cgil: "Questi sanitari sono vittime di diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti". L'organismo di Strasburgo rileva che il diritto delle donne ad accedere all'Ivg nelle strutture pubbliche, pur previsto dalla legge, nella realtà è ostacolato in un modo che alimenta i rischi di ricorso ai privati ed alla clandestinità. La ministra: "L'analisi risale al 2013. Oggi è diverso". Ma il sindacato controreplica

STRASBURGO - L'Italia discrimina medici e personale medico che non hanno optato per l'obiezione di coscienza in materia di aborto. Lo afferma il Consiglio d'Europa, accogliendo un ricorso della Cgil e sostenendo che questi sanitari sono vittime di "diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti". "Gli svantaggi subiti dal personale che non ha fatto obiezione", secondo l'organizzazione di Strasburgo, "emergono semplicemente dal fatto che certi medici forniscono servizi di aborto nel rispetto della legge", e "quindi non c'è alcun motivo ragionevole od obiettivo per questa disparità di trattamento".

Soddisfatta per la decisione **Susanna Camusso**, segretario generale della Cgil: "Una sentenza importante - commenta - perché ribadisce l'obbligo della corretta applicazione della legge 194, che non

può restare soltanto sulla carta. Il sistema sanitario nazionale, deve poter garantire un servizio medico uniforme su tutto il territorio nazionale, evitando che la legittima richiesta della donna rischi di essere inascoltata. Questa decisione del Consiglio d'Europa riconferma che lo Stato deve essere garante del diritto all'interruzione di gravidanza libero e gratuito affinché le donne possano scegliere liberamente di diventare madri e senza discriminazioni, a seconda delle condizioni personali di ognuna". La ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, si dice invece stupita: "Mi riservo di approfondire con i miei uffici, ma sono molto stupita perché dalle prime cose che ho letto mi sembra si rifacciano a dati vecchi che risalgono al 2013. Il dato di oggi è diverso". E aggiunge: "Dal 2013 a oggi abbiamo installato una nuova metodologia di conteggio e nella relazione che abbiamo presentato al Parlamento recentemente non ci risulta una sfasatura. Ci sono soltanto alcune aziende pubbliche che hanno qualche criticità dovuta a problemi di organizzazione. E siamo intervenuti anche richiamando". Per il ministro "siamo nella norma, anche al di sotto. E non c'è assolutamente lesione del diritto alla salute".

Alla ministra controreplica lo stesso sindacato. "I dati sono aggiornati alla pubblica udienza che si è tenuta davanti alla Corte europea dei Diritti dell'uomo a Strasburgo il 7 settembre 2015 e non sono mai stati smentiti dal ministero della Salute e dal Governo italiano" afferma la responsabile politiche di genere Cgil, Loredana Taddei. "Auspichiamo un confronto serio e definitivo che conduca l'Italia a superare questo stato di disapplicazione e disorganizzazione degli ospedali e delle Regioni".

LEGGI - Aborto clandestino, sul web dilaga la protesta contro la multa

Percorso difficile. Il Consiglio d'Europa riprovera l'Italia perché, nonostante la legge 194/78, l'accesso ai servizi di interruzione volontaria è complicato. L'organismo europeo ha dichiarato, dunque, "ammissibile" il ricorso della Cgil alla Corte sulla violazione dei diritti alla salute delle donne che intendono accedere all'interruzione di gravidanza (secondo le modalità previste dalla legge) e dei medici non obiettori di coscienza.

"Le donne che cercano accesso ai servizi di aborto -si legge nelle conclusioni - continuano ad avere di fronte una sostanziale difficoltà nell'ottenere l'accesso a tali servizi nella pratica, nonostante quanto è previsto dalla legge ".

Il Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa denuncia una situazione in cui "in alcuni casi, considerata l'urgenza delle procedure richieste, le donne che vogliono un aborto possono essere forzate ad andare in altre strutture (rispetto a quelle pubbliche), in Italia o all'estero, o a mettere fine alla loro gravidanza senza il sostegno o il controllo delle competenti autorità sanitarie, oppure possono essere dissuase dall'accedere ai servizi di aborto a cui hanno invece diritto in base alla legge 194/78".

Secondo il Comitato, quest tipo di situazioni possono "comportare notevoli rischi per la salute e il benessere delle donne interessate, il che è contrario al diritto alla protezione della salute".

Pd: "Situazione grave". "Durante questa legislatura ho presentato diverse interrogazioni al governo sul tema - ha detto la deputata del Pd, **Roberta Agostini** -. In alcune regioni le percentuali di obiezione tra i ginecologi sono superiori all'80%: in Molise (93,3%), in Basilicata (90,2%), in Sicilia (87,6%), in Puglia

(86,1%), in Campania (81,8%), nel Lazio e in Abruzzo (80,7%). Quattro ospedali pubblici su dieci, di fatto, non applicano la legge 194 e continuano ad aumentare gli aborti clandestini. È del tutto evidente come in Italia si stia violando il diritto alla salute delle donne e quanto sia urgente garantire il servizio di interruzione volontaria di gravidanza in ogni struttura e su tutto il territorio nazionale, nella piena applicazione della legge 194 del 1978. Chiediamo al governo e alle regioni di agire subito assumendo le misure opportune e necessarie per assicurare i diritti delle donne e dei medici".

Turco: "Parlamento faccia di più". "Il pronunciamento del Consiglio d'Europa rileva che l'Italia, al di là dei dati rassicuranti della relazione al Parlamento sull'applicazione della 194, deve fare di più e meglio. Il tema dell'aborto deve essere centrale nelle decisioni politiche e non marginale come invece è", ha commentato l'ex ministra della Sanità, **Livia Turco**. "Ci deve essere una vigilanza concreta - insiste- e vanno attivate tutte le azioni pratiche possibili per una regolamentazione efficace dell'obiezione di coscienza, di cui indicazioni efficaci sono contenute nella relazione della commissione di bioetica della Presidenza del Consiglio presieduta da Casavola".

Meloni contro Strasburgo: "Pronunciamenti ridicoli". Non concorda con il Consiglio d'Europa la leader di Fdi, **Giorgia Meloni**, candidata a sindaco di Roma: "I pronunciamenti del Consiglio d'Europa sono ridicoli: si occupano solo di questioni ideologiche, come del resto fa anche la Cgil. In Italia non è troppo difficile abortire: è difficile avere un bambino, anche grazie alle politiche delle

istituzioni europee che hanno affamato le famiglie italiane per rimpinguare le casse delle grandi banche e delle lobby che le governano. Cominciamo a destinare al sostegno alla maternità i fondi europei, poi vedremo quante saranno le donne che vorranno abortire".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 152.668
Diffusione 02/2016: 116.159
Lettori Ed. III 2015: 1.153.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

12-APR-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il ministro replica: «Dati vecchi»

Richiamo della Ue: in Italia abortire è troppo difficile

Carla Massi

Aborto, sentenza di condanna dal Consiglio d'Europa: l'Italia discrimina medici e infermieri che non hanno optato per l'obiezione di coscienza. Vittime di «diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti». Ecco la risposta arrivata da Strasburgo a un ricorso presentato dalla Cgil. In sintesi: in Italia, secondo l'analisi del Consiglio d'Europa, non è garantito il diritto all'aborto così come regolato dalla legge del 1978.

A pag. 11

«Aborti difficili», l'Europa striglia l'Italia

▶Arriva il richiamo di Strasburgo: «Le donne continuano a incontrare grandi difficoltà, violato il diritto alla salute»

▶Secondo il Consiglio i medici non obiettori sono discriminati Il ministro Lorenzin: «Sono dati vecchi, nessuna violazione»

LA DECISIONE DOPO IL RICORSO DELLA CGIL IL 70% DEI MEDICI CONTRARIO ALL'INTERVENTO

LA SENTENZA

ROMA Aborto, sentenza di condanna dal Consiglio d'Europa: l'Italia discrimina medici e infermieri che non hanno optato per l'obiezione di coscienza. Vittime di «diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti». Ecco la risposta arrivata da Strasburgo ad un ricorso presentato dalla Cgil.

LE GARANZIE

Stigma nei confronti dei ginecologi che entrano in sala operatoria per l'interruzione di gravidanza, dunque, ma anche ostacoli a catena per le pazienti. In sintesi: in Italia, secondo l'analisi del Consiglio d'Europa, non è garantito il diritto all'aborto così come regolato dalla legge del 1978.

Gli specialisti di Strasburgo hanno messo a confronto i numeri, verificato gli interventi nelle varie regioni e controllato i tempi di attesa per l'operazione. Ma anche confrontato l'assegnazione degli incarichi apicali nelle corsie. Dove, su 100 ginecologi che lavorano nel servizio sanitario, circa il 70% si dichiarano obiettori.

Soddisfatti i medici che entrano in sala operatoria per le interruzioni di gravidanza, indignati gli obiettori e stupita Beatrice Lorenzin, ministro della Salute. «Mi sembra si rifacciano a dati vecchi del 2013 - commenta - Non c'è violazione del diritto alla salute. Abbiamo installato una nuova metodologia di conteggio e, nella relazione presentata recentemente al Parlamento, non ci risultano sfasature. Alcune aziende pubbliche hanno qualche problema di criticità dovuto all'organizzazione ma siamo nella norma».

Sono state 97.535 le interruzioni nel 2014, con un calo del 5,1% rispetto all'anno prima. Un aborto su tre, secondo l'ultima relazione del ministero, riguarda una donna straniera, ovvero il 34%. Fra le minorenni il tasso di abortività è del 4,1 per 1000, uno dei valori più bassi rispetto agli altri paesi occidentali. Per il ministero «il numero di non obiettori risulta congruo rispetto alle interruzioni effettuate». Mentre per il Consiglio d'Europa, si legge nel rapporto, «non hanno ancora adottato le misure necessarie per rimediare alle carenze nel servizio causate dal personale che invoca il diritto all'obiezione di coscienza».

I FERRI CHIRURGICI

Alza la voce Silvana Agatone, presidente di Laiga (Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della legge 194): «Bisogna accendere i riflettori sulla situazione reale. Nella maggior parte degli ospedali i primari sono obiettori e solo alcuni, comunque, fanno rispettare la legge. Recentemente dei colleghi stavano facendo interventi e il personale si è rifiutato di lavare i ferri chirurgici. Il ginecologo ha dovuto ha dovuto sterilizzarli e continuare da solo. In altri ospedali portantini si rifiutano di trasportare le pazienti o manca l'anestesista».

Non si riconosce nel ritratto del Consiglio d'Europa l'Associazione ostetrici ginecologi italiani. Vito Trojano, il presidente è, infatti, certo che «i dati concreti ci dicono che gli aborti hanno su tutto il territorio nazionale una distribuzione accettabile, anche se non ottimale». Anche le obiezioni variano da Regione a Regione. Abbiamo il 55% in Sardegna, l'88% in Campania, l'80% nel Lazio, il 50% in Emilia Romagna e il 65% in Piemonte.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 152.668
Diffusione 02/2016: 116.159
Lettori Ed. III 2015: 1.153.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

12-APR-2016
da pag. 11
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

LE ASSUNZIONI

La dichiarazione di Strasburgo fa chiedere alla Cgil, assunzioni di medici, infermieri e ostetriche «per garantire la prestazione richiesta dalle pazienti» come spiega Massimo Cozza segretario nazionale della Fp Cgil medici. Il sindacato e il ministero si sono confrontati per tre anni sull'applicazione della legge fino all'invio dei documenti al comitato dei diritti sociale del Consiglio d'Europa. «Una vittoria per le donne e per i medici, ma anche per l'Italia» il commento di Susanna Camusso segretario generale Cgil.

