il mattino di Padova
(ed. on line del quotidiano padovano)

30-03-2017

Pagina 33

http://mattinopadova.gelocal.it/

SANITÀ » BRACCIO DI FERRO SULL'OSTETRICIA

«Punti nascita insicuri»: ricorso al Tar

Ginecologi e ostetriche dal giudice contro la Regione che vuole mantenere aperti anche i presìdi con meno di 500 parti

di Sabrina Tomè
PIOVE DI SACCO

I punti nascita con meno di 500 parti, riorganizzati dalla giunta del Veneto con standard qualitativi diversi rispetto a quelli stabiliti dall'accordo Stato-Regioni, non sono sicuri per mamme e bambini. Lo sostengono ginecologi e ostetriche che hanno depositato al Tar un ricorso contro la Regione, sollecitando la cancellazione di parte della delibera con la quale - in deroga alle disposizioni nazionali - il Veneto mantiene reparti in cui nascono pochi bambini e adottano per essi parametri diversi rispetto a quelli nazionali. Una riorganizzazione, quella della Regione, adottata per salvare i punti nascita più piccoli e, in quanto tali, a rischio chiusura. Sono sette quelli con meno di 500 parti annui: Venezia, Pieve di Cadore nel Bellunese, Piove di Sacco, Adria e Trecenta nel Rodigino, Asiago e Valdagno nel Vicentino. Su quest'ultimi si concentra il ricorso, ma altri presidi sono finti sotto la lente: quelli con meno di 1000 parti, la soglia alla quale si dovrebbe tendere ai sensi dell'accordo Stato-Regioni del 2010 e del successivo decreto ministeriale del 2015. Sono 25 le strutture del territorio che rientrano nella categoria "tre stelle" (numero di parti tra 500 e 1.500): tra gli altri Belluno e Feltre; Castelfranco, Conegliano, Vittorio, Montebelluna e Oderzo; Dolo, Mirano, Chioggia, San Donà e Portogruaro (qui il punto nascita è sospeso da mesi in vista di una riorganizzazione); Abano, Schiavonia, Cittadella e Camposampiero. Nelle scorse settimane erano già scese in campo la Società Italiana di Pediatria e quella di Neonatologia che, in una lettera al governatore Luca Zaia, avevano espresso preoccupazione per la delibera 2238 del 23 dicembre 2016 con cui veniva ufficializzata la persistenza dei punti nascita sotto i 500 parti. Ora la protesta è finita davanti al giudice con il ricorso firmato dall'Aogoi (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) e dalla Sigo (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) contro la Regione, il ministero della Salute e l'Usl 6 Euganea. L'obiettivo è l'annullamento della parte della delibera in cui si prevede «il mantenimento di punti nascita in deroga a quelli previsti dall'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e dal decreto ministeriale 11 novembre 2015, in particolare per ciò che attiene al mantenimento di punti nascita con meno di 500 parti annui e agli standard qualitativi».

Diverse le criticità a cui il ricorso fa riferimento: la presenza del pediatra per sole tre ore al giorno anziché per tutto il giorno, del ginecologo per 12 ore al giorno anziché per 24 e la non previsione di una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze. «La sicurezza dei punti nascita, quali essi siano, deve avere parametri assoluti con la presenza di un pediatra neonatologo h24, di un ginecologo h24 e di un anestesista h24», si legge, «e non come disposto nella delibera impugnata, che prevede punti nascita con il ginecologo reperibile (dovendo occuparsi del reparto non potrà occuparsi del pronto soccorso e dalla sala parto) e con il pediatra presente solo tre ore al giorno cosicché questo modello, che offre servizi indispensabili in fase di parto solo per poche ore al giorno (come fosse prevedibile il momento della nascita), mette a rischio la sicurezza delle madri e dei nascituri e al tempo stesso dei sanitari messi allo sbaraglio in reperibilità».

La Regione ha salvato i punti nascita più piccoli appellandosi alle difficili condizioni orogeografiche; condizioni che nel ricorso vengono ritenute insussistenti per molte strutture. «Il ricorso presentato è unico in Italia perché solo il Veneto ha deciso questa disciplina differenziata», spiega l'avvocato Roberto Righi che ha curato il ricorso «Il problema non è solo legato alla statistica, per cui dove ci sono meno parti, c'è meno "allenamento" della équipe medica, ma soprattutto alla mancanza di dotazioni per la sicurezza». Contestazione respinta dalla Regione. «Non andiamo contro la norma nazionale», spiega l'assessore alla Sanità Luca Coletto «Nei punti nascita più piccoli vengono seguiti solo i parti semplici e c'è una turnazione di personale per cui non c'è alcun pericolo di perdita di dimestichezza. Noi abbiamo a cuore le esigenze del territorio, vogliamo mantenere i capisaldi delle cure anche nelle zone disagiate del territorio e con minore densità abitativa. Per questo ci opporremo al ricorso».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 60.563
Diffusione 12/2016: 45.969
Lettori Ed. II 2016: 324.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL SECOLO XIX

Dir. Resp.: Massimo Righi

30-MAR-2017
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA RIFORMA AL VIA

Medici, più difficile per i pazienti chiedere i danni

SERVIZIO >> 10

NUOVA LEGGE DAL PRIMO APRILE, ED È GIÀ POLEMICA

Responsabilità dei medici ora è più difficile fare causa

Il paziente dovrà dimostrare i danni subiti. Ma c'è chi accusa: «Varare norme per una sola professione è incostituzionale»

MARCO MENDUNI

IN ITALIA, ogni anno, partono 34 mila denunce per danni subiti dai pazienti nelle strutture ospedaliere. Una tale quantità che, complice la lentezza della giustizia in passato, ha fatto accumulare la cifra monstre di 300 mila cause non ancora definite. In Liguria la cifra è inchiodata da qualche anno sulle 750 segnalazioni annue: quindici ogni settimana. Non tutte riguardano episodi gravi di malasanità, comprendendo l'intero arco degli infortuni, dai meno seri alle colpe mediche non scusabili.

«Il numero - spiega Francesco De Stefano, componente della Commissione regionale per il rischio clinico - sembra rilevante, ma va spalmato comunque su numeri consistenti, se si considera che solo l'ospedale San Martino di Genova, toccato da 250 casi all'anno, ha nello stesso periodo 90 mila accessi al pronto soccorso e 50 mila ricoveri».

Chi entra in un ospedale, in ogni caso, ha la convinzione e il diritto di ricevere le migliori cure possibile. E di esser risarcito in caso di errori. Questo avviene sempre, quando è sempre più praticata la cosiddetta medicina difensiva? Quando i medici prescrivono un numero superiore di esami rispetto a quelli necessari o addirittura ricoveri non necessari per il timore di eventuali conseguenze? Per 4 camici bianchi su 5 la medicina difensiva si pratica per la paura delle denunce, spiega la relazione di una commissione ad hoc del ministero della Salute. Così si involano dai 10 ai 13 miliardi di spese ogni anno, il 10,5 per cento della spesa sanitaria di ogni anno. Senza garantire migliori prestazioni, ma solo per timore e per precauzione.

«C'è questo tipo di medicina difensiva e c'è anche quello opposto, quello del medico che si astiene da un intervento che potrebbe essere svolto. Che, per timore di un esito negativo e di conseguenti denunce o richieste di danni, non opera anche quando potrebbe esserci qualche possibilità», spiega l'avvocato Guido Alpa, che ha guidato la Commissione sulla responsabilità professionale e medicina difensiva.

Ora i risultati di questo lavoro sono diventati realtà: «I testi sulla responsabilità del medico e della struttura sanitaria - spiega ancora Alpa - sono imprecisi e danno luogo a difficoltà interpretative, non danno tranquillità né ai camici bianchi né, di conseguenza, ai pazienti e per questo hanno generato un grande contenzioso». La sterzata avviene con il via libera al decreto sulla responsabilità dei medici, che diventa legge il primo aprile. Per taluni una grande svolta; per altri un regalo ai medici stessi e alle assicurazioni. Per altri ancora un provvedimento a rischio di costituzionalità, perché introduce «un percorso che vale per una sola professione». Sarà comunque più difficile ottenere una condanna nel processo o un risarcimento del danno quando viene chiesto direttamente al professionista.

Quali sono le novità? Alcune dovranno aspettare i decreti attuativi, altre però sono operative in tempi brevi: 15 giorni. Il medico non potrà più essere condannato per imperizia (ma solo per imprudenza, negligenza o addirittura dolo) quando dimostrerà di «aver rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida» o «le buone pratiche

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 60.563
Diffusione 12/2016: 45.969
Lettori Ed. II 2016: 324.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL SECOLO XIX

Dir. Resp.: Massimo Righi

30-MAR-2017
da pag. 10
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

clinico-assistenziali».

