quotidianosanità.it

Lunedì 18 APRILE 2016

Ginecologia. Fucci (CoR): “Da Zaccagnini proposta di legge da 'caccia alle streghe' contro medici”

I contenuti della proposta di legge per la promozione del parto fisiologico e il contrasto del numero ancora eccessivo di cesarei sono scandalosamente inaccettabili sono un attacco violento e diretto ai medici che ogni giorno operano, a volte in situazioni molto difficili, nelle sale parto italiane. E' gravissimo che un parlamentare formalizzi in una proposta di legge la richiesta di denunciare ginecologi e ostetriche senza che sia svolta un'inchiesta.

Per principio qualunque forma di "caccia alle streghe", in qualsiasi ambito, rappresenta l'approccio peggiore per analizzare e soprattutto risolvere delle criticità. Spiace constatare che un approccio del genere, grossolano e irresponsabile, prenda forma anche in Parlamento, cioè nel luogo di lavoro del Legislatore che per definizione avrebbe il compito, invece, di analizzare con attenzione e serietà i problemi alla sua attenzione e infine trovare soluzioni normative di buon senso e utili.

Mi riferisco all'iniziativa del deputato **Adriano Zaccagnini**, di Sel, che ha presentato una proposta di legge dal titolo innocuo ("Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico") ma dai contenuti scandalosamente inaccettabili che sono un attacco violento e diretto ai medici che ogni giorno operano, a volte in situazioni molto difficili, nelle sale parto italiane.

I commenti di Zaccagnini sulla sua iniziativa rasentano l'assurdo. Egli parte da un tema reale - il numero ancora eccessivo di parti cesarei eseguito in Italia - per poi accusare i medici e gli operatori sanitari di "violenza ostetrica". Zaccagnini parla di "personale inadeguato" che lavora con l'obiettivo non di fare il bene della partoriente e del neonato, bensì di ottenere i rimborsi più alti possibili da parte del Servizio sanitario nazionale: di qui il presunto ricorso, anche con la violenza e con il sopruso, a tecniche invasive e dolorose che trasformano la nascita di un figlio in una esperienza da incubo. Da sottolineare - questo fa capire le profonde e riflettute motivazioni della proposta di legge! - che l'iniziativa sembra essere basata sulle denuncie, tutte rigorosamente anonime, postate da madri "violentate" in sala parto in una pagina facebook.

E' evidente che la proposta di legge abbia contorni ridicoli e paradossali; ma purtroppo non c'è niente da ridere. Basta leggere il testo di una delle più incredibili iniziative parlamentari in campo sanitario: un'accozzaglia informe di temi e norme tra cui - immancabili alla luce di quanto seguirà - una volta a definire una nuova fattispecie, gli "atti di violenza ostetrica", per la quale si dovrebbe incorrere nella reclusione da due a quattro anni, salvo che il fatto costituisca più grave reato (art. 14).

E' gravissimo che un parlamentare, "rappresentante della Nazione", formalizzi in una proposta di legge la richiesta - perché di questo si tratta nella sostanza - di denunciare ginecologi e ostetriche senza che sia svolta un'inchiesta. Altrettanto grave è che alla "caccia alle streghe" nella sale parto italiane perseguita da Zaccagnini si uniscano, sempre nella proposta di legge, altre iniziative assurde volte introdurre restrizioni inutili o controproducenti nell'attività dei medici e degli operatori sanitari.

Piuttosto che proporre di impegnarlo in discussioni assurde e senza logica, chi ha il privilegio e al tempo stesso la responsabilità di sedere in Parlamento avrebbe il dovere di promuovere discussioni serie: per esempio, come ribadito in modo puntuale e serio dalle principali società scientifiche del settore (Sigo; Aogoi; Agui) e come da me proposto con una risoluzione di cui ho già chiesto la calendarizzazione nella Commissione Affari Sociali della Camera, trovare il modo di portare a completo compimento il piano di riorganizzazione della sale parto, voluto nel 2010 dall'allora Ministro Fazio e avallato dal Parlamento nel 2012. Dobbiamo lavorare per far sì che le sale parto siano sempre più sicure non demonizzando chi vi lavora con impegno e sacrificio, ma dotandole di tecnologie e standard qualitativi sempre più elevati.

E' triste vedere che sulla pelle dei medici, che secondo Zaccagnini sono dei potenziali criminali punibili con la reclusione, e anche delle stesse partorienti si voglia giocare una partita politica all'insegna della demagogia e della più greve forma disinformazione. Ed è davvero un dispiacere profondo dover appurare come, purtroppo, quando sentiamo attaccare il Parlamento per la scarsa qualità del suo lavoro, sia davvero difficile ribattere a fronte di iniziative così assurde e gravi.

Benedetto Fucci
Commissione Affari Sociali della Camera
Conservatori e Riformisti

19 aprile 2016
NUMERO 70 | ANNO 10

adnkronos salute

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Oncologi Usa, intensificare vaccinazione contro Hpv

Specialisti Ifo Roma, serve forte presa di posizione

Dagli oncologi americani dell'American society of clinical Oncology (Asco) arriva una presa di posizione a favore della vaccinazione contro il Papillomavirus umano (Hpv). Secondo gli esperti, visto l'enorme impatto globale dei carcinomi correlati a questo virus, è necessario che i medici divulghino le capacità del vaccino di prevenire milioni di morti per cancro. Gli oncologi Usa invitano anche a incrementare l'adesione alla vaccinazione Hpv fra tutti gli adolescenti e i giovanoi adulti, tramite un maggiore coinvolgimento degli specialisti nel garantire adeguata informazione e chiedendo l'attuazione di strategie concrete per abbattere le barriere di accesso ai vaccini. L'appello è stato pubblicato sul 'Journal of Clinical Oncology'. "L'implementazione dei vaccini contro le patologie Hpv-correlate – osservano Luciano Mariani, ginecologo e Aldo Venuti, virologo, coordinatori dell'Hpv Unit degli Ifo di Roma - ha aperto uno straordinario e innovativo scenario di prevenzione primaria. L'infezione da Hpv è infatti considerato il più importante virus oncogeno per la specie umana, essendo la causa necessaria nel 100% dei tumori del collo dell'utero e coinvolto, con percentuali variabili, nella genesi del cancro della vulva, vagina, ano, pene e una parte di quelli orofaringei".