Oltre gli ospedali, le divisioni tra medici e gli avanzamenti di carriera resta il sommerso. Gli aborti clandestini ai quali ricorrono donne straniere in Italia senza un'identità. Si conta che da noi siano circa ventimila gli aborti clandestini. Per questi, l'ultima polemica, prima della parola del Consiglio d'Europa, sulla 194: a gennaio la richiesta, accolta dal Consiglio dei ministri, di depenalizzare il reato. Solo un'ammenda da 5mila a 10mila euro.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cosa dice la legge 194

Quando l'aborto è legale

ENTRO I PRIMI 90 GIORNI DI GRAVIDANZA PER MOTIVI:

- di **salute fisica o psichica della donna**
- di condizioni economiche
- di condizioni sociali o familiari
- relativi alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento
- in previsione di anomalie o malformazioni del concepito

DOPO I PRIMI 90 GIORNI SE:

- gravidanza o parto comportano un **grave pericolo per la vita della donna**
- sono accertate gravi anomalie del feto che potrebbero danneggiare la salute psicofisica della donna

In entrambi i casi, lo stato patologico deve essere accertato da un medico che pratica l'intervento

LA RICHIESTA
È effettuata personalmente dalla donna. Nel caso delle minorenni, è necessario l'assenso da parte di chi esercita la potestà o la tutela

ANSA centimetri

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Aborto: Lorenzin, analisi su dati vecchi, oggi diverso

Ma Cgil replica: dati aggiornati al 7 settembre scorso

11 aprile, 18:38

Aborto: Lorenzin, analisi su dati vecchi, oggi diverso

NAPOLI - "Mi riservo di approfondire con i miei uffici, ma sono molto stupita perché dalle prime cose che ho letto mi sembra si rifacciano a dati vecchi che risalgono al 2013. Il dato di oggi è diverso". Così il ministro della Salute Beatrice Lorenzin sul pronunciamento del Consiglio d'Europa che, accogliendo un ricorso della Cgil, ha bacchettato l'Italia sulle difficoltà delle donne ad accedere alla pratica dell' aborto nelle strutture pubbliche. "Non c'è alcuna violazione del diritto alla salute", ha aggiunto il ministro.

"Mentre noi - ha spiegato il ministro - dal 2013 a oggi abbiamo installato una nuova metodologia di conteggio e di misurazione analisi del contesto regionale tanto è vero che abbiamo fatto rete con tutti gli assessori regionali per il conteggio dei dati. Nella relazione che abbiamo presentato al Parlamento recentemente - ha aggiunto - non ci risulta una sfasatura. Ci sono soltanto alcune aziende pubbliche che hanno qualche criticità dovuta a problemi di organizzazione della singola regione e della singola azienda e siamo intervenuti anche richiamando le regioni e le singole aziende, ma siamo nella norma, anche al di sotto. Mi riservo di approfondire - ha ribadito il ministro - ma se non ho appreso male dalle agenzie sono dati vecchi. Abbiamo i dati regione per regione e azienda per azienda dal 2013 e possiamo fare la valutazione delle ore lavorate e delle interruzioni di gravidanza azienda per azienda. Abbiamo quindi dei casi che sono patologici ma il dato che oggi abbiamo è diverso".

Pronta la replica della responsabile politiche di genere Cgil, Loredana Taddei. I dati "sono aggiornati alla pubblica udienza che si è tenuta davanti alla Corte europea dei Diritti dell'uomo a Strasburgo il 7 settembre 2015 e non sono mai stati smentiti dal Ministero della Salute e dal Governo italiano". Dopo questa decisione, comunque la Cgil "auspica un confronto serio e definitivo che conduca l'Italia a superare questo stato di disapplicazione e disorganizzazione degli ospedali e delle regioni. Questa seconda decisione del Consiglio d'Europa è una preziosa occasione per tutti: per le donne, per i medici non obiettori e per i medici obiettori a cui nessuno chiede di svolgere le interruzioni di gravidanza. Occorre una buona organizzazione degli ospedali e delle Regioni come già richiede la legge 194".

(Segui ANSA Europa su Facebook e Twitter)

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

SPECIALE GIOVANI
Erasmus Mundus, 40% master trova lavoro dopo due mesi
Università: Bocconi prima in Italia, 27ma a livello mondiale
VAI ALLA RUBRICA

EUROPA DELLE REGIONI
Capitale europea innovazione, Torino seconda dopo Amsterdam
Ue: appello città e Regioni a usare meglio mercato unico
VAI ALLA RUBRICA

FINMECCANICA ONE COMPANY STRONGER TOGETHER

I NOSTRI SPONSOR
TIM Telecom Italia
Banca Monte Paschi Belgio
Enel
European University Institute 40 YEARS 1976 2016
#EuFactor
Parlamento europeo Ufficio d'informazione in Italia ANSA
Concorso per i giovani "Inviati dell'ANSA per un giorno La generazione Erasmus racconta l'Europa"
SCARICA IL REGOLAMENTO (PDF)

VOTA IL SONDAGGIO
Terrorismo: servono metal detector in stazioni e metro?
SI 76%
NO 24%
Mediatore europeo
I GRUPPI POLITICI
PPE S&D S&D

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

12-APR-2016
da pag. 20
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Abortire in Italia è troppo difficile»

Il Consiglio d'Europa accoglie il ricorso della Cgil. Lorenzin: ma i dati analizzati sono vecchi

ROMA È una bacchettata all'Italia quella che arriva dalla commissione dei diritti umani e sociali del Consiglio d'Europa. Secondo l'organismo consultivo comunitario, nel nostro Paese le donne continuano a incontrare «notevoli difficoltà» nell'utilizzare i servizi dell'interruzione volontaria di gravidanza. Sarebbe dunque violato il loro diritto alla salute, nonostante quanto preveda la legge nazionale, la ben nota 194, del 1978. Testo ben fatto e rimasto in larga parte inapplicato specie per quanto riguarda la prevenzione dell'aborto.

Il Consiglio ha dunque accolto positivamente il ricorso presentato da Cgil e da altre associazioni italiane che hanno sostenuto l'esistenza di discriminazione tra medici e operatori sanitari obiettori di coscienza e non obiettori. Vittime, questi ultimi, di «diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti».

La ministra della Salute però resta sorpresa dalla risposta di Strasburgo. Beatrice Lorenzin replica a caldo e si riserva di approfondire la questione con gli esperti in materia: «L'analisi è basata su dati vecchi che risalgono al 2013. Oggi la situazione è diversa. Non c'è alcuna violazione». Il miglioramento del quadro italiano è stato evidenziato, aggiunge la ministra, dal nuovo sistema di rilevamento sul numero di aborti, realizzato con la collaborazione in rete delle Regioni. Chiarimento non esauriente per la Cgil, che insiste: «Noi nel reclamo collettivo discusso il 7 settembre del 2015 ci siamo basati sugli ultimi aggiornamenti disponibili che sono gli stessi cui Lorenzin si riferisce».

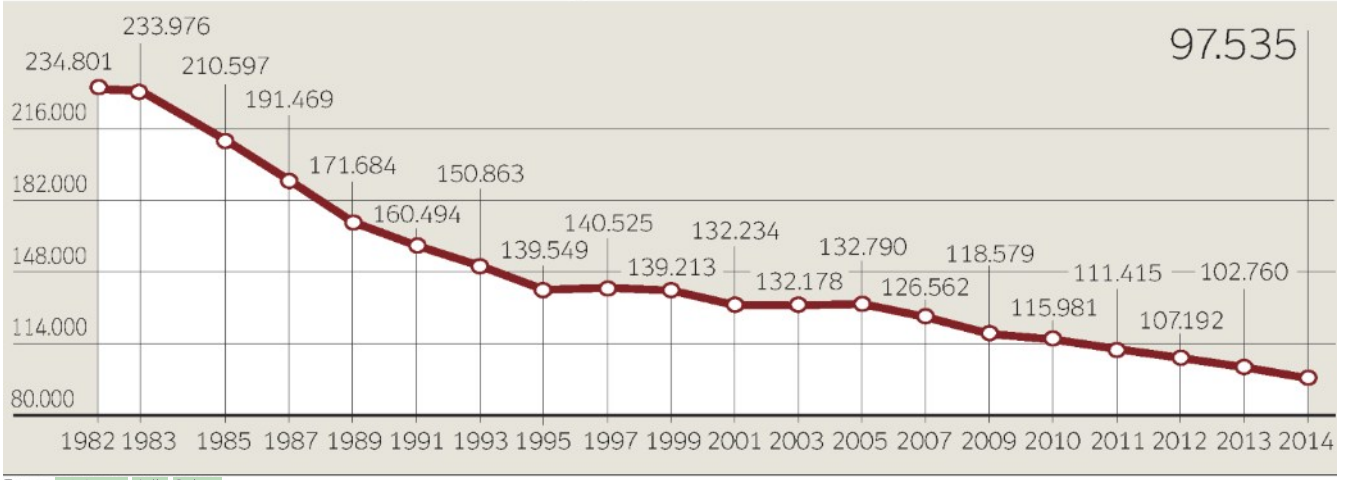
Si tratta del rapporto sull'applicazione della legge 194 presentato al Parlamento nel 2015, contenente i dati definitivi del 2013 e preliminari del 2014. Quel documento attesta il calo degli aborti, per la prima volta scesi sotto la soglia dei 100 mila. E registra un ulteriore aumento degli obiettori, il 69% dei medici dei servizi, quindi quasi il 70% del totale. Il numero viene però definito congruo anche a livello sub regionale, cioè localmente, in relazione alle interruzioni di gravidanza praticate.

Ma su questo punto c'è polemica. La deputata del Pd Roberta De Agostini, autrice di diverse interrogazioni parlamentari, scende nel dettaglio. In certe realtà le percentuali di chi ha deciso di sottrarsi alla 194 sono più alte: 93,3% in Molise, 90,2% in Basilicata, 87,6% in Sicilia, 86,1% in Abruzzo, Campania e Lazio sono all'80%. In generale, numeri a parte, l'Italia non brilla per l'assistenza alla donna che in certi casi non viene accompagnata con la dovuta attenzione verso un'esperienza traumatica. La sofferenza si avverte anche in alcuni grandi centri urbani. I non obiettori hanno un'età media di 60 anni, non c'è ricambio proprio perché il servizio viene percepito come «negletto», non certo come l'aspirazione di chi dopo anni di studio e precariato fa ingresso nel mondo del lavoro.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il calo delle interruzioni volontarie di gravidanza



Fonte: ministero della Salute

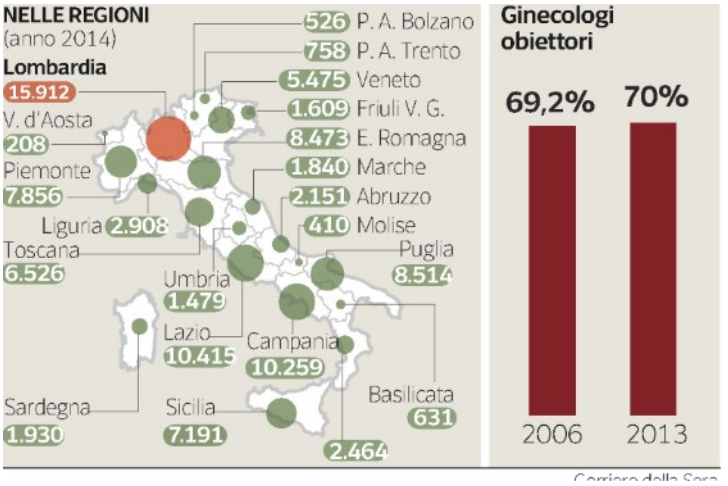
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 405.864
Diffusione 02/2016: 325.546
Lettori Ed. III 2015: 2.364.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