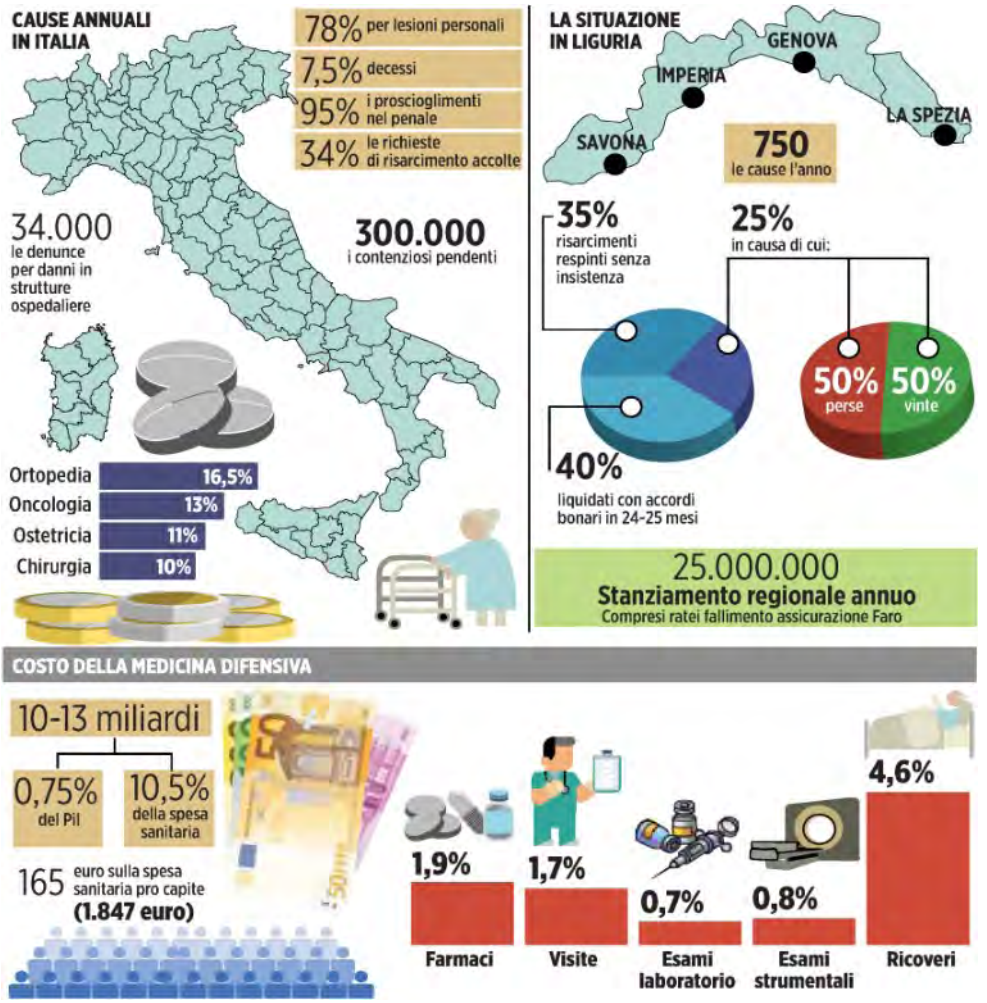
Il cambiamento sta soprattutto, però, nel campo del processo civile. Se il risarcimento viene chiesto direttamente al medico, si modifica tutto: l'onere della prova, la dimostrazione del danno subito e della sua correlazione con l'operato del professionista, tocca al paziente. La prescrizione passa da dieci anni a cinque. Le regole non cambiano, però, se il risarcimento viene sollecitato direttamente alla struttura dove il medico opera. Ci sarà la possibilità anche di un'azione diretta, come per la Rca delle auto, nei confronti dell'assicurazione della struttura sanitaria.

Ancora due novità. La prima: l'ospedale avrà solo sette giorni di tempo per trasmettere la documentazione sanitaria a chi la richiede. La seconda: prima della causa, un consulente nominato dal giudice valuterà i danni e le responsabilità, invitando le parti a una conciliazione.

Ultimo passaggio: la riforma obbliga le strutture sanitarie sia pubbliche sia private (così come già per i medici) a stipulare una polizza assicurativa, oppure a istituire un fondo adeguato per i risarcimenti: una sorta di autoassicurazione. È quello che la Regione Liguria ha fatto da anni, mettendo nel piatto 25 milioni all'anno. A volte vengono sforati, da lì bisogna attingere anche i fondi per sistemare l'annosa vicenda (con debiti annessi) del fallimento della Faro Assicurazioni. «Ma alla fine - conclude De Stefano - è sempre di meno di quello che ci chiedevano per le polizze e che oggi ammonterebbe a 35 milioni».

menduni@ilsecoloxix.it

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

29-03-2017

http://www.doctor33.it/

Cancro ovarico: scoperte dodici nuove varianti genetiche con aumento del rischio

Uno studio pubblicato su Nature Genetics riporta la scoperta di dodici nuove varianti genetiche che aumentano il rischio di contrarre il cancro ovarico e la conferma dell'associazione con la malattia per diciotto mutazioni già conosciute. Come ormai è noto, alcune variazioni ai geni BRCA1 e BRCA2, rare nella popolazione, sono la causa di circa il 40% della componente di rischio ereditaria e sono associate a un rischio del 50% per BRCA1 e del 16% per BRCA2 di contrarre il cancro ovarico nella vita, oltre a un alto rischio di cancro al seno. Si ritiene che altre variazioni genetiche più comuni nella popolazione, presenti in più di una persona su 100, siano la causa della maggior parte del resto della componente ereditaria del rischio.

Per approfondire la questione, l'OncoArray Consortium, una collaborazione di ampie dimensioni guidata da scienziati di Regno Unito, Stati Uniti e Australia, ha studiato il genoma di oltre 25.000 donne con cancro ovarico epiteliale e lo ha confrontato con quasi 41.000 controlli sani, per poi analizzare i dati da ulteriori 31.000 portatrici della mutazione BRCA1 e BRCA2, di cui quasi 4.000 con tumore ovarico epiteliale. Con il contributo dei risultati di questo lavoro, ora sono note ben 30 varianti di rischio, che rappresentano il 6,5% della componente ereditaria. Per il fatto che le varianti sono comuni, alcune donne ne presentano molteplici, ma anche se combinate queste componenti non hanno in realtà un grande effetto sul rischio; infatti, le donne con il maggior numero di questi fattori avranno un rischio di cancro ovarico del 2,8%. Non va però dimenticato che queste varianti avranno anche un effetto sul rischio di cancro alle ovaie nelle donne che presentano un danno ai geni BRCA1 o BRCA2 e questo potrebbe essere sufficiente a influenzare una decisione sulla chirurgia preventiva, anche se normalmente tale opzione viene offerta a donne con almeno il 10% di rischio. «Il cancro ovarico è chiaramente una malattia molto complessa - anche le 30 varianti di rischio ora note per essere in grado di aumentare il rischio di sviluppare la malattia rappresentano solo una piccola frazione della componente ereditaria» spiega l'autrice principale **Catherine Phelan**, del Moffitt Cancer Center di Tampa, Stati Uniti, che poi conclude: «Noi crediamo che ci saranno probabilmente molte più varianti genetiche coinvolte, ciascuna con effetti estremamente piccoli».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

30-MAR-2017
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

L'Italia è subito in campo per l'Agenzia del farmaco

Milano candidata a ospitare la nuova sede dell'Ema. Padoan: opportunità per gli investitori

ROMA

Con due ministri, il presidente della Lombardia e il sindaco di Milano presenti a Londra nel giorno della formalizzazione della Brexit, l'Italia si candida a raccogliere parte dell'eredità che il divorzio britannico metterà a disposizione degli altri Paesi dell'Unione. Il bersaglio grosso a cui puntano le autorità italiane è l'Agenzia del farmaco Ema (European medicines agency) uno delle due grandi enti targati Ue con sede nella capitale del Regno Unito, candidando Milano a ospitarla. La concorrenza è agguerrita e vede in campo Barcellona, Madrid e diverse capitali dell'est Europa. In ballo c'è anche il destino dell'Eba, l'authority di supervisione sulle banche guidata da un italiano, Andrea Enria. In lizza ci sono già Parigi, Francoforte e Amsterdam.