(F.M.)

Doctor33

19-04-2016

http://www.doctor33.it

Pap test in studio Mmg? In Gb è la norma, in Italia i compiti sono altri

Pap test dal medico di famiglia? In Inghilterra e nel Nordeuropa è di uso corrente. In Italia l'esame si effettua negli ambulatori dell'Asl nell'ambito degli screening da quella promossi, oppure sulla base della richiesta del medico di famiglia ovvero con la visita ginecologica dallo specialista privato. «Questo non vuol dire che da noi il ruolo del medico di famiglia -né qui né nel complesso di altri disturbi della sfera ginecologica - sia marginale. Molte delle competenze rimangono nell'ambito delle cure primarie a parte l'assistenza alla gravidanza e al parto che sono scivolate verso lo specialista». Come spiega **Raffaella Michieli** referente area salute della donna della Società Italiana di Medicina generale, sulla prevenzione le regole d'ingaggio tra Mmg e specialista sono definite in modo efficace, mentre manca formazione sul tema della contraccezione.

«Anche se in teoria si può (basta averne la manualità) in Italia difficilmente un medico di medicina generale, se non è specializzato in ginecologia, effettua la visita ginecologica intesa come esplorazione bimanuale. Ma le donne non sono abbandonate, anzi: il medico di famiglia è chiamato ad occuparsi in prima battuta delle principali problematiche ginecologiche, come Infezioni Sessualmente Trasmesse (Ist) o alterazioni del ciclo».

Visita e pap-test - Per quanto riguarda la prevenzione, «mentre la visita ginecologica annuale non è una pratica presente in nessuna raccomandazione - non c'è alcuna evidenza che riduca la mortalità in patologie come tumore dell'ovaio o dell'utero - è invece efficacissimo il pap test per la prevenzione del tumore del collo dell'utero», premette Michieli.

«Nelle nuove realtà di lavoro di gruppo abbiamo il compito di verificare l'aderenza agli screening di prevenzione (pap test, mammografia, sangue occulto) e, con l'infermiere, di stimolare l'aderenza al programma. Il pap test come screening esiste in tutte le Regioni, e le donne tra 26 e 64 anni vengono chiamate a cadenza triennale come da disposizione ministeriale; nell'ambito di

un rapporto di fiducia, la paziente poi riporta l'esito del pap test al medico di famiglia. Alcune, come riferimento per l'effettuazione del prelievo hanno il "proprio" ginecologo privato da cui vanno regolarmente in base ad un loro desiderio di tranquillità e alla loro disponibilità economica».

Contraccezione - Sul versante della contraccezione è invece più pressante il problema della formazione del medico di medicina generale. «La contraccezione dovrebbe assolutamente essere di nostra pertinenza. Noi vediamo circa la metà delle prescrizioni di contraccettivi ormonali (dati Health Search), su una media nazionale di uso da parte del 15%delle donne! Su questi temi Simg tiene corsi di formazione regolarmente, l'ultimo sabato scorso. Di norma però purtroppo tali temi non sono presenti nell'agenda delle regioni».

ANSA

18-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Oncologi Usa raccomandano vaccino anti-hpv contro tumori

Esperti Istituti fisioterapici (Ifo), prevenibili migliaia di casi

La Società americana di oncologia (Asco), in un editoriale pubblicato sul Journal of Clinical oncology, raccomanda fortemente la vaccinazione preventiva contro il papillomavirus umano (HPV). L'Asco mira infatti ad aumentare la consapevolezza dell'impatto globale dei carcinomi correlati all'HPV e vuole offrire chiarimenti sulla capacità della vaccinazione di prevenire milioni di morti per cancro.
Gli oncologi Usa invitano dunque ad aumentare l'adesione alla vaccinazione tramite un maggiore coinvolgimento degli oncologi nel garantire adeguata informazione e chiedendo l'attuazione di strategie per abbattere le barriere di accesso ai vaccini. "L'implementazione dei vaccini contro le patologie HPV-correlate - commentano Luciano Mariani, ginecologo, ed Aldo Venuti, virologo, coordinatori dell'HPV Unit degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri IFO - ha aperto uno straordinario scenario di prevenzione primaria. Il virus HPV è infatti il più importante virus oncogeno per la specie umana, essendo la causa nel 100% dei cancri del collo dell'utero e coinvolto, con percentuali variabili, nella genesi di varie altre forme di cancro. Sono almeno 600.000 ogni anno, nel mondo, i casi di tumore correlati all'HPV". La "sinergia interdisciplinare - ribadiscono Mariani e Venuti - è però un presupposto imprescindibile al successo del programma vaccinale contro questa infezione e le conseguenze oncologiche che ne possono derivare". Inoltre, aggiunge Patrizia Vici, oncologo medico dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, "fornendo all'utenza corrette ed univoche informazioni mediche, si è favorita, almeno nei Paesi più virtuosi, un'alta adesione ai piani vaccinali, consentendo di avere già risultati positivi". Proprio per fornire maggiori informazioni, domani 19 aprile sarà attivo un 'info point' dalle 9.00 alle 13.00 all'Ifo-Istituto Regina Elena in occasione dell'open week e della giornata nazionale per la salute della donna del 22 aprile.