12-APR-2016
da pag. 20
foglio 2 / 2
www.datastampa.it



Cos'è

- Il Consiglio d'Europa è un'organizzazione internazionale di 47 Stati membri

- Gli obiettivi: promuovere la democrazia, i diritti umani, l'identità culturale europea e la ricerca di soluzioni ai problemi sociali

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

12-04-2016

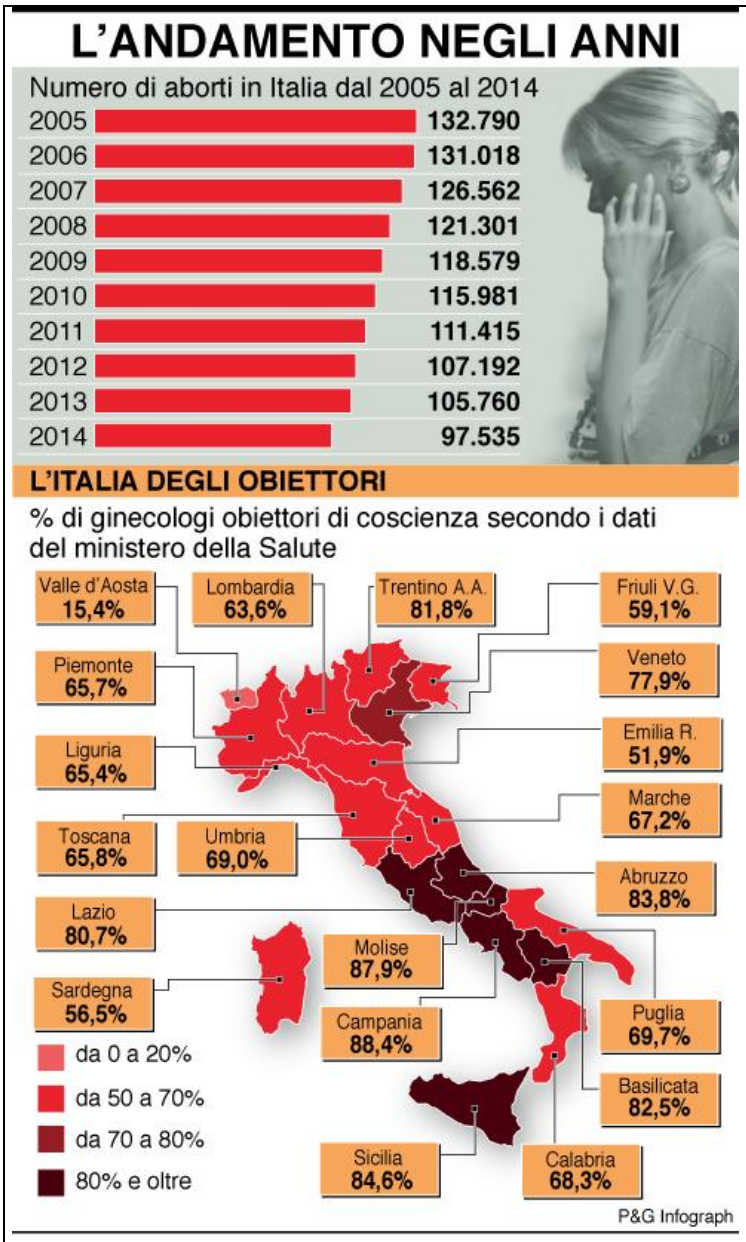
http://www.adnkronos.com

Aborto, Consiglio d'Europa contro l'Italia: "Accesso difficile". Lorenzin: "Molto stupita"

Accesso all'**aborto** difficile in Italia per le donne che ne hanno bisogno e **medici non obiettori discriminati**. Il Consiglio d'Europa ha accolto un ricorso presentato dalla Cgil contro l'applicazione 'a singhiozzo' della **legge 194/78**.

In particolare la Confederazione generale italiana del lavoro sosteneva nel ricorso, ritenuto ammissibile dal Consiglio, che le **norme** sull'obiezione di coscienza previste nella normativa italiana sull'interruzione volontaria di gravidanza **non vengono applicate** adeguatamente e questo viola la Carta sociale europea.

La decisione del Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa, adottata a ottobre dopo l'udienza pubblica del 7 settembre 2015 ma pubblicata oggi, ha dunque accolto il ricorso della Cgil in cui il sindacato lamentava che la situazione attuale in Italia "**non protegge il diritto garantito delle donne all'accesso all'aborto**", e nemmeno "i diritti dei medici coinvolti nei servizi per l'interruzione volontaria di gravidanza", che sono spesso discriminati sul lavoro.



Nel ricorso la Cgil ha presentato anche i dati relativi al**progressivo aumento del numero degli obiettori di coscienza** in Italia: se nel 2003 i ginecologi che non effettuavano aborti erano il 57,8%, nel 2009 sono saliti al 70,7%. Ma nel Sud Italia queste percentuali possono arrivare anche superare l'85%, come in Basilicata. Nella sua decisione il Comitato, visto che in alcune Regioni il numero di strutture che assicurano l'aborto è inferiore al 30%, spiega che "questo non giustifica la conclusione contenuta" nell'ultima relazione al Parlamento sulla legge 194, in cui si afferma che "la copertura è più che soddisfacente". Mancano infatti i dati "sul numero di donne a cui i sono stati negati i servizi a causa della mancanza di personale non obiettore".

Anche per questo, "le carenze attuali descritte rimangono presenti e le donne che hanno bisogno dell'accesso ai servizi per l'aborto continuano a dover affrontare notevoli difficoltà nell'ottenerlo nella pratica, nonostante le disposizioni della normativa in materia". Il Comitato nota infine che questo **può spingere le donne a rivolgersi ad altre strutture in Italia o all'estero**, senza il supporto delle istituzioni pubbliche competenti. E, conclude, queste ultime continuano a non adottare (o ad adottare in

maniera non sufficiente) le misure necessarie per compensare le carenze causate dal personale sanitario che decide di invocare il diritto all'obiezione di coscienza.

LORENZIN: MOLTO STUPITA, MI SEMBRANO DATI VECCHI - "Non ho approfondito ma sono molto stupita, dalle prime cose che ho letto mi sembra si rifacciano a dati vecchi del 2013" ha commentato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.

Per Lorenzin non c'è violazione del diritto alla salute. "Assolutamente no", ha risposto a Napoli dove ha visitato l'istituto Pascale e il Policlinico Universitario della Federico II.

Dopo la pubblicazione del pronunciamento del Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa, **il ministero della Salute** precisa che "non sono stati presi in considerazione i dati presentati nell'ultima relazione al Parlamento sull'applicazione della Legge 194", che "contiene dati definitivi relativamente all'anno 2013 e preliminari relativamente al 2014. Si tratta di una delle raccolte dati più aggiornate e puntuali al mondo".

Il dato generale mostra, come è noto - spiega il ministero in una nota - un più che dimezzamento di Ivg da quando è entrata in vigore la legge: 233.976 le Ivg nel 1983, 102.760 nel 2013 (e 97.535 nel 2014, primo anno in cui le Ivg sono scese sotto la soglia delle 100.000). A questo dato corrisponde un valore sostanzialmente costante dei ginecologi non obiettori: 1.607 nel 1983 e 1.490 nel 2013, con un conseguente dimezzamento del numero di Ivg settimanali, a livello nazionale, a carico dei ginecologi non obiettori, che nel 1983 effettuavano 3,3 Ivg a testa a settimana (su 44 settimane lavorative), e ne eseguono 1,6 nel 2013.

Per il ministero, "il numero di non obiettori risulta quindi congruo rispetto alle Ivg effettuate, e il carico di lavoro richiesto non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le Ivg e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda" di interruzioni di gravidanza. Infine, nella decisione del Consiglio d'Europa "non è stato tenuto conto altresì della più recente attività del ministero che ha finanziato un Corso di formazione su 'Sistema di sorveglianza dell'Ivg e applicazione della Legge 194/78', organizzato da Iss in collaborazione con ministero e Istat" e che "ha attivato il Tavolo di lavoro per la piena applicazione della 194, a cui sono stati invitati a partecipare tutti gli assessori regionali e l'Iss".

adnkronos

12-04-2016

http://www.adnkronos.com

La ginecologa: "Chi praticava l'aborto in ospedale ha smesso, troppa pressione"

Un diritto delle donne "sempre più difficile da garantire in Italia" quello dell'interruzione volontaria di gravidanza, secondo**la testimonianza di Elisabetta Canitano, ginecologa dell'Asl Roma 3**. Sul tema, proprio oggi il**Consiglio d'Europa ha bacchettato l'Italia** : "Accesso difficile e medici non obiettori discriminati" . "Ho iniziato a lavorare 35 anni fa, nell'anno della **legge 194**, facendo **Ivg**. Molti di noi che in quegli anni hanno cominciato con il tempo hanno smesso - ricorda - C'è spesso una pressione sui ginecologi da parte degli psicanalisti e psicoterapeuti e anche pressioni lavorative".

"In Italia l'Ivg ha mantenuto un carattere imbarazzante - prosegue l**a ginecologa in un video sul sito della Cgil** - Non è nella maggior parte delle Regioni d'Italia un'attività ufficiale in carico al reparto, nonostante ci sia una legge che obblighi le strutture pubbliche a garantire il diritto all'aborto, ma è un'attività che si carica in qualche modo chi si sente di farlo. Questo fa sì che esistano due assistenze alle donne, una 'giusta' che è quella che si fa nei 'giusti' percorsi e quella invece che fanno i medici che si prendono in carico l'Ivg".

I medici che praticano l'aborto "sono anche quelli che più si spendono per la contraccezione e la sostengono perché dicono 'bisogna saper scegliere quando avere un figlio'. Mentre invece di colleghi 'soloni' che si scagliano contro l'aborto non ne ho visto uno che parlasse di contraccezione", conclude la ginecologa.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

12-APR-2016
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

IL CASO

Perché difendo le donne e la 194

> In un mondo civile e moderno la fede o l'assenza di fede deve restare fuori dalla sala operatoria

Aborto, la bocciatura del Consiglio d'Europa: troppi medici obiettori

UMBERTO VERONESI

IL CONSIGLIO d'Europa ancora una volta ci boccia, accusandoci di non rispettare i diritti delle donne che scelgono di interrompere una gravidanza. La critica mette il dito sulla piaga dell'obiezione di coscienza dei medici. Va premesso che essere a favore della legalizzazione dell'aborto non vuol dire essere a favore dell'aborto e va ricordato che la legge 194, votata dagli italiani attraverso un referendum, nasce per mettere fine agli aborti clandestini e per promuovere la maternità consapevole.

È una legge civilmente avanzata, che si basa su un prologo di civiltà: «Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio». Nella progettualità della 194, le donne dovevano essere allontanate dall'ipotesi di interrompere una gravidanza, tramite programmi di educazione e informazione che, per mezzo dei consultori, tendessero ad eliminare le cause che trascinano la donna nel baratro dell'aborto. Purtroppo questa azione preventiva non è mai stata realizzata e lo spirito della legge in questi anni è stato in parte tradito.

TUTTAVIA alcuni risultati positivi ci sono stati: è drasticamente diminuita la mortalità causata dall'aborto ed è anche diminuito il numero di aborti stessi.