A sostegno della candidatura del capoluogo lombardo per l'Ema ieri l'ambasciata italiana ha organizzato un convegno («L'Italia di oggi e di domani - Milano al centro dell'Europa futura») al quale hanno partecipato i ministri Pier Carlo Padoan (Economia) e Angelino Alfano (Esteri) insieme al governatore Roberto Maroni e al sindaco Giuseppe Sala. Per ospitare l'Agenzia la Lombardia mette a disposizione il Pirellone, grattacielo che è uno dei simboli architettonici di Milano ed è attualmente sede del Consiglio regionale.

«È un sacrificio per noi, ma è l'unica possibilità per competere con le altre città candidate – ha detto Maroni –. Stiamo parlando di un trasferimento che avrebbe una ricaduta tale da fare di Milano la capitale europea della ricerca biomedica». Il governo ha messo a bilancio 56 milioni di euro da investire nella nuova sede.

«Nel ranking internazionale l'Italia ha una serie di limiti, ma a Milano non abbiamo la stessa situazione», e il capoluogo lombardo «può contare già su un ambiente favorevole per fare business», ha sostenuto il ministro Alfano. Da parte sua il titolare dell'Economia Padoan ha rimarcato che «Brexit genera costi e opportunità e cambierà in modo forte il panorama europeo. Noi siamo qui per spiegare che Italia e Milano potranno essere un'opportunità per l'Europa e il Regno Unito».

Il ministro ha ricordando come la legislazione sia diventata già più favorevole per le imprese: «Stiamo introducendo un maggiore taglio di tasse e benefici fiscali per chi vuole tornare in Italia e una flat tax per chi vuole lavorare nel nostro Paese». (**N.P.**)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il ministro Pier Carlo Padoan (Ansa/Ap)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

30-MAR-2017
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

La decisione del ministero

Farmaci permessi all'estero Via libera all'importazione

di **Margherita De Bac**

Il ministero della Salute ha finalmente sanato una situazione diventata insostenibile. Con una circolare ha permesso l'importazione di farmaci autorizzati all'estero, ma non ancora in Italia. Vale per i medicinali prescritti dal medico curante e ordinati per posta e per quelli che il cittadino ha con sé al rientro dal Paese straniero. Un fenomeno che per ora ha una sola chiave di lettura. La caccia ai nuovi antivirali per l'epatite C prodotti in India sotto forma di copie, cioè non gli originali ma contenenti gli stessi principi attivi, dal minor costo. I pazienti non vogliono aspettare in Italia il loro turno per averli gratuitamente oppure non possiedono i requisiti clinici per essere curati con le nuove, costosissime terapie. Così si rivolgono a un altro mercato. Molti di loro sono stati bloccati alla dogana. «Abbiamo rimosso un ostacolo odioso sulla via della libertà e accesso alle cure», dice la ministra della Salute Beatrice Lorenzin. Le industrie non saranno contente. Hanno vinto i malati che hanno bisogno di terapie innovative, non solo per l'epatite C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

30-MAR-2017
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

India, Egitto e Sudafrica I Paesi delle pillole low cost

Ma le produzioni si fanno per medicinali a larga diffusione

Malattie e costi a confronto

1 Epatite
Il Sofosbuvir, prodotto dalla Gilead, eradica il virus dell'epatite C in 12 settimane. Fino ad oggi lo Stato lo ha rimborsato solo per i pazienti più gravi. Per gli altri il costo in farmacia è di circa ottantamila euro. In india si porta via l'intera terapia per ottocento euro. L'americana Gilead, proprio grazie all'acquisto del brevetto del Sofosbuvir - primo farmaco a debellare il virus dell'epatite C - ha visto decollare il suo valore da tre a centocinquanta miliardi di dollari

2 Tumore
Il nab-paclitaxel, associato alla gemcitabina, è un farmaco innovativo contro il tumore al pancreas e alla mammella. Viene commercializzato con il nome di Abraxane. In Italia questo prodotto costa 404 euro a flacone, ma per completare la terapia ne occorrono diversi. Inoltre, non è rimborsabile ai pazienti che hanno più di 75 anni. In India lo stesso prodotto si può acquistare al costo di 16.640 rupie: una cifra che al cambio diventa 27 euro

3 Colesterolo
La novità per chi non riesce a riportare il colesterolo «cattivo» a livelli accettabili si chiama Praulen, l'iniezione che produce effetti molto superiori alle vecchie statine. Da noi è rimborsabile soltanto dal mese scorso. Non a tutti: solo a chi non ottiene alcun risultato con le terapie tradizionali. Il costo in Italia: 716 euro, ma l'intera terapia ne costa seimila. Dovrebbe essere presto prodotto a costi inferiori della metà in Paesi in via di sviluppo

Il nome della molecola è di quelli impronunciabili, nab-paclitaxel. E' un farmaco high-tech che colpisce i tumori, in particolare quello al pancreas, che di solito non perdona. Dopo essere stato fermo ai box per quasi due anni nel 2015 l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, lo ha ammesso nel paradiso della rimborsabilità. Ma, per contenere la spesa ha fissato un limite di età: sopra i 75 anni la terapia non è più mutuabile. A nulla sono servite le proteste dei pazienti, perché con i listini folli imposti da big-pharma ai farmaci innovati, curare tutti oggi è un lusso che non ci possiamo permettere, né noi, né altri Paesi messi meglio.

Da oggi gli ultrasettantacinquenni potranno appellarsi alla circolare della ministra Lorenzin che li autorizza a importarli dai Paesi dove costano meno. Magari India, Egitto e Sudafrica, per citarne alcuni di quelli dove le multinazionali della pillola, sapendo che c'è poco da grattare, tarano i listini sul Pil, decisamente inferiore al nostro. E dopo averli importati potranno magari sventolare la circolare a qualche funzionario dell'Asl per ottenere anche il rimborso. Perché sarà difficile dire che il ministero autorizza ad acquistare una terapia oltre confine e poi non se ne fa economicamente carico.

Uno scenario oggi fortunatamente limitato a qualche prodotto oncologico, a pochi farmaci per malattie rare e a quelli anti-epatite C, che in tre anni saranno comunque gratuiti per tutti.

Ma domani quel via libera all'import per uso personale potrebbe diventare un'ancora di salvezza per molti.

Perché l'industria sta sfornando come non mai farmaci salvavita carissimi. Promettono di sconfiggere i tumori, mettere la museruola all'hiv, combattere demenza e Alzheimer ma con costi, spesso intorno ai 100 mila euro per un ciclo terapeutico, che minacciano di sbancare il nostro welfare o di confinarne l'uso solo ai malati più gravi.

Big-pharma li chiama "blockbuster", come i film di cassetta. Ma qui parliamo di "pillole d'oro", capaci di far volare da 3 a 150 miliardi di dollari il valore di un'azienda come l'americana Gilead, che ha acquistato il brevetto del "Sofosbuvir", il primo medicinale capace di eradicare il virus dell'epatite C.

Il bello, o il problema, è che di farmaci capaci di curare quel che prima non lo era ne sono in arrivo una valanga. L'Fda, l'agenzia del farmaco americana, ne ha autorizzati recentemente 43, in attesa di sbarcare da noi con prezzi anche più alti di quelli della super-pillola anti-epatite da 80mila euro. Quasi la metà di questi medicinali è per la cura delle malattie rare. Gli altri sono contro vari tipi di tumore, l'insufficienza cardiaca, infezioni urinarie e intra-addominali gravi. I prezzi sono di migliaia di euro quando va bene. Ma per alcune terapie anti tumorali in fase finale di sperimentazione già si parla di un milione di dollari.

E' chiaro che, a queste condizioni, l'accesso alle cure dovrà essere in qualche modo limitato. Per chi resta fuori la strada dell'acquisto in India o altri Paesi low cost è da oggi un'alternativa. Ma sicuramente non valida sempre e comunque. Perché le produzioni a basso costo si fanno per i medicinali a larga diffusione, come gli anti-epatite. Non per quelli destinati a forme rare di tumore o altre malattie poco diffuse.

Allora, import o non import, la via maestra è utilizzare al meglio le risorse che abbiamo. Magari investendo nei farmaci che hanno un reale valore aggiunto. E come recentemente denunciato dagli oncologi «non sempre è così». [PAO. RUS.]