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

19-APR-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

RICHIAMO DEL CONSIGLIO D'EUROPA ALL'ITALIA SULLA DIFFICOLTÀ D'ACCESSO ALLE IVG

Aborto: diritto in bilico per donne e medici

Pochi giorni fa, per la seconda volta, il Consiglio d'Europa ha sottolineato che in Italia, a causa dell'elevato numero di medici obiettori di coscienza, il diritto alla salute delle donne è messo a rischio e i ginecologi che praticano gli aborti vengono discriminati. I dati sono allarmanti: per il ministero della Salute la media nazionale dei medici che non eseguono interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), né entro i 3 mesi né dopo, per malformazioni fetali o pericolo di vita della madre, è del 70 per cento, con punte del 90 per cento in alcune Regioni.

Peggio di noi in Europa ci sono solo i Paesi in cui abortire è vietato. Non è la prima volta che il Consiglio arriva a queste conclusioni. Già nel marzo del 2014 il Comitato europeo dei Diritti sociali in seguito a un'istanza di Laiga e dall'associazione International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF E N) aveva accolto tutti i profili di violazione prospettati. Nonostante questo secondo pronunciamento e le nostre ripetute denunce di un contesto al limite della legalità, la risposta del ministero è stata sommaria, sostenendo che le cifre in questione erano datate, perché risalivano al 2013, e che ora il quadro è migliorato. Singolare però è che anche la ministra della Salute Lorenzin nella sua relazione dell'ottobre 2015 sull'andamento delle Ivg in Italia aveva presentato in Aula dati relativi al 2013. Il discorso che spesso ripropongono è che siccome le statistiche dicono che il numero di aborti è in calo, la diminuzione dei medici disposti ad eseguirli non deve preoccupare: c'è un equilibrio tra i due. Noi invece siamo convinti che gli aborti sono di meno per la mancanza di personale disposto a effettuarli e non per una minore richiesta. Già in molti ospedali, come il San Camillo di Roma, la fila davanti all'ambulatorio inizia la notte, perché gli interventi si eseguono fino a "esaurimento posti" e a decine non riescono a rientrarci. Il pericolo del ritorno alla clandestinità è concreto e posso testimoniare con il mio lavoro che sono molte le pazienti, specialmente straniere, che dopo un tentativo fai-da-te si presentano in ospedale con gravi emorragie o setticemie. A questo si aggiunga la recente decisione del Cdm di aumentare la multa per aborto illegale a carico delle donne da 50 euro a ben 10mila. Ricordo con orrore quando la legge 194/1978 non era in vigore: in troppe rischiavano la vita pur di liberarsi di una gravidanza indesiderata e non vorrei mai vedere di nuovo situazioni di sofferenza e disperazione che dopo tante lotte pensavamo di esserci lasciate alle spalle.

Medici discriminati. Quando il Consiglio d'Europa parla di «diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti, subiti dal personale che non ha fatto obiezione», sappiamo purtroppo a cosa si riferisce. C'è il caso di un collega in un ospedale di Napoli al quale il personale non sterilizzava i ferri con i quali operava gli aborti e che per poter continuare gli interventi è stato costretto a lavarseli da sé. O di un medico sotto inchiesta in Calabria per aver praticato un aborto per gravi problemi del feto, oltre i 90 giorni. O anche dell'ospedale pugliese dove le portantine rifiutavano di spostare le barelle con le pazienti che dovevano sottoporsi all'Ivg e i medici erano costretti a trasportarle in sala operatoria per conto proprio. O ancora i casi in cui gli anestesisti ricorrono all'obiezione e nonostante ci sia un medico disposto a operare, l'intervento non può essere eseguito. C'è un abuso di obiezione di coscienza, che dovrebbe invece essere limitata a quegli atti che sono specificatamente legati all'interruzione di gravidanza e non a tutte quelle procedure che rientrano nella routine di altri interventi.

Boicottaggio costante. Difficile è per noi, minoranza di non obiettori, denunciare queste violazioni sistematiche: il rischio è che il nostro lavoro venga ostacolato ancora di più. Senza contare che nel giro di pochi anni in molti andremo in pensione e la percentuale dei medici obiettori, continuando così, rischia di arrivare al 100 per 100. Ma a quel punto non potremmo essere impreparati, le donne avranno sempre bisogno del servizio in tempi e modi certi. **Esistono soluzioni semplici ed efficaci.** Per esempio stabilire nei concorsi pubblici una quota del 50 per cento di posti riservata a medici non obiettori; creare delle unità operative negli ospedali solo per queste funzioni, in modo da meglio organizzare l'attività; studiare la richiesta di Ivg per capire se i non obiettori sono in numero sufficiente per soddisfare la domanda; prevedere almeno un ospedale per provincia dove si eseguano Ivg sia entro i 90 giorni, sia dopo questo termine; nominare a capo dei centri di diagnostica prenatale ginecologi non obiettori affinché, nel momento in cui venisse evidenziata la malformazione di un feto, la paziente fosse poi seguita in tutte le fasi successive, anche qualora decidesse di non proseguire la gravidanza. Ma questo troppo spesso non avviene e le donne vengono letteralmente abbandonate a loro stesse.

Silvia Agatone
presidente di Laiga (Associazione italiana ginecologi per l'applicazione della legge 194)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 18 APRILE 2016

Vaccini. In gravidanza quello contro l'influenza evita morte neonatale

Arriva dall'Australia uno studio che correla la riduzione delle morti fetali alla somministrazione del vaccino antinfluenzale nelle gestanti. Le donne vaccinate hanno il 51% in meno di probabilità di partorire un bambino morto.

(Reuters Health) – Secondo uno studio australiano pubblicato sul *Clinical Infectious Diseases* la probabilità di dare alla luce un bambino morto diminuisce nelle donne che hanno assunto il vaccino contro l'influenza durante la gravidanza. I ricercatori hanno esaminato i dati relativi a circa 53.000 gestanti non vaccinate e quasi 5.100 che avevano assunto il vaccino antinfluenzale. In base ai risultati dello studio le donne vaccinate hanno presentato il 51% in meno di probabilità di partorire un bambino morto.