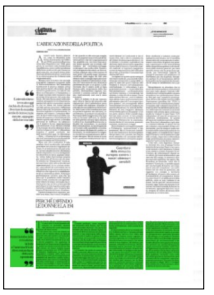
Tutti coloro che, come me, hanno votato la 194 e l'hanno difesa da ripetuti attacchi culturali e politici, lo hanno fatto nella convinzione che l'aborto è un male, ma l'aborto clandestino è un male ancora peggiore, che aggiunge al dramma di un'interruzione di gravidanza, anche un rischio enorme per la vita della donna. Le donne italiane hanno dunque conquistato nel 1978 il diritto di abortire legalmente in ambiente ospedaliero, tutelate dallo Stato, e io credo che sia molto grave negare loro la possibilità di esercitare questo diritto, appellandosi alla coscienza individuale di medici e infermieri. L'obiezione di coscienza è accettabile in linea di principio, ma è una questione di pesi e misure: deve essere un'eccezione e non la regola.

Quando parliamo, come segnalato dal ministero della Salute, del 70 per cento di medici obiettori, con picchi del novanta per cento in alcune regioni, allora siamo di fronte ad una situazione di dissesto e non osservanza della legge. Certamente il medico è prima di tutto una persona, con le sue idee e le sue convinzioni, ma ha scelto una professione con una deontologia speciale perché ha a che fare direttamente con la vita di altre persone con altrettante idee e convinzioni.

La bussola che guida le scelte di un medico non può essere la sua fede o il suo credo, ma deve essere la volontà del paziente e, in questo caso, anche l'osservanza della legge. Se non è così, si scatena il caos. In una società multiconfessionale, come è e sempre più sarà la nostra, farsi curare diventerrebbe per assurdo un terno al lotto, perché essere trattati o no, dipenderebbe dall'orientamento religioso del medico che ci capita di incontrare in un ambulatorio, in uno studio professionale, nella corsia di un ospedale.

Io sono convinto che in un mondo civile e moderno la fede o l'assenza di fede debba essere lasciata fuori dalla sala operatoria. Possono anche capitare situazioni capovolte, in cui il paziente si rifiuta di ricevere trattamenti che vanno contro la sua religione. Mi riferisco, per esempio, ai testimoni di Geova, che preferiscono morire piuttosto di ricevere una trasfusione di sangue. Pratica che, per il loro credo, è il peggiore dei peccati, così grave da negare la vita eterna. Che fare se magari il paziente in questione è un giovane che potrebbe invece avere una lunga vita davanti a sé? Nessun medico può imporre con la forza una cura, anche se è salvavita, e dunque noi ci maceriamo nella nostra impotenza, e speriamo con tutti noi stessi che quella trasfusione non debba avvenire mai. Ma se la volontà di un malato viene rispettata quando rifiuta una cura, non dovrebbe esserlo anche quando la cura viene legalmente richiesta? Io credo di sì. Se accettassimo il contrario, che sia sempre la volontà del medico a prevalere, giungeremmo a pericolosi paradossi. Ad esempio, se un medico è cattolico convinto, allora non dovrebbe neppure prescrivere gli anticoncezionali e dovrebbe rifiutare come pazienti le donne che ne fanno uso, perché infrangono le regole procreative stabilite dalla Chiesa. Eppure non mi pare di aver mai sentito di un medico che ha fatto obiezione di coscienza all'uso della pillola. Al di là delle questioni "tecniche" resta nella mia testa una ferma convinzione: guai a toccare i diritti conquistati, soprattutto se sono sacrosanti. Ecco perchè difenderò sempre la legge 194 e il coraggio delle donne che si sono battute e ancora adesso si battono per essa.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

12-APR-2016
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

"Troppi ostacoli all'aborto Italia in ritardo sulle donne"

Bocciatura dal Consiglio d'Europa. Il ministro: sorpresa

Hanno detto

Dati vecchi che risalgono a tre anni fa Oggi non c'è alcuna violazione del diritto alla salute

Beatrice Lorenzin
ministro della Salute

A Sud di Roma è sempre più difficile trovare un ospedale pubblico dove la legge 194 è applicata

Lisa Canitano
ginecologa

Sentenza importante perché ribadisce l'obbligo della corretta applicazione della legge 194

Susanna Camusso
leader Cgil, che aveva presentato il ricorso

FLAVIA AMABILE
ROMA

L'aborto in Italia? Una corsa ad ostacoli, un sentiero minato dalle difficoltà. A sostenerlo è il Consiglio d'Europa avvertendo che l'Italia viola il diritto delle donne alla loro salute nonostante quanto previsto dalla legge 194 sull'interruzione di gravidanza e introduce discriminazioni fra i medici. Il Consiglio d'Europa si è pronunciato su un ricorso presentato dalla Cgil. «Le donne che cercano accesso ai servizi di aborto -si legge nelle conclusioni- continuano ad avere di fronte una sostanziale difficoltà nell'ottenere l'accesso a tali servizi nella pratica, nonostante quanto è previsto dalla legge».

Per Susanna Camusso, la leader della Cgil che ha condotto questa battaglia, si tratta di una sentenza «importante perché ribadisce l'obbligo della corretta applicazione della legge 194, che non può restare soltanto sulla carta». Sorpresa, invece, la ministra della Salute Beatrice Lorenzin: «Mi riservo di approfondire con i miei uffici ma sono molto stupita perché dalle prime cose che ho letto mi sembra che si rifacciano a dati vecchi che risalgono al 2013. Il dato oggi è diverso. Non c'è alcuna violazione del diritto alla salute».

Rassicurazioni prive di significato per una come Lisa Canitano, ginecologa, una vita spesa ad aiutare le donne alle prese con una maternità, sia quelle volute che quelle non volute, sia quelle che intendono portare avanti che le altre, quelle che non riescono a sostenere. «Ricevo 25-30 telefonate al giorno - racconta - Sette-otto sono domande di interruzioni di gravidanza».Si rivolgono a lei da tutt'Italia. Arrivano persino dalla Sicilia. E troppo spesso, dopo aver ascoltato la storia, a Lisa Canitano non resta che dire: «Ti aspetto a Roma, facciamo qui l'aborto».

Per il blocco compatto di ginecologi italiani che hanno scelto l'obiezione di coscienza si tratta di un crimine. Per Lisa Canitano si tratta del contrario, di una scelta di vita. Ogni anno effettua 400 aborti chirurgici e 150 farmacologici. «Volevo provare a creare un mondo migliore, un mondo in cui le donne fossero assistite e avessero quello di cui avevano bisogno», spiega. E, soprattutto, senza finire nelle mani del clandestino di turno, dovendo anche pagare.

Per Lisa l'interruzione di gravidanza è un diritto di ogni donna, sancito dalla legge 194 e il suo lavoro è provare a fare quello che gli altri non fanno, applicare le norme. «Le donne hanno sempre messo in comune (più o meno liberamente) gli eventi biologici e non della loro vita. Facciamolo ancora, facciamolo insieme», è il senso del lavoro suo e del team di volontarie del sito Vita di donna. «Il nostro obiettivo - aggiunge - è quello di fare un lavoro "dalle donne alle donne" che non sia solo espressione di un sentimento o di un desiderio ma che produca un servizio concreto e fortemente caratterizzato da un "senso etico».

«Lo sapete che le donne si svegliano alle quattro di notte per arrivare da me da Frosinone dove non c'è un solo ospedale pubblico dove abortire? E che affrontano viaggi anche di seicento chilometri e che, a volte, siamo noi a pagarglielo? Non hanno alternative. A Sud di Roma è sempre più difficile riuscire a trovare un ospedale pubblico dove la legge 194 è applicata».

E quindi le donne chiamano lei. «E quello che più è sconfortante è che non mi chiamano solo per chiedermi un aborto ma anche per avere informazioni elementari, ad esempio come comportarsi con le malattie infettive in gravidanza. Se si rivolgono a me vuol dire che manca qualsiasi forma di assistenza, non è quello che prevede la legge. La verità è che lo Stato ha abbandonato l'applicazione della 194 nelle mani di pochi ginecologi di buona volontà. Questo fa sì che esistano due assistenze alle donne. C'è l'assistenza 'giusta' con il ginecologo privato, che si paga. E poi ci siamo noi, quelli inferiori da cui si va ad abortire».

Il prezzo da pagare per i pochi non obiettori rimasti è alto: «Vuol dire rimanere fuori dal sistema ma se il sistema è quello degli obiettori non mi interessa. Il problema vero è un altro: nel giro di cinque-sei anni tutti noi non obiettori saremo in pensione. Chi applicherà la 194? Chi garantirà i diritti delle donne? Dove sono i giovani? Non sarebbe il caso che qualcuno ci pensi prima che la legge si estingua da sola?»

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 144.818
Diffusione 02/2016: 112.526
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

12-APR-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Consiglio d'Europa

Critiche all'Italia: difficile abortire
Ma i dati dipingono un'altra realtà

BELLASPIGA, DEL RE, OGNIBENE A PAGINA 11

«In Italia è difficile abortire» Ma il ministero: dati vecchi

Il Consiglio d'Europa: troppi i medici obiettori

Il parere dà ragione a un esposto della Cgil Lorenzin "stupita" Camusso: applicare la 194

Il pronunciamento

Il tema dell'interruzione di gravidanza torna a far discutere: per l'organismo consultivo europeo chiamato in causa da un esposto le donne italiane che non vogliono tenere il bambino sarebbero «trattate in modo diverso a seconda di dove vivono»

GIOVANNI MARIA DEL RE
BRUXELLES

Per le donne italiane è troppo difficile abortire, troppi i sanitari obiettori di coscienza. Ancora una volta il Consiglio d'Europa si fa sentire con l'Italia in una materia così delicata. Ma da Roma arriva una pronta risposta: i dati sono vecchi. Questa volta è il Comitato europeo per i diritti sociali, presieduto dall'italiano Giuseppe Palmisano, che ieri ha pubblicato una decisione che dà ragione a un esposto avanzato il 17 gennaio 2013 dalla Cgil. Il Comitato riscontra la violazione del diritto alla salute, al diritto al lavoro, alla dignità sul posto di lavoro e alla non discriminazione. Una decisione che ribadisce in parte rilievi contenuti in una precedente, del 10 marzo 2014, in cui già si lamentava l'insufficiente copertura di personale medico non obiettore. Nella decisione di ieri il Comitato afferma che tali insufficienze «restano insolute» e «le donne in ricerca di accesso all'aborto continuano a trovarsi di fronte a sostanziali difficoltà nell'ottenere l'accesso a tali servizi in pratica».

Il Consiglio d'Europa accoglie quanto sostenuto dalla Cgil, e cioè che molte donne «possono trovarsi costrette a spostarsi in altre strutture sanitarie, in Italia o all'estero, o interrompere la gravidanza senza il sostegno o il controlli delle autorità sanitarie competenti» e questo «può implicare considerevoli rischi per la salute e il benessere delle donne interessate». La Cgil ha presentato dati secondo i quali il numero di obiettori coscienza tra i ginecologi è salito dal 57,8% del 2003 al 70,7% del 2009 (nel 2012 il dato era del 69,6%), in 38 ospedali di varie regioni non vi sono medici non obiettori o ve n'è solo uno.

«Non ho approfondito – ha ribattuto ieri il ministro per la Salute Beatrice Lorenzin –, ma sono molto stupita», parlando di «dati vecchi, rispetto ai quali oggi abbiamo installato una nuova metodologia di conteggio e di misurazione analisi del contesto regionale». Secondo la Cgil l'insufficiente copertura è stata ribadita anche nell'ultima udienza di fronte al Comitato il 7 settembre 2015. E il segretario generale Susanna Camusso ieri ha parlato di «sentenza importante perché ribadisce l'obbligo della corretta applicazione della 194».