La politica
Le multinazionali dei farmaci calibrano il prezzo dei farmaci sul Pil dei Paesi

1 milione
Alcune terapie anti tumorali in fase finale di sperimentazione potranno arrivare a costare un milione di dollari

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

30-MAR-2017
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

Circolare del Ministero della Salute

Epatite C, via libera all'acquisto dei farmaci all'estero anche on line

Novità per i pazienti colpiti da epatite C. Sarà possibile acquistare farmaci all'estero (con la prescrizione medica) per un uso personale. I prodotti possono anche essere prenotati via web. Una circolare del ministero della Salute permette, infatti, di importare un farmaco autorizzato in altri Paesi ma non in Italia. Oppure un prodotto innovativo, ed è il caso dei "superfarmaci" contro l'epatite C , che nel nostro Paese abbia un costo superiore o che il paziente non può ricevere dal servizio sanitario perché non rientra nelle categorie previste. «Nelle ultime settimane - spiega il ministro della Salute Beatrice Lorenzin - abbiamo avuto molte segnalazioni su farmaci che regolarmente importati da pazienti italiani per esigenze personali di cura venivano bloccati in dogana. Anche se si trattava di farmaci legalmente autorizzati in un Paese estero, sebbene non autorizzati in Italia. La dogana bloccava questi farmaci sulla base di una interpretazione restrittiva della normativa vigente. Con la mia circolare questo è stato chiarito». L'importazione sarà possibile per i medicinali spediti dall'estero su richiesta del medico e per i farmaci registrati in Paesi esteri, (riportati da un viaggio) purché destinati a uso personale per un trattamento terapeutico non superiore a trenta giorni.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 125.801
Diffusione 12/2016: 65.889
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

30-MAR-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ/1

Epatite C, sì acquisti all'estero

Il ministro Lorenzin: solo farmaci generici a uso personale

■ I pazienti che non rientrano nei criteri di cura fissati dall'Aifa per ottenere i farmaci anti-epatite C, potranno acquistare il medicinale generico all'estero, sempre che sia per uso personale. È il senso ultimo di una circolare emanata dal ministro alla Salute, Beatrice Lorenzin, che rivoluziona il sistema di assistenza per decine di migliaia di persone e soprattutto segna una strada nuova nel settore delle cure per questa malattia infettiva.

Nella circolare, va specificato, non si parla espressamente di epatite C e questo rende il provvedimento applicabile anche ad altri medicinali se si verificheranno situazioni simili. La storia ormai è nota - spiega *Repubblica.it* -: per ottenere gratuitamente il farmaco contro la malattia bisogna rientrare in determinate categorie cliniche. Fino ad ora potevano accedere alla cura solo i pazienti più gravi, di recente Aifa ha allargato di molto i criteri di reclutamento fino ad estenderli a pressoché tutti i malati. Visto che però si tratta di moltissime persone (qualcuno dice addirittura tra mezzo milione e un milione) non tutte riceveranno subito la terapia. Così in molti potrebbero volersi curare prima rispetto alla chiamata del loro centro di epatologia. Potranno farlo sfruttando le regole della circolare. Del resto già da tempo tantissimi sieropositivi hanno iniziato ad acquistare il farmaco all'estero, andando addirittura in India per comprarselo oppure, strada assai più complessa e legalmente poco solida, se lo ordinavano via internet. Proprio per queste persone è scritta la circolare Lorenzin. Soddisfatte le associazioni dei consumatori e i vari Tribunali del malato: «Si tratta di un provvedimento che va nella direzione di una semplificazione della burocrazia sanitaria. Esigenza particolarmente sentita nel nostro Paese».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

30-MAR-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

LA SALUTE

Via libera ai farmaci contro l'epatite C importati dall'estero

ROMA. I malati potranno comprare all'estero, andandoli a prelevare o facendoseli spedire, i farmaci anti epatite C se non rientrano nei criteri fissati dall'Agenzia del farmaco (Aifa) per accedere alla cura.
È il senso di una circolare emanata dalla ministra alla Salute Beatrice Lorenzin. Già da tempo molti pazienti cercavano di procurarsi il farmaco all'estero. Aifa ha da poco allargato i criteri di reclutamento, comprendendo quasi tutti i pazienti che però sono moltissimi (fino a un milione secondo certe stime). Per questo potrebbe esserci chi non vuole aspettare per avere le terapie e preferisce rivolgersi all'India o all'Egitto. La circolare non cita direttamete i medicinali anti epatite ma tutti quelli autorizzati in altri Paesi e non in Italia, oppure che qui hanno limitazioni di accesso a certe categorie di malati, in base alla gravità. Chi vuole rivolgersi all'estero deve avere una richiesta del medico, da inoltrare anche al ministero.

(Michele Bocci)

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

30-MAR-2017
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Vaccinazioni in calo è allarme morbillo: mille casi in tre mesi

▶Lorenzin: applicare subito il nuovo piano sulla profilassi
Da gennaio a marzo nel Lazio il triplo dei malati del 2016

IL 57% DELLE PERSONE COLPITE HA UN'ETÀ COMPRESA TRA I 15 E I 39 ANNI SOTTO I 12 MESI ALTO RISCHIO DI COMPLICAZIONI

L'EPIDEMIA

ROMA L'andamento delle infezioni segue regole ferree: se si abbassa il numero dei vaccinati, si alza la probabilità che tornino le malattie debellate. E così sta accadendo per il morbillo. Dall'inizio dell'anno sono già stati superati i mille casi, come segnala l'Istituto di sanità, mentre in tutto il 2016 erano stati 844.

Nel 33% dei casi i pediatri hanno denunciato almeno una complicanza (anche cerebrale), nel 41% è stato necessario il ricovero e nel 14% il bambino è stato portato al pronto soccorso. Nei piccolissimi sotto l'anno, secondo gli infettivologi, si sta rivelando molto pesante. Il 90% delle persone colpite, tra bambini e adulti, non era vaccinato. Età media: il 57% nella fascia tra 15 e 39 anni.

L'IMMUNITÀ

«Il morbillo si vaccina ad un anno - ricorda Giovanni Rezza a capo del dipartimento di Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità - I casi sotto l'anno vengono evitati solo l'immunità di gregge, altrimenti sono difficilmente evitabili. Sotto i dodici mesi il rischio di ricovero e complicanze è molto alto». Fra le complicanze più frequenti, oltre disturbi intestinali anche gravi, la trombocitopenia (calo delle piastrine nel sangue), convulsioni ed encefaliti. «Applicare subito il nuovo piano sui vaccini» scrive in un Tweet il ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

LA PROTEZIONE

L'allarme morbillo è stato lanciato dall'ufficio europeo dell'Oms: dito puntato contro quattordici paesi, tra questi l'Italia, che non hanno ancora eradicato la malattia. In sette di questi, Romania, il nostro, Francia, Germania, Polonia, Svizzera e Ucraina, si è verificata la maggior parte dei casi segnalati a gennaio. Cinquantatré nazioni, invece, sono riusciti a debellare l'infezione. Sono morbillo-free.

«Invito tutti i Paesi» in cui l'infezione è endemica «a prendere misure urgenti per bloccare la trasmissione del morbillo nei loro confini - è il direttore dell'Oms Europa, Zsuzsanna Jakab a parlare - e tutti i Paesi che hanno già raggiunto questo obiettivo a stare in guardia e a favorire un'alta copertura vaccinale».

Dal 1 gennaio al 26 marzo quasi tutte le Regioni hanno segnalato casi di morbillo (19 su 21) ma l'86% proviene da cinque aree: Piemonte, Lombardia, Lazio, Toscana e Abruzzo. È allarme nel Lazio, dove in meno di 3 mesi si sono registrati il triplo dei casi dell'intero 2016. Il servizio regionale ricorda che «il 31,4% delle segnalazioni ha presentato almeno una complicanza: insufficienza respiratoria, epatite, trombocitopenia ed encefalopatia».

LA PERTOSSE

Il morbillo, è la lettura degli epidemiologi, potrebbe essere la prima malattia a tornare con grandi numeri da quando la soglia delle vaccinazioni si è abbassata oltre il livello consigliato dall'Organizzazione mondiale della Sanità.

I medici ora temono altre infezioni "sorvegliate speciali" come la pertosse e la difterite.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica.it

29-03-2017

Lettori
291.389

http://www.repubblica.it/

Le difficoltà di chi vive accanto a un malato di cancro

Mille nuove diagnosi di tumore al giorno, e al fianco di ogni paziente c'è quasi sempre un familiare. Che probabilmente non ha alcuna formazione specifica e deve destreggiarsi tra ostacoli burocratici, difficoltà organizzative e relazioni non sempre semplici con i medici

OLTRE TRE MILIONI in Italia, un vero e proprio esercito di invisibili. Parliamo dei ***caregiver***: genitori, partner, figli, fratelli, amici che assistono una persona malata, senza alcun compenso. Secondo i dati diffusi in occasione di Exposanità 2016, si stima che ciascuno di loro si occupi del proprio caro per **18 ore al giorno** in media, per un totale di oltre **sette miliardi di ore di lavoro**. Spesso i caregiver non hanno alcuna formazione specifica e si devono destreggiare tra ostacoli burocratici, difficoltà organizzative e relazioni non sempre semplici con i medici. A loro, e in particolare a chi si occupa delle persone malate di cancro, l'Aiom - Associazione Italiana di Oncologia Medica e la Fondazione Aiom dedicano il ***primo corso per formatori di caregiver in oncologia*** (il 30 marzo a Milano), e che ha l'obiettivo di migliorare l'accoglienza nei reparti di oncologia degli ospedali. Ma quali sono i problemi che i caregiver devono affrontare quotidianamente? Lo abbiamo chiesto direttamente a loro: a tre donne che si sono prese cura del proprio padre durante la malattia oncologica.