Il rischio di mortalità neonatale registrato in questo lavoro é stato di 6,5 decessi ogni 1.000 nascite. Secondo l'autore dello studio **Annette Regan** – Western Australia Department of Health e University of Western Australia in Perth, "le donne in gravidanza devono essere rassicurate sul fatto che il vaccino antinfluenzale non aumenta i rischi per il nascituro e può ridurre il rischio di morte neonatale". Il motivo alla base di questa protezione non è ancora stato chiarito. "Poiché l'influenza durante la gravidanza è associata con la morte fetale, tuttavia, è probabile che l'inoculazione del vaccino agisca riducendo le infezioni nella madre". Si sa infatti che le gestanti con influenza hanno rischio aumentato di parto pre-termine, nascita prematura e, in casi più gravi (particolarmente nel primo trimestre), difetti alla nascita. È importante sottolineare che le gestanti non dovrebbero assumere il vaccino per via inalatoria, ma solo tramite iniezione.

Lo studio
Regan e i colleghi hanno esaminato i dati su 58.000 nascite tra aprile 2012 e dicembre 2013, registrando come morti neonatali quelle occorse dopo la ventesima settimana. Nel complesso circa il 9% delle partecipanti è stata vaccinata mentre era in dolce attesa. Le donne che hanno mostrato più alta probabilità di contrarre l'influenza sono risultate quelle con età maggiore e più ricche, con problemi di salute o complicazioni quali pre eclampsia o diabete gestazionale. Quasi la metà delle donne vaccinate ha ottenuto l'inoculo durante il secondo trimestre di gravidanza, mentre circa il 19% ha ricevuto la vaccinazione prima e il 36% tardivamente.

I ricercatori hanno registrato un tasso di mortalità neonatale pari a 5 feti ogni 100.000 nel gruppo delle non vaccinate rispetto a 3 ogni 100.000 in quello delle vaccinate. La più grande riduzione di bambini nati morti si è registrata per quelli partoriti subito dopo la fine della stagione influenzale, quando alla vaccinazioni nelle madri è stata correlata una probabilità ridotta del 67% di morte fetale.

Fonte: *Clin Infect Dis 2016*

Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

adnkronos

18-04-2016

http://www.adnkronos.com

Creme solari, protezione 30 rallenta melanoma

Applicare una **crema solare** con **fattore di protezione 30**(SPF30) prima dell'esposizione ai raggi ultravioletti B (Uvb) è in grado di ritardare l'insorgenza del **melanoma**. A dimostrarlo, per ora solo su topi, un team di ricercatori dell'Ohio State University Comprehensive Cancer Center-Arthur G. James Cancer Hospital e Richard J. Solove Research Institute. Gli esperti presentano i risultati iniziali del loro lavoro all'American Association for Cancer Research Annual Meeting 2016 di New Orleans.

"Negli ultimi 40 anni il tasso di incidenza del melanoma è aumentato costantemente negli Stati Uniti", ricorda Christin Burd, autore principale dello studio. "I solari sono noti per essere in grado di evitare le bruciature, importanti fattore di rischio per il melanoma. Tuttavia non era mai stato possibile verificare se potessero prevenire il tumore, perché generalmente vengono testati su volontari umani sani o su modelli di pelle sintetica. Abbiamo quindi sviluppato un modello murino che ci ha permesso di andare più a fondo". Sembra che nei topi geneticamente ingegnerizzati del team americano, sui quali è stata applicato la crema solare SPF30, il melanoma appaia leggermente più tardi rispetto ai topi non trattati.

Burd ha però spiegato la limitazione dello studio: è rappresentata dal fatto che i topi sono stati esposti solamente a una parte dell'intero spettro Uv presente nella luce solare. "Attualmente stiamo cercando i finanziamenti per l'acquisto di un simulatore solare che potrà aiutarci a modellare le lunghezze d'onda della luce solare", spiega. "Tuttavia - aggiunge - abbiamo difficoltà perché i filtri solari vengono sviluppati principalmente dal**settore cosmetico**, che ha promesso di **non usare animali nei test**".

Eppure, proseguendo le indagini gli autori sono convinti di poter arrivare a mettere a punto **solari più 'intelligenti'**, in grado di fare da scudo al tumore della pelle.

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

19-APR-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

TUTTI I NUMERI DEL DEF E DEL RIPARTO 2016

In caduta libera il rapporto spesa sanitaria/Pil

Rapporto spesa sanitaria/Pil che scende dal 6,8% di quest'anno al 6,5 del 2019, con un calo dello 0,1% l'anno. E previsioni di spesa del Ssn che vanno dai 113,376 mld del 2016 ai 114,789 del 2017, per arrivare a 116,170 mld del 2018 e ancora ai 118,505 mld del 2019 a un tasso medio annuo dell'1,5%, contro un Pil nominale che viceversa cresce mediamente del 2,8%. Sono queste le macro-cifre del Def 2016 di stima dell'andamento della spesa sanitaria pubblica da quest'anno al 2019, che "scontano" i tagli della manovra per il 2016: 1,783 mld per quest'anno, altri 3,5 mld nel 2017 e quindi la maxi sforbiciata da 5mld «a decorrere» dal 2017.

Spesa corrente 2015 a 112,4 mld (+1%). Si spiega ancora nel Def 2016 che nel 2015 la spesa corrente del Ssn è stata pari a 112,408 mld, facendo segnare +1% sul 2014, con un incremento di circa 1,1 mld rispetto alla nota di aggiornamento al Def 2015, soprattutto a causa del boom della farmaceutica ospedaliera e per la revisione al rialzo degli ammortamenti nel settore sanitario per 250 mln.

Redditi da lavoro giù dello 0,8%. Nel 2015 i redditi da lavoro, pari a 35,158 mld, sono calati dello 0,8% sull'anno prima, per una serie di cause: blocco del turn over nelle regioni in piano di rientro, contenimento delle assunzioni nelle regioni non in piano, automatismi nella rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi.