«Con questa nuova sentenza del Consiglio

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 144.818
Diffusione 02/2016: 112.526
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

12-APR-2016
da pag. 11
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

d'Europa – ha aggiunto Filomena Gallo, segretario generale dell'Associazione Luca Coscioni – l'Italia si conferma ancora una volta maglia nera d'Europa in tema di diritti». Il governo, però, ribatte che il numero di obiettori, «non ha impatto diretto sulle prestazioni abortive», assicurando di aver attuato «ogni misura pratica e legislativa per applicare la 194». Nella decisione si parla anche di discriminazione su vari aspetti. Il primo riguarda le donne che vogliono abortire, che, si legge, «vengono trattate in modo diverso a seconda dall'area in cui vivono». Ma discriminazione anche rispetto a persone di entrambe i sessi che richiedano altri tipi di servizi sanitari. E si parla, inoltre, di una «pressione» sui medici non obiettori: «la Cgil – sostiene Strasburgo – ha fornito un'ampia gamma di prove che i sanitari non obiettori si trovano di fronte a vari tipi di svantaggi cumulativi sul lavoro, diretti e indiretti, in termini di mole di lavoro, distribuzione di compiti, opportunità di carriera». Una sentenza che farà discutere. L'Italia dovrà dimostrare di aver o già ovviato alle lacune, o le misure che intende adottare. A Strasburgo fanno sapere che «non ci sono scadenze precise».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da sapere. Una Commissione di esperti e non di magistrati Non ha nulla a che fare con i rappresentanti dei governi

Il Comitato europeo dei diritti sociali (in sigla Ceds) è uno degli organi del Consiglio d'Europa, organismo che, va sottolineato, non ha niente a che fare con l'Unione Europea (conta 47 membri tra cui anche stati come la Russia o la Turchia, più tutti e 28 gli stati dell'Ue). Il Ceds consta di 15 membri indipendenti, eletti dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa (l'organo di direzione politica dell'organismo), e ha come compito la vigilanza del rispetto della Carta sociale europea, adottata nel 1961 e poi rivista nel 1996. La Carta è destinata a integrare la Convenzione europea per i diritti umani (che riguarda principalmente diritti politici e civili), allargandosi a diritti di natura sociale ed economica, come quello all'istruzione, alla salute, all'abitazione, al lavoro. Nella modifica del 1996 è stato reso possibile anche a ong e organizzazioni come i sindacati presentare ricorsi al Comitato. Se il ricorso è considerato fondato, viene dichiarato «ammissibile» dal Ceds, che emette una decisione analogamente a quanto accade con la Corte europea dei diritti umani (anch'essa parte del Consiglio d'Europa, e dedita a vigilare sull'applicazione della Convenzione europea dei diritti umani). Prima di arrivare alla decisione, sia la parte ricorrente, sia quella oggetto del ricorso, vengono ascoltate in regolari audizioni. La natura del Ceds è comunque meno cogente di quanto non sia la Corte europea dei diritti umani. Ma i membri del Comitato non sono magistrati, bensì esperti. E a Strasburgo sottolineano che il Comitato non è certo uno strumento punitivo.

Giovanni Maria Del Re

In cifre

97.535 GLI ABORTI CHE SONO STATI EFFETTUATI NEL 2014 IN ITALIA

7 I GIORNI IN LISTA D'ATTESA NEL 62% DEI CASI DI ABORTO

1,6 GLI ABORTI A TESTA EFFETTUATI DAI NON OBIETTORI IN UNA SETTIMANA

70% I MEDICI OBIETTORI TRA I GINECOLOGI, SECONDO IL MINISTERO

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 02/2016: 25.000
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

IL FOGLIO

Dir. Resp.: Claudio Cerasa

12-APR-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Giù le mani dagli obiettori di coscienza

Per il Consiglio d'Europa, l'obiezione sull'aborto discrimina le donne

L'ultima decisione del Consiglio d'Europa potrebbe mettere a rischio il diritto all'obiezione di coscienza. In circa 70 pagine, facendo seguito a un ricorso presentato dalla Cgil, è stato infatti affermato che "lo Stato italiano non fa abbastanza per evitare che l'obiezione di coscienza dei medici anti aborto, garantita dalla legge 194 del 1978, abbia come violazione la Carta sociale del Consiglio d'Europa, in particolare riguardo ai diritti alla Salute e alla non discriminazione delle donne che vogliono interrompere la propria gravidanza". Tradotto: ci sono troppi medici obiettori, e dunque c'è difficoltà in Italia a garantire il diritto per le donne di abortire. Nessuna parte della sentenza mette in gioco formalmente il diritto all'obiezione di coscienza, eppure qualche rischio a lungo termine ci può essere. Ma perché l'Italia è stata richiamata? Il dito viene puntato contro una discriminazione tra personale obiettore e non obiettore: a giudizio della Cgil, i non obiettori sono discriminati anche in relazione al progredire della carriera. E' davvero così? Vale la pena vedere i dati del rapporto 2015 stilato dal ministero della Salute sulla legge 194. Si nota che l'obiezione di coscienza non impedisce il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, al punto che le interruzioni di gravidanza volontarie sono state effettuate nel 60 per cento delle regioni disponibili. Viene ignorato il fatto che un terzo degli aborti è praticato da ragazze straniere, quasi sempre per difficoltà economiche. Parlando di Carta dei diritti sociali, si dovrebbe piuttosto aiutare queste ragazze a non abortire, tutelando il loro diritto al lavoro, alla casa e anche alla maternità. Invece, si parla solo del diritto di aborto.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-APR-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

Quel no degli atenei sulla formazione

Il confronto tra sindacati, Governo e Regioni sul Ddl ex art. 22 trova i primi punti di frizione. No del mondo accademico alla formazione Ssn. Ok Miur sulla laurea abilitante.

MAGNANO A PAG. 4-5

DDL EX ART.22/ Dopo il vertice sindacati-Governo-Regioni i primi punti di frizione

Formazione, il no degli atenei

L'accesso anticipato al Ssn divide le sigle - Laurea abilitante: ok Miur

Il confronto tra sindacati, Governo e Regioni sul Ddl ex art. 22 trova i primi punti di frizione. Dall'accesso alla professione - che vede i sindacati confederali contrari al contratto di lavoro-formazione - al doppio binario Università-Ssn, che si scontra con la decisa resistenza del mondo accademico. Buone notizie invece sulla laurea abilitante, che tutti i sindacati vorrebbero e che al Miur non dispiace. Nonostante gli intoppi, il clima dell'incontro di martedì scorso è stato «costruttivo» e la ministra Lorenzin ha fatto da regista. Il prossimo tavolo è previsto per il 26 aprile al ministero della Salute e in quell'occasione si dovrebbe arrivare a un documento unitario.

In ballo c'è l'accesso al Ssn a scopo formativo ma soprattutto la necessità di aumentare i contratti di specializzazione attingendo ai bilanci delle Regioni: «Un'idea positiva - ha detto **Massimo Garavaglia**, presidente del Comitato di settore Regioni-Sanità - ma da approfondire». L'Anaao vede il bicchiere mezzo pieno ed è favorevole al contratto al secondo biennio: «È una possibilità che offre maggiori tutele - spiega **Costantino Troise**, segretario nazionale di Anaao Assomed - aumentando gli anni di contributi e di avere più contratti di specializzazione. Una vera e propria urgenza». Sul punto dell'accesso alla professione i confederali già il primo aprile scorso avevano proposto una bozza alternativa a quella presentata dall'intersindacale il 30 marzo in cui si palesava un netto «no» all'ingresso dei giovani dottori nel Ssn senza specializzazione. Un no ribadito anche al vertice del 5 aprile. «Anticipare l'ingresso nel mondo del lavoro - sottolinea **Massimo Cozza**, segretario nazionale dell'Fp-Cgil Medici - è una coperta corta, che dura due anni. Si rischia invece di limitare le possibilità di effettivo accesso al Ssn per chi ha già conseguito la specializzazione, che trova i posti occupati dai medici in formazione». Ma Anaao giovani getta acqua sul fuoco: «Il rischio non c'è - sottolinea il responsabile nazionale **Domenico Montemurro** - in quanto sono in corso uno sblocco del turnover e una contemporanea stabilizzazione dei precari. Un percorso che anzi favorirà la figura del tutor, che insegna nella rete formativa. Inoltre i colleghi specializzandi non saranno equiparati ai dirigenti medici e alla fine del percorso dovranno comunque fare un concorso. Quindi non ci sarà nessuna competizione con chi è già specialista».

Proprio sul fronte precariato si fanno passi avanti. E durante l'incontro al ministero della Salute si è anche parlato di applicare a stretto giro il Dpcm precari. «Il ministro ha detto che le Regioni hanno fatto le loro richieste - dichiara **Biagio Papotto**, segretario generale Cisl Medici e che a giorni ci daranno l'ok per quanto riguarda anche le assunzioni». È poi arrivata la circolare prevista della legge di Stabilità (v. articolo in pagina) sull'iter delle assunzioni previste per far fronte all'orario di lavoro Ue e le Regioni (Commissione Salute) sono a lavoro sullo standard relativo al fabbisogno del personale medico da proporre al ministero.

Ma la vera doccia fredda è arrivata a metà settimana dal presidente del Cun, **Andrea Lenzi** che alla ministra dell'Istruzione **Stefania Giannini** ha chiesto che il sistema della formazione medica «non sia ancora una volta sottoposto a modifiche, quando ancora ci si sta confrontando con la prima fase dell'applicazione della recentissima riforma».

Bersaglio del Cun è soprattutto il doppio canale formativo, tanto da chiedere alla ministra che «si adoperi affinché siano evitate differenze nel percorso formativo di scuole di una medesima tipologia a seconda della sede di frequenza, tali da comportare inadeguatezza del percorso formativo stesso, rischiando di non garantire la conformità con i processi di formazione europea e generando incertezze negli stessi specializzandi».

I sindacati respingono le critiche al mittente. «Forse dovremmo ricordare - sottolinea Montemurro - che in altri Paesi Ue già si prevede un sistema simile e non si capisce perché l'università italiana mantenga posizioni ampiamente superate dai fatti. A meno che il professor Lenzi non voglia ignorare che se si continua di questo passo nel 2020-22 avremo 31mila possibili camici bianchi inoccupati». E non devono esserci dubbi neanche sul fronte della qualità della formazione: «La proposta dei sindacati medici - ribadisce **Riccardo Cassi**, presidente Cimo - mantiene all'università la formazione e il rilascio del titolo di specialista ma vuole consentire ai giovani medici di poter usufruire delle strutture e degli specialisti del Ssn che niente hanno da invidiare, in termini di qualità professionali e di dotazioni tecnologiche, alle strutture a disposizione dei colleghi universitari».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 213.091
Diffusione 02/2016: 162.324
Lettori Ed. III 2015: 879.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-APR-2016
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

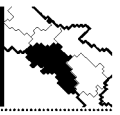
Il caso / 2. Tra il 2010 e il 2015 la produzione del settore è salita del 10% a fronte di un calo del 7% del manifatturiero nel suo complesso

Farmaceutica più forte della crisi

SORPASSO

Scaccabarozzi: questi dati incoraggiano lo sviluppo; l'Italia può diventare il primo produttore europeo superando la Germania

CAMPANIA



Vera Viola
TORRE ANNUNZIATA

L'industria farmaceutica continua a macinare buoni risultati, come del resto avviene, nonostante la lunga crisi, da diversi anni: la produzione farmaceutica in Italia è cresciuta nel periodo 2010-2015 del 10%, a fronte di un calo registrato nel settore manifatturiero del 7%. E tra gennaio e febbraio 2016 la produzione è aumentata ancora del 3,5%.