La fatica di comunicare con i medici. "*Mettere il paziente al centro*", "*curare la persona e non la malattia*", "creare un'alleanza terapeutica". Bellissimi concetti, ma quanto sono calati nella realtà? Forse ancora poco. Ai medici manca di certo il *tempo* da dedicare, e spesso una buona preparazione su come comunicare con i pazienti e i loro familiari. Come ci racconta Laura di Mantova, 40 anni, figlia di Giacomo, malato di tumore al colon e al rene (nomi d fantasia).

"La fatica più grande per me è sempre stata quella di fare da filtro tra i medici e mio padre. In diversi anni di malattia abbiamo avuto a che fare con parecchi dottori tra Mantova e Bologna, e raramente ho trovato qualcuno che fosse capace di relazionarsi con lui, a partire dal medico di famiglia. Che, sebbene mio padre presentasse sangue nelle feci, ha deciso di aspettare mesi prima di prescrivere la colonscopia. Non so se siamo stati particolarmente sfortunati, ma non potrei spezzare molte lance. Sono assolutamente per l'onestà nella comunicazione, però credo che il modo con cui si parla al paziente possa fare la differenza: non è solo il contenuto, ma anche la forma. Basta una frase per 'uccidere' una persona fragile. Parole dette a sproposito o con leggerezza, senza riflettere sulle ricadute psicologiche, e statistiche generiche sulla prognosi non servono di certo. Come: 'Magari se la operiamo guadagna qualche mese...'. Come si fa a dire una cosa del genere? L'empatia non si impara e non si chiede tanto, ma i medici che ho incontrato non erano preparati in fatto di comunicazione. Soprattutto, l'alleanza medico-paziente di cui si legge sui giornali non l'ho mai trovata e non ho mai avuto la sensazione che il benessere di mio padre fosse al centro dell'interesse di chi lo aveva in cura. Spero che le cose cambieranno davvero".

Diritti dei malati e dei caregiver? Manca l'informazione. Passare dalla sala di attesa del medico che darà la diagnosi alla sala operatoria o al reparto di chemioterapia è un attimo. Tutto accade in fretta e spesso ci si sente smarriti. Certo, se gli ospedali potessero fornire qualche informazione di base sui protocolli di cura, sui percorsi previsti e, perché no, anche sui diritti dei malati e dei loro familiari, la vita sarebbe più semplice. Anche perché la burocrazia non aiuta, tra Inps, patronati, visite per confermare l'invalidità (anche per chi ha una malattia metastatica alle ossa ed è sulla sedia a rotelle da anni). Il che si traduce spesso in un'immensa perdita di tempo per i malati stessi e per i caregiver. La **legge 104**, che garantisce ai pazienti e a un familiare (con un lavoro dipendente) la possibilità di assentarsi dal lavoro, è utile ma non sufficiente, come racconta Elena, 36 anni, figlia di Antonio, malato di un tumore alla prostata in fase metastatica, Roma (nomi di fantasia).

"Mio papà è malato da diversi anni, ma tra settembre e novembre ha avuto un grave peggioramento. È stato un momento drammatico, perché non era più in grado di fare nulla da solo. Per quei tre mesi non è esistito più niente per me, neanche la mia famiglia. La mattina portavo i bambini a scuola e andavo lui. Facevo la spesa, lo accudivo, cucinavo, mi fermavo a dormire almeno tre volte a settimana. Per tutto quel periodo, ho provato un'ansia fortissima e appena non rispondeva al telefono mi precipitavo sotto casa sua. Ho potuto farlo perché sono freelance. Mia sorella, che ha un lavoro da dipendente, non avrebbe potuto. Abbiamo scoperto tardi l'esistenza della legge 104, perché nessuno ce lo aveva mai detto. Sarebbe importante se i medici o gli ospedali fornissero un kit di informazioni base. In ogni caso, i pochi giorni di permesso garantiti da questa legge non sarebbero stati sufficienti. Non ci sono molte alternative per chi non si può permettere un aiuto esterno".

Anche l'ambiente conta. La chiamano "umanizzazione degli ambienti ospedalieri": significa migliorare l'accoglienza, da tutti i punti di vista, dei luoghi in cui ci si reca per fare le terapie e gli esami. Sembra una cosa di poco conto, invece l'impatto sulla percezione dei pazienti può essere determinante e può incidere anche sull'aderenza alle terapie. Lo dimostra la storia di Anna, 51 anni, figlia di Pietro malato di tumore alla prostata in fase metastatica, Milano (nomi di fantasia).

"Per tutta la malattia di mio padre, sono stata il suo riferimento 'medico': tutti i sabato ero a pranzo dai miei e puntualmente, quando se ne usciva con una domanda sulla sua malattia, io avevo pronta in borsa una bella immagine stampata dell'apparato urologico. Si fidava ciecamente di me ed ero io a tenere i rapporti con l'oncologo. Il periodo peggiore è stato quando ha dovuto cominciare la terapia del dolore. Era un gioco al massacro essere lì e toccare con mano la sofferenza del malato e del caregiver. Il personale era eccezionale, umanamente e professionalmente, ma l'impatto con l'ambiente è stato molto pesante a livello psicologico, tanto che dopo un paio di volte abbiamo deciso insieme, io e mio padre, che non ci saremmo più andati e di interrompere la terapia. Ho metabolizzato tutto, tranne quello".

ANSAit

29-03-2017

http://www.ansa.it

Curò tumore con erbe, pm chiede 4 anni

Dottoressa a processo a Torino per morte di una paziente

(ANSA) - TORINO, 29 MAR - "La colpa dell'imputata è grave, ostinata e inscusabile. Ha proposto alla sua paziente un percorso senza fondamenti scientifici e l'ha portata alla morte". Lo ha detto, oggi in aula a Palazzo di Giustizia a Torino, la pm Rossella Salvati che a chiesto una pena di 4 anni di reclusione e l'interdizione all'esercizio professionale per Germana Durando, medico di base e omeopata accusata di omicidio colposo. Secondo l'accusa, l'imputata, seguace delle controverse teorie del tedesco Hamer, 'guru' della medicina alternativa per la lotta contro i tumori, sarebbe la responsabile del decesso, nel 2014, di una donna affetta da cancro. "La paziente non rifiutava la medicina tradizionale, ma tutto ciò che non le diceva la sua dottoressa. E la Durando l'ha convinta a non curarsi, che la sua malattia era una lotta con sé stessa". La pm ha chiesto al giudice "una sentenza esemplare", che mostri che "chi cura i malati con teorie strampalate e ne causa la morte, risponde di omicidio".

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

29-03-2017

Lettori
39.000

http://www.quotidianosanita.it/

Farmacovigilanza attiva fondi e linee di indirizzo 2012-2014. L'accordo domani in Stato-Regioni

Dopo una lunga attesa le Regioni sono pronte a dare il via libera domani all'accordo Stato-Regioni per il finanziamento delle convenzioni con Aifa per i programmi di farmacovigilanza attiva. Sul piatto 50 milioni l'anno a Regione per ciscuno degli anni 2012, 2013 e 2014. IL DOCUMENTO.

Sono 50mila euro l'anno per il 20112, 2013 e 2014 per ogni Regione. E sono destinati a programmi di farmacovigilanza attiva da realizzare attraverso convenzioni con Aifa. Si tratta di risorse stabilite addirittura con la manovra 1998 e ancora in gran parte in stand by, finalmente sbloccate con un accordo Stato-Regioni che ha avuto il via libera della Commissione salute e dovrà essere ratificato definitivamente dalla Conferenza di domani.

