Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

10-NOV-2015
da pag. 44
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Sesso protetto. Sempre più piccole, di materiale plastico e capaci di rilasciare ormoni. Le nuove Iud conquistano la scena. Per le donne che vogliono progammare la gravidanza. Ma restano i dubbi su praticità e costi

Il ritorno (lento) della spirale

ELISA MANACORDA

QUESTA È LA STORIA di un ritorno. Lento, in sordina, reso difficile da dubbi e paure spesso ingiustificati, da una certa mancanza di informazione e dalle caratteristiche culturali del nostro paese. Ma è pur sempre un ritorno. Di quella che ieri chiamavamo spirale, e che oggi chiamiamo IUD (dispositivo intrauterino) o IUS (sistema intrauterino) o ancora IUC (contraccettivo intrauterino). E a fare da apripista è l'American College of Obstetricians and Gynecologists, che chiede a gran voce ai suoi affiliati di tornare a consigliare alle pazienti i contraccettivi reversibili a lunga durata d'azione (i cosiddetti Larc). Tra cui spicca proprio lei, la spirale. Perché è l'opzione più sicura (oltre il 99 per cento) per moltissime donne, scrivono gli specialisti sull'ultimo numero della rivista *Obstetrics & Gynecology*, comprese quelle che non hanno avuto figli e le adolescenti già attive, ricordando che non protegge dalle malattie sessualmente trasmesse, come fa, invece, il condom.

Che si tratti di un ritorno lo dicono i numeri. Negli anni Settanta la spirale era un metodo apprezzato e diffuso. Sul mercato erano disponibili ben 17 modelli prodotti da quindici aziende diverse. E tutti pensavano che fosse una buona soluzione. Eppure alla metà degli anni Novanta, complice la brutta storia del Dalkon Shield, un dispositivo intrauterino accusato di provocare – oltre a dolori, infezioni pelviche e sanguinamenti indesiderati - anche qualche decesso, le donne cominciarono a cambiare strada. Oggi, invece, la Iud è scelta da 160 milioni di donne in tutto il mondo. Merito soprattutto delle spirali di ultima generazione, più piccole, nelle quali il rame è sostituito da polimeri in grado di rilasciare quotidianamente minime quantità di levonorgestrel, un progestinico, aumentandone sicurezza e tollerabilità.

In Italia è quasi impossibile sapere quante donne facciano uso della spirale. «Possiamo ipotizzare che siano tra le 100 mila e le 150 mila ogni anno», commenta Emilio Arisi, presidente della Società Medica Italiana di Contraccezione. Tuttavia, aggiunge il presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) Paolo Scollo, da un anno a questa parte la richiesta è cresciuta del 70 per cento al mese. Ma molta strada resta ancora da percorrere, se è vero che il 58 per cento delle italiane non ne ha mai sentito parlare. E se è vero, soprattutto, che i primi a non essere grandi fan della spirale sono proprio i ginecologi. Lo confermano i dati presentati all'ultimo congresso della SIGO: solo 15 medici su 100 la consigliano.

Il fatto è che l'idea di programmare una gravidanza nell'arco di tre o quattro anni usando un anticoncezionale a lunga durata non ha mai convinto le donne di casa nostra. «Le italiane - spiega Rossella Nappi, responsabile dell'Unità Endocrinologia Ginecologica del San Matteo di Pavia - preferiscono sentirsi libere di cambiare contraccettivo senza passare per lo studio del ginecologo. La spirale prevede comunque un intervento del medico, sia per essere inserita che per essere tolta, e questo non piace». Non solo. «Le italiane vogliono mestruazioni poco dolorose, e soprattutto sotto controllo: il 70 per cento sceglie un contraccettivo che consenta di prevedere esattamente quando si verificherà», commenta Nappi. Infine c'è il fattore economico: una spirale costa tra i 130 e i 180 euro. Cui bisogna però aggiungere il costo dello specialista.

E però, a frenare l'ascesa ci sono soprattutto i medici. Che guardano con sospetto al dispositivo, accusato in passato di provocare infezioni. Così, per contrastare la resistenza passiva dei colleghi, la SIGO ha emesso le "Linee Guida" sull'efficacia e l'uso appropriato della

