

Giovedì 02 APRILE 2015

Infertilità. Censis, natalità bassa, ma cresce il numero dei bambini "in provetta": +169% in sette anni

Per il 62% di ginecologi, andrologi e urologi i pazienti non sono adeguatamente informati sui problemi di infertilità e sterilità, e sulle tecniche di Pma. Per il 76%, la legge 40/2004 andrebbe modificata: troppe differenze sul territorio. I dati della ricerca Censis su un campione di medici specialisti

Sono ancora molte le criticità nella risposta sanitaria all'infertilità, più orientata alle cure che alla prevenzione, e una disparità di offerta terapeutica sul territorio. L'88,7% di ginecologi, andrologi e urologi ritiene che l'Italia sia afflitta dal grave problema della bassa natalità e che la scarsa propensione degli italiani ad avere figli è ricondotta principalmente a motivazioni economiche (75,3%). Il 75% degli specialisti è convinto anche che la crisi economica scoraggi le coppie che devono ricorrere alla procreazione medicalmente assistita.

Sono questo alcuni dei numeri emersi dalla ricerca del Censis, realizzata in collaborazione con la Fondazione Ibsa, su un campione di medici specialisti (ginecologi, andrologi e urologi). Obiettivo: analizzare qual è l'opinione dei medici specialisti sulla natalità e fertilità in Italia; quando secondo loro una coppia dovrebbe iniziare a preoccuparsi di non avere ancora figli; e quale approccio i medici adottano nel trattamento della infertilità.

Procreazione medicalmente assistita. Le coppie trattate in Italia con tecniche di procreazione medicalmente assistita erano 54.458 nel 2012 (ultimo dato ufficiale disponibile): +77% rispetto alle 30.749 del 2005. Nel 23,2% dei casi si arriva alla gravidanza. I bambini concepiti in provetta venuti alla luce sono stati 9.818 nel 2012: +169% rispetto ai 3.649 del 2005.

La metà degli specialisti consultati dal Censis ritiene che i problemi di infertilità colpiscano il 20-30% delle coppie italiane, a fronte delle stime dell'Oms che parlano del 10-15%. Ed è certo che i problemi di infertilità e sterilità siano aumentati rispetto al passato: lo pensa il 91,3% dei medici interpellati. Soprattutto il 62% degli specialisti giudica i propri pazienti poco o per nulla informati sia sui problemi di infertilità e sterilità, sia sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Disparità territoriali. I ginecologi, andrologi e urologi sono inoltre concordi nel sottolineare l'importanza della legge 40/2004 sulla Pma (89,3%). Ma evidenziano la presenza di rilevanti differenziazioni territoriali nell'applicazione della legge. L'88,7% dei medici sottolinea che non in tutte le regioni italiane è assicurato lo stesso livello di qualità nei trattamenti per la procreazione medicalmente assistita e che, nonostante le dichiarazioni di principio, non in tutte le regioni è assicurata la gratuità dell'accesso alle cure per la Pma (83,3%). In Italia il 54% dei centri in cui si può effettuare la Pma iscritti al registro nazionale sono privati, e la percentuale arriva al 69% al Sud. Il 76% degli specialisti è d'accordo con una revisione della legge 40/2004. L'aspetto che andrebbe modificato prima di tutto riguarda la possibilità di offrire effettivamente alle coppie la possibilità di accedere all'eterologa (60,5%).

Infertilità, quando iniziare a preoccuparsi. La metà degli specialisti ritiene che una coppia dovrebbe iniziare a preoccuparsi tra i 12 e i 24 mesi dopo i primi tentativi di concepimento. Ma il 36% ritiene che bisognerebbe preoccuparsi prima, trascorsi da 6 a 12 mesi dai primi tentativi. Per il 4,7% è utile

anticipare entro i 6 mesi, per il 9,3% aspettare almeno 2 anni. Tra la popolazione, invece, sale al 44% la percentuale di chi ritiene che si debba attendere oltre 2 anni dai primi tentativi prima di preoccuparsi. Secondo poco meno della metà degli specialisti, l'età in cui una donna che aspira a essere madre dovrebbe iniziare a preoccuparsi è oltre i 35 anni.

La maggioranza del campione individua dopo i 25 anni l'età giusta per iniziare a effettuare esami di screening dell'infertilità (l'impossibilità di portare a termine la gravidanza con la nascita di un bambino sano) e sterilità (l'incapacità a concepire). Il 77,3% si dice favorevole all'attivazione di programmi regionali e nazionali per lo screening dell'infertilità delle donne, mentre è favorevole allo screening per gli uomini una percentuale ancora più alta e pari all'81,3%.

I pazienti con problemi di infertilità sono seguiti in quasi la metà dei casi privatamente (46,6%), il 39,7% in strutture pubbliche e il 13,7% sia nel pubblico che nel privato. Quasi il 75% degli specialisti ritiene che le coppie con problemi di infertilità tendano a consultare più di uno specialista prima di affidarsi alle cure di quello scelto alla fine.



Italiani sempre meno fertili, prosegue il boom dei figli in provetta

di REDAZIONE

giovedì 2 aprile - 19:00

A - A+

[Condividi](#) [Condividi](#)

Nel 2012, ultimo anno di cui sono disponibili i dati, sono nati con la **fecondazione assistita** in Italia quasi diecimila bimbi, con una crescita del 170% nei sette anni precedenti, quasi triplicate. Le famiglie nel nostro paese pensano troppo tardi a un figlio, con il rischio sempre maggiore di trovarsi di fronte a problemi di **fertilità** che le portano sempre più spesso nei centri per la fecondazione assistita, con i bimbi nati in provetta quasi triplicati in pochi anni. Una situazione che è tra le cause del tasso di natalità troppo basso del paese, è che è stata descritta dal rapporto "Diventare genitori oggi – il punto di vista degli specialisti" realizzato dal **Censis** e dalla fondazione Ibsa basato su interviste a 150 tra ginecologi, andrologi e urologi. Le coppie trattate, afferma il rapporto, sono state nel 2012, oltre 54mila, in aumento del 77% rispetto al 2005. Non è aumentato di molto invece, sottolinea il rapporto, il tasso di successo dei trattamenti, passato dal 21 al 24%. La metà degli specialisti consultati ritiene che i problemi di **infertilità e sterilità** colpiscano il 20-30% delle coppie italiane, e la maggioranza è certa (lo pensa il 91,3% dei medici interpellati) che questi problemi siano in aumento rispetto al passato. A fare da sfondo ai problemi di sterilità, hanno sottolineato gli esperti alla presentazione, c'è lo spostamento progressivo del momento in cui si decide di fare il primo figlio, e di conseguenza si scoprono i problemi. P

Uomini sempre meno fertili

Per quanto riguarda gli uomini, la **visita dall'andrologo** in circa metà dei casi è fatta tra 35 e 40 anni, mentre nell'altra metà tra 30 e 35, con una minima percentuale di più giovani. Per le donne invece la grande maggioranza (il 77,3%) si preoccupa dei problemi di fertilità tra i 35 e i 40, il 16,4% tra 30 e 35 mentre tra **le over 40** la percentuale è del 3,6%. La maggior parte delle coppie va dallo specialista dopo un anno di tentativi di avere una gravidanza e prima di due (53,3%), mentre il 32% va tra sei mesi e un anno. «Ritengo sia indispensabile offrire informazioni corrette sulla fisiologia maschile e femminile, sull'andamento della curva di fertilità e sui suoi tempi – ha scritto il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** in un messaggio -, sui comportamenti che possono compromettere la fertilità ma anche sulle principali patologie che se opportunamente trattate in tempi e modi corretti possono consentire comunque di avere un figlio».

IN EVIDENZA



Italiani sempre meno fertili, prosegue il boom dei figli in provetta



Jovanotti dialoga con Salvini: arriva Fedez e li accusa di razzismo...



Sindone, Expò e Giubileo i tre obiettivi privilegiati di anarchici e jihadisti



Aldo Fabrizi, 25 anni dopo. La sua "maschera" anticipò il neorealismo



Regionali, tra Salvini e Berlusconi un accordo forte con qualche incognita

IDEE A DESTRA



Il bacio tra Landini e la Camusso, apostrofo rosa tra falce e martello



Pirelli cinese, Pininfarina indiana. Requiem per l'industria italiana



Incredibile a dirsi: miracoli della tv, ritorna Claudio Signorile



A 42 anni dal golpe militare che rovesciò in Cile il governo di Allende



Ecco perché in Libia stiamo (ancora) sbagliando clamorosamente tutto



Marine Le Pen, le ragioni di un successo ampiamente previsto

ARTICOLI PIÙ LETTI



La droga Shaboo in Italia. Sul web le terribili immagini dei

FECONDAZIONE ASSISTITA

In Italia sterile o infertile
il 30% delle coppie:
boom di figli in provetta

Giacomo Galeazzi A PAGINA 17

IL MINISTRO DELLA SALUTE LORENZIN: INDISPENSABILE OFFRIRE INFORMAZIONI CORRETTE

Infertilità o sterilità per il 30% delle coppie

Si diventa genitori più tardi, secondo il Censis le richieste di fecondazione artificiale sono triplicate

ROMA

Boom di bimbi in provetta. La maggior parte delle coppie va dallo specialista dopo un anno di tentativi di avere una gravidanza (53%). «E' indispensabile offrire informazioni corrette sui comportamenti che compromettono la fertilità e sulle patologie che se opportunamente trattate possono consentire comunque di avere un figlio», afferma il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**. Nel 2012, ultimo anno di cui sono disponibili i dati, sono nati con la fecondazione assistita in Italia quasi diecimila bimbi, con una crescita del 170% nei sette anni precedenti, quasi triplicate. Le famiglie nel nostro paese pensano

troppo tardi a un figlio, con il rischio sempre maggiore di trovarsi di fronte a problemi di fertilità che le portano sempre più spesso nei centri per la fecondazione assistita, con i bimbi nati in provetta quasi triplicati in pochi anni. Una situazione che è tra le cause del tasso di natalità troppo basso del paese e che è stata descritta dal rapporto «Diventare genitori oggi» realizzato dal Censis e dalla fondazione Ipsa.

Non è aumentato di molto invece, sottolinea il rapporto, il tasso di successo dei trattamenti, passato dal 21 al 24%. La metà degli specialisti consultati ritiene che i problemi di infertilità e sterilità colpiscano il 20-30% delle coppie italiane, e la maggioranza è certa (lo pensa il

91,3% dei medici interpellati) che questi problemi siano in aumento rispetto al passato. Per quanto riguarda gli uomini, la visita dall'andrologo in circa metà dei casi è fatta tra 35 e 40 anni, mentre nell'altra metà tra 30 e 35, con una minima percentuale di più giovani. Per le donne invece la maggioranza (il 77,3%) si preoccupa dei problemi di fertilità tra i 35 e i 40, il 16,4% tra 30 e 35 mentre tra le over 40 la percentuale è del 3,6%. La maggior parte delle coppie va dallo specialista dopo un anno di tentativi e prima di due (53,3%), mentre il 32% va tra sei mesi e un anno. Il calo delle nascite non è dovuto al fatto che le italiane stiano perdendo la fecondità, ma è un problema di età e sociale, legato al lavoro e non alla crisi. [GIA.GAL.]