Il fondo complessivo è di 30,6milioni di euro, si cui 10,5 per il 2012, 9,5 per il 2013 e 10,5 per il 2014. Il fondo residuo disponibile sarà ripartito, su base capitaria, tra le Regioni ed erogato per ogni Regione in base ad apposite convenzioni e secondo precise modalità: il 40% sarà destinato ai Centri Regionali di Farmacovigilanza (CRFV)/organismi/strutture regionali stabilmente definiti; il 30% ai piani di attività regionali/progetti regionali; ancora il 30% ai progetti a valenza nazionale o multiregionale, con una Regione capofila.
Il 6 % del fondo disponibile, gestito dall'Aifa, potrà essere destinato a: spese di coordinamento dei progetti nazionali o multiregionali; costi per lo svolgimento di attività professionale di revisione contabile; promozione di studi su problemi emergenti di sicurezza nei quali sarà previsto il coinvolgimento delle Regioni; progetti nazionali o multiregionali che l'Aifa riterrà strategici per la sicurezza e lo sviluppo della farmacovigilanza; costi degli audit ai CRFV/organismi/strutture regionali.

Le risorse saranno erogate in tre tranche: la prima pari al 40% e la seconda pari al 30% saranno oggetto di un'unica convenzione, la terza ancora del 30% farà parte di una specifica convenzione tra Aifa e singola Regione. E nel 6% del fondo gestito dall'Aifa non dovranno rientrare i costi degli audit.
L'accordo prevede linee di indirizzo per l'utilizzo dei fondi che, come si legge nelle sue premesse, rappresentano, per le Regioni uno degli strumenti principali attraverso cui garantire ii funzionamento delle strutture deputate alle attività di farmacovigilanza.

Potranno essere oggetto di finanziamento progetti a valenza nazionale o multiregionale - con una Regione capofila - ai quali le altre Regioni possono aderire e plani di attlvità/progetti regionali.

Le aree tematiche di interesse dei progetti sono quattro:

- istituzione e rafforzamento dei Centri Regionali di farmacovigilanza;
- studio delle reazioni avverse al farmaci con studi di farmacovigilanza attiva ad hoc per approfondire problemi di sicurezza derivanti dall'uso di farmaci. I progetti avranno come obiettivi: valutare le associazioni tra farmaci e l'insorgenza di specifiche reazioni avverse; caratterizzare l'incidenza di specifiche reazioni avverse; valutare l'impatto delle interazioni tra farmaci in particolari setting di pazienti; realizzare sorveglianze attive su specifici gruppi di pazienti o su specifiche categorie di farmaci;
- informazione e formazione. I progetti avranno lo scopo di favorire l'integrazione fra le diverse iniziative a livello regionale e centrale, e supportare nuove iniziative in Regioni con minore esperienza;
- valutazione dell'uso dei farmaci e degli effetti delle terapie farmacologiche nella pratica clinica usuale, sia ln ambito territoriale che ospedaliero. I progetti dovranno includere/riguardare sia studi di "drug utilization" che studi di "outcome research" a partire dai dati "real world", con particolare rilevanza per quelli che descrivono l'aderenza d'uso dei. farmaci alle indicazioni approvate e alle raccomandazioni, e particolare attenzione alle interazioni tra farmaci e alle controindicazioni in specifiche popolazioni di pazienti.

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

29-03-2017

Lettori
39.000

http://www.quotidianosanita.it/

Ogni anno mille medici italiani costretti ad emigrare all'estero. Il disastro annunciato nella programmazione dei futuri medici

Di fronte a questa situazione ampiamente prevedibile ribadiamo le nostre proposte: incremento dei contratti di formazione per le specializzazioni e per la medicina generale per coprire pensionamento crescente, nuove assunzioni nel Ssn per garantire il turn over ma anche il rispetto dell'orario di lavoro e dei riposi garantiti e riconsiderare il numero chiuso all'Università in base alle reali esigenze

Con i prossimi tassi di iscrizione al corso di laurea in Medicina e Chirurgia proposti al tavolo del Ministero della Salute, valutando anche le iscrizioni ordinarie e quelle disposte dai TAR degli anni passati, si può prospettare che nel decennio 2017/2026 acquisiranno la laurea circa 93.000 degli attuali e futuri studenti.

Se consideriamo anche i laureati che già oggi non trovano in Italia una offerta adeguata di formazione, valutabili in circa 15.000 medici, si verrà a creare un bacino di **108.000** medici alla ricerca spasmodica di uno sbocco prima formativo poi occupazionale.

Ad invarianza di offerta formativa postlaurea annuale, circa 6.300 contratti di specializzazione e circa 900 borse di formazione in medicina generale, nel decennio 2017/2026 avremo almeno **36.000** medici cui verrà negata la possibilità di completare il proprio percorso di studio, indispensabile per entrare nel mondo del lavoro italiano. L'unica scelta che rimarrà praticabile per questi Colleghi sarà quella dell'emigrazione e quindi della possibilità di accedere ad un lavoro contrattualizzato in ospedale e, contestualmente, completare il percorso formativo fino alla acquisizione del titolo di Specialista necessario per la progressione di carriera.

Nessuna meraviglia, quindi, se gli imbuti formativi, con il paradosso di troppi laureati e pochi specialisti o MMG, e lavorativi, figli di un cieco blocco del turnover che sta determinando la perdita di più generazioni di medici, stanno inducendo di anno in anno una importante emigrazione verso altri paesi europei, Francia, Germania, Svezia, Danimarca, Regno Unito e Svizzera in particolare, oltre che verso gli Stati Uniti. Secondo dati Istat, i professionisti del settore sanitario che hanno chiesto al Ministero della Salute la documentazione utile per esercitare all'estero sono passati da 396 nel 2009 a 2363 nel 2014 (+ 596%).

Oramai siamo a circa 1.000 medici laureati o specialisti che effettivamente emigrano ogni anno. Per l'Italia il costo della formazione per singolo medico si aggira intorno a 150.000 €. In termini economici, è come se regalassimo mille Ferrari all'anno agli altri paesi europei ed extra europei. Ovviamente il danno non è solo economico. Noi perdiamo talenti, intelligenze, saperi professionali, sottratti per incuria alla sostenibilità qualitativa del nostro SSN e più in generale allo sviluppo scientifico e culturale del nostro Paese.

Anche il blocco del turnover sta incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro SSN. Il ricambio generazionale è bloccato e con esso quel trasferimento di conoscenze e

capacità tecniche sostenuto dalla fisiologica osmosi tra generazioni professionali diverse. Nel 2017, se non cambiano le politiche sull'assunzione in servizio, l'età media dei medici ospedalieri sarà superiore a 55 anni, la più alta nel panorama europeo e la seconda al mondo dopo Israele (Dati Oecd 2015).

Di fronte a questo disastro annunciato, da molto tempo con tenacia lontana dalla rassegnazione andiamo proponendo alcune correzioni:
· Incrementare i contratti di formazione specialistica post-laurea portandoli da 6.300 a 7.200 ogni anno almeno per coprire il pensionamento nel prossimo decennio degli specialisti operanti nel SSN (dipendenti del SSN, dipendenti MIUR, specialisti ambulatoriali) sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, aumentando in particolare i contratti per le specialità ad impronta olistica.

· Aumentare le borse di formazione in Medicina Generale in modo tale da coprire il turn over che si prospetta molto elevato anche in questo settore (almeno 28.000 medici in quiescenza nel prossimo decennio in base ai dati Enpam dell'ottobre 2016).

· Riaprire una stagione di assunzioni di medici nel SSN con investimenti specifici e adeguati, non solo per coprire totalmente il turn over ma anche per permettere la piena applicazione in Italia della normativa sull'orario di lavoro in vigore in Europa dal lontano 1993, come del resto prevede la Legge 161/2014.

· Rivedere il numero chiuso per l'accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in base alle reali necessità, tenendo conto della dinamica pensionistica professionale e delle reali possibilità di completare il percorso formativo post laurea.

Insomma, sostenere che nei prossimi dieci anni sarà sufficiente garantire il turnover dei medici vuole dire solo garantire il taglio della dotazione organica, già oggi insufficiente a garantire l'orario di lavoro della direttiva europea, l'abbattimento delle liste di attesa vicine a misurarsi in anni, la trasformazione del sistema di emergenza urgenza nella anticamera di un girone dantesco il cui accesso comporta la perdita dei diritti della persona, ad evitare di fare dei LEA dei diritti di carta.

Senza contare la rivoluzione di genere che si prepara, che non sarà neutra rispetto ai modelli organizzativi, il cambiamento demografico ed epidemiologico della popolazione, lo sviluppo scientifico e tecnologico.

Non abbiamo più molto tempo, e sicuramente non un decennio, per disinnescare la bomba professionale, e generazionale, innescata da flop della programmazione ministeriale, collasso del sistema formativo abbarbicato al monopolio universitario, definanziamento progressivo della sanità pubblica con il corollario della falcidie di posti letto, pre-requisito di una determinazione al ribasso del numero di specialisti. La cui quantità e qualità professionale sono elementi critici per la sostenibilità di qualunque sistema sanitario. Nella illusione di fare quadrare i conti, verrà lasciata affondare una infrastruttura di enorme valore civile e sociale quale il servizio sanitario, pubblico e nazionale.