Dati presentati nel corso del roadshow di Farmindustria "Innovazione e produzione di valore. L'industria del farmaco: un patrimonio che l'Italia non può perdere" che si è svolto nello stabilimento di Novartis Farma di Torre Annunziata. «Questi dati - dice il presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi - incoraggiano a programmare un ulteriore sviluppo del settore. L'Italia – dice – può diventare il primo produttore europeo scavalcando la Germania. Per far questo chiediamo che venga adottata una nuova governance del sistema salute». Per il leader di Farmindustria andrebbe rivisto il sistema dei tetti di spesa in ambito ospedaliero che oggi «finisce per mortificare la ricerca e lo sviluppo di farmaci innovativi. Si soffre per problemi del passato – precisa – sebbene il governo in carica abbia assicurato stabilità». Messaggio diretto al tavolo costituito al ministero della Salute con le regioni e l'Aifa.

Invito raccolto dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin che, pur non avendo partecipato all'evento poiché impegnata proprio a Napoli nell'inaugurazione del centro di chirurgia robotica del Policlinico Universitario della Federico II, ha inviato un messaggio: «Il nostro Paese – ha detto – ha un forte interesse a promuovere lo sviluppo di un settore che è strategico. Purtoppo spesso viene considerato come un costo, mentre occorre considerarlo volano di sviluppo».

Esempio della vitalità dell'industria del settore è lo stabilimento Novartis di Torre Annunziata, nel cuore di un'area industriale oggi teatro di numerose chiusure e dismissioni. Dove la società farmaceutica svizzera investirà 40 milioni entro il 2017, continuando un trend di investimenti costanti che parte da lontano.

L'impianto torrese è considerato dalla Casa Madre una eccellenza, nel campo della produzione di compresse, sopratutto per formazione e produttività dei suoi 450 dipendenti. Qui Novartis ha da poco avviato la produzione di un medicinale innovativo per lo scompenso cardiaco che per ora viene utilizzato negli Stati Uniti e presto verrà commercializzato anche in Europa: in totale andrà in 110 Paesi a beneficio di 25 milioni di pazienti.

Torre Annunziata in campo farmaceutico rappresenta il fiore all'occhiello di un territorio che dedica molte risorse al settore. Napoli rientra nella top ten dei poli hi-tech italiani, secondo il monitor dei distretti di Intesa San Paolo. Con 3.300 addetti tra diretti (900) e indotto, la farmaceutica rappresenta un valore importante per la Campania. Regione che può contare su un export farmaceutico pari all'8% del totale manifatturiero e al 40 di quello hi-tech. Sono presenti nella regione nove imprese altamente tecnologiche a capitale nazionale ed estero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 162.805
Diffusione 10/2015: 98.970
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

MF

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

12-APR-2016
da pag. 22
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Medicina L'ossido di grafene in soluzione acquosa riesca a eliminarne il 90%

I nuovi killer di batteri

Già pronti inibitori degli enzimi di resistenza agli antibiotici

di Elena Correggia

Un nanomateriale a base di carbonio che si trova anche nella mina delle matite si è dimostrato un disinfettante innovativo contro batteri e funghi ospedalieri. È il grafene, al centro di una ricerca condotta dalla facoltà di medicina e chirurgia dell'Università Cattolica in collaborazione con l'Istituto sistemi complessi del Consiglio nazionale delle ricerche (Isc-Cnr). Dallo studio, presentato a Los Angeles in occasione del sessantesimo convegno annuale della Società di biofisica, è emerso come l'ossido di grafene, in foglietti di 200 nanometri in soluzione acquosa, riesca a eliminare il 90% circa dello staphylococcus aureus e dell'enterococcus faecalis e il 50% di escherichia coli e del fungo candida albicans in meno di due ore. «L'efficacia del grafene nell'acqua è dovuta soprattutto alla morfologia di questo materiale, e quindi a un triplice meccanismo d'azione, che lo rende superiore ad altri agenti antibatterici già in uso», spiega Claudio Conti, direttore dell'Isc-Cnr, «i foglietti di grafene come una lama sono in grado di tagliare i batteri, ma anche di intrappolarli come un lenzuolo soffocandoli, e di avvelenarli distruggendo il loro metabolismo». La ricerca sull'ossido di grafene in acqua e sulle sue proprietà disinfettanti proseguirà passando dalla provetta alla valutazione di una sperimentazione animale e poi clinica, per verificarne la possibile interazione sul corpo umano, il profilo di sicurezza e di tollerabilità. «Stiamo inoltre studiando una formulazione del grafene in gel da applicare a strumentazioni mediche e chirurgiche, quali per esempio cateteri e protesi, per inibire gli effetti dei batteri e degli altri patogeni», precisa Conti. Un'applicazione che potrebbe contribuire a ridurre le infezioni, nonché l'uso degli antibiotici e quindi la resistenza agli stessi. La lotta alle infezioni prodotte da germi multiresistenti rimane uno dei grandi problemi aperti di oggi, reso complesso dall'aumento delle resistenze agli antibiotici e dalla riduzione nella ricerca di nuovi farmaci da parte delle aziende farmaceutiche.

«L'Italia è uno dei Paesi europei in cui il problema dell'antibiotico resistenza è maggiormente sentito perché da anni si prescrivono troppi antibiotici», spiega il professor Ercole Concia, direttore della clinica malattie infettive e tropicali dell'azienda ospedaliera universitaria di Verona, «secondo i dati del Centro europeo di prevenzione e controllo delle malattie (Ecdc) nel nostro Paese il 45% dei malati ricoverati è sottoposto a terapie antibiotiche». L'incremento maggiore di resistenze si registra nei ceppi batterici Gram-negativi, come l'escherichia coli e la klebsiella pneumoniae, responsabili di infezioni che colpiscono prevalentemente

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

soggetti già immunocompromessi spesso in ospedale o in strutture di lungodegenza. Contro questi microrganismi è da poco disponibile la fosfomicina, somministrabile per via endovenosa, da utilizzare in associazione con un altro antibiotico. «Questo farmaco, parente della penicillina, è ben tollerato, presenta un ampio spettro d'azione e si diffonde bene nell'organismo», continua Concia.

Entro la fine del 2016 dovrebbe inoltre entrare in commercio ceftazidime-avibactam, una combinazione in cui avibactam rappresenta l'inibitore degli enzimi di resistenza che ripristina l'attività antibiotica di ceftazidime, farmaco già conosciuto. Contro alcuni batteri Gram-positivi resistenti e, in particolare staphylococcus aureus e streptococcus pyogenes, fra pochi mesi sarà invece disponibile dalbavancina, farmaco che richiede solo 1-2 somministrazioni per produrre i suoi effetti. (riproduzione riservata)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 56.521
Diffusione 02/2016: 41.752
Lettori Ed. III 2015: 726.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

12-APR-2016
da pag. 9
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

le interviste del Mattino «Chiudere i punti nascita a rischio»

Lorenzin: De Luca nomini subito i manager

Maria Pirro

«Stiamo per avviare una task force con Anac, l'ente anti-corruzione, e con i carabinieri del Nas per verificare che ci siano le azioni e non solo un responsabile di facciata», la posizione del governo contro i furbetti delle Asl, quelli che operano chiedendo tangenti o che si assentano dal lavoro, è espressa chiaramente dal ministro della Sanità Beatrice Lorenzin, ieri a Napoli per un tour negli ospedali cittadini. Nell'intervista al Mattino, Lorenzin sprona anche il governatore De Luca affinché «nomini subito i manager» e chiuda «i punti nascita a rischio».

> A pag. 9
> Mautone e Scarlata in Cronaca

«Corruzione, una task force contro i furbetti delle Asl»

Il ministro Lorenzin: «Dalla sanità passano 111 miliardi all'anno: sprechi e inefficienze penalizzano i cittadini»

Maria Pirro

«Sì, l'inchiesta lucana e le dimissioni del ministro Guidi sono state un momento traumatico per il governo, inevitabile». Lo riconosce il ministro Beatrice Lorenzin nel viaggio di ritorno da Napoli, anticipato per arrivare in un Parlamento semivuoto, al momento della discussione sulle riforme costituzionali; fuori dall'aula si accende la protesta delle opposizioni. «Io ho fiducia nella giustizia, sono sicura che alla fine del procedimento tutto verrà chiarito», aggiunge per dire: «Il ministro, che non è indagato, si è dimesso immediatamente, per motivi di opportunità. Adesso, dobbiamo riuscire a tenere ferma la barra delle riforme e attuarle, ricucire con pazienza le tante lacerazioni che si sono prodotte nel paese dopo 7 anni di crisi economica. Dobbiamo farlo per affrontare le sfide impegnative, che l'Italia assieme all'Europa deve affrontare e, nello stesso tempo, per i tanti territori che hanno ricominciato a partire e che necessitano di essere accompagnati con fiducia e determinazione.

Tuttavia questa vicenda ripropone il tema mai risolto del rapporto tra istituzioni e poteri. Lei, ministro, in che misura lei si trova ad avere a che fare con le lobby?

«Ritengo sia nostro dovere ascoltare tutti i portatori di interesse: le associazioni di settore, i sindacati e le associazioni dei cittadini, per poi prendere le decisioni che riteniamo giuste. In sanità abbiamo fatto, per primi, un protocollo anti-corruzione, indicando un responsabile in ogni struttura al fine di individuare eventuali conflitti di interesse, che non si verificano sempre in malafede, ma vanno rimossi, per chi ricopre funzioni apicali».

Può bastare a fermare le pressioni e imbrogli?

«Stiamo per avviare una task force con Anac, l'ente anti-corruzione, e con i carabinieri del Nas per verificare che l'accordo sia effettivamente vigente, che ci siano le azioni e non solo un responsabile di facciata. È chiaro che un sistema che vale 111 miliardi all'anno può generare delle patologie come poi riscontriamo nei controlli, ma stiamo facendo un grande lavoro di monitoraggio per bloccarle, e vogliamo arrivare a prevenirle in modo sistematico».

Un filone dell'inchiesta lucana ipotizza anche il disastro ambientale. Come per Terra dei fuochi è previsto un monitoraggio nazionale?

«L'istituto superiore di sanità è stato chiamato, ma ha potuto esaminare solo i dati forniti dalla Regione, e in base a queste informazioni non abbiamo riscontrato motivi di allerta. Se bisogna invece andare a fare un intervento diretto, dobbiamo essere investiti dalla Regione Basilicata».

Ma intanto lei andrà a votare domenica al refederum sulle trivelle?

«Il non voto è una scelta politica in un referendum abrogativo, come ministro voto no».

Su questo tema la maggioranza è spaccata. E non meno divisioni ci sono sulle amministrative alle porte. Ncd, per esempio, si presenta con «alleanze variabili».

«Non è stato possibile fare una strategia nazionale, non ci sono state le condizioni politiche, basta vedere cosa è accaduto con le primarie nel centro sinistra e le lacerazioni variabili nel centro destra. Alle elezioni amministrative abbiamo quindi puntato sui candidati sindaco ,scegliendo quelli che potevano darci l'idea di un cambiamento e di una linea politica nella città capace di rispondere concretamente ai bisogni dei cittadini. Noi ci siamo presentati con le liste "Napoli popolare" e "Roma popolare" perché siamo in una nuova fase che porterà anche a una trasformazione di Ncd in un nuovo soggetto politico che nasce dalla società».