1762 1780 1978 1983 2004

Marburgo

Stephan Jacobi riuscì a fecondare artificialmente uova di trote e salmoni, prelevando le uova deposte e bagnandolo con il liquido spermatico

Bologna

Lazzaro Spallanzani riuscì a fecondare artificialmente una cagnetta spaniel, la quale partorì tre cuccioli

Londra

Si ebbe la prima fecondazione artificiale in vitro su un essere umano, messa in atto dai medici ricercatori anglosassoni Patrick Steptoe e dal premio Nobel Robert Edwards

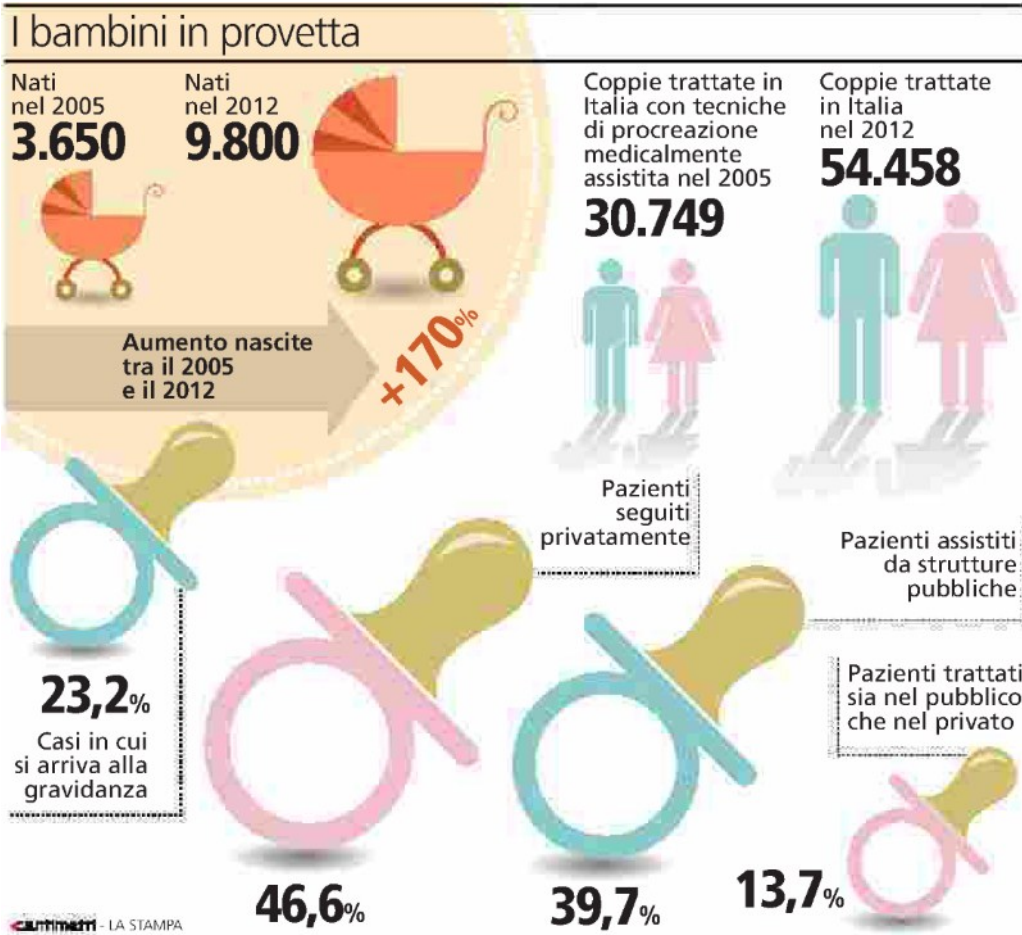
Napoli

Nasce la prima bimba concepita in provetta in Italia, è Alessandra Abbisogno, oggi mamma felice

Roma

La legge sulla fecondazione assistita in Italia continua ancora a fare discutere sulle nuove tecnologie





FECONDAZIONE ASSISTITA

In Italia sterile o infertile il 30% delle coppie: boom di figli in provetta



Giacomo Galeazzi A PAGINA 17

IL MINISTRO DELLA SALUTE LORENZIN: INDISPENSABILE OFFRIRE INFORMAZIONI CORRETTE

Infertilità o sterilità per il 30% delle coppie

Si diventa genitori più tardi, secondo il Censis le richieste di fecondazione artificiale sono triplicate

ROMA

Boom di bimbi in provetta. La maggior parte delle coppie va dallo specialista dopo un anno di tentativi di avere una gravidanza (53%). «E' indispensabile offrire informazioni corrette sui comportamenti che compromettono la fertilità e sulle patologie che se opportunamente trattate possono consentire comunque di avere un figlio», afferma il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Nel 2012, ultimo anno di cui sono disponibili i dati, so-

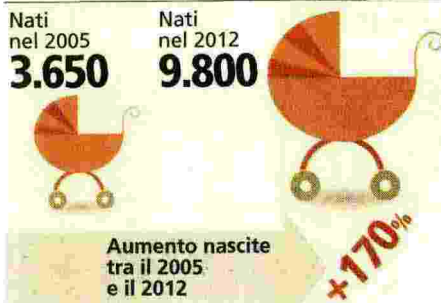
no nati con la fecondazione assistita in Italia quasi diecimila bimbi, con una crescita del 170% nei sette anni precedenti, quasi triplicate. Le famiglie nel nostro paese pensano troppo tardi a un figlio, con il rischio sempre maggiore di trovarsi di fronte a problemi di fertilità che le portano sempre più spesso nei centri per la fecondazione assistita, con i bimbi nati in provetta quasi triplicati in pochi anni. Una situazione che è tra le cause del tasso di natalità troppo basso del paese e che è stata descrit-

ta dal rapporto «Diventare genitori oggi» realizzato dal Censis e dalla fondazione Ibsa.

Non è aumentato di molto invece, sottolinea il rapporto, il tasso di successo dei trattamenti, passato dal 21 al 24%. La metà degli specialisti consultati ritiene che i problemi di infertilità e sterilità colpiscano il 20-30% delle coppie italiane, e la maggioranza è certa (lo pensa il 91,3% dei medici interpellati) che questi problemi siano in aumento rispetto al passato. Per quanto riguarda gli uomini, la visita dall'andrologo in circa

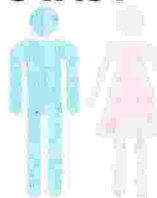
metà dei casi è fatta tra 35 e 40 anni, mentre nell'altra metà tra 30 e 35, con una minima percentuale di più giovani. Per le donne invece la maggioranza (il 77,3%) si preoccupa dei problemi di fertilità tra i 35 e i 40, il 16,4% tra 30 e 35 mentre tra le over 40 la percentuale è del 3,6%. La maggior parte delle coppie va dallo specialista dopo un anno di tentativi e prima di due (53,3%), mentre il 32% va tra sei mesi e un anno. Il calo delle nascite non è dovuto al fatto che le italiane stiano perdendo la fecondità, ma è un problema di età e sociale, legato al lavoro e non alla crisi. [GIA.GAL]

I bambini in provetta



Coppie trattate in Italia con tecniche di procreazione medicalmente assistita nel 2005: **30.749**

Coppie trattate in Italia nel 2012: **54.458**



Pazienti seguiti privatamente

Pazienti assistiti da strutture pubbliche

23,2%
 Casi in cui si arriva alla gravidanza

46,6%

39,7%

13,7%
 Pazienti trattati sia nel pubblico che nel privato

1762

Marburgo
 Stephan Jacobi riuscì a fecondare artificialmente uova di trote e salmone, prelevando le uova deposte e bagnandole con il liquido spermatico

1983

Napoli
 Nasce la prima bimba concepita in provetta in Italia, è Alessandra Abbisogno, oggi mamma felice

1978

Londra
 Si ebbe la prima fecondazione artificiale in vitro su un essere umano, messa in atto dai medici ricercatori anglosassoni Patrick Steptoe e dal premio Nobel Robert Edwards

1780

Bologna
 Lazzaro Spallanzani riuscì a fecondare artificialmente una cagnetta spaniel, la quale partorì tre cuccioli

2004

Roma
 La legge sulla fecondazione assistita in Italia continua a fare discutere sulle nuove tecnologie

RICERCA DEL CENSIS I DATI DEGLI ULTIMI SETTE ANNI

di Delia Parrinello

TRIPPLICATI I BIMBI NATI DALLA PROVETTA MA LA SICILIA RIMANE LA CENERENTOLA

IL PROFESSORE ETTORE CITTADINI
PARLA DI INGIUSTIZIA SOCIALE NEI
CONFRONTI DELLE COPPIE SICILIANE
COSTRETTE A «EMIGRARE»

I bambini nati in provetta si sono triplicati negli ultimi sette anni: sono stati circa diecimila i nati con la fecondazione assistita nel 2012 con una crescita del 170% rispetto al 2005. Un boom nazionale mentre la calma piatta regna in Sicilia dove le percentuali restano ferme, «i siciliani che hanno difficoltà di procreazione sono costretti a partire per avere un figlio, solo pochissime sono le coppie che scelgono di restare e di affrontare una spesa notevole non rimborsata da alcun ticket mentre in regioni come la Toscana, per esempio, questo tipo di pratica sanitaria si fa con 500 euro»: lo spiega un'autorità storica della fecondazione in provetta come il professore Ettore Cittadini, che parla di un vera e propria «ingiustizia sociale: dopo cinque decreti firmati da vari assessori regionali alla Sanità, dopo ispezioni e verifiche dei requisiti nei sei centri autorizzati anche per la fecondazione eterologa, nessuno di questi ha ancora avuto il codice per procedere e non è stato possibile firmare le procedure di controllo con le aziende sanitarie».

La Sicilia resta inchiodata mentre in provetta si nasce sempre di più, lo afferma il rapporto «Diventare genitori oggi» presentato ieri a Roma, realizzato dal Censis su un campione di specialisti in collaborazione con la fondazione Ibsa. Le coppie trattate, afferma il rapporto, sono state nel 2012 (ultimo anno di cui sono disponibili dati) oltre 54 mila, in aumento del 77% rispetto al 2005. Le famiglie nel nostro paese pensano troppo tardi a un figlio, con il rischio sempre maggiore di trovarsi di fronte a problemi di fertilità che le portano sempre più spesso nei centri di fecondazione assistita, con bimbi nati in provetta che aumentano in percentuale e si moltiplicano. Una situazione che è tra le cause del tasso di natalità troppo basso del paese, e che viene descritta nei dati del rapporto.

Oltre l'80% degli specialisti in tema di fertilità interpellati dal Censis e dalla fondazione Ibsa è favorevole ad un accesso più ampio alla fecondazione eterologa da parte delle coppie con problemi. E per il 60% degli intervistati questa possibilità non è ancora offerta concretamente ai pazienti nonostante la sentenza della Corte costituzionale che riammette questa tecnica. Una indagi-

ne che ha coinvolto 150 tra ginecologi, andrologi e urologi ed ha messo in evidenza disuguaglianze regionali e difformità di regolamento che nei fatti discriminano gli utenti.

L'88,7% dei professionisti ha voluto sottolineare che le disuguaglianze sono tante: la procreazione assistita non è assicurata con lo stesso livello di qualità in tutte le regioni italiane e non è offerta in maniera gratuita. Il 76% degli specialisti è d'accordo con una revisione della legge 40, «e l'aspetto che andrebbe modificato prima di tutto (secondo il 60,5 % degli intervistati) riguarda la possibilità di offrire effettivamente alle coppie la possibilità di accedere all'eterologa».

Ma quando è il momento di arrendersi alla fecondazione in provetta? Dopo quanti tentativi andati a vuoto? Uno specialista su due ritiene che la coppia dovrebbe iniziare a preoccuparsi tempestivamente, trascorsi da 6 a 12 mesi dai primi tentativi. Solo per il 9,2% bisogna aspettare oltre i due anni. La metà degli specialisti consultati ritiene che i problemi di infertilità e sterilità colpiscano il 20-30% delle coppie italiane e la maggioranza è certa che il problema sia in aumento rispetto al passato. Per gli uomini, la visita dall'andrologo nella metà dei casi viene fatta fra i 35 e 40 anni, per le donne la grande maggioranza, il 77,3%, si preoccupa tra i 35 e i 40. La maggior parte delle coppie va dallo specialista dopo un anno di tentativi e prima dei due anni, mentre il 32% va dal medico fra i sei mesi e un anno.

E infine il tasso di successo della procreazione assistita: negli anni è migliorato ed è passato dal 21 al 24%. E la maggioranza dei medici intervistati ritiene che i problemi di sterilità e infertilità siano in aumento rispetto al passato. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin in una nota ha approvato le finalità del rapporto, «ritengo sia indispensabile offrire informazioni corrette sulla fisiologia maschile e femminile e sull'andamento della curva di fertilità e sui suoi tempi». (*DP*)





Quasi triplicato in Italia in sette anni il numero dei bimbi nati in provetta. In alto, Ettore Cittadini

IL FENOMENO AUMENTATI DEL 170% IN TRE ANNI I BAMBINI NATI CON FECONDAZIONE ASSISTITA

Il nuovo «baby-boom» esiste ma solo in provetta

Tra le cause sociali
il fatto che si
pensa troppo tardi
alla gravidanza

di PIER DAVID MALLONI

Nel 2012, ultimo anno di cui sono disponibili i dati, sono nati con la fecondazione assistita in Italia quasi diecimila bimbi, con una crescita del 170% nei sette anni precedenti, quasi triplicate. Un baby-provetta-boom?

Le famiglie nel nostro Paese pensano troppo tardi a un figlio, con il rischio sempre maggiore di trovarsi di fronte a problemi di fertilità che le portano sempre più spesso nei centri per la fecondazione assistita, con i bimbi nati in provetta quasi triplicati in pochi anni.

Una situazione che è tra le cause del tasso di natalità troppo basso del Paese, è che è stata descritta dal rapporto «Diventare genitori oggi - il punto di vista degli specialisti» realizzato dal Censis e dalla fondazione Ibsa basato su interviste a 150 tra ginecologi, andrologi e urologi.

Le coppie trattate, afferma il rapporto, sono state nel 2012, oltre 54mila, in aumento del 77% rispetto al 2005. Non è aumentato di molto invece, sottolinea il rapporto, il tasso di successo dei trattamenti, passato dal 21 al 24%. La metà degli specialisti consultati ritiene che i problemi di infertilità e sterilità colpiscano il 20-30% delle coppie italiane,

e la maggioranza è certa (lo pensa il 91,3% dei medici interpellati) che questi problemi siano in aumento rispetto al passato.

A fare da sfondo ai problemi di sterilità, hanno sottolineato gli esperti alla presentazione, c'è lo spostamento progressivo del momento in cui si decide di fare il primo figlio, e di conseguenza si scoprono i problemi.