Il peso dei farmaci innovativi e anti epatite C. La spesa per i consumi intermedi - 30,6 mld - è aumentata del 5,2%, soprattutto per l'ingresso di farmaci innovativi e per l'epatite C. La farmaceutica territoriale, spiega ancora il Def, è risultata in calo dell'1,2% a quota 8,29 mld, quella per la medicina generale è salita dello 0,1% a 6,67 mld. Le uscite per le "altre" prestazioni sociali (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative e per l'altra assistenza) si sono ridotte dello 0,4% a 24,78 mld, in particolare per il freno ai volumi di spesa per gli acquisti da privati accreditati nelle regioni in piano attraverso tetti e budget.

Il Riparto del Fsn 2016. Il Riparto del Fondo 2016, con le quote premiali, le quote vincolate per la realizzazione degli Obiettivi di Piano sanitario e le proposte sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate. Il "pacchetto" delle misure approvate dalla Conferenza Stato-Regioni di giovedì 14 aprile è pronto per il Cipe. In tutto si parla di 108,633 miliardi da ripartire, secondo le seguenti quote di finanziamento: 108.192 mld di indistinto, ottenuto sottraendo alla quota di fabbisogno complessivo di 111 mld le cifre di 1.878,98 mln di euro (obiettivi di piano e vincolate), di 277,51 mln di euro (accantonamenti su meccanismi sanzionatori e premiali) e di 652,91 mln per somme vincolate spettanti ad altri enti Ssn. La quota indistinta contiene, tra l'altro, 50 milioni per la lotta alla ludopatia e 800 milioni previsti dalla legge di Stabilità 2016 per l'aggiornamento dei Lea. Per quanto riguarda gli obiettivi di Piano (2006-2008), la ripartizione dei 931,915 mln avviene al netto dei 2 mln destinati al Cnt, dei 500 mln per farmaci innovativi , dei 61,71 mln accantonati per particolari finalità e dei 6,37 mln di quota di riequilibrio.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Spesa sanitaria 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
Spesa sanitaria	110.416	109.907	111.304	112.408
In % del Pil	6,8%	6,9%	6,9%	6,9%
Tasso di var. %	-	-0,5%	1,3%	1,0%

Previsione della spesa sanitaria 2016-2019

	2012	2013	2014	2015
Spesa sanitaria	113.376	114.789	116.170	118.505
In % del Pil	6,8%	6,7%	6,6%	6,5%
Tasso di var. %	0,9%	1,2%	1,2%	2,0%

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

18-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Lotta al dolore, medici uniti su nuovo giuramento Ippocrate

Un decalogo per non far soffrire inutilmente i malati

E' una sorta di nuovo giuramento di Ippocrate quello che sara' sottoscritto dai medici italiani impegnati "in prima linea" per proseguire il cammino gia' intrapreso sei anni fa con la legge 38, sulle terapie del dolore e le cure palliative. I medici coinvolgeranno anche Papa Francesco e i delegati dell'Onu per far in modo che il tema del dolore diventi una vera e propria questione di etica mondiale. "Domani - ha spiegato all'ANSA Guido Fanelli, principale sostenitore della Legge del 2010, e Direttore della U.O.C. di Anestesia e Rianimazione e del Centro Hub di terapia del Dolore dell'A.O.U. di Parma e Ordinario all'Universita' di Parma - mi recherò a New York per partecipare all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, che dedicherà una sessione speciale alle disparità e alle sperequazioni nell'accesso alle cure contro il dolore". In quell'occasione Fanelli consegnera' ai massimi rappresentanti dell'Onu un messaggio, firmato da una lunga lista di specialisti italiani che ogni giorno si trovano in prima linea ad affrontare il dolore dei pazienti, nel quale si ribadisce l'importanza di non far soffrire il malato inutilmente:" Con questi atti, vogliamo coinvolgere nella nostra battaglia le più alte cariche a livello mondiale, - spiega Fanelli- impegnate su diversi fronti per le cause umanitarie di maggior rilievo e per la salvaguardia dei fondamentali diritti dell'uomo. Il sottinteso è che non soffrire inutilmente fa parte di questo nucleo di diritti fondamentali e inalienabili. Attraverso l'incontro - prosegue il medico - con il Sommo Pontefice e con i delegati dell'Onu, intendiamo far sì che da semplice problema sanitario il tema del dolore assurga a vera e propria questione etica mondiale". Un 'Impegno contro il dolore' - così lo hanno definito gli specialisti - che costituisce il manifesto dei medici italiani "per una lotta senza quartiere alle disuguaglianze nell'accesso alle terapie antalgiche", ha spiegato Fanelli. I contenuti dellìimpegno saranno presentati in un convegno mercoledi' a Roma dove sara' collegato in diretta dall’ONU lo stesso Fanelli

adnkronos

18-04-2016

http://www.adnkronos.com

Giannini: "Il budget destinato alla ricerca in Italia è migliorabile, ma dignitoso"

La somma delle risorse destinate alla ricerca in Italia "dà un budget dignitoso, migliorabile ma dignitoso. **Troppi, però, sono i rivoli in cui si disperde questa modalità di finanziamento**. E questo non consente di dare una massa critica di fondi su base competitiva". E' la riflessione del ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca, **Stefania Giannini**, che, intervenuta oggi alla Giornata della ricerca all'università di Milano-Bicocca, **fa notare come "avere una strategia della ricerca è fondamentale e significa avere delle priorità e fare delle scelte**. Per quello che ne so, con il Piano nazionale della ricerca, in arrivo, è la prima volta che lo facciamo".