In principio, a Napoli si era ipotizzata anche una partecipazione di Ncd alle primarie con un proprio candidato.

«Abbiamo detto di no con chiarezza. La consultazione è un fatto proprio del partito democratico».

Ncd appoggerà la candidata del centrosinistra Valeria Valente.

«Esattamente, con i nostri amministratori e rappresentanti locali ci siamo ritrovati in un progetto di condivisione per Napoli».

Con De Luca qual è l'intesa? Il presidente della Regione Campania ha detto che è pronto a fare la guerra sui temi della sanità.

«Ma non credo a me».

Può essere una sua alleata?

«Io non sono in guerra con nessuno. Piuttosto, faccio la guerra agli sprechi e sono al fianco di quelle regioni che vogliono fare cambiamenti a favore dei pazienti: per questo, ho presentato una proposta al ministero di economia sui piani di rientro , una strada per uscire commissariamento, una volta che la regione è messa in efficienza».

Il faccia a faccia con il governatore è durato un'ora. Che cosa vi siete detti?

«Stiamo lavorando su un programma condiviso con la struttura commissariale per arrivare a costituire le reti per patologie e l'emergenza, rafforzare la prevenzione, realizzare il piano ospedaliero, altrimenti i servizi non decollano. Ma sappiamo che è decisivo rafforzare per questo anche l'assistenza sul territorio».

De Luca l'ha superata nella severità del giudizio sulle inefficienze della sanità in Campania. Ma alle istituzioni i cittadini chiedono risposte. A chi spetta darle?

«Per legge, alla Regione. Quello che può

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 56.521
Diffusione 02/2016: 41.752
Lettori Ed. III 2015: 726.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

12-APR-2016
da pag. 9
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

fare il governo è monitorare che la Regione rispetti le norme e garantisca i Livelli essenziali di assistenza e disegnare una visione di politica sanitaria omogenea in tutta Italia. Ovviamente io sono disponibile a dare sostegno per affrontare le difficoltà che si ripercuotono sui cittadini, e il sostegno non è solo più risorse, ma verificare che siano ben spese. Una delle priorità per me è rafforzare il personale».

Primo nodo irrisolto, appunto: le carenze di personale in organico.

«C'è un problema nazionale, che dipende dal blocco del turn-over, e va affrontato: questo può avvenire tramite il nuovo Patto per la salute e una strategia ad hoc per le assunzioni nel 2017. Ma la Regione ha già potuto in parte usufruire dello sblocco delle assunzioni per gli anni precedenti, e mi risulta che non siano stati ancora espletati i concorsi. Inoltre, tutte le Regioni devono comunicare i fabbisogni, come previsto dalla legge di stabilità 2016, per colmare i deficit di personale dovuti alle nuove norme sui turni e i riposi».

Intanto, il Consiglio d'Europa sostiene che l'Italia discrimina medici non obiettori in materia di aborto. E lei replica che sono dati vecchi, riferiti al 2013. Che cosa è cambiato in questi anni?

«Tanto. Innanzitutto i dati erano aggregati e non si riusciva a capire la situazione in ogni ospedale. Quindi, siamo intervenuti per individuare i numeri esatti su aborti effettuati anche dai singoli operatori e abbiamo individuato solo alcune aziende, ad esempio nel Lazio e in Sicilia, con criticità, e lo abbiamo segnalato alle regioni».

La Campania ha il record di medici obiettori.

«È evidente che nelle regioni con più problemi organizzativi ci sono problemi nell'interruzione di gravidanza, come per i parti. Comunque la 194 deve essere garantita senza sotterfugi e l'analisi dei dati delle strutture ci serve per questo».

Qui restano anche troppi mini punti nascita.

«A questo sono contraria. Da donna e da ministro. C'è un ultimatum: chiudere gli ospedali pericolosi e riorganizzare i servizi per garantire la sicurezza dell'intero percorso: gestazione e parto. È uno dei punti per uscire dal commissariamento. E poi c'è il tema dei tagli cesarei, con numeri in Campania è fuori da ogni parametro...».

Per riorganizzare, lei sostiene che è decisivo nominare i manager delle Asl. De Luca ha chiesto 2 o tre mesi: è un tempo ragionevole o ancora lungo?

«A me sembra tanto: la Regione deve partire subito con l'iter, avviso pubblico, parametri chiari. Deve per richiedere curriculum forti, e deve farsi aiutare nella selezione da Agenas, l'agenzia per la sanità. Io direi che non è sufficiente l'esperienza dei candidati, ma occorre misurarne il valore, cioè quali sono i risultati raggiunti nei precedenti incarichi. La regione ha bisogno dei migliori in Italia».

Un'indagine coinvolge il braccio destro del governatore sui temi della sanità, Enrico Coscioni, per presunte pressioni a commissari, invitati a dimetteri.

«Non conosco la vicenda nel merito, e non sono certamente io il giudice».

Ma il caso ripropone la questione dello spoil system. Meglio un governo dei tecnici, o è la politica a dover scegliere e assumersene le responsabilità?

«Serve una combinazione dei due elementi. Difatti, la nuova legge nazionale sull'albo dei manager introduce criteri oggettivi di accesso. A quel punto il politico sceglie, e se il manager non raggiunge gli obiettivi decade dopo 18 mesi automaticamente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'allarme tumori in Basilicata

Abbiamo potuto esaminare soltanto i dati della Regione ma in base a quanto emerso finora non c'è motivo di allerta

L'incontro con De Luca

Dare risposte ai cittadini spetta per legge alla Campania ma il ministero farà la sua parte per migliorare i servizi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

12-APR-2016
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

Come combattere il mostro

COLLICELLI A PAG. 2

L'ANALISI

Le armi possibili per stroncare il mostro

DI CARLA COLLICELLI *

Che la corruzione sia un fenomeno di lungo periodo nell'ambito della gestione della cosa pubblica, e che affondi le sue radici in tradizioni millenarie, particolarmente consistenti nella nostra penisola italica, è argomento noto.

Meno note sono le caratteristiche del fenomeno oggi, nella sanità come in altri ambiti della vita collettiva.

Da un lato la dimensione sommersa e nascosta della corruzione tende oggi più che mai a sfuggire ad accertamenti e controlli, e ciò nonostante le attenzioni, anche mediatiche, del periodo più recente.

In secondo luogo si ha la sensazione, soprattutto in sanità, che si stia assistendo a un peggioramento progressivo della situazione, causato da diversi fattori, tra i quali l'impatto di una tecnologia sempre più complessa e sfuggente, la crescente frammistione tra pubblico e privato, la complessità delle norme di riferimento, e la carenza di una programmazione strategica di contrasto.

In terzo luogo, le dimensioni economiche raggiunte dal settore sanitario, e le note difficoltà finanziarie e di sostenibilità dei sistema, pongono con una urgenza inedita la questione della messa a fuoco della realtà corruttiva e del suo. contrasto.

Il Progetto "Healthcare Integrity Action" nasce proprio dalla esigenza di contribuire a dare una risposta ai quesiti posti, grazie alla collaborazione triennale tra Transparency International Italia, Censis, Ispe sanità e Rissc, nell'ambito della Siemens Integrity Initiative, un programma mondiale per il contrasto della corruzione e la promozione della trasparenza e della legalità.

I dati raccolti fino a oggi sono eclatanti. La ricerca svolta presso più di 150 direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere, interrogati dal Censis, ha permesso di sapere che nel 37% delle realtà si sono verificati episodi di corruzione negli ultimi cinque anni, e in circa un terzo dei casi non sono stati affrontati in maniera appropriata.

L'esame dei Piani anticorruzione rivela che molto è stato fatto negli ultimi anni con la produzione di codici di comportamento, regolamenti per le procedure d'acquisto e procedure per la segnalazione di casi di corruzione e azioni a tutela dei dipendenti che le effettuano (i whistleblower). Ma dalla ricerca condotta da Rissc emerge che nel 40 per cento dei casi ci si è limitati agli adempimenti formali, e non sono stati attuati né l'analisi dei rischi di corruzione, né le misure di prevenzione.

Molti altri dati sono desumibili dal Rapporto di ricerca presentato il 6 aprile nell'ambito della Giornata nazionale contro la corruzione in sanità al Tempio di Adriano a Roma. Il progetto non si limita alla descrizione del fenomeno, in quanto intende puntare a ottenere risultati concreti, riducendo sprechi e tangenti, aumentando la consapevolezza sulla consistenza e gravità del fenomeno, dando un contributo per la formazione dei dirigenti e degli staff del settore, e implementando e testando sul campo strumenti anti-corruzione innovativi e modelli organizzativi specifici. A ciò sono finalizzati gli interventi in corso che coinvolgono referenti istituzionali e stakeholder.

Il più importante obiettivo del progetto è difatti proprio la promozione della responsabilità personale di chi prende le decisioni e gestisce i servizi, da basare su una sana autonomia e discrezionalità, ma anche sulla chiarezza degli obiettivi e delle norme, sull'etica professionale condivisa e su controlli e sanzioni.

Questo è ad esempio il compito del Tavolo di lavoro pubblico/privato, costituito nell'ambito del progetto, con la partecipazione di numerosi esperti e referenti istituzionali e con lo scopo di concordare una strategia di contrasto della corruzione e di supporto della legalità e trasparenza attraverso la stesura di un Policy paper e di un Policy statement contenenti raccomandazioni e proposte. E questo è anche e soprattutto il compito dei "progetti pilota" e delle attività formative e di coaching che si svilupperanno nel corso del 2016 presso alcune aziende sanitarie che hanno aderito all'iniziativa.

La sanità rispecchia, come ogni altro ambito, il sistema sociale, ed è dunque fondamentale intervenire essendo consapevoli del ruolo giocato dalle cause profonde, dalle carenze dell'etica pubblica e dal prevalere di interessi particolari, di clientela e lobby, rispetto agli interessi collettivi.

In un sistema che vive dell'intreccio tra soggetti pubblici e privati, come la sanità, ciò assume caratteristiche peculiari, con modalità e ruoli che di volta in volta si configurano in maniera diversa a seconda dei soggetti coinvolti e degli ambiti di azione. La frammistione tra politica e gestione è un altro elemento determinante e l'ampiezza delle risorse di settore, assieme alla complessità delle procedure di regolazione contribuiscono a favorire i fenomeni di corruzione.

Bisogna allora insistere in modo particolare sulla responsabilità individuale e sulla attenzione ai diritti dei cittadini/utenti. Ed è quanto il progetto intende promuovere, lavorando sulla consapevolezza e integrità di chi prende le decisioni e gestisce i servizi, su di una sana autonomia e discrezionalità, ma anche sulla chiarezza degli obiettivi e delle norme, sull'etica professionale condivisa e sui controlli e sanzioni e sulla trasparenza dei dati, accesso pubblico agli atti e pubblicazione delle informazioni, come ulteriori strumenti.

* *advisor scientifico*
Fondazione Censis
componente Comitato
di coordinamento del progetto
"Healthcare integrity action"

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 82.646
Diffusione 02/2016: 34.776
Lettori Ed. III 2015: 415.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

12-APR-2016
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il Def Il governo ammette: "Stime sulla crescita a rischio ribasso". Le tabelle mostrano: stipendi ancora bloccati e meno fondi al Ssn

Pil, "cifre incerte" Ma stangata sicura su sanità e statali

L'Authority sul bilancio
Previsioni troppo rosee, se va solo un po' peggio "è a rischio la discesa del rapporto debito/Pil"

I CONTI DI RENZI

» MARCO PALOMBI

Prudenziale. Così il governo e alcuni commentatori hanno definito lo scenario macroeconomico alla base del Documento di economia e finanza, il testo base sul bilancio dello Stato nel prossimo triennio, approvato venerdì e arrivato ieri alle Camere. Motivo: il governo, già scottato dal 2015, aveva rivisto al ribasso le stime sulla crescita del Pil 2016 (+1,2% anziché 1,6).