Per quanto riguarda gli uomini, la visita dall'andrologo in circa metà dei casi è fatta tra 35 e 40 anni, mentre nell'altra metà tra 30 e 35, con una minima percentuale di più giovani. Per le donne invece la grande maggioranza (il 77,3%) si preoccupa dei problemi di fertilità tra i 35 e i 40, il 16,4% tra 30 e 35 mentre tra le over 40 la percentuale è del 3,6%. La maggior parte delle coppie va dallo specialista dopo un anno di tentativi di avere una gravidanza e prima di due (53,3%), mentre il 32% va tra sei mesi e un anno. «Ritengo sia indispensabile offrire informazioni corrette sulla fisiologia maschile e femminile, sull'andamento della curva di fertilità e sui suoi tempi - ha scritto il [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) in un messaggio -, sui comportamenti che possono compromettere la fertilità ma anche sulle principali patologie che se opportunamente trattate in tempi e modi corretti possono consentire comunque di avere un figlio».



Roberto Saviano

L'antitaliano www.lespresso.it



La "pillola dei cinque giorni" senza ricetta. È un piccolo passo avanti. In un paese dove la libertà femminile è ancora troppo spesso negata

Guerre ideologiche sulla pelle delle donne

IL CORPO DELLE DONNE è terreno di scontro. Lo è ovunque. Lo è quando sono oggetto di violenza, quando vengono maltrattate, stuprate e poi incolpate di essere le uniche responsabili. Lo è quando si parla di anticoncezionali, anzi soprattutto quando si parla di anticoncezionali. Lì il corpo della donna diventa elemento "biologico", carne morale o immorale, presa nel suo archetipo e mai davvero valutata nella sua complessità. La donna deve... La donna non può... La donna dev'essere in grado di... iniziano così sempre i commenti. Donna come categoria mediatica, dove i media sono ormai sempre meno in grado di accogliere una reale riflessione sulla donna. La notizia di questi giorni è di quelle importanti: l'anticoncezionale orale, ovvero la pillola dei cinque giorni dopo, potrà essere richiesto in farmacia senza ricetta medica e senza doversi sottoporre a test di gravidanza, l'unico requisito sarà la maggiore età. L'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) ha preso una decisione a metà strada da quella proposta dall'Ema (European medicines agency) che non prevede prescrizione per nessuno, senza limiti di età, e il parere del Consiglio superiore di sanità che suggerisce invece la prescrizione obbligatoria per tutti.

Il direttore dell'Aifa, Luca Pani, ha detto che il limite della maggiore età esiste per tutelare le più giovani dal momento che in Italia «in ogni momento in ospedali e consultori» esiste la possibilità di prescrivere la pillola.

È vero, esiste questa possibilità, ma viene di fatto rispettata? No. Sono pro-

prio le minorenni a subire le pressioni maggiori quando decidono di interrompere una gravidanza. Spesso le pressioni non arrivano dalle famiglie, che talvolta condividono, quando avvisate, lo stato di smarrimento della minorenne che magari ha altri progetti per la propria vita che avere un figlio a 15 anni. Le famiglie pensano a studio, carriera, alla possibilità che un figlio arrivi in un momento di maggiore consapevolezza. Ma è proprio nelle strutture pubbliche, dove le linee guida sono spesso dettate più che dalla volontà della paziente, dall'orientamento religioso di medici e assistenti sociali, che si decide talvolta di portare avanti gravidanze più per senso di colpa che per consapevolezza.

CONTRO LA POSSIBILITÀ di poter acquistare in farmacia la pillola dei cinque giorni dopo senza prescrizione, a riprova di quanto dico, c'erano soprattutto i medici cattolici, per i quali si tratterebbe di "aborto mascherato" e il parere del ministro **Beatrice Lorenzin**, contrario alla vendita senza prescrizione per un possibile abuso del farmaco. Ancora una volta "la donna" come categoria, e non un dibattito che preveda consapevolezza, razionalità, capacità di decisione. Togliere la possibilità di decidere, questa era la proposta del ministro **Lorenzin** sulla "necessità di prescrizione" del farmaco.

Ma parlare di aborto mascherato e abuso del farmaco vuol dire non farsi scrupolo nel voler determinare il corso delle vite altrui. In Italia l'aborto è lega-

le, ma in molte strutture (soprattutto del Sud Italia) mancano medici abortisti. C'è sempre chi mi risponde che anche obiettare è un diritto. Concordo. Ma spetta alle aziende ospedaliere stilare una lista dei medici non obiettori e fare in modo che il territorio sia coperto da un servizio che per legge è un diritto. Al Sud ancora è difficile accedere alle liste d'attesa per la fecondazione eterologa perché il non detto è: se non puoi procreare è per volontà di Dio.

QUESTI RAGIONAMENTI, ancor più, se mascherati da finto paternalismo, sono inaccettabili. Sono, ancora una volta, espressione di una società che non esita a mortificare, con i mezzi che ha a disposizione, la donna. L'invito è a evitare di parlare in nome delle donne e far parlare le donne. L'Italia è un paese vecchio e sterile, e non perché si praticano aborti o avvengono divorzi, inutile dare colpa ai diritti per manometterli. Se si vuol aiutare le famiglie a non implodere e le donne a non abortire si parta da progetti sociali, si parta dal lavoro, si parta dalle strategie fiscali. La pillola dei 5 giorni dopo è uno strumento che va nella direzione della gravidanza come scelta e non come "accadimento" e per fortuna l'ostruzionismo espressione dell'anima più retrograda del nostro paese questa volta non ha vinto. Anche se le minorenni sono lunghi dall'essere tutelate: non sarà una ricetta medica a sopperire a un dibattito che in Italia chi sa per quanto tempo ancora mancherà.

quotidianosanita.it

Giovedì 02 APRILE 2015

Rinviato a giudizio medico obietto. Si era rifiutato di fare ecografia a donne che avevano assunto pillola abortiva

Secondo l'accusa il medico avrebbe omesso di compiere atti d'ufficio in quanto le ecografie non sarebbero atti interruttivi della gravidanza. Il camice bianco aveva rifiutato effettuare l'ecografia di controllo a due donne che avevano avviato la procedura d'interruzione di gravidanza, ponendo questioni di coscienza. I medici cattolici: "Medicina non è un distributore automatico di prestazioni e di esami"

Rinviato a giudizio un medico, che per questioni di coscienza, si era rifiutato di effettuare un'ecografia a due ragazze che avevano assunto la pillola abortiva.

Come riporta l'Ansa "il gup **Silvia Carpanini** ha rinvio a giudizio **Salvatore Felis**, il medico ginecologo dell'ospedale San Martino di Genova che il 19 aprile 2014 rifiutò di fare l'ecografia a due ragazze che avevano assunto la pillola abortiva perché obietto di coscienza. Secondo l'accusa il medico avrebbe omesso di compiere atti d'ufficio in quanto le ecografie non sarebbero atti interruttivi della gravidanza. Il processo è fissato al 9 giugno".

Il caso. Il dottore, il 9 aprile 2014 era di guardia nel reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale San Martino (era il sabato prima di Pasqua) e non aveva voluto effettuare l'ecografia di controllo alle due giovani donne, una di 19 e una di 29 anni, che avevano già avviato la procedura d'interruzione di gravidanza farmacologica prescritta da un altro medico due giorni prima ponendo questioni di coscienza.

Secondo l'accusa il medico si era rifiutato di eseguire l'ecografia prima della seconda somministrazione della pillola abortiva, prevista dalla procedura, e poi quella successiva alla somministrazione del farmaco stesso. Fu il padre di una delle due donne a chiamare la polizia e a presentare denuncia.

Il fatto fu segnalato alla direzione sanitaria e in seguito l'ufficio procedimenti disciplinari dell'ospedale San Martino "non ritenne di sottoporre a un giudizio disciplinare" il medico. Il caso era stato archiviato "per carenza di elementi sulla cui base procedere". Secondo gli avvocati Carlo Biondi e Vincenzo Marino, che difendono Felis, "il suo comportamento era stato rispettoso della legge e dei protocolli che disciplinano l'obiezione di coscienza a fronte di interruzione della gravidanza". L'inchiesta era stata coordinata dal sostituto procuratore di Genova Paola Calleri.

Sulla questione è intervenuto il presidente nazionale dell'associazione medici cattolici italiani **Filippo Maria Boscia** che in una nota ha evidenziato come "l'attuale controversia riguardante il rinvio a giudizio del dott. Salvatore Felis, ginecologo dell'ospedale San Martino di Genova, dovrà esaminare la questione del difficile rapporto odierno tra la buona medicina finalizzata all'esclusivo benessere e al rispetto della persona umana e l'autodeterminazione assoluta del cittadino-utente".

"I medici cattolici italiani desiderano ricordare che ogni attività medica è diretta a uomini, donne, bambini, giovani e anziani, la cui integrità è costituita da anima, corpo, spirito e sostanza. La medicina, infatti, nasce per agire con positivo e responsabile impegno al servizio dell'uomo e per conferire alla professione medica l'idea della responsabilità delle singole e proprie azioni, che devono essere compiute secondo scienza e coscienza", aggiunge Boscia. "La medicina non è un distributore

automatico di prestazioni e di esami richiesti in modo autonomo, né può soddisfare qualsiasi prestazione, magari anche impropria o richiesta in modo compulsivo dagli utenti. Nell'attuale panorama contemporaneo dove si è ormai diffusa una prassi medica sempre più centrata sull'autonomia e sull'autodeterminazione del paziente, tanto spesso disgiunta o in forte opposizione all'autonomia professionale del medico, peculiarmente in queste situazioni va recuperato il senso dell'alleanza terapeutica e va recuperato ogni valore dell'uomo persona", fa notare il presidente dei medici cattolici.

"In risposta a ogni spiacevole situazione, ci si augura che un sistema sanitario autenticamente moderno ed efficiente, proponga prioritariamente modelli di medicina fortemente antropologici, affinché quell'ambito processo che amiamo definire "alleanza terapeutica", essenziale in ogni processo di cura, promuova ogni auspicabile miglioramento della relazione tra medico e paziente", si legge ancora nella nota.

"Occorre ricordarsi che la modernità non può e non deve coincidere con la più spietata e consistente medicalizzazione della vita. I medici cattolici ribadiscono ogni loro ferma volontà di realizzare quella buona medicina che non prescinda mai dal lato strettamente ontologico ma che connota la persona e ogni sua innata identità relazionale. L'Amci si augura che ogni azione giudiziaria sia sempre equa, finalizzata al benessere della società, al bene comune e al rispetto dell'uomo e delle sue fragilità e che sappia ricomporre e stimolare un autentico rapporto di fiducia tra le parti interessate".



IL NEFROLOGO **IDEATORE** RIPERCORRE IN UN LIBRO LA STORIA DELLA MACCHINA. E DELLA PRIMA PAZIENTE

DIALISI PER NEONATI: INVENTATA IN ITALIA, RICHIESTA DAGLI USA

Il nefrologo
Claudio Ronco e la
macchina per dialisi
sui neonati al San
Bartolo di Vicenza

di **Angela Simone**

Quando nel 2013 la prima macchina di dialisi per neonati è entrata nella pratica medica, si è parlato di rivoluzione nella terapia pediatrica. Ora la storia di quella macchina chiamata Carpediem, da Cardio-Renal Pediatric Dialysis EMergency (e della prima piccola paziente, Lisa) è raccontata dal suo ideatore, il nefrologo italiano di fama mondiale Claudio Ronco, in un libro, *Carpediem* appunto, edito da Angelo

Colla (pp. 244, euro 16,50).

«La macchina per la dialisi esisteva da circa settant'anni ma, come quasi sempre accade, le tecnologie per curare gli adulti non possono essere applicate così come sono, o semplicemente miniaturizzate, su bambini e neonati, vista la loro particolare fisiologia» racconta Ronco. «Arrivare a Carpediem ha richiesto un lungo percorso di studio personale tra Stati Uniti e Italia e impegno su diversi fronti». Uno

dei quali è stato la raccolta fondi, cui Ronco ha fatto fronte con creatività: «Ho organizzato eventi come concerti rock e partite di hockey, di cui sono stato personalmente protagonista, per raccogliere donazioni sia per questa macchina sia in generale per sostenere l'Istituto internazionale di ricerca renale dell'Ospedale civile di San Bortolo di Vicenza (Irriv), dove Carpediem è nata e dove ormai passa la tecnologia più innovativa di questo

settore, o perché viene progettata qui o perché siamo i primi a testarla».

L'Istituto, creato dallo stesso Ronco, coniuga infatti cura, ricerca e didattica e raccoglie un team multidisciplinare di medici, biologi, farmacologi, ingegneri ed economisti da tutto il mondo con un'età media di 25 anni. «Un esempio virtuoso che mette insieme in modo proficuo ricerca e applicazione nelle cure e contaminazione tra discipline, che all'estero è conosciuto proprio come "modello Vicenza" sottolinea orgoglioso il nefrologo.

Proprio grazie alla presenza di tecnici nell'Irriv, nel 2013 è nata quindi Carpediem come prototipo e poi come prodotto commerciale, che per volontà di Ronco non è coperto da brevetto. «Carpediem è stata pensata per curare una malattia che possiamo considerare "orfana": l'insufficienza renale neonatale per fortuna è rara, ma questo significa che le aziende non hanno interesse

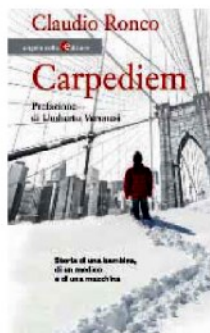
economico a fare ricerca e a trovare terapie. Senza brevetto poi c'è la possibilità che qualcuno modifichi e migliori ulteriormente la macchina, attraverso la ricerca» continua Ronco.