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

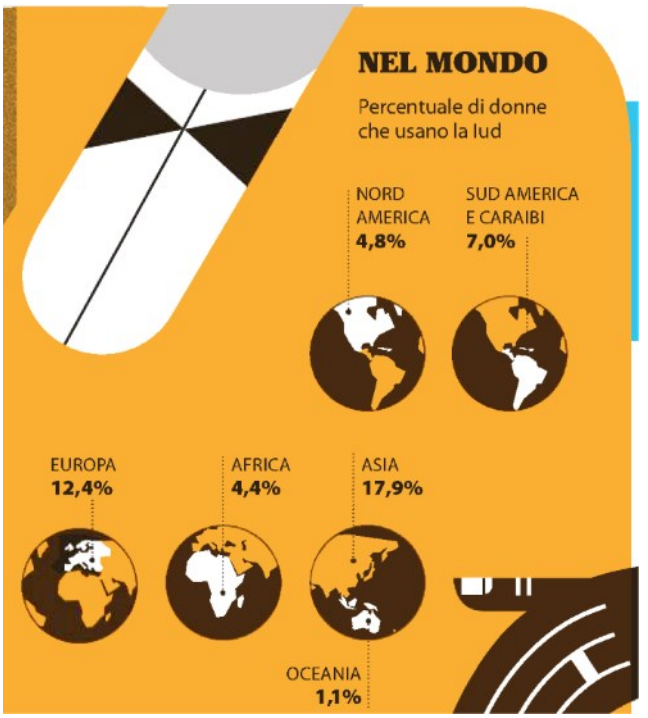
la Repubblica

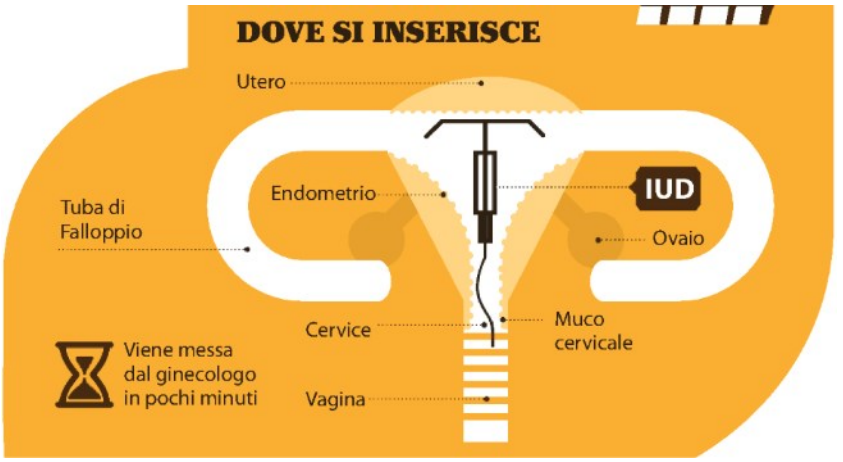
Dir. Resp.: Ezio Mauro

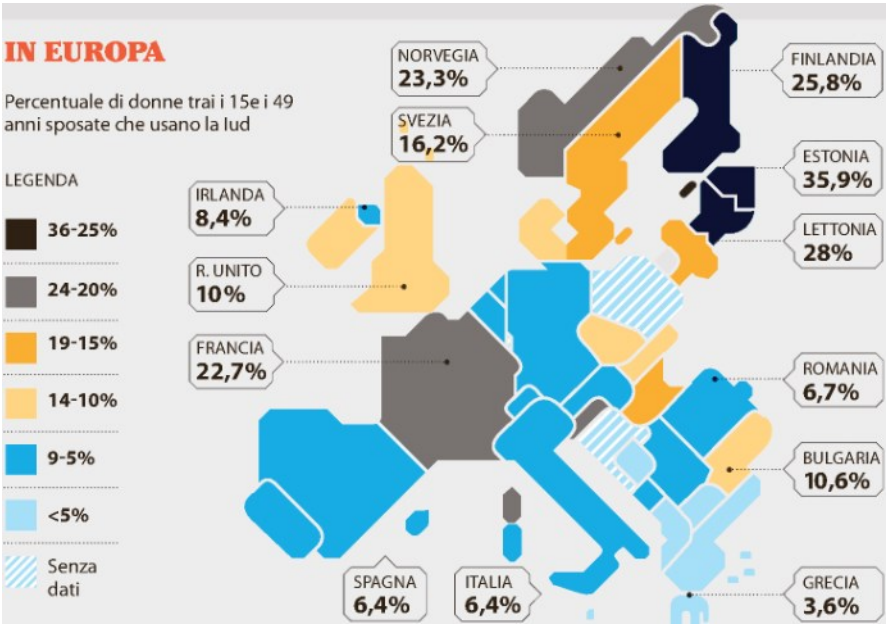
10-NOV-2015
da pag. 44
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

contraccezione intrauterina", per fornire informazioni aggiornate sulla base delle ultime evidenze scientifiche. Le raccomandazioni non lasciano spazio a dubbi: la contraccezione intrauterina, dice la società scientifica, può essere considerata come prima scelta nella maggior parte delle donne, tra cui le adolescenti e le nullipare. Una dichiarazione di guerra ai falsi miti che ancora circondano la spirale.