Il Pnr, assicura il ministro, "è pronto. Da circa 3 settimane è stato approvato in pre Cipe e ha avuto l'ok della Cabina di regia che si occupa dei fondi. Il via libera è atteso nella prossima seduta del Cipe, non so se questa settimana o la prossima. L'idea è quella di coordinare le azioni su capitale umano, dottorati innovativi e altri punti cruciali. Non è quindi un problema di risorse limitate, ma di fare strategia. Noi - prosegue Giannini - abbiamo individuato 12 aree di riferimento che non casualmente riflettono le linee di 'Horizon 2020', calate nella realtà italiana secondo una nostra sub-gerarchia".

Per la ricerca, elenca Giannini, "abbiamo 2,9 miliardi per i 22 enti di ricerca, di cui 14 a tutela Miur (e gli altri Salute, Mise, Agricoltura); 2,5 miliardi del Piano nazionale ricerca e 7 miliardi di fondi del finanziamento ordinario". Per usare queste risorse al meglio, "una parola chiave è semplificazione". Il tema della ricerca, sottolinea il ministro, "è la nostra missione prioritaria. Se questo è l'obiettivo politico, vanno immaginati gli

strumenti per ottenerlo". Partendo dal capitale umano: "La ricerca la fanno le persone, soprattutto giovani, e vanno messe in condizione di farla al meglio, non bruciando generazioni. Nella mia esperienza i ragazzi, se bravi e con strutture potenti alle spalle, avevano davanti almeno 8 anni dalla laurea per arrivare a un inserimento accademico. Oggi sono un'eternità e polverizzano le speranze".

"Dobbiamo - incalza Giannini - creare condizioni irreversibili che vadano oltre la durata di un governo, per valorizzare le persone". Un punto cruciale "è la formazione qualificata, e i dottorati di ricerca, di cui i dottorati innovativi e industriali sono uno dei pilastri". Con il Pnr "da quest'anno mettiamo 381 milioni per creare una macroarea in linea con Horizon 2020 e produrre circa 6 mila nuovi posti, in un Paese che ha dai 10 ai 15 mila dottorati di ricerca". Un secondo aspetto è la selezione all'ingresso: "Il flusso deve essere continuo. Dalla legge di Stabilità è arrivata una prima risposta in questo senso. Avremo il recupero annuale di almeno mille posti di ricercatori, giovani che danno ossigeno al sistema e scommettono sul loro futuro".

Terzo punto citato dal ministro è che "chi merita vuole e deve essere valorizzato. Uno dei temi che non ci rende concorrenziali è la differenza negli stipendi e il nodo del merito. Abbiamo lavorato per avere un'Abilitazione scientifica nazionale 'a sportello', che significa che ci si potrà far valutare da una commissione internazionale in qualsiasi momento, evitando l'attesa di una finestra limitata. Commissioni la cui formazione avverrà prima dell'estate". Per Giannini, infine, "dobbiamo essere aperti e attraenti e puntare a competere con Paesi scientificamente forti. Nel Piano nazionale ricerca c'è una misura che prevede 250 milioni di euro per far sì che ogni titolare di grant dell'Erc (European Research Council) si porti dietro non meno di 500-600 mila euro come patrimonio di ricerca".

Un secondo aspetto è la selezione all'ingresso: "Il flusso deve essere continuo. Dalla legge di Stabilità è arrivata una prima risposta in questo senso. Avremo il recupero annuale di almeno mille posti di ricercatori, giovani che danno ossigeno al sistema e scommettono sul loro futuro".

Terzo punto citato dal ministro è che "chi merita vuole e deve essere valorizzato. Uno dei temi che non ci rende concorrenziali è la differenza negli stipendi e il nodo del merito. Abbiamo lavorato per avere un'Abilitazione scientifica nazionale 'a sportello', che significa che ci si potrà far valutare da una commissione internazionale in qualsiasi momento, evitando l'attesa di una finestra limitata. Commissioni la cui formazione avverrà prima dell'estate".

Per Giannini, infine, "dobbiamo essere aperti e attraenti e puntare a competere con Paesi scientificamente forti. Nel Piano nazionale ricerca c'è una misura che prevede 250 milioni di euro per far sì che ogni titolare di grant dell'Erc (European Research Council) si porti dietro non meno di 500-600 mila euro come patrimonio di ricerca".

quotidianosanità.it

Lunedì 18 APRILE 2016

Istituto superiore di Sanità. In Gazzetta il nuovo regolamento

Tra le novità il Piano triennale delle attività da aggiornare ogni anno. Nuovi riferimenti su controllo gestione e digitalizzazione. Pubblicato il decreto con l'approvazione da parte di Salute e Pa delle nuove modalità di organizzazione e funzionamento dell'Istituto. IL TESTO

Arriva in Gazzetta ufficiale il nuovo regolamento dell'Istituto superiore di Sanità. Un testo che va a sostituire il vecchio regolamento del 2003. "Obiettivo principale – si legge nel documento - è l'individuazione degli strumenti e degli istituti finalizzati alla promozione e alla tutela della salute pubblica nazionale attraverso lo svolgimento ed il coordinamento nazionale ed internazionale delle attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione. L'Istituto superiore di sanità, di seguito Istituto, nel rispetto del dettato costituzionale in materia di tutela della salute".

Il regolamento è composto da 31 articoli. Innanzitutto sono stabiliti gli organi: Presidente, Consiglio di amministrazione, Comitato scientifico e Collegio dei revisori dei conti. Alla direzione generale, spetteranno gli Affari istituzionali, giuridici e relazioni sindacali e Logistica, progettazione e manutenzione.

Novità per quanto riguarda il controllo e la gestione dell'Ente con il piano triennale di attività, che stabilisce gli indirizzi generali dell'attività, determina obiettivi, priorità e le risorse necessarie per il periodo di programmazione, definisce i risultati scientifici e socio-economici attesi, nonché le correlate risorse di personale, strumentali e finanziarie previste per ciascuno dei programmi e progetti in cui è articolato".