Carpediem è in pratica un mini rene artificiale, che usa filtri ridotti per pulire il sangue dei neonati. La macchina è già diffusa in molti centri di terapia intensiva neonatale in tutta Europa e, dopo il primo caso

raccontato nel libro, sono stati già trattati trenta bambini. Presto potrebbe sbarcare anche oltreoceano.

«Da poco la Food and Drug Administration, l'agenzia che regola l'utilizzo e il commercio di farmaci e terapie negli Stati Uniti, ci ha sollecitato a fare richiesta per l'uso di Carpediem anche lì, perché vogliono utilizzarla il

prima possibile» conclude Ronco. «Motivo di orgoglio per noi perché l'Fda è in genere molto severa e sono i ricercatori a fare richiesta, non il contrario». ■



La copertina di *Carpediem. Storia di una bambina, di un medico e di una macchina* (Angelo Colla editore)

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

ONCOLOGIA

Quando fare una termoablazione nel caso di tumore polmonare?

L'intervento è comunque la prima scelta, essendo l'unica terapia che può ottenere la guarigione, negli altri casi la ripresa locale della malattia è molto più frequente

di Redazione Salute



A mia madre, 73enne, è stato diagnosticato un adenocarcinoma al polmone. Ora è in attesa di sottoporsi all'intervento chirurgico di lobectomia del lobo superiore destro (la lesione risulta periferica, sotto l'ascella, per cui si crede basti la rimozione di solo una parte del polmone). Ho sentito parlare della termoablazione: potrebbe essere indicata in alternativa all'operazione prevista?

Risponde Michele Rusca, direttore dell'Unità di chirurgia toracica presso l'azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

La radiologia interventistica è già una realtà da diversi anni ed è sempre più utilizzata nella cura dei tumori grazie ai suoi vantaggi: agisce in modo estremamente localizzato, e cioè solo dove serve, è quasi sempre una procedura veloce (qualche decina di minuti), eseguibile molto spesso in anestesia locale con sedazione.

Il metodo con maggiore «anzianità di servizio» è proprio la termoablazione, che si avvale di radiofrequenze che escono da un ago inserito nel tumore, in grado di scaldare pochi minuti il tessuto fino a 60-70 gradi «uccidendo» le cellule negli immediati dintorni. La termoablazione oggi è usata per il trattamento delle metastasi polmonari o del tumore primitivo nei pazienti «critici», in alternativa alla chirurgia, e nella terapia percutanea dei tumori epatici, sia primitivi che metastatici. Quando possibile, però, nei pazienti con un carcinoma polmonare l'intervento è la prima scelta, essendo l'unica terapia che può ottenere la guarigione. Se c'è indicazione (malattia localizzata al polmone, non metastasi ai linfonodi del mediastino, funzionalità cardiorespiratoria adeguata) si procede quindi sempre con la chirurgia, possibilmente con tecnica mini invasiva. In caso di malattia localizzata, ma con funzionalità cardiorespiratoria non adeguata, l'indicazione è invece per la radioterapia stereotassica, soprattutto per una neoplasia «piccola» (diametro inferiore ai 3 centimetri). La termoablazione rimane una scelta terapeutica in pazienti che non possono affrontare un'operazione, ma bisogna considerare che così la ripresa locale della malattia è molto più frequente rispetto alla radioterapia.

Ca alla prostata di basso grado, supplementi di vitamina D utili contro la progressione



02 aprile 2015

Un nuovo studio randomizzato e controllato presentato all'ultimo National Meeting & Exposition dell'American Chemical Society suggerisce che l'assunzione di integratori di vitamina D potrebbe rallentare o arrestare la progressione dei tumori della prostata di basso grado, senza dover fare l'intervento chirurgico o la radioterapia.

I tumori alla prostata di basso grado, cioè quelli caratterizzati da un Gleason score non superiore a 6, sono meno aggressivi degli altri e possono anche rimanere asintomatici senza dare problemi di salute per tutta la vita. Nonostante questo, alcuni uomini che hanno questo tipo di tumore decidono di sottoporsi comunque a una prostatectomia elettiva.

Prima di poter fare la prostatectomia, i pazienti devono aspettare 60 giorni dal momento della biopsia, per dare tempo di scomparire all'infiammazione causata dalla procedura biptica.

Gli autori dello studio, un gruppo della Medical University of South Carolina di Charleston, hanno voluto verificare se la somministrazione di supplementi di vitamina D durante questo periodo di attesa di 60 giorni possa essere di un qualche beneficio.

Lo stesso gruppo, in precedenza, aveva evidenziato che il 55% dei pazienti con un cancro alla prostata di basso grado che avevano preso supplementi di vitamina D per un anno dimostrava una diminuzione del Gleason score e che in alcuni casi il tumore era addirittura scomparso completamente.

Per il nuovo studio, il team ha arruolato 37 uomini in attesa di sottoporsi a una prostatectomia elettiva e ne ha trattata una parte con supplementi di vitamina D ogni giorno e l'altra parte con placebo.

I risultati preliminari indicano che molti degli uomini trattati con gli integratori hanno dimostrato un miglioramento dei risultati, mentre negli uomini trattati con il placebo il tumore non ha mostrato cambiamenti oppure è peggiorato.

Inoltre, nei partecipanti trattati con la vitamina D le analisi hanno evidenziato variazioni notevoli nei livelli dei lipidi e delle proteine coinvolte nel processo infiammatorio. "Il cancro è associato all'infiammazione, soprattutto a livello della prostata, e la vitamina D contrasta quest'infiammazione all'interno della ghiandola" ha detto uno degli autori del lavoro, Bruce Hollis, presentando i dati.

In particolare, una proteina chiamata fattore di crescita e differenziazione 15 (GDF15) è risultata fortemente indotta dalla vitamina D. In studi precedenti, GDF15 ha dimostrato di ridurre l'infiammazione e si sa che i tumori alla prostata aggressivi contengono una quantità molto limitata di questa proteina.

I risultati preliminari, di conseguenza, implicano secondo gli autori che il meccanismo alla base dell'associazione tra miglioramenti del Gleason score e supplementazione con la vitamina D è una riduzione dell'infiammazione favorita dalla vitamina stessa.

"Non sappiamo ancora se la vitamina D sia utile per trattare o prevenire il cancro alla prostata. Come minimo, quel che può fare è impedire ai tumori di basso grado di progredire senza controllo" ha spiegato Hollis.

Il ricercatore ha anche sottolineato che i partecipanti sono stati trattati con quantità di vitamina D ben al di sotto degli equivalenti di vitamina D prodotta all'interno del corpo umano in seguito all'esposizione quotidiana al sole ogni giorno e ben al di sotto dei livelli farmacologici.

[[chiudi questa finestra](#)]

<http://www.quotidiano.net/oncologia>

Cancro, speranze da un vaccino su misura: il sistema immunitario viene 'istruito'

Sperimentato un vaccino contro il cancro: "Risultati incoraggianti"

Washington, 3 aprile 2015 - Forse Angelina Jolie ha avuto troppa fretta nel farsi rimuovere seni ed ovaie per la sua predisposizione genetica (Brca) familiare accertata a quel tipo di cancro. Negli Usa, infatti, è stato sperimentato un vaccino 'ad persona' contro il cancro che ha già dato risultati più che incoraggianti.

Si tratta non di un vaccino universale (come quello per morbillo o la poliomielite) ma di uno 'strumento' che va messo a punto su misura (in media ci vogliono tre mesi) per il singolo paziente, in cui il sistema immunitario viene istruito ad eliminare le aberrazioni genetiche all'origine della forma tumorale.

E' quanto emerge da uno studio pubblicato su Science in base ai test su tre volontari nei quali si è riusciti ad addestrare il sistema immunitario a combattere - per ora - il cancro della pelle.

I ricercatori delle università di St. Lois e Oklahoma City ritengono si tratti di "un passo significativo" verso lo sviluppo di vaccini anti-tumorali personalizzati per molte forme di tumore, anche se, hanno sottolineato: "Ci troviamo in una fase estremamente iniziale dei test". Si è partiti dal cancro della pelle perché i raggi Uv del sole possono mutare le cellule della pelle in un letale melanoma proprio danneggiando la struttura del Dna ed i tumori, da punto di vista genetico, sono un autentico caos, perché contengono centinaia di mutazioni casuali diverse in ogni paziente. Mutazioni che possono cambiare quelle proteine sulla superficie delle cellule che agiscono come 'bandierine identificative'.

Il sistema messo a punto dai ricercatori si basa su un algoritmo che analizza le nuove bandierine mutate, conosciute tecnicamente come antigeni, decidendo quali di queste debbono essere i bersagli preferenziali per il vaccino. Delle tre persone trattate, che nel 2013 avevano un melanoma in stadio avanzato, una ha avuto una totale remissione del cancro ed è ora completamente guarita; una è ancora viva ed il tumore è stabile; il terzo paziente si è visto ridurre il tumore nei primi mesi dopo l'inoculazione del vaccino prima che questo tornasse alle sue originali dimensioni ma da allora è stabile.

La priorità del team, come in tutte le tecniche sperimentali, era testare la sicurezza del vaccino per essere sicuri che non provocasse reazioni o una risposta immunitaria ostile. I problemi da risolvere sono molti ma i ricercatori ritengono il vaccino personalizzato un'opportunità promettente. Potrebbe anche rivelarsi efficace nei tumori al seno e alle ovaie in donne con mutazioni Brca (gene oncosoppressore che codifica la proteina di suscettibilità al cancro della mammella) proprio quelle nel patrimonio genetico della Jolie.

<http://www.agi.it/>

Usa: in aumento sopravvissuti cancro infantile



(AGI) - Washington, 2 apr. - Negli Stati Uniti aumentano i pazienti sopravvissuti al cancro infantile. E la maggior parte di coloro che sono riusciti a rimanere in vita cinque anni o più dalla diagnosi devono convivere con almeno una condizione di salute cronica. Queste, in estrema sintesi, le conclusioni di uno studio della Feinberg School of Medicine della Northwestern University di Chicago. I risultati sono stati pubblicati sulla rivista *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. I ricercatori hanno utilizzato i dati sull'incidenza e la sopravvivenza al cancro registrati dal 1975 e il 2011. In totale sono state raccolte informazioni su una gamma di potenziali effetti negativi e tardivi del trattamento anti-cancro su un totale di oltre 14mila sopravvissuti a tumori infantili seguito da 26 centri negli Stati Uniti e in Canada.

Dai risultati è emerso che il numero dei sopravvissuti al cancro infantile è di 388.501, con un incremento di 59.849 dalla precedente stima fatta nel 2005 da un gruppo di ricercatori del National Cancer Institute. Di questi sopravvissuti, circa l'84 per cento è sopravvissuto cinque o più anni a seguito della diagnosi. Circa il 70 per cento dei sopravvissuti ai tumori infantili sono risultati avere una condizione cronica da lieve e moderata, e circa il 32 per cento una condizione cronica grave, invalidante e che mette in pericolo di vita. In particolare, si stima che circa il 35 per cento dei sopravvissuti, con un'età compresa tra i 20 e i 49 anni, ha avuto una disfunzione neurocognitiva; circa il 13-17 per cento un'insufficienza funzionale auto-riferita, limitazioni dell'attività, compromissione della salute mentale, dolore, ansia o paura. "I risultati del nostro studio - hanno commentato i ricercatori - evidenziano che un singolo focus sulla cura del cancro produce un quadro incompleto della sopravvivenza al cancro infantile. Il peso delle patologie croniche in questa popolazione è profondo, sia nella frequenza che nella gravità". (AGI) .

Giovedì 02 APRILE 2015

Terapia dell'ipertensione nei coronaropatici: le nuove raccomandazioni americane

Tre società scientifiche americane siglano la nuova edizione delle raccomandazioni di trattamento dell'ipertensione arteriosa nelle persone con malattia coronarica. I beta-bloccanti sono indicati come farmaci di prima scelta, utilizzati da soli o associati ad altre molecole. Il testo integrale su [Hypertension](#).

Le due società scientifiche di cardiologia americane (*American Heart Association* e *American College of Cardiology*), insieme alla società americana dell'ipertensione arteriosa, siglano un nuovo set di raccomandazioni dedicate al trattamento dell'ipertensione arteriosa nei soggetti con malattie cardiovascolari (ictus, infarti o altre forme di cardiopatia), pubblicate in versione integrale sulla rivista [Hypertension](#). Vengono indicati gli obiettivi pressori da raggiungere con il trattamento e i farmaci di prima scelta.

“Il comitato scientifico che ha redatto queste raccomandazioni – sottolinea **Elliott Antman**, presidente dell'*American Heart Association* e professore di medicina ad Harvard – rinforza il concetto che il *target* pressorio debba essere inferiore a 140/90 mmHg, al fine di prevenire infarti ed ictus nei soggetti ipertesi e coronaropatici. Questo è molto importante, vista la confusione che si è diffusa nella comunità medica lo scorso anno, circa il *target* pressorio appropriato per la popolazione generale”.