PRUDENZIALE, ma mica tanto. Lo dice lo stesso governo nella lettera di presentazione del Def al Parlamento: "Va sottolineato che la revisione è dovuta per quasi 2/3 al minor effetto trascinamento dei dati 2015 sul 2016 e solo per 1/3 al peggioramento delle prospettive internazionali (...) La previsione continua perciò a basarsi su aspettative relativamente ottimistiche circa domanda interna ed esportazioni ed è pertanto soggetta a rischi al ribasso".

Se non fosse chiaro, il punto viene spiegato dall'Ufficio parlamentare di bilancio (Upb), l'Autorità sui conti pubblici: l'Upb - si legge nella cosiddetta "lettera di validazione" - aveva "comunicato al Tesoro i propri rilievi su una prima versione" del Def, cioè aveva costretto il governo a rivedere le sue stime troppo ottimistiche. Ora i numeri sono un po' meno campati in aria e "allineati con le previsioni del *panel* Ubp". Ovviamente c'è un ma: "Tuttavia tale allineamento si verifica in generale in prossimità del limite superiore delle stime". Funziona così: i vari indicatori e analisti producono una forchetta di possibilità, come ad esempio "cresceremo tra 0,8 e 1,2". A quel punto il governo sceglie per le sue stime sempre quella più rosea e a volte si spinge anche un po' oltre (ad esempio su inflazione e cambio euro/dollaro). Questi gli effetti sul Pil nominale, cioè quello calcolato al lordo della dinamica dei prezzi (il parametro su cui si misura il rapporto con deficit e debito): "Lo scarto della previsione del governo rispetto al valore mediano dei previsori Upb si situa a tre decimi di punto nel 2016, a 5 decimi nel 2017 e 2018, a tre decimi nel 2019". In soldi, significa che il Def di Pier Carlo Padoan si vende un Pil nominale al 2019 gonfiato di 25-30 miliardi rispetto allo scenario non "roseo" e di 50-60 rispetto a quello "nero".

La cosa non è senza effetti. Il governo s'è infatti venduto con opinione pubblica e Commissione Ue un calo del debito sul Pil già quest'anno: -0,3%. Poco ma un inizio. Solo che se la crescita non sarà quella prevista il debito non calerà. Conclude l'Ufficio di bilancio: "L'eventuale emergere di sorprese negative sul fronte della crescita reale e dell'inflazione metterebbe a rischio il percorso di abbassamento del rapporto debito/Pil". Con relativa perdita di potere negoziale in Europa.

Se i numeri del Pil sono ballerini non così altri aggregati di bi-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 82.646
Diffusione 02/2016: 34.776
Lettori Ed. III 2015: 415.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

12-APR-2016
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

lancio. Dalle tabelle risultano ad esempio due cose: proseguirà il sotto-finanziamento della sanità pubblica (*rectius* tagli) come pure il blocco degli stipendi degli statali. Questi ultimi, il cui ultimo rinnovo contrattuale risale al 2009-2010, non vedranno aumenti sostanziali nei prossimi anni (prosegue pure il blocco del *turn over*): la spesa per stipendi della P.A. - ci dice il Def - è stata di 162 miliardi nel 2015, sfiorerà i 164 miliardi quest'anno (per lo sblocco di alcuni comparti e il pagamento dell'indennità di vacanza contrattuale) per stabilizzarsi a 163,5 miliardi fino al 2019. Stipendi fermi dunque e nuova perdita di potere d'acquisto: "La spesa per i redditi da lavoro dipendente è calata fra il 2009 e il 2015 di circa 10 miliardi", si vanta il governo (Banca d'Italia ha ricordato che con stipendi così l'inflazione è per forza a zero: non bisogna lamentarsi).

INFINE, viene il Servizio sanitario nazionale. Il governo ha tagliato le Regioni, il cui budget è per 3/4 costituito dalla sanità: ci informa il Def che a febbraio, d'intesa coi governatori, "il fabbisogno del settore è stato ridefinito per 3,5 miliardi nel 2017 e 5 miliardi a decorrere dal 2018". Per finanziare il Ssn nelle tabelle si prevedono dunque 113 miliardi nel 2017 e 114,9 a partire dal 2018: aumenti che non coprono neanche quelli dei prezzi sanitari. Spiega la Cgil: "Il risultato è che nel 2019 la spesa pubblica italiana in sanità crollerà al 6,5% del Pil, cioè sotto il livello di rischio per la salute indicato dall'Oms".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

1,6%
È l'ottimismo del governo in numeri, cioè la quantità di crescita del Pil di qui al 2019 scritta nel Def e superiore alle previsioni degli analisti

3,5
miliardi il minor finanziamento della sanità pubblica nel 2017, 5 miliardi dal 2018

163,5
miliardi la spesa in stipendi dello Stato da qui al 2019: significa che lo stipendio degli statali, già bloccato dal 2010, resterà fermo

Prestigiatore Il ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan *LaPresse*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

12-04-2016

http://www.adnkronos.com

Def 2016, Fondazione Gimbe: "Da Stato e Regioni colpo di grazia al Ssn"

Con il **Def** si assesta il "**colpo di grazia al Ssn**". Il **Documento di economia e finanza 2016**, approvato dal Consiglio dei ministri venerdì scorso, "conferma il trend del progressivo definanziamento del servizio sanitario nazionale, che nel 2019 scenderà al 6,5% del Pil, collocando l'Italia in fondo ai paesi Ocse, con il rischio concreto di ridurre l'aspettativa di vita dei cittadini". E' il preoccupato commento, dati alla mano, della **Fondazione Gimbe** alle cifre del documento sulla sanità.

Secondo le previsioni del Def, spiegano gli esperti, nel triennio 2017-2019 il Pil crescerà in media del 2,8% per anno, mentre la spesa sanitaria aumenterà annualmente a un tasso medio dell'1,5%: in dettaglio, **dai 113,3 miliardi stimati per il 2016, la spesa sanitaria dovrebbe arrivare a 114,7 mld nel 2017, a 116,1 nel 2018 e 118,5 nel 2019**. Queste previsioni, sottolinea **Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe**, "sono uno **specchietto per le allodole**".

"Negli ultimi anni - spiega - la sanità ha ricevuto sempre meno di quanto previsto dal documento programmatico del Tesoro. L'esempio del 2016 è paradigmatico: dai 117,6 miliardi stimati dal Def 2013, siamo scesi a 116,1 con il Def 2014 e a 113,4 con il Def 2015, per arrivare a un **finanziamento reale di 111 miliardi**, comprensivi di 800 milioni

da destinare ai nuovi Lea". Cifre di per sè allarmanti.

"Se le stime del Def su aumento del Pil e spesa sanitaria sono corrette - tira le somme Cartabellotta - al di là di slogan populisti e promesse vane, la chiave di lettura è solo una: crescendo meno del Pil nominale, la spesa sanitaria non coprirà nemmeno l'aumento dei prezzi. Di conseguenza la sanità pubblica, a parità di potere di acquisto, nel prossimo triennio disporrà delle stesse risorse solo se la ripresa economica del Paese raggiungerà previsioni più che ambiziose. In caso negativo, sul Ssn non potranno che abbattersi ulteriori tagli", avverte.

Ma il "dato più preoccupante", per Gimbe, è che, secondo le stime del Def, **nel triennio 2017-2019 il rapporto tra spesa sanitaria e Pil decrescerà dello 0,1% anno, attestandosi al 6,5% nel 2019**.

"**Il 6,5% è una soglia d'allarme** - precisa Cartabellotta - che desta enormi preoccupazioni per la salute dei cittadini, al di sotto della quale secondo le stime dell'Oms si riduce l'aspettativa di vita. Finiremmo in fondo ai paesi Ocse, dopo essere già stati richiamati, con la revisione del Ssn di gennaio 2015, a 'garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza'", ricorda l'esperto.

Tutto questo, prosegue Gimbe, avviene in un "clima di grande sintonia tra Stato e Regioni. Il comma 680 della Legge di Stabilità rimandava al 31 gennaio di ogni anno la proposta delle Regioni sul contributo alla finanza pubblica, lasciando ulteriori margini di recupero di risorse per la sanità".

L'**intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio**, rideterminando il fabbisogno sanitario nazionale in 113 miliardi per il 2017 e in 115 mld per il 2018, da un lato "ha fornito ragionevoli certezze alle Regioni, dall'altro ha sancito che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 graverà quasi del tutto sulle spalle della sanità (3,5 miliardi per il 2017 e 5 miliardi per il 2018 e 2019), assolvendo le Regioni dal compito di presentare proposte e il Governo da quello di valutarle, fatta eccezione per i residuali 480 milioni", è la lettura di Gimbe.

"In un'ottica di finanza pubblica - conclude Cartabellotta - siamo indubbiamente di fronte ad una strategica intesa Stato-Regioni, oculatamente non data in pasto ai media. E l'11 febbraio 2016 rischia di passare alla storia come la data in cui Stato e Regioni hanno assestato il colpo di grazia al Ssn".

ANSA

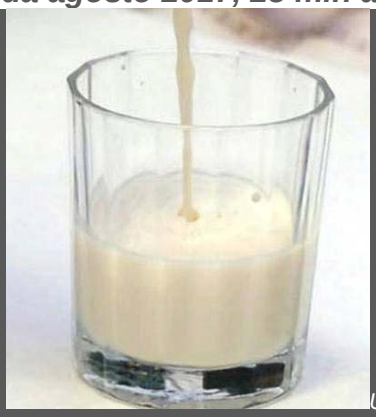
12-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Latte, frutta e verdure nelle scuole, ok finale Consiglio Ue

Programma distribuzione da agosto 2017, 25 mln anno a Italia



Un bicchiere di latte

Via libera finale del Consiglio dei ministri dell'agricoltura dell'Ue al nuovo programma di distribuzione nelle scuole elementari di latte, verdura e frutta, incluse le banane. Il piano, che partirà da agosto dell'anno prossimo e accorpa i due precedenti, ha un bilancio di 250 milioni di euro annui per sei anni di fondi Ue (150 per l'ortofrutta, 100 per latte e latticini), di cui l'Italia riceverà 24,7 milioni di euro annui (16,71 milioni per frutta e verdura e i restanti 8 milioni per latte e latticini).

I bambini europei fra i sei e i dieci anni a scuola non solo consumeranno latte, verdura e frutta grazie a fondi comunitari, ma potranno anche visitare una fattoria e impareranno come mangiare sano e senza sprechi. Gli Stati membri, che partecipano al programma su base volontaria, dovranno fare di più sul fronte di un'educazione alimentare sana e per promuovere l'agricoltura biologica, le filiere alimentari locali e la lotta contro gli sprechi alimentari.

Ad avere la priorita' saranno i prodotti freschi e locali, a discapito di quelli trasformati come zuppe, composti, succhi di frutta, yogurt e formaggio. Quest'ultimo potrà essere distribuito solamente in aggiunta a frutta fresca, verdura e latte, oppure a latte senza lattosio. Altro criterio è l'esclusione di tutti i prodotti contenenti zuccheri e dolcificanti aggiunti. Prodotti contenenti basse quantità di sale, zucchero e grasso riceveranno finanziamenti comunitari solo in casi eccezionali e dopo il vaglio delle autorità sanitarie nazionali.