©RIPRODUZIONE RISERVATA







data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

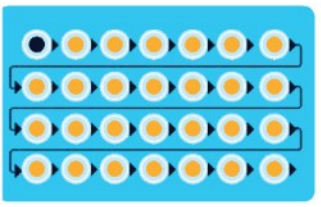
la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

10-NOV-2015
da pag. 44
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

COSA SCEGLIERE

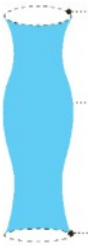
PILLOLA ORMONALE



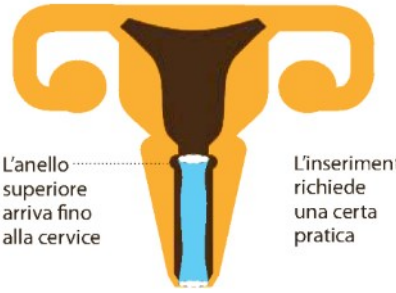
Si assume dal primo giorno del ciclo

Poi una al dì nei successivi 21 o 27 giorni a seconda del tipo di pillola

CONDOM FEMMINILE



Utero



SISTEMA COMPUTERIZZATO (SULLE URINE)

Monitora i livelli ormonali nell'urina e identifica i giorni con più o meno probabilità di concepire

IL CASO

Essure sulla graticola

Approvato in Europa nel 2001 e negli Usa l'anno seguente, sembrava una soluzione ideale per le donne che avevano scelto di non volere figli. Parliamo di Essure, un piccolo dispositivo da impiantare nelle tube di Falloppio (si parla di sterilizzazione isteroscopica), impedendo così l'incontro tra ovocita e spermatozoo. Ma ora uno studio sul *British Medical Journal* individua un «serio problema di sicurezza». A dare l'allarme sono state le oltre 5000 segnalazioni di eventi avversi alla Food and Drug Administration: dolore pelvico, migrazione del dispositivo – che può spostarsi dalle tube al basso addome e alla pelvi – perforazione delle tube o dell'utero, malattie autoimmuni e reazioni allergiche dovute alla presenza di nichel. Inconvenienti anche gravi che in molti casi avevano portato alla decisione di rimuoverlo chirurgicamente. A partire da queste segnalazioni, i ricercatori della Weill Cornell Medicine hanno confrontato la sicurezza e l'efficacia di Essure con la sterilizzazione laparoscopica, cioè la chiusura delle tube con un piccolo intervento chirurgico. E scoperto che il 2,4 per cento delle donne che aveva scelto Essure era dovuta tornare sotto i ferri nel giro di un anno, rispetto allo 0,2 per cento di quelle che avevano scelto la sterilizzazione laparoscopica.
È una ricerca di bassa qualità, obiettano da Bayer, l'azienda che produce il dispositivo. Oppure, ribatte l'attivista per i diritti dei consumatori Diana Zuckerman, la prova della mancanza di accuratezza dei dati sinora conosciuti.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

In Lombardia 43 aborti al giorno, 4,5% con pillola Ru486

SANITÀ

Tweet

Pubblicato il: 09/11/2015 19:31

Come nel resto d'Italia anche **in Lombardia calano le interruzioni volontarie di gravidanza, "ma molto meno che in altre regioni"**, fa notare il **Pd** lombardo che oggi a Milano ha presentato i dati della consueta **indagine sull'attuazione della legge 194**. **In regione le Ivg sono state 15.912 nel 2014 - circa 43 al giorno - il 5,2% in meno** rispetto all'anno precedente. **I ginecologi che scelgono di non praticare aborti esercitando l'obiezione di coscienza sono quasi 7 su 10 (69,4%), con picchi del 100% in 7 ospedali**. "E per sopperire alla mancanza di medici le aziende ospedaliere sono costrette a ricorrere a personale esterno, **gettonisti** chiamati solo per questi interventi. Il loro costo nel 2014 è stato di **255.500 euro**". Per la prima volta i dem hanno chiesto a ciascun presidio anche i dati sull'utilizzo del metodo farmacologico ed è emerso che, a 6 anni dall'introduzione della Ru486 (autorizzata dall'Aifa nel 2009), **in Lombardia "la percentuale di Ivg farmacologiche è ferma al 4,5% del totale** (713 su 15.912). Era al 3,3% nel 2013", denuncia la vice presidente del Consiglio regionale, Sara Valmaggi. La media nazionale è al 9,7%.