Secondo le nuove raccomandazioni, mentre l'obiettivo di portare i valori pressori al di sotto di 140/90 mmHg è considerato ragionevole per evitare infarti e ictus, un *target* più ambizioso quale quello di portare la pressione al di sotto di 130/80 mmHg potrebbe risultare appropriato in alcuni soggetti cardiopatici che abbiano già presentato un ictus, un infarto o un TIA (attacco ischemico transitorio) e che presentino altre condizioni cardiovascolari, quali arteriopatia obliterante degli arti inferiori o aneurisma dell'aorta addominale.

La pressione arteriosa può essere ridotta in maniera sicura e la maggior parte delle persone non presenta alcun problema con i farmaci tradizionali. Tuttavia – scrivono gli esperti – bisogna utilizzare delle attenzioni particolari nei pazienti con stenosi delle coronarie. In particolare, in presenza di un restringimento delle coronarie, la pressione arteriosa va abbassata gradualmente e non si deve 'spingere' al diastolica al di sotto di 60 mmHg, soprattutto nei soggetti ultra-60enni.

Le raccomandazioni americane analizzano anche i pro e i contro delle varie molecole utilizzate nella terapia dell'ipertensione, per indirizzare il medico verso la scelta della terapia antipertensiva più opportuna nei pazienti con patologie cardio-vascolare. In generale, l'uso del beta-bloccante viene indicato come la prima scelta di terapia, da solo o in associazione con altri farmaci.

“Nell'ambito dei vari farmaci disponibili per il trattamento dell'ipertensione – sostiene **Clive Rosendorff**, coordinatore del comitato che ha redatto le raccomandazioni, professore di medicina presso la *Icahn School of Medicine del Mount Sinai Medical Center* di New York – i beta bloccanti sono la prima scelta nei pazienti con coronaropatia. Oltre al loro effetto antipertensivo infatti, questi farmaci rallentano la frequenza cardiaca e riducono la forza di contrazione; entrambi queste condizioni riducono il consumo di ossigeno del cuore.

Questi farmaci inoltre facilitano l'arrivo di sangue al muscolo cardiaco, perché allungano l'intervallo tra una contrazione e l'altra; ed è in diastole che il miocardio riceve nutrimento e ossigenazione dal sangue

che arriva dalle coronarie”.

Infine, oltre a guidare nella scelta del trattamento antipertensivo più adatto, queste raccomandazioni ricordano l'importanza dell'intervenire contemporaneamente anche sugli altri fattori di rischio per infarto, quali obesità addominale, ipercolesterolemia, diabete e fumo.

Maria Rita Montebelli

Glutine colpevole di un caso su quattro di colon irritabile



02 aprile 2015

Se interrompe l'assunzione di cibi con glutine un paziente su quattro non soffre più dei sintomi e dei disturbi sinora attribuiti alla sindrome del colon irritabile o ad altre alterazioni del funzionamento dell'apparato digerente. Lo mostra lo studio "Glutox" dell'Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti Ospedalieri (AIGO) che ha come obiettivo verificare la reale diffusione della sensibilità al glutine, patologia diversa dalla celiachia e caratterizzata dagli stessi sintomi.

Per comprendere quale fosse la reale causa dei disturbi lamentati dai pazienti i ricercatori li hanno privati di alimenti con glutine per tre settimane. Dopo questo periodo, l'alimento è stato reintrodotta ed è emerso che il 25% di loro manifestava di nuovo gravi sintomi.

Pertanto è possibile ipotizzare che questi pazienti potrebbero essere sottoposti a una terapia esclusivamente basata sulla dieta, simile a quella per la malattia celiaca.

Sottolinea Luca Elli, coordinatore dello studio "Glutox" promosso dall'Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti Ospedalieri (AIGO): "In vista delle festività pasquali e più in generale per la qualità di vita dei pazienti si tratta di una notizia positiva: rispetto alla celiachia, patologia che impone una dieta stretta totalmente priva di glutine, chi soffre di sensibilità a questa sostanza può, a seguito dell'indicazione del suo medico, alternare periodi di astinenza a fasi in cui può assumere glutine. A Pasqua, quindi, se lo specialista è d'accordo, si può fare uno 'strappo alla regola' per una fetta di colomba".

Lo studio Glutox

Oggi la diagnosi della sensibilità al glutine avviene per esclusione: i pazienti che, pur presentando sintomi simili a quelli della celiachia e indotti dal glutine, non risultano, dopo esami ematici e biopsie endoscopiche, né celiaci né allergici al grano sono classificati come affetti da "sensibilità al glutine". Tuttavia, poiché la patologia porta gli stessi sintomi di altre patologie, quali per esempio la sindrome del colon irritabile, si pone il problema che alcuni casi non siano correttamente diagnosticati.

Per verificare, quindi, che i sintomi lamentati dai pazienti siano effettivamente causati dal glutine ed escludere altre cause, i ricercatori li hanno sottoposti per tre settimane a una dieta priva di glutine e hanno verificato l'andamento dei sintomi lamentati. Dopo questo periodo, inoltre, i ricercatori hanno fatto assumere loro glutine o

placebo e hanno valutato la comparsa di sintomi. Si tratta di uno studio in “doppio cieco”: né i medici né i pazienti sono a conoscenza di cosa assumono e ciò permette di avere un reale riscontro di quanti abbiano problemi con questa sostanza.

La “sensibilità al glutine”

Oltre alla ormai conosciuta celiachia si sta delineando oggi un nuovo disordine, la “sensibilità al glutine”, sempre causato dall’ingestione di questo alimento, ma che colpisce pazienti né celiaci né allergici al grano. Si stima che potrebbe interessare tra il 5 e il 10% della popolazione italiana.

Questo disturbo provoca sintomi clinici simili a quelli della sindrome dell’intestino irritabile (dolore addominale, gonfiore etc) e manifestazioni extraintestinali aspecifiche (eczemi, prurito, cefalea etc), che solitamente insorgono a breve distanza dall’assunzione di glutine ed altrettanto rapidamente regrediscono in seguito a una dieta ad esclusione. Nonostante si tratti di una condizione verosimilmente comune nella popolazione, i suoi meccanismi risultano ad oggi solo parzialmente chiariti e da ciò deriva una gestione non soddisfacente dei pazienti.

Le raccomandazioni degli specialisti

Nel periodo di dieta priva di glutine chi è sensibile a questa sostanza deve seguire le stesse restrizioni che sono imposte ai celiaci:

- consumare solo cibi privi di glutine;
- fare attenzione alla contaminazione degli alimenti senza glutine tenendoli separati da quelli con glutine;
- assicurarsi di usare per i cibi senza glutine pentole, stoviglie, posate e superfici pulite e non contaminate da questa sostanza;
- per l'alimentazione fuori casa è possibile trovare sui siti delle associazioni dei pazienti la lista dei locali di ristorazione adatti a chi ha la celiachia;
- in ogni caso bisogna informare il personale della propria alimentazione e degli ingredienti che assolutamente vanno evitati;
- chiedere sempre gli ingredienti delle pietanze che si intende mangiare (in caso di dubbio evitare il consumo della pietanza).

[[chiudi questa finestra](#)]

Giovedì 02 APRILE 2015

Bambini in sovrappeso? Secondo uno studio inglese la colpa è degli stili di vita dei genitori

Secondo un nuovo studio condotto dalla City University London e dalla LSE, a determinare il sovrappeso dei figli sono gli stili di vita dei genitori più che i loro geni. "I nostri risultati indicano che occorre agire principalmente sui genitori, incitandoli ad adottare stili di vita più sani e modelli di ruolo più virtuosi che prevedano un'alimentazione sana e un esercizio fisico regolare".

Il sovrappeso nei bambini? Non è questione tanto di geni ma degli stili di vita dei genitori. Questo è quanto rilevato da un nuovo studio condotto dalla City University London e dalla LSE, che sottolinea come "a determinare il sovrappeso dei figli sono gli stili di vita dei genitori più che i loro geni".

Mettendo a confronto lo stato di sovrappeso di figli biologici e adottati con quello dei rispettivi genitori per stabilire se i problemi di sovrappeso siano una questione ereditaria o il risultato di fattori ambientali, il team di ricercatori ha scoperto che quando entrambi i genitori adottivi sono in sovrappeso la probabilità che un figlio adottato lo sia a sua volta è fino al 21% maggiore rispetto al caso di genitori non sovrappeso.

Nel confronto è stato rilevato che i bambini con due genitori biologici in sovrappeso hanno il 27% di probabilità in più di essere a loro volta in sovrappeso, appena sei punti percentuali in più rispetto ai bambini adottati, il che dimostra l'influenza relativamente ridotta della genetica.

A proposito della ricerca, **Mireia Jofre-Bonet**, docente di Economia alla City University London, commenta: "La buona notizia è che la nostra ricerca dimostra che possiamo fare qualcosa per i problemi di peso dei bambini. Benché le iniziative rivolte alle scuole e ai bambini stessi siano ammirevoli, i nostri risultati indicano che occorre agire principalmente sui genitori, incitandoli ad adottare stili di vita più sani e modelli di ruolo più virtuosi che prevedano un'alimentazione sana e un esercizio fisico regolare".

Utilizzando i dati dei sondaggi Health Survey for England (HSE) condotti tra i bambini tra il 1997 e 2009 (uno studio condotto annualmente per misurare lo stato di salute e i comportamenti correlati), i ricercatori hanno rilevato anche che nei casi in cui solo la madre o il padre erano sovrappeso gli effetti avevano contorni più sfumati. Tra gli adottati, non hanno riscontrato alcun effetto quando solo le madri erano sovrappeso. Al contrario, hanno rilevato un lieve effetto quando a essere sovrappeso erano solo i padri.

Il dottor **Joan Costa-i-Font**, professore associato di Economia Politica alla LSE, commenta: "Ciò si potrebbe spiegare con il fatto che sono ancora le donne a occuparsi principalmente di cucinare a casa, con la possibile tendenza a nutrire eccessivamente figli e compagni. Qualsiasi politica volta a influenzare gli stili di vita dei genitori deve basarsi su un approccio olistico e concentrarsi sull'efficacia sia delle mamme che dei papà".

La ricerca dimostra inoltre che un estremo sovrappeso (obesità), contrariamente al semplice sovrappeso, è maggiormente collegato alla genetica rispetto ai fattori legati allo stile di vita. Lo studio ha rilevato che la trasmissione della condizione di sovrappeso o obesità da genitori a figli in seguito a fattori legati allo stile di vita non è influenzata dal fatto che le madri lavorino a tempo pieno. Nella loro

analisi, i ricercatori hanno tenuto in considerazione numerosi fattori, tra cui l'istruzione e l'età dei genitori e l'età e il sesso dei figli. Hanno inoltre considerato eventuali caratteristiche dei figli adottivi che avrebbero potuto renderli più o meno predisposti al sovrappeso o all'obesità rispetto ai figli biologici.


[Share](#) stampa

Il ministro “celebra” il semestre europeo italiano della Salute. Lorenzin: “Investire in salute non è mai una perdita”

Lo scrive il ministro nella prefazione al volume appena editato dal ministero della Salute dove sono raccolte le principali iniziative e problematiche affrontate nel semestre italiano concluso a dicembre scorso. “La sanità costituisce il volano di un’innumerabile serie di attività di ricerca, sviluppo e produzione nei settori dei farmaci, dei dispositivi medici, dell’e-Health, delle infrastrutture e contribuisce a creare le condizioni per una crescita intelligente, sostenibile e solidale, che rappresenta l’obiettivo della Strategia Europa 2020, e a garantire ai nostri giovani un futuro”



01 APR - Se c'era un obiettivo ambizioso, all'inizio del Semestre di Presidenza Italiana del Consiglio dell'Unione Europea, era quello di riavvicinare l'Europa ai cittadini e i cittadini all'Europa. Credo fermamente che questo cambiamento di rotta sia avvenuto, ricollocando le persone, i loro diritti e – per quanto riguarda l'ambito dove ho esercitato il ruolo di Presidente – in modo prioritario il diritto alla salute al centro dell'azione politica europea. È questo per me un motivo di grande soddisfazione, alla fine dell'impegnativo e faticoso percorso che trovate riassunto in questo volume.

In alternativa c'era il concretizzarsi di un pericolo paventato già con grande lucidità e attualità da Luigi Einaudi nel suo intervento all'Assemblea costituente, il 29 luglio 1947: “Se noi non sapremo farci portatori di un ideale umano e moderno nell'Europa d'oggi, smarrita e incerta sulla via da percorrere, noi siamo perduti e con noi è perduta l'Europa”.

Recenti e dolorosissimi fatti di cronaca che hanno coinvolto l'Europa, insieme al disagio irrisolto di chi ha perso il lavoro, dei giovani disoccupati, delle aumentate difficoltà economiche che hanno evidenziato la fragilità economica delle famiglie e del quadro sociale, necessitavano di risposte programmatiche forti e concrete in favore dei nostri cittadini.