Con buona pace di chi non vuole guardare in faccia la realtà, preferendo continuare la narrazione delle magnifiche e progressive sorti delle politiche governative, vecchie e nuove.

Carlo Palermo
Vice Segretario Nazionale Vicario Anaao Assomed

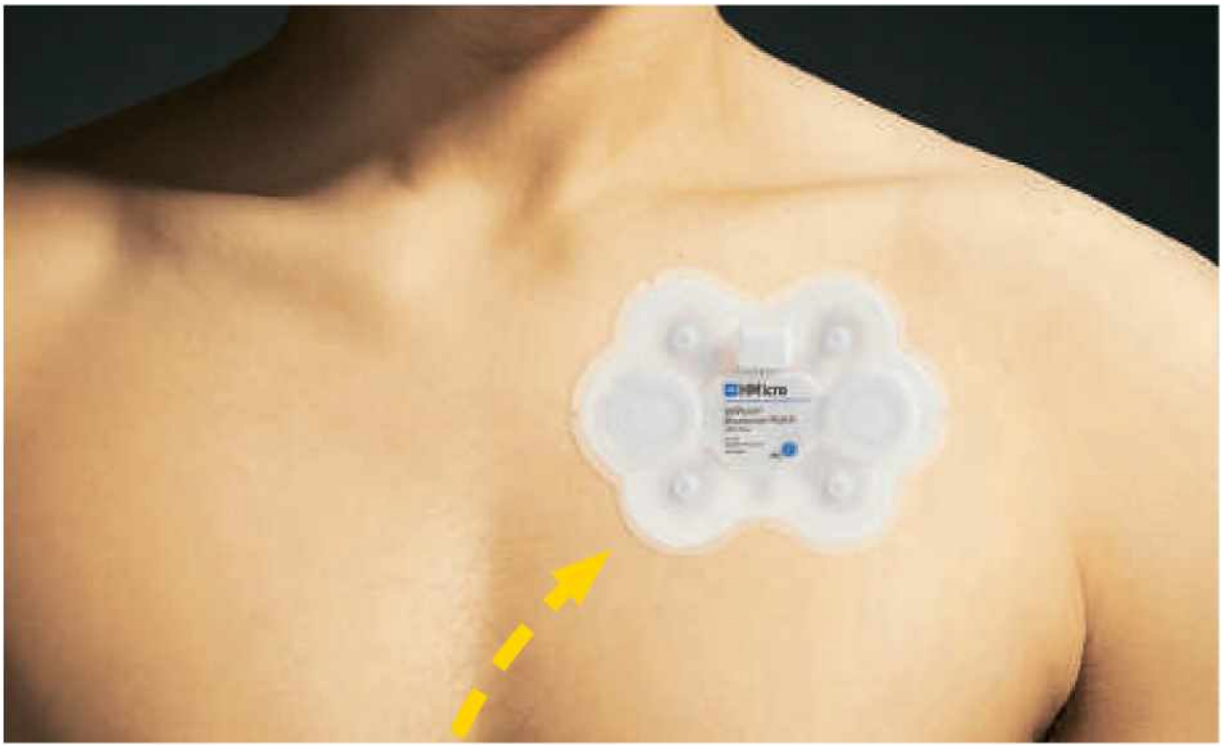
Costantino Troise
Segretario Nazionale Anaao Assomed

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 239.590
Diffusione 12/2016: 162.156
Lettori Ed. II 2016: 1.203.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

30-MAR-2017
da pag. 31
foglio 1
www.datastampa.it



I cerotti wireless che curano cuore e testa

Dispositivi senza fili controllano battito cardiaco e respirazione. O riducono il dolore da emicrania.

Un cerotto applicato sul corpo e trasmissione dei dati via etere: anche nel settore delle apparecchiature mediche e sanitarie, che finora ha sfruttato poco la rivoluzione wireless, stanno arrivando i primi dispositivi senza fili.

Tra un paio d'anni, per esempio, i primi pazienti non vedranno più cavi in giro quando dovranno tenere sotto controllo la salute del cuore. L'elettrocardiogramma wireless è un modello in cui gli elettrodi, oggi applicati vicino al cuore e sul corpo e collegati a fili, sono invece integrati in un cerotto. I dati vengono poi trasmessi via etere alla macchina che li legge e li visualizza, oppure a un tablet o a un telefonino. Il cuore del prodotto è un chip sviluppato da STMicroeletronics, con una serie di sensori che riescono a monitorare il battito cardiaco e la respirazione, e tre diversi sistemi radio prodotti da HMicro per trasmettere senza interruzione dati e informazioni, consumando pochissima energia.

In arrivo
Il cerotto che monitora il cuore, creato da STMicroeletronics, ha tre sensori e tre sistemi radio per inviare dati e segnali.

Una combinazione di caratteristiche che finora era stata impossibile da ottenere, almeno a costi che ne rendessero pensabile l'utilizzo per gli ospedali, che ogni anno acquistano alcuni miliardi di sensori collegati a fili. L'elettrocardiogramma wireless è già approvato dalla Fda americana, e sono in corso le procedure per l'autorizzazione anche in Europa. Potrebbe servire in tutte le situazioni in cui è necessario o preferibile che il paziente sia «libero»: non solo l'elettrocardiogramma, ma anche l'holter, che serve a registrare per un periodo più lungo l'attività elettrica del cuore, e che oggi si fa con elettrodi attaccati a una macchinetta che il paziente deve portare addosso per uno/due giorni o anche più. Oppure per monitorare altri parametri e funzioni fisiologiche.

Una ditta israeliana, Theranica, ha sviluppato un dispositivo simile, ossia un cerotto wireless, contro gli attacchi di emicrania. In questo caso si applica sull'avambraccio, in cui sono incorporati elettrodi di gomma e un chip. Il cerotto viene controllato da una app sullo smartphone; quando arriva l'attacco somministra una corrente elettrica di lieve entità che, come altri dispositivi esistenti che però vanno applicati alla testa o tenuti in mano, serve a bloccare la trasmissione degli stimoli dolorosi. Sono in corso le sperimentazioni cliniche, e da un primo test su un piccolo numero di pazienti sembra avere efficacia nel ridurre l'intensità del dolore: della metà, in circa il 60 per cento dei pazienti.

(Chiara Palmerini)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

30-MAR-2017
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

è vita

«Pillola dei 5 giorni, va riaperto il dossier»

di Graziella Melina

La pillola dei cinque giorni dopo «non è un contraccettivo ma un antinidatorio»: ha cioè un effetto abortivo, in quanto «rende inospitale l'utero ad accogliere l'annidamento dell'embrione». Sul meccanismo d'azione di EllaOne il Movimento per la vita italiano (Mpv) vuole che venga fatta chiarezza e chiede all'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco diretta da Mario Melazzini, di modificare il "bugiardino". «Alla luce dei nuovi dati di letteratura che dimostrano come l'Ulipristal acetato non eserciti i suoi effetti attraverso un meccanismo antiovulatorio ma rendendo la parete uterina inospitale per l'embrione – spiega il presidente Mpv Gian Luigi Gigli – chiediamo all'Aifa di portare l'argomento al proprio Comitato tecnico scientifico, affinché nel foglietto illustrativo sia data a tutte le donne un'informazione corretta ed esaustiva. È questo il solo modo per garantire una effettiva libertà di scelta».

A conferma degli effetti abortivi della pillola dei 5 giorni dopo lo studio in fase di pubblicazione sulla rivista *Molecular and Cellular Endocrinology*, effettuato sul tessuto endometriale di 12 donne e sull'esame di 1.183 geni nella cosiddetta "finestra di impianto". La nuova ricerca, come spiega Bruno Mozzanega, ginecologo dell'Università di Padova, «evidenzia che il farmaco, somministrato nei giorni pre-ovulatori – i più fertili del ciclo, quelli in cui avviene il 70% dei concepimenti a seguito di rapporti non protetti –, non impedisce affatto l'ovulazione e quindi consente il concepimento. L'endometrio tuttavia, valutato in termini di espressione genica sette giorni dopo l'ovulazione, si dimostra inospitale per l'embrione. I geni iper-espressi o, viceversa, repressi nel tipico endometrio fertile post-ovulatorio grazie al progesterone, dopo l'assunzione di Ellaone evidenziano un andamento opposto, portando a un quadro di assoluta inadeguatezza all'annidamento dell'embrione». Ciò «non sorprende visto che il farmaco impedisce al progesterone di agire».