Il Piano sarà aggiornato annualmente dal presidente per verificare:
a) lo stato di attuazione delle attività relative all'anno precedente;
b) gli obiettivi generali da conseguire nel triennio;
c) il quadro delle collaborazioni internazionali di rilievo e le eventuali interazioni con le altre istituzioni nazionali;
d) le principali infrastrutture di ricerca;
e) le azioni connesse alla formazione;
f) le iniziative di trasferimento tecnologico;
g) le linee di azione per la divulgazione scientifica e tecnologica e per la comunicazione interna ed esterna.

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'Area operativa tecnico/scientifica dell'Istituto essa si articola in sei Dipartimenti, sedici Centri nazionali e due Centri di riferimento. Ai Dipartimenti ed ai Centri è conferita, nel quadro della programmazione annuale e triennale dell'Istituto, autonomia scientifica, organizzativa e di gestione nella definizione dei contenuti dell'attività di ricerca, controllo, formazione e nella utilizzazione delle risorse umane e delle attrezzature scientifiche assegnate.

Inserite anche misure su qualità, digitalizzazione e su controllo di gestione.

L.F.

HiQPdf Evaluation 04/18/2016

Bernie Sanders elogia il Ssn: "Curarsi è un diritto non un privilegio"

SANITÀ

Tweet

Bernie Sanders (Afp)

Pubblicato il: 18/04/2016 18:50

"L'assistenza sanitaria è un diritto di tutti, non un privilegio. **Le più grandi nazioni al mondo - Regno Unito, Francia, Germania, Italia, Olanda, Scandinavia e il vicino Canada - considerano la sanità un diritto per tutte le persone**. Noi siamo gli unici che non lo fanno". Lo ha affermato il candidato alle primarie del Partito democratico **Bernie Sanders**, in un comizio pubblico a Brooklyn (New York).

"Sanders **vede quello che in Italia molti non percepiscono**. Garantire anche in futuro l'universalismo, l'accesso alle cure e ai farmaci innovativi in modo gratuito per tutti i cittadini deve essere il nostro obiettivo. Di fronte all'evoluzione, rispetto alla disponibilità di farmaci sempre più efficaci ma anche sempre più costosi, **quello italiano deve rimanere il sistema solidale oggi modello in tutto il mondo**". Così il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** commenta le alle parole del candidato democratico alle primarie Usa.

Tweet

TAG: Bernie Sanders, Ssn, Brooklyn, sanità pubblica, Beatrice Lorenzin

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI

Arriva Olo, la stampante 3D per smartphone

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. Referendum trivelle, niente quorum Renzi: "Hanno vinto i lavoratori"
2. Stipendio degli statali, nuovo blocco fino al 2020
3. Virginia Raffaele è Carla Fracci: super show ad 'Amici' /Video
4. Bugie al colloquio di lavoro? Sarai scoperto in 30 secondi
5. "Lucio Battisti era fascista", il prof le mette 4 sul registro

Video

Salvataggio difficile per la pit bull terrorizzata

La baby koala si affaccia dal marsupio

'Ndrangheta, sequestrati beni per 215 milioni a imprenditore nel reggino /Video

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

19-APR-2016
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Pazienti cronici e Piani terapeutici
A PAG. 7

APPELLO FIMMG ALL'AIFA SUI PRODOTTI A RICETTA LIMITATIVA

Innovativi, la corsa a ostacoli dei malati cronici

Per almeno 10 milioni di pazienti con gravi patologie, come tumori, diabete ed Epatite C procurarsi i farmaci equivale a una corsa a ostacoli. Sono infatti centinaia i medicinali che appartengono a 32 categorie terapeutiche oggi prescrivibili solo dallo specialista e dopo la predisposizione di un piano terapeutico che ne garantisca l'uso più appropriato. Un paletto che per i pazienti si traduce in ripetuti ticket per le visite specialistiche (vale 50 euro) e lunghe attese ogni volta che va aggiornato il piano terapeutico, che è valido da tre mesi a un anno. A denunciarlo è la Fimmg, la federazione italiana medici di medicina generale: «Un sistema che taglia fuori i medici di famiglia - sottolinea il segretario nazionale Giacomo Milillo - costringendo i malati a saltare dallo studio del proprio dottore di fiducia al medico specialista, quando non si richiede addirittura il timbro della farmacia ospedaliera».

Storie di farmaci col contagocce. Tra quelli "a ricetta limitativa" con obbligo di Piano terapeutico figurano anti-Alzheimer, anti-anemici utilizzati per velocizzare il recupero dopo la chemioterapia; medicinali che stimolano la produzione di globuli bianchi per pazienti in chemio, con Hiv o sottoposti a trapianto di midollo; l'interferone per la cura dell'epatite C, antipsicotici, antiepilettici. Insomma una lista di prodotti innovativi, costosi e spesso salvavita. Già in passato i medici di famiglia avevano posto la questione all'Agenzia del farmaco (Aifa) che nel 2014 aveva annunciato una sperimentazione, coinvolgendo in prima battuta 2.500 medici di base per 4 categorie terapeutiche. «Ma dopo incontri, riunioni e tavole rotonde tutto è rimasto a livello di annunci», denuncia Milillo. E i pazienti sono costretti a districarsi in un labirinto burocratico. Da qui l'appello della Fimmg al direttore generale di Aifa, Luca Pani, e al presidente, Mario Melazzini, «a mantenere gli impegni» per facilitare i malati cronici, in una giusta cornice di appropriatezza, facilmente verificabile tramite controlli incrociati sulle ricette elettroniche.