Quanto abbiamo svolto in questi pur pochi mesi è proprio lo specchio, concreto, di questa nuova visione o, se volete, di un progetto che vuole rappresentare il ritorno agli ideali che furono dei padri fondatori dell'Unione Europea.

Abbiamo profuso il nostro impegno per valorizzare la libertà e la dignità della persona umana, in una prospettiva di solidarietà economica e sociale, ancora più necessarie nei confronti del cittadino ammalato, sgombrando così il campo dalle ombre di una politica e di una burocrazia lontane, avvitate su se stesse, e lavorando per un'Europa più coesa e scevra da egoismi nazionali.

In questo quadro e con questi principi ben scolpiti nella mente, io e la squadra che mi ha affiancato abbiamo voluto – in piena sintonia con le altre strutture del Governo italiano – toccare tanti e diversi temi, mirando a soluzioni condivise e concrete. Ne cito alcuni.

Le vaccinazioni, come insegna la corsa alla realizzazione di un vaccino per Ebola di questi ultimi mesi, sono prioritarie per una politica efficace di tutela globale della salute. In questo campo l'Italia, nel corso del Semestre, ha segnato due risultati importanti.

Il primo è rappresentato da Conclusioni del Consiglio dei Ministri della salute dell'UE, alle quali l'Italia aveva puntato fin dall'inizio della Presidenza e che mi stanno particolarmente a cuore. Viviamo in un tempo in cui ci illudiamo che alcune malattie che provocavano numerosi morti come la poliomielite, la meningite o il morbillo siano scomparse e questa falsa sicurezza ha fatto venire meno la consapevolezza da parte di alcuni cittadini della necessità di vaccinarsi. Abbiamo perciò voluto richiamare noi, gli altri Stati membri e la Commissione Europea a un costante impegno in questo settore. Inoltre, seconda meta raggiunta, in una visione internazionale ancora più ampia, all'Italia è stata affidata la leadership mondiale del piano d'azione per l'immunizzazione dalla Global Health Security Agenda, promossa dagli Stati Uniti d'America. Abbiamo molto da lavorare nei prossimi anni, insieme ai nostri partner internazionali, nella ricerca e per diffondere una cultura scientifica in materia di vaccinazioni, cominciando dall'area geografica a noi più vicina, quella del Mediterraneo.

Vorrei anche citare le Conclusioni concordate con i Ministri della salute europei sul tema della sicurezza dei pazienti e della qualità delle cure (inclusi la prevenzione, il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e il contrasto alla resistenza antimicrobica) e quelle in tema di innovazione a beneficio dei pazienti.

A riprova dell'attualità di tutti i temi prescelti dalla nostra Presidenza e della concretezza del nostro approccio, non posso non ricordare che – proprio mentre discutevamo in Consiglio dei Ministri dell'UE delle complesse questioni legate alla selezione e al trasferimento al paziente di metodiche diagnostiche e di cure innovative e costose – in Italia stavamo studiando come rendere disponibili i nuovi farmaci per l'epatite C e abbiamo istituito, con la legge di stabilità per il 2015, un fondo dedicato, per garantire un graduale accesso a essi e aumentare così la speranza di vita di quasi un milione e mezzo di italiani. Sono cure costosissime e lo stanziamento sinora previsto ci consentirà di avviare al trattamento una prima tranche di pazienti più gravi. Il mio obiettivo è comunque di eradicare questa malattia dall'Italia nei prossimi 5-6 anni.

Nelle raccomandazioni contenute nelle tre Conclusioni approvate – su vaccinazioni, sicurezza delle cure, innovazione – vi è non solo la risposta a esigenze di salute collettiva ineludibili, ma anche la ricetta per un contributo importante alla crescita, allo sviluppo sociale ed economico e alla competitività dell'Europa.

 segui [ilFarmacistaonline.it](#)


iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Le “droghe” vegetali in pediatria. Ecco come usare erbe e piante medicinali senza rischi. Le linee guida dei pediatri italiani
- 2 Cure compassionevoli. Il Comitato Nazionale per la Bioetica: “Solo in casi eccezionali e se il paziente è in pericolo di vita. Ma non sono un’alternativa alla sperimentazione clinica”
- 3 Rapporto Osservasalute. Boom di cancro al polmone tra le donne “vecchie fumatrici”. Cala tra gli uomini. Prevenzione resta arma di salute più importante nel futuro
- 4 Fnomceo. Roberta Chersevani presidente. Per la prima volta una donna alla guida dei medici italiani. Giuseppe Renzo al vertice della Cao
- 5 Addio Opg. La mappa a quattro giorni dalla chiusura. La maggior parte delle Regioni è pronta. Piemonte e Campania quelle più in affanno. E il Veneto va per conto suo
- 6 Fnomceo. Intervista a Roberta Chersevani: “Non serve una legge sull’atto medico . Basta il Codice. Pronta a incontrare Mangiacavalli”
- 7 Giornata Nazionale della Disabilità Intellettiva e/o Relazionale. Anffas Onlus lancia iniziativa di informazione in tutta Italia
- 8 Tumori. Con i nanofarmaci migliora la sopravvivenza. Aiom: “Potremmo bloccare la crescita della malattia”
- 9 Report Ema. Ok a 5 nuovi farmaci. Tra questi anche un vaccino contro 9 diversi tipi di Hpv
- 10 Liberalizzazioni. Guidi torna alla carica: “Auspicio che Parlamento migliori il testo. Credo che i farmaci di fascia C con ricetta si possano vendere anche fuori dalla farmacia”

La salute, vale ricordarlo, non è un settore nel quale i finanziamenti risultano in perdita. Da una parte, è infatti assodato che tutti gli interventi che mirano a promuovere la salute, prevenire le malattie o intercettarle in una fase molto precoce comportano minori costi per cure successive, rivelandosi, oltre che un approccio idoneo a ridurre il carico di sofferenze per la collettività, anche un investimento fruttuoso.

Inoltre, la sanità costituisce il volano di un'innumerabile serie di attività di ricerca, sviluppo e produzione nei settori dei farmaci, dei dispositivi medici, dell'e-Health, delle infrastrutture, soltanto per citarne alcune, e contribuisce a creare le condizioni per una crescita intelligente, sostenibile e solidale, che rappresenta l'obiettivo della Strategia Europa 2020, e a garantire ai nostri giovani un futuro.

Voglio ancora qui ricordare l'ampia e appassionata discussione, svoltasi nel corso della Riunione informale dei Ministri della salute europei di settembre, durante la quale siamo stati riconosciuti leader nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore.

Abbiamo poi messo al centro dell'agenda politica, nazionale e del Semestre, la salute della donna e la prevenzione dei tumori attraverso gli stili di vita, temi che rappresentano il "filo rosso" della mia attività di governo; molto altro lavoro è stato fatto, per esempio in materia di demenze e di salute mentale – considerando che il disagio e le patologie psichiatriche sono in aumento in Europa e in Italia – e sulle malattie rare, settori nei quali siamo riusciti a rendere concreto il nostro impegno, varando Piani nazionali presentati in occasione delle Conferenze internazionali realizzate in autunno.

La visione e le scelte che hanno orientato il Semestre italiano nel settore sanitario non sono comunque limitate ai ventotto Paesi dell'Unione, ma devono governare, a mio modo di vedere, anche il rapporto tra Nord e Sud del mondo, così prioritario per un Paese come l'Italia, che la storia e la posizione geografica collocano come ponte tra due continenti. Ricordo perciò con vera emozione la Conferenza sulla Salute nel Mediterraneo svoltasi in ottobre.

I Ministri della salute europei incontravano i Ministri della salute di Albania, Algeria, Giordania, Israele, Turchia e i rappresentanti ministeriali di molti altri Paesi dell'area mediterranea. Non poteva esserci meeting più drammaticamente legato all'attualità: l'opportunità di realizzare questa Conferenza, con una decisione assunta oltre un anno prima, e l'attualità dei temi posti in discussione sono dimostrate dallo scenario in cui essa ha avuto luogo, caratterizzato da migranti e richiedenti asilo che a migliaia fuggono dalla miseria, ma spesso anche dalla guerra e dalla persecuzione, e ai quali va data assistenza, dal contestuale passaggio di consegne tra le operazioni Mare Nostrum e Triton e soprattutto dall'epidemia di Ebola nell'Africa occidentale, che tanto ci ha impegnato in questi mesi di Presidenza.

Questa ulteriore, drammatica emergenza ha contribuito a ricordare a tutti che virus e batteri non hanno confini, come la paura del contagio, ma, per contrasto, ha anche evidenziato la generosità dei volontari, medici e operatori umanitari che rischiano la vita per fermare l'epidemia e soprattutto la necessità di impegni forti, coordinati e globali, per mantenere l'Europa indenne da gravi problemi di sanità pubblica in uno scenario internazionale più tranquillizzante sul piano sanitario.

Il lavoro svolto sarebbe comunque sterile senza un costante impegno a proseguire sulla strada tracciata, che si concretizzerà a partire già dai prossimi mesi quando si alterneranno alla Presidenza gli altri Paesi (Lettonia e Lussemburgo), che con noi costituiscono il Trio che sta sviluppando un programma comune in un arco temporale più ampio, di diciotto mesi.

Continueremo, quindi, sul percorso intrapreso, mantenendo alta la nostra attenzione per la prospettiva europea dell'impegno politico e raccogliendo il testimone che, con la consueta passione che ha caratterizzato i suoi due mandati, il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano ha offerto alle Istituzioni, ai partiti e a tutti noi nel suo ultimo Messaggio di fine anno, quello del 2014: "Il rischio di cadere in quell'indifferenza globale che Papa Francesco denuncia con tanto vigore è dietro l'angolo, anche da noi. A quel rischio deve opporsi una sensibilità sempre più diffusa per le conquiste e i valori di pace e di civiltà oggi in così grave pericolo. (...) Dal modo in cui tutti reagiamo alla crisi e alle difficoltà con cui l'Italia è alle prese nasceranno le nuove prospettive di sviluppo su cui puntiamo, su cui dobbiamo puntare 'dall'alto e dal basso'. Il cammino del nostro Paese in Europa, lo stesso cammino della politica in Italia, lo determineremo tutti noi, e quindi ciascuno di noi, con i suoi comportamenti, le sue prese di coscienza, le sue scelte. (...) Mettiamocela dunque tutta, con passione, combattività e spirito di sacrificio".

Noi ce la metteremo tutta!

In conclusione, voglio esprimere un ringraziamento e un augurio particolare al Commissario europeo per la salute Vytenis Andriukaitis, entrato in carica il 1° dicembre scorso, e al suo predecessore Tonio Borg, Commissario nella Seconda Commissione Barroso, con il quale abbiamo condiviso molte idee e gran parte del lavoro svolto nel 2014 con la Commissione Europea.

Desidero inoltre ringraziare tutti i Ministri e le delegazioni dei Paesi membri, per i contributi costruttivi che ci hanno fatto pervenire durante la preparazione degli eventi e per quelli sui quali abbiamo dibattuto nei nostri incontri, nonché il Direttore regionale dell'OMS, Zsuzsanna Jakab, e i suoi collaboratori, che pure hanno fornito suggerimenti e spunti fondamentali per la buona riuscita del Semestre.

Un ringraziamento va infine al mio staff, a tutti i dirigenti, funzionari e tecnici del Ministero, della Rappresentanza permanente a Bruxelles e di agenzie, istituti ed enti del SSN, che hanno permesso di raggiungere questi risultati, organizzando e portando brillantemente a termine decine di incontri e Conferenze in così pochi mesi.

Beatrice Lorenzin

[Prefazione al volume "Semestre di Presidenza Italiana luglio-dicembre 2014 – Salute. Temi, eventi e risultati"](#)

01 aprile 2015

© RIPRODUZIONE RISERVATA

allegati*

[:: Il volume su Semestre europeo italiano della Salute](#)

*avvertenza: se il browser non consente il download immediato del documento: posizionare il cursore sul collegamento, quindi **'tasto destro' > 'salva oggetto con nome'** (Explorer) oppure **'salva destinazione con nome'** (Firefox)

articoli precedenti

[:: Decreto Ilva. Via libera definitiva dal Senato](#)

[:: Costi standard. Rinviata a settembre la decisione sulle tre regioni benchmark](#)

[:: Di Fare. Parere favorevole della Commissione Sanità del Senato](#)

[:: Camera. Approvata la Legge di delegazione europea 2013 con le norme anti-vivisezione](#)

[:: Di lavoro. Emendamento Barani salva stipendi dipendenti Asl nelle Regioni in Piano di rientro](#)


[Share](#) stampa

Camera. Lorenzin: "Dal 10 luglio via alla vendita on line dei medicinali. Ma solo sui siti autorizzati". Il question time di oggi anche su certificati medici, testamento biologico e relazione sulla legge 194

Così oggi pomeriggio il ministro della Salute rispondendo in Aula. Sui certificati medici le linee guida adottate hanno chiarito quali siano le attività sportive non agonistiche soggette ad obbligo di certificazione. Sul testamento biologico ribadito che la materia è di spettanza del Parlamento. Chiarite infine le motivazioni dei ritardi della presentazione della relazione al Parlamento sull'aborto. Tutte le risposte del ministro.