Intanto le vendite di EllaOne – senza prescrizione medica – aumentano in modo inarrestabile. Secondo Federfarma da gennaio a ottobre 2016 sono state vendute 200.507 confezioni (13.401. nello stesso periodo del 2014), tra il 2015 e il 2016 l'aumento è stato del 95,8%. L'aumento di vendite della pillola dei 5 giorni secondo il Ministero della Salute avrebbe inciso sul vistoso calo degli aborti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

30-MAR-2017
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

I giovani? Cercano un nuovo alfabeto affettivo

Scuola, coetanei e Internet garantiscono un'ampia documentazione sulla sessualità a ragazzi che però chiedono sostegno vero nel prepararsi a scelte consapevoli e libere
Le indicazioni di Censis e Rapporto Giovani

di Elena Marta-Emanuela Confalonieri*

Cosa sanno adolescenti e giovani delle malattie sessualmente trasmissibili? E più in generale, cosa sanno della sessualità? Ci aiutano a capire qualcosa di più i dati di una recente ricerca del Censis condotta su 1.000 giovani di età compresa tra i 12 e i 24 anni. I dati emersi sono peraltro in linea con altre ricerche condotte con campioni analoghi. Gli adolescenti e i giovani italiani si dichiarano molto o abbastanza informati. Potremmo anche affermare che probabilmente rispetto a patologie come il Papillomavirus sono anche più informati della generazione adulta, trattandosi di un virus in merito al quale l'informazione e le campagne di vaccinazione sono molto recenti. Nonostante l'ingente campagna informativa e la percezione da parte dei giovani di sapere, tra gli adolescenti ancora consistente è la confusione tra prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e contraccezione.
Anche i dati dell'ultima edizione del «Rapporto Giovani» dell'Istituto Toniolo, che ha coinvolto più di 6.000 giovani tra i 19 e i 34 anni con un campione rappresentativo della realtà del nostro Paese, confermano che al crescere dell'età e in presenza di una relazione stabile, i giovani italiani, senza alcune differenza di genere o di area geografica di residenza, optano per rapporti non protetti. Questo dato, di per sé puramente descrittivo, acquista un significato particolare se lo leggiamo incrociato con un altro dato emerso dal «Rapporto Giovani 2016»: ossia il desiderio di avere figli e fare famiglia dei giovani italiani, desiderio che si scontra con la realtà. Mancanza di un lavoro stabile, desiderio di capitalizzare il percorso di studi e rispondere ai propri bisogni autorealizzativi, rendono più difficilmente realizzabile il desiderio di avere figli.
Rispetto alle fasce più giovani i dati del Censis confermano una buona percezione di informazione a cui segue solitamente la scelta di mettere in atto un comportamento contraccettivo in percentuale crescente al crescere dell'età. Dati molto simili emergono anche da una recente ricerca condotta in Università Cattolica con un campione di circa 1.400 adolescenti di età compresa tra i 13 e i 20 anni, in cui si conferma una certa confusione sulla distinzione fra contraccezione e protezione, riscontrabile anche nella diffusione sempre maggiore – e non solo nella fascia adolescenziale ma anche in quella giovane adulta – della "contraccezione di emergenza" (pillola del giorno dopo o dei 5 giorni dopo), spesso colta come metodo contraccettivo in senso proprio.
Le molte indagini come quella del Censis realizzate in questi anni ci mostrano come gli adolescenti e i giovani vengono molto informati in ambito scolastico, ma nonostante ciò alcune errate convinzioni si sono radicate e continuano a persistere. Questo anche perché spesso all'informazione tecnica non seguono una rielaborazione e un supporto a compiere scelte consapevoli e non dettate solo dal desiderio di sentirsi uguali ai propri pari mettendo in atto comportamenti ritenuti diffusi tra i coetanei.
Da questo punto di vista è d'aiuto il diffondersi nelle scuole di programmi come «Teen Star», non sono solo infor-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

30-MAR-2017
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

mativi ma che aiutino anche i ragazzi ad aumentare la consapevolezza e a scegliere con cognizione di causa, in riferimento a quadri valoriali, come anche il contributo della famiglia.

Se i giovani appaiono informati, e la Rete e la scuola sono probabilmente i luoghi dove vengono loro fornite le informazioni su tali temi, reputiamo importante rimarcare il ruolo educativo e non solo informativo che la famiglia può e dovrebbe svolgere: accanto infatti alla conoscenza i giovani vanno supportati nell'assunzione di decisioni, da raggiungersi attraverso la riflessione e la serenità di poter scegliere come comportarsi, forti di informazioni acquisite ma anche di un lavoro di acquisizione di consapevolezza sulla scelta da fare, alla luce della condivisione di una visione valoriale e di una fiducia tra genitori e figli che consenta di trattare anche temi così delicati.

***Facoltà di Psicologia**
Università Cattolica, Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sanità24 24 ORE

30-03-2017
LETTORI
72.072

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

Minori stranieri non accompagnati, la Camera approva la legge. Ssn e “cartella sociale” per tutti

di *Barbara Gobbi*

Diventa legge la Pdl sulla protezione dei minori stranieri non accompagnati: la Camera dei deputati ha approvato in seconda lettura il testo C-1658-B , trasmesso dal Senato il 1° marzo. Al centro del provvedimento in 21 articoli (relatrice Barbara Pollastrini, Pd), la tutela degli interessati in ragione della loro particolare condizione di fragilità. A partire dall’attribuzione dell’età, cui si arriva in caso di dubbi attraverso le procedure di identificazione e l’accertamento socio-sanitario dell’età effettiva del minore - quando sussistano dubbi in merito - con l’ausilio di un mediatore culturale e se necessario di esami ad hoc, «in un ambiente idoneo con un approccio multidiscipplinare da professionisti formati». In ogni caso, la nuova legge raccomanda di non eseguire esami «che possano compromettere lo stato pisco-fisico della persona».

Le tutele sanitarie e sociali. L’articolo 14 della legge norma il diritto alla salute e all’istruzione: l’iscrizione al Servizio sanitario nazionale è richiesta dall’esercente la responsabilità genitoriale o dal responsabile della struttura di prima accoglienza, anche in via temporanea. L’articolo 15 regola il “diritto all’ascolto”: l’assistenza

affettiva e psicologica dei minori non accompagnati «è assicurata, in ogni stato e grado del procedimento, dalla presenza di persone idonee indicate dal minore, nonché di gruppi, fondazioni, associazioni od Ong di comprovata esperienza nel settore dell'assistenza ai minori stranieri». Più in generale, l'articolo 17 - dedicato ai minori vittime di tratta, cui va riservata un'adeguata assistenza per iul risarcimento del danno - prevede che «particolare tutela deve essere garantita nei confronti dei minori stranieri non accompagnati, predisponendo un programma specifico di assistenza che assicuri adeguate condizioni di accoglienza e di assistenza psico-sociale, sanitaria e legale, prevedendo soluzioni di lungo periodo, anche oltre il compimento della maggiore età».
Il provvedimento istituisce inoltre il Sistema informativo nazionale dei minori non accompagnati, presso il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, e una conseguente "cartella sociale", da trasmettere ai servizi sociali del Comune di destinazione e alla Procura della Repubblica presso il tribunale per i minori. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge, presso ogni tribunale per i minorenni è istituito un elenco dei tutori volontari, a cui possono partecipare cittadini selezionati dai garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza, disponibili ad assumere la tutela di un minore straniero non accompagnato o di più minori, quando si tratti di fratelli o sorelle.
I minori non accompagnati sono accolti nell'ambito del Sistema di protezione per richiedenti asilo, rifugiati e minori stranieri non accompagnati, e in particolare, si legge nel testo, «nei progetti specificamente destinati a tale categoria di soggetti vulnerabili. La capienza del Sistema incontra un limite nelle risorse destinate al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo, da riprogrammare ogni anno. La tutela può "scavalcare" il raggiungimento della maggiore età: ciò potrà avvenire nei casi in cui minore necessiti di un «supporto prolungato». In questo caso il tribunale per i minorenni può disporre, anche su richiesta dei servizi sociali, con decreto motivato, l'affidamento ai servizi sociali fino al compimento del 21° anno d'età.
I minori stranieri non accompagnati hanno inoltre diritto di «partecipare per mezzo di un legale rappresentante a tutti i procedimenti giurisdizionali e amministrativi che li riguardino e di essere ascoltati nel merito».

Le risorse. Agli oneri derivanti dagli articoli 16 e 17 - Diritto all'assistenza legale e tutela dei minori vittime di tratta - pari nel complesso a 925.550 euro annui a decorrere dal 2017, si provvede con una riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Mef per il 2017, utilizzando parte dell'accantonamento relativo al ministero della Giustizia.