L'Aifa fa sapere di aver avviato le procedure per la sperimentazione dal novembre 2014 con l'obiettivo di coinvolgere i medici di base nella prescrizione di farmaci tramite Piano terapeutico web based. A gennaio 2016 è stato presentato alla Commissione tecnico-scientifica (Cts) dell'Aifa, deputata a decidere, un draft del progetto. «Sono state rilevate alcune criticità da approfondire - spiega Pani - per non creare disorientamento con un sistema di prescrizione parallelo di farmaci specialistici. Siamo in attesa di conoscere le aree terapeutiche da includere nel progetto da una delle prossime sedute della Cts».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2015: 11.265
Lettori Ed. I 2015: 54.000
Quotidiano - Ed. Bologna

CORRIERE DI BOLOGNA

Dir. Resp.: Enrico Franco

19-APR-2016
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'innovativa stampante 3D che fa protesi biologiche con le cellule del paziente

Al Rizzoli è stata presentata la piattaforma Bioprinting È costata due milioni, finanziati da ministero e Regione

Merola
Il Rizzoli è ai vertici in Europa, ci sono 158 ricercatori che ce la mettono tutta e ottengono ottimi risultati

Una tac fotografa con immagini tridimensionali un osso o un segmento che lo compone, le immagini vengono inviate a specifici software che a loro volta le elaborano. Vengono incrociati i dati del singolo paziente, fotografando qualsiasi particolare: dalle caratteristiche anatomiche all'estensione della lesione che si intende trattare. La stampante 3D farà il resto producendo il prototipo. E il particolare non indifferente è che le protesi che un giorno si potrebbero ottenere e impiantare in un paziente sono biologiche. Cioè frutto di una sintesi ossea e cellulare. Così da qualche settimana l'istituto ortopedico Rizzoli dispone di due potenti macchinari che costituiscono un'intera piattaforma di «Bioprinting»: una stampante 3D, già in dotazione da ottobre , e una Tac Dual Energy.

In pratica si lavora a una protesi che, al momento dell'impianto nel paziente,non risulti un corpo estraneo. Così, spiegano al Rizzoli, da «poter produrre a immagine e somiglianza quel pezzo di osso, per esempio, che un cancro o un incidente hanno invalidato per sempre». E se il proprio corpo riconosce le cellule all'interno dell'osso impiantato è funzionale anche per la migliore riuscita dell'operazione stessa. «Speriamo», dice il team dei ricercatori, di «arrivare un giorno a impiantarle al paziente, cercando il più possibile di ridurre le possibilità di rigetto».

Oggi le protesi sono normalmente al titanio, se la ricerca andrà in porto potranno essere realizzate con materiali che supportano l'innesto di cellule staminali. Ovviamente, anche se il progetto sarà terminato con esito positivo, serviranno una serie di autorizzazioni per impiantare questo tipo di protesi in materiale biologico. «Aggiungiamo un altro pezzo di storia al Rizzoli», commenta il direttore generale Francesco Ripa di Meana. «Il Rizzoli si conferma davvero all'avanguardia anche a livello europeo — aggiunge il sindaco Virginio Merola — ci sono 158 ricercatori che ce la mettono tutta e ottengono ottimi risultati». La piattaforma è costata due milioni e 360mila euro, un investimento finanziato dal ministero della Salute e dalla Regione. «Oggi si consolida l'idea che il rapporto tra tecnologia, scienza e ricerca è sempre più inossidabile», spiega il presidente delle Regione Stefano Bonaccini, «quello presentato oggi è la dimostrazione che non accade mai nulla per caso, ma ci vogliono risorse da investire continuamente.Abbiamo una sanità che funziona e otteniamo risultati importati».

La presentazione della piattaforma è stato un momento per ricordare che sempre al Rizzoli è possibile curare il sarcoma osseo. Un tumore per il quale tra il 2010 e il 2015 sono stati curati 104 bambini. Fra loro, va ricordata la storia della bamba greca che a 13 mesi si è rotta il femore nel tentativo di mettersi in piedi, scoprendo così di avere la malattia. Aveva appena 17 mesi quando è stata operata al Rizzoli e oggi di fatto è «il primo essere umano che ha iniziato a camminare con una protesi», affermano con orgoglio allo Ior.

Maria Centuori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

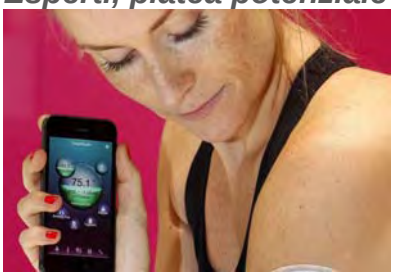
18-04-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Oltre 165mila app per la salute, ma poco controllo

Esperti, platea potenziale 500 mln utenti, non tutte regolate



ROMA - Sono sempre di più le app mediche disponibili sul mercato, da quelle per monitorare diabete e pressione ai sistemi per chiamate di emergenza e sensori Ecg, con una platea potenziale di 500 milioni di utenti. Un mercato in continua crescita, hanno sottolineato gli esperti durante il convegno nazionale dell'Associazione italiana Ingegneri Clinici (Aiic), presieduta da Lorenzo Leogrande, che si è chiuso pochi giorni fa a Bari, che però non ha ancora un preciso iter regolatorio, soprattutto in Europa, mentre negli Usa qualche passo è stato fatto. Solo contando quelle in inglese in rete ci sono 165mila app dedicate alla salute, che coprono gli argomenti più disparati, dai semplici contatori di calorie a quelle che, insieme a dispositivi fisici collegabili, trasformano lo smartphone in un vero e proprio dispositivo medico. Un settore che per le aziende elettromedicali rappresenta un nuovo business stimato nel 2018 in 6,9 miliardi di dollari. "Queste applicazioni - ha affermato Marcella Marletta, responsabile della Direzione generale dei Dispositivi medici del ministero della Salute, durante una sessione del congresso - sono potenzialmente in grado di contribuire alla trasformazione della sanità consentendo ai medici di effettuare una diagnosi al di là dei luoghi deputati, aiutare i pazienti a gestire meglio la propria salute e il proprio benessere e accedere a informazioni vitali da qualsiasi luogo e in qualsiasi momento".