01 APR - Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta oggi in Aula alla Camera per rispondere a quattro interrogazioni. La prima, presentata da **Bruno Molea (Sc)**, riguardava le problematiche relative al decreto del **Ministero della salute dell'8 agosto 2014** in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica.

Lorenzin ha spiegato che le linee guida adottate hanno chiarito quali siano le attività sportive non agonistiche, quindi soggette ad obbligo di certificazione, tenuto conto che è stato soppresso l'obbligo della certificazione per chi pratica attività ludico-motoria; quali siano i medici che possono certificare e quali i controlli sanitari da effettuare. Quanto ai costi delle certificazioni per la pratica dell'attività sportiva non agonistica, Lorenzin ha spiegato che sono esclusi dai Lea e rilasciati in base a tariffe determinate dalle regioni con oneri a carico dei richiedenti.

Questa la risposta integrale di Lorenzin: "Sono consapevole che l'attività sportiva vada promossa e sostenuta ma sono altrettanto convinta che vada praticata in totale sicurezza. Ecco perché ho ritenuto opportuno istituire, d'accordo con la Conferenza delle regioni, nel mese di luglio 2014 presso il **Ministero della salute** un gruppo di lavoro costituito da rappresentanti del Ministero e delle regioni per approfondire i molteplici aspetti della materia. Nel mese di agosto 2014, sulla base di una proposta della Federazione nazionale dell'ordine dei medici e dei chirurghi, sentito il Consiglio superiore di sanità e con il supporto del citato gruppo di lavoro, abbiamo adottato le linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica. In estrema sintesi le linee guida sono volte a superare una serie di difficoltà interpretative e attuative che anche lei qui oggi ci ha rappresentato determinate dal succedersi di disposizioni normative che, dal settembre 2012 a ottobre 2013, hanno a più riprese innovato la materia. Le linee guida hanno il merito di aver chiarito quali sono le attività sportive non agonistiche, quindi soggette ad obbligo di certificazione, tenuto conto che è stato soppresso l'obbligo della certificazione per chi pratica attività ludico-motoria; quali sono i medici che possono certificare; quali sono i controlli sanitari da effettuare e per tale specifico aspetto ricordo che l'elettrocardiogramma è un accertamento sanitario già previsto per legge tra i predetti controlli".

"Quanto alla necessità segnalata dall'onorevole interrogante di intervenire per garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale con specifico riguardo alle attività sportive svolte nell'ambito delle associazioni iscritte al CONI rispetto a quelle, invece, svolte presso associazioni non iscritte, comunico che il citato gruppo di lavoro ha predisposto già dal mese di gennaio una bozza di circolare esplicativa volta ad individuare le attività sportive che, in ragione di determinate caratteristiche, possono essere esentate dall'obbligo della certificazione anche se praticate presso le associazioni iscritte al CONI in modo tale da chiarire questi punti. In ordine a tale specifico aspetto, tuttavia, la commissione salute della Conferenza delle regioni ha ritenuto non necessario tale chiarimento atteso che la normativa vigente con riguardo all'attività sportiva non agonistica non si presterebbe a dubbie interpretazioni. La predetta nota contiene ulteriori indicazioni che saranno valutate al fine di poter adottare al più presto la circolare esplicativa. Quanto ai costi delle certificazioni per la pratica dell'attività sportiva non agonistica - ha concluso il ministro - evidenzio che tali certificati sono esclusi dai LEA e rilasciati in base a tariffe determinate dalle regioni con oneri a carico dei richiedenti. Pertanto il rilascio in forma gratuita di un certificato di idoneità per attività sportiva non agonistica a favore di disabili e minori integra un livello superiore di assistenza che solo le regioni possono garantire".

E' stata poi la volta dell'**interrogazione sui tempi per l'adozione dei decreti attuativi della direttiva europea n. 62/2011 in materia di vendita e acquisto di farmaci attraverso siti web autorizzati**, presentata da **Maurizio Bernardo (Ap)**. La vendita on-line dei medicinali - ha spiegato il ministro - potrà essere effettuata a decorrere dal 10 luglio 2015. Il **Ministero della salute**, su proposta dell'Aifa, potrà disporre, con provvedimento motivato, anche in via d'urgenza, la cessazione di pratiche commerciali di offerta a distanza di farmaci, accertate come illegali, oltre ad impedire l'accesso agli indirizzi internet corrispondenti a siti web rei di pratiche illegali.

Questa la risposta integrale del ministro: "In attuazione della direttiva 2011/62 dell'Unione europea recepita con il decreto legislativo n. 17 del 2014, è stata prevista anche in Italia la facoltà per le farmacie e gli esercizi commerciali di vendere on line medicinali senza l'obbligo di prescrizione, previa specifica autorizzazione rilasciata dalla regione o dalla provincia autonoma. Resta tuttavia vietata la vendita on line di medicinali con obbligo di prescrizione medica. Il sito web della farmacia o dell'esercizio commerciale dedicato alla vendita di medicinali dovrà contenere i recapiti dell'autorità competente al rilascio dell'autorizzazione, un collegamento ipertestuale verso il sito web del **Ministero della salute**, il logo comune realizzato in conformità con le direttive e le raccomandazioni dell'Unione europea che identifichi ogni farmacia o esercizio commerciale autorizzato a mettere in vendita medicinali a distanza. Il sito web del Ministero dovrà contenere un collegamento ipertestuale verso un apposito sito creato dall'Agenzia europea dei medicinali, che fornisce le informazioni sulla finalità del logo comune e sui rischi connessi ai medicinali

 segui **ilFarmacistaonline.it**


iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Le "droghe" vegetali in pediatria. Ecco come usare erbe e piante medicinali senza rischi. Le linee guida dei pediatri italiani
- 2 Cure compassionevoli. Il Comitato Nazionale per la Bioetica: "Solo in casi eccezionali e se il paziente è in pericolo di vita. Ma non sono un'alternativa alla sperimentazione clinica"
- 3 Rapporto Osservasalute. Boom di cancro al polmone tra le donne "vecchie fumatrici". Cala tra gli uomini. Prevenzione resta arma di salute più importante nel futuro
- 4 Fnomceo. Roberta Chersevani presidente. Per la prima volta una donna alla guida dei medici italiani. Giuseppe Renzo al vertice della Cao
- 5 Addio Opg. La mappa a quattro giorni dalla chiusura. La maggior parte delle Regioni è pronta. Piemonte e Campania quelle più in affanno. E il Veneto va per conto suo
- 6 Fnomceo. Intervista a Roberta Chersevani: "Non serve una legge sull'atto medico. Basta il Codice. Pronta a incontrare Mangiacavalli"
- 7 Giornata Nazionale della Disabilità Intellettuale e/o Relazionale. Anffas Onlus lancia iniziativa di informazione in tutta Italia
- 8 Tumori. Con i nanofarmaci migliora la sopravvivenza. Aiom: "Potremmo bloccare la crescita della malattia"
- 9 Report Ema. Ok a 5 nuovi farmaci. Tra questi anche un vaccino contro 9 diversi tipi di Hpv
- 10 Liberalizzazioni. Guidi torna alla carica: "Auspicio che Parlamento migliori il testo. Credo che i farmaci di fascia C con ricetta si possano vendere anche fuori dalla farmacia"

forniti illegalmente al pubblico. La vendita on-line dei medicinali potrà essere effettuata a decorrere dal 10 luglio 2015, ovvero da un anno dopo la data di pubblicazione del regolamento di esecuzione, nel quale sono indicati i requisiti del logo comune. Ad oggi, il Ministero ha stipulato un accordo con la direzione generale sanità e sicurezza alimentare della Commissione europea per l'utilizzo del logo comune personalizzato con la bandiera nazionale. Il sopracitato decreto legislativo prevede un sistema nazionale antifalsificazione gestito dall'AIFA con la partecipazione del Ministero della salute, dell'ISS, del NAS, dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli e di altre autorità istituzionali".

"Questo è stato uno dei temi principali: evitare ogni rischio di contraffazione della vendita on-line. In sintesi, il sistema nazionale antifalsificazione comprende la ricezione e la gestione delle segnalazioni che inducono a ritenere che si tratti di medicinali falsificati e di medicinali con difetti di qualità, i richiami di medicinali ad opera delle aziende farmaceutiche o i ritiri di medicinali dal mercato, disposti dall'AIFA presso tutti i soggetti della catena di distribuzione, il ritiro di tali medicinali anche presso i pazienti che li hanno ricevuti. Noi abbiamo voluto applicare alle vendite on-line le stesse misure di cautela che si hanno ovviamente nella farmacia. Il Ministero della salute, su proposta dell'AIFA, può disporre, con provvedimento motivato, anche in via d'urgenza, la cessazione di pratiche commerciali di offerta a distanza di farmaci, accertate come illegali, ovvero emanare disposizioni per impedire l'accesso agli indirizzi internet corrispondenti a siti web rei di pratiche illegali. Da ultimo - ha concluso - evidenzio che il più volte citato decreto legislativo prevede sanzioni personali e patrimoniali per i titolari di farmacie ed esercizi commerciali che mettono in vendita al pubblico a distanza medicinali soggetti a prescrizione medica per i soggetti non autorizzati alla vendita di medicinali al pubblico a distanza e infine per coloro che fabbricano, distribuiscono, importano o esportano, commerciano o vendono a distanza medicinali falsificati".

Lorenzin ha poi risposto all'**interrogazione di Marisa Nicchi (Sel) riguardante gli orientamenti ed eventuali iniziative del Governo in merito all'introduzione di una disciplina volta a regolamentare il "fine vita"**. Il ministro ha evidenziato come, data la complessità e delicatezza della materia riconducibile al testamento biologico, la tematica possa considerarsi di esclusiva competenza parlamentare.

Questa la risposta integrale del ministro: "La complessità e la delicatezza della materia, riconducibile al testamento biologico, comunemente definito «fine vita», per gli oggettivi ed evidenti profili etici che lo caratterizzano mi inducono, senza riserva alcuna, a ritenere che la tematica sia di esclusiva prerogativa parlamentare e, come tale, necessiti di un approfondito confronto e dibattito in tale sede. Ciò in coerenza con gli indirizzi che il Governo sta seguendo qualora si tratti di introdurre disposizioni relative a temi etici. Ricordo, a titolo di esempio, che questo è l'orientamento che il Governo ha seguito in relazione all'attuazione della nota sentenza con la quale la Corte costituzionale ha fatto venire meno il divieto al ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita eterologa e questa è stata una questione che mi ha anche riguardato direttamente. Mi rimetto, pertanto, alle sovrane valutazioni del Parlamento. Per quanto attiene agli specifici profili di interesse sanitario e per quanto possa giovare, ricordo che il Ministero della salute svolge una continua funzione di monitoraggio e coordinamento, finalizzata a garantire sul territorio nazionale la compiuta attuazione della legge n. 38 del 2010, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. È noto, infatti, che la legge n. 38 del 2010 è finalizzata alla tutela della dignità e dell'autonomia del malato fino al termine della vita. Pertanto, le cure palliative sono una prestazione rivolta alla rimozione di quegli ostacoli, primo fra tutti il dolore, che impediscono la piena realizzazione della persona sino al confine ultimo della vita".

"Al proposito, ricordo che, in occasione del semestre di presidenza italiana dell'Unione europea appena concluso, le cure palliative e la terapia del dolore sono state tra i temi prioritari e sono state avviate iniziative di condivisione tra gli Stati membri delle migliori pratiche nella gestione di condizioni patologiche che i progressi della medicina rendono di grande attualità. In particolare, il nostro Paese ha condiviso la propria esperienza con gli altri Stati membri, promuovendo un percorso di sviluppo sempre teso al soddisfacimento degli specifici bisogni di assistenza dei pazienti fragili e ciò anche grazie alla posizione di avanguardia che nel merito viene da sempre riconosciuta all'Italia. Da ultimo, anticipo che nello schema di DPCM di aggiornamento dei LEA, attualmente all'esame delle regioni, è prevista, all'articolo 31, l'assistenza alle persone nella fase terminale della vita. In particolare, è previsto che il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita – affette da malattie progressive in fase avanzate e in rapida evoluzione a prognosi infausta – il complesso integrato delle prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative e psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere nonché di sostegno spirituale".

Infine, Lorenzin ha risposto all'**interrogazione di Eleonora Bechi (Gruppo Misto), nella quale si chiedevano alcuni chiarimenti in merito alla presentazione della relazione del Ministero della salute sull'attuazione della legge n. 194**.

Questa la risposta integrale del ministro: "La relazione annuale al Parlamento sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, recante norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza, è uno strumento istituzionale basato sulle evidenze del sistema di sorveglianza, volto ad indirizzare in modo coerente le iniziative di sanità pubblica, centrali, ma soprattutto regionali, per correggere e risolvere eventuali criticità, pianificare gli interventi più adeguati di prevenzione e raccomandare le procedure più appropriate in termini di maggiore tutela della salute della donna. Come è noto, l'articolo 16 della legge prevede che, entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero".

"Questo Ministero ha già avuto modo di segnalare, anche in occasione delle precedenti relazioni inviate al Parlamento sull'attuazione della legge in questione, che risulta particolarmente difficile, se non proprio impossibile, rispettare la scadenza prevista dalla norma sopra citata, e cioè il mese di gennaio per le regioni che raccolgono i dati e il mese di febbraio per l'Istituto superiore di sanità, che si occupa della rilevazione ed elaborazione dei dati in oggetto e, quindi, di conseguenza, per il Ministero della salute, in considerazione dell'oggettiva complessità dell'acquisizione del dato relativo al numero reale di aborti effettuati, nonché dell'analisi del fenomeno. Inoltre, i tempi necessari per acquisire dati sufficientemente accurati e completi vanno aggiunti a quelli per l'acquisizione di quelli relativi alle popolazioni di riferimento, donne in età feconda e i nati vivi dell'anno in oggetto forniti dall'ISTAT. Voglio, comunque, rassicurare gli onorevoli interroganti che, non appena sarà completata la fase in corso di acquisizione, il controllo dei dati relativi all'anno 2014, sarà mia cura trasmettere immediatamente la relazione al Parlamento. Questo dato, onorevole, relativo al fatto che nella norma c'è scritto febbraio, che in realtà mai è stato rispettato, è oggettivo. È una procedura e in questo caso razionalità vorrebbe che o cambiamo la data della presentazione o continuiamo nella prassi. Io ho sollecitato più volte gli uffici competenti, l'importante è comunque che, sempre entro l'estate, riusciamo a fare una relazione completa, accurata e dettagliata nei minimi particolari".

01 aprile 2015
© RIPRODUZIONE RISERVATA

articoli precedenti

- :: [Decreto Ilva. Via libera definitiva dal Senato](#)
- :: [Costi standard. Rinviata a settembre la decisione sulle tre regioni benchmark](#)
- :: [Di Fare. Parere favorevole della Commissione Sanità del Senato](#)
- :: [Camera. Approvata la Legge di delegazione europea 2013 con le norme anti-vivisezione](#)

Salute

il Giornale.it

Salute
Tuttoscienza
Dieta
Forma fisica
No Profit
Focus
Provato x voi
Style book
Trackers

Home | News

Interviste L'intervista

A tu per tu con il Ministro della Salute

Beatrice Lorenzin, politica italiana, ministro della Salute del Governo Renzi dal 22 febbraio 2014, racconta ai lettori de Il Giornale.it la sua idea di salute, benessere e sport



Ufficio stampa Ministero della Salute

Scheda:

Beatrice Lorenzin

Nata a Roma il 14 ottobre 1971

Professione: in politica dal 1997 è Ministro della Salute dal 28 aprile 2013, prima con il Governo Letta, riconfermata nel Governo Renzi dal 22 febbraio 2014.

Ministro Lorenzin, la salute per lei è...?

È benessere, è essere in uno stato di armonia con se stessi. Ovviamente l'assenza di malattia è l'obiettivo principale, ma anche essere in armonia con se stessi è importante. Per restare in salute è fondamentale la prevenzione, seguire stili di vita corretti e sottoporsi ai controlli preventivi periodici indicati dal medico, per guadagnare non solo anni ma anche qualità di vita.

In breve, qual è la sua opinione su alcuni temi cruciali per la salute dei cittadini: obesità, malattie rare, tumori?

Sono tutti temi che mi stanno particolarmente a cuore e che sono stati, e sono, al centro della mia attività di Governo della sanità. I grandi temi degli stili di vita e della prevenzione delle patologie correlate a comportamenti scorretti e quello dei tumori sono stati al centro dell'agenda del semestre di presidenza italiana dell'UE e sono il cuore del Piano nazionale della prevenzione. La grande sfida che dovremo affrontare per garantire la sostenibilità del sistema sanitario è infatti quella di non fare ammalare i sani, di restare in buona salute il più a lungo possibile, ed in tal senso la chiave di volta è la prevenzione, sia primaria che secondaria. Sul fronte della cura dei tumori poi stanno arrivando tante molecole innovative, farmaci che hanno però costi molto alti e stiamo lavorando per far sì che possano essere garantiti a tutti. Con il mio emendamento alla legge di stabilità, ad esempio, è stato istituito un apposito fondo per i farmaci innovativi grazie al quale è possibile erogare il farmaco in grado di sconfiggere l'epatite C ad una prima di tranches di 50 mila malati. Per quanto riguarda le malattie rare e quelle croniche abbiamo lavorato all'inserimento nell'elenco delle malattie che danno diritto all'esenzione dal ticket di 110 nuove malattie rare e di 6 nuove malattie



Expo 2015
Speciale nutrire il
Pianeta
Vai allo speciale



Terme di Comano
Comano: valle della
salute
Vai allo speciale

Sondaggio



Uffa questa dieta
Vai al sondaggio



Quiz



Gallery



Sondaggi

Cerca

A tu per tu con il Ministro della Salute
INTERVISTE

I blog

Tradire o non tradire...questo è il dilemma!

SESSO

Petali di cipolla rossa con stracciatella e salmone

CIBUS

Un solare per il contorno occhi: ci avevi mai...

BEAUTY

Insegnare a mangiare bene è una faccenda di buon...

DIETA

Chirurgia estetica? No, apparecchio

ARMONIA

Staminali, limiti e possibilità

MUOVITI

Cambio di rotta per Mercurio, Venere e Marte

OROSCOPO



croniche: endometriosi moderata e grave, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) moderata, grave e molto grave, rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, malattie renali croniche, sindrome da talidomide.

Il suo rapporto con l'invecchiamento?

Molto sereno. Devo ringraziare di questo mia madre che è una donna bellissima che ha sempre portato con orgoglio le sue rughe e credo che questo sia un imprinting che ho avuto sin dalla prima infanzia e che mi fa vivere il tempo che passa con naturalezza.

Una dieta sana per lei significa?

Io sono celiaca e quindi seguo necessariamente un'alimentazione priva di glutine. Premesso questo seguo le indicazioni della cosiddetta dieta mediterranea, ricca di frutta e verdura che assicura un buon apporto di sali minerali e vitamine, e povera in grassi, con un attento bilanciamento delle percentuali di carboidrati e proteine assunte giornalmente. È molto importante anche bere almeno 1,5 litri di acqua al giorno per assicurare una giusta idratazione all'organismo, io cerco di farlo. Altra cosa importante è abbinare alla dieta un'adeguata attività fisica giornaliera, che non significa fare necessariamente sport: basta una camminata di mezz'ora al giorno per apportare tanti benefici al nostro organismo. Confesso però che da quando sono ministro non sempre riesco a farlo a causa degli impegni giornalieri.

Non rinunciarebbe mai a... (peccato di gola)

Ogni tanto a sgarrare alla mia dieta e mangiare una....bella pizza!

Il suo rapporto con lo sport?

È sempre stato un rapporto duplice: metà della mia famiglia è sempre stata molto sportiva e l'altra metà, un po' meno. Io appartengo alla seconda metà. Però ho sempre amato fare attività fisica, più che sport agonistici. Sono già molto competitiva nella mia vita lavorativa! Amo molto fare passeggiate in montagna, trekking di lungo percorso (anche più di 100 chilometri), ho scalato tante vette di 4000 mila metri nel mondo, mi piacciono molto le attività fisiche all'aria aperta, sia in montagna che al mare. Amo la barca a vela, da ragazza facevo sub, kitesurf, e anche surf da onda. Anche sciare è stata ed è una grande passione. Insomma, lo sport per me si concilia sempre con la natura, e l'ho sempre inteso anche come un momento di libertà.

La sua giornata ideale in termini di benessere?

Ce ne possono essere due. La prima è in montagna: sveglia presto, poi colazione sostanziosa e sulle piste da sci fino a quando non chiudono gli impianti, poi sauna, bagno turco, un bel massaggio e poi una bella cena con gli amici. Questa è la mia giornata ideale in montagna. Poi c'è la mia giornata ideale al mare, che consiste sempre in una sveglia mattutina, poi lunghe nuotate, qualche esplorazione subacquea e non, e poi.....qualche ora sotto l'ombrellone a leggere qualche bel libro giallo.

La sua vacanza ideale?

Da piccola esploratrice. Ho sempre avuto una vocazione naturale da giovane marmotta che conservo tuttora.

Quanto tempo dedica al riposo? E alla lettura/Hobbies?

Tendenzialmente ero una grande dormigliona! Oggi naturalmente ho altri ritmi e riposare a volte è veramente un miraggio! Non vi nascondo che sono tante le notti trascorse a studiare. Per quanto riguarda invece la lettura, ho sempre amato moltissimo leggere un po' di tutto con una spiccata preferenza per i libri gialli, come ho detto prima. Ora però leggo solo testi sanitari! Porto sempre con me libri anche quando sono in treno o in aereo con l'idea di finirli di leggere.

Ministro Lorenzin, ha o ha mai avuto paura delle malattie?

No. Non ho paura della malattia per me. Ho molta paura però per malattie che possono colpire i miei cari.

Un consiglio per stare bene?

Come ho detto il consiglio principale sono gli stili di vita corretti: mangiare bene, non fumare e non abusare di alcol e fare i controlli previsti che ti salvano la vita: pap test, mammografia e esame colon retto. Tre esami di screening che salvano davvero la vita di milioni di uomini e donne.

E uno per restare in forma?

Almeno 30 minuti di attività fisica al giorno: che io però non riesco a fare in questo periodo!

Che cosa può o deve ancora fare lo Stato per la salute dei cittadini?

Lo Stato deve fare ancora moltissimo. Innanzitutto riorganizzare il sistema regionale. Quando hai metà Italia commissariata in sanità, vuol dire il sistema non funziona e noi possiamo fare tutti i sacrifici che vogliamo ma se non andiamo al nocciolo della questione non riusciamo a risolvere il problema. Con il Patto della Salute che abbiamo approvato a luglio abbiamo fatto un grande lavoro insieme alle Regioni per riformare il sistema nel segno della qualità, dell'appropriatezza, della lotta agli sprechi e della trasparenza. Inoltre pochi giorni fa abbiamo presentato alle Regioni l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e del

Congressi in programma:

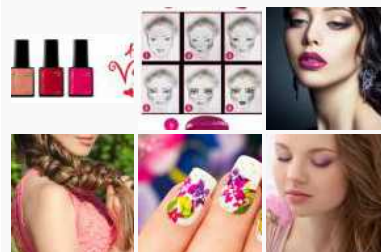
SICPRE 2014

13-15 ottobre

Bergamo

[Vai alla pagina dedicata](#)

Style book



Nomenclatore, che erano ormai obsoleti: pensate che insieme era quasi un ventennio che non venivano aggiornati. Questo consentirà alle persone di poter beneficiare di nuovi dispositivi in grado di garantire l'autonomia dei soggetti disabili, di nuovi ausili informatici di comunicazione, di apparecchi acustici digitali per i minori e per le persone con deficit uditivo, tanto per fare alcuni esempi. E tutto ciò con un costo di poco più di 400 milioni di euro, vale a dire 20 milioni di euro a Regione. Lo Stato deve poi pensare che la sanità non è un costo ma un investimento sulla salute dei cittadini. Abbiamo delle grandi eccellenze che tutto il mondo ci invidia, il nostro SSN è considerato al terzo posto nel mondo, dobbiamo acquisire la consapevolezza che possiamo, e dobbiamo, essere attrattivi per gli investitori. Non si deve pensare che la spesa sanitaria sia un bancomat al quale attingere. Lo stato deve pretendere servizi di altissima qualità ed una gestione oculata delle risorse, ma deve capire che ogni volta che si incide sul sistema sanitario si incide sulla vita delle persone.

Publicato il: 31-03-2015

Di: Alessio Pappagallo

FONTE : [Intervista al Ministro Beatrice Lorenzin](#)


© 2015 sanihelp.it. All rights reserved.

News

Interni 
 Cronache 
 Esteri 
 Economia 
 Sport 
 Salute 
 Cultura 
 Spettacoli 
 Motori 
 Milano 
 Feed Rss 

Archivio

Notizie '14
 Notizie '13
 Notizie '12
 Notizie '11
 Notizie '10
 Notizie '09

 © Sanihelp.it

Opinioni

Leggi i blog de
 ilgiornale.it

Editoriali

Alessandro Sallusti
 Nicola Porro
 Giuseppe De Bellis
 Salvatore Tramontano

Rubriche

Cucù
 di Marcello Veneziani
 di Francesco Alberoni

Speciali

Lusso
 Viaggi
 Vini
 Salute
 Genitori e figli

Tech

Tecnologia
 App iPad
 App iPhone
 App Windows
 Versione mobile 

Community

Iscrizione
 Login
 Facebook
 Twitter
 Google+

Assistenza

Supporto Clienti
 Supporto Abbonati

Servizi

Film al cinema
 Teatri
 Ricerca Farmacie
 Guida TV

Informazioni

Chi siamo
 Contatti
 Codice Etico
 Modello 231
 Disclaimer
 Privacy policy
 Uso dei cookie
 Crediti

Abbonamenti

Edicola
 Ed. cartacea
 Ed. elettronica
 Termini e condizioni

Pubblicità

Pubblicità su ilGiornale.it
 Pubblicità elettorale