La regione, sottolinea, "è ben lontana dal dato record della Liguria (30,5%), ma anche dal 27% della Valle d'Aosta, dal 23,3% del Piemonte, dal 21,8% dell'Emilia Romagna e dall'11,7% della Toscana". A livello nazionale, la Lombardia "si colloca al quindicesimo posto rispetto alle altre regioni e all'origine di questo dato negativo - continua Valmaggi - c'è in primis il fatto che 30 strutture, sulle 62 che effettuano Ivg, non utilizzano la Ru486. In molti casi non viene neanche proposto come metodo alternativo a quello chirurgico". **Dall'indagine spicca però anche il dato significativamente più alto dell'ospedale San Carlo di Milano che ha all'attivo 104 Ivg con Ru486 su un totale di 642 aborti praticati nel 2014 (circa il 16%).**

Gli autori dell'indagine hanno chiesto agli addetti ai lavori quali potrebbero essere i fattori che impediscono a questo dato di salire. "Andando oltre il fatto che secondo noi in Lombardia si persegue l'obiettivo di rendere difficoltoso l'accesso all'Ivg - riflette Valmaggi - va sottolineato anche che **per la Ru486 viene applicata in maniera ferrea l'indicazione nazionale dei 3 giorni di ricovero, a differenza dell'Ivg chirurgica che è eseguita in day hospital.** Altre Regioni hanno scelto una via più 'soft': in Emilia Romagna la Ru486 viene usata in day hospital, in Toscana dal 2014 è possibile somministrarla anche nei consultori".

Poi c'è il fattore "burocratico-organizzativo dei tempi d'attesa tra la certificazione e la data dell'intervento", che in Lombardia "si allungano. **I dati della relazione ministeriale sulla legge 194 evidenziano che la Lombardia è sedicesima per i tempi d'attesa tra la certificazione e la data dell'intervento.** Questo anche perché solo il 65% delle strutture che hanno un reparto di ginecologia e ostetricia effettua Ivg". Molte volte, sottolinea Valmaggi, "passa troppo tempo e questo fa scadere la finestra di 49 giorni entro i quali è possibile utilizzare il metodo farmacologico". Da qui l'appello lanciato alla Regione alla quale, spiega Valmaggi, "chiediamo di impegnarsi affinché le strutture propongano l'Ivg farmacologica a tutte le donne che sono nei tempi previsti, e di imporre l'obiettivo di incrementarne l'utilizzo, almeno parificando la degenza e il regime all'Ivg chirurgica, così da portare la Lombardia al livello

Cerca nel sito

SPECIALE
EXPO 2015
- Vai allo speciale Expo 2015
- Video da Expo
- Eventi
- Protagonisti

Notizie Più Cliccate
1. Rossi non fa il miracolo: "Un biscottone, ha perso lo sport"
2. Centrodestra a Bologna, Salvini: "Renzi a casa". Berlusconi: "Insieme oltre il 40%"
3. Sharm, "la mente dell'attentato è l'egiziano al-Masri"
4. Perugia, aggrediti un tunisino e la moglie italiana: feriti in modo grave
5. Bologna, incendiati cavi della ferrovia: "Sabotare un mondo di razzisti" /Foto

Video

I mici scappano vedendo il padrone travestito da gatto

In volo sulla Statua della Libertà col jet pack

delle altre regioni".

Dal dettaglio dei dati raccolti dal Pd risulta che hanno un **100% di ginecologi obiettori** il presidio di Calcinate (Bergamo), il presidio di Gavardo e quello di Iseo nel Bresciano (in quest'ultimo si raggiunge quota 100% obiettori anche fra gli anestesisti e il personale infermieristico e ostetrico) e il presidio ospedaliero di Oglio Po, dove l'unico ginecologo non obiettore è in aspettativa presso altro ente e le Ivg vengono eseguite da medici dell'ospedale di Cremona. E ancora i presidi di Melzo nel Milanese, Broni-Stradella (Pavia) e il 'Sant'Antonio Abate' di Gallarate (Varese).

In altri 12 ospedali, poi, la percentuale di obiezione è tra l'80% e il 99%. Tra questi il Niguarda di Milano - con l'87,5% di ginecologi obiettori e una spesa di 80 mila euro per gettonisti - **e il Fatebenefratelli** (a quota 82,6%). **"Solo in 8 strutture il tasso di ginecologi obiettori è inferiore al 50%"**, fa notare Valmaggi. Alla situazione negli ospedali pubblici, spiega, **"si aggiunge il fatto che, a quanto ci risulta, nessuna struttura privata accreditata esegue Ivg in Lombardia".** Per il capogruppo del Pd in Regione, Enrico Brambilla, "la Regione dovrebbe vigilare sul privato accreditato e assicurarsi che anche in queste strutture si garantisca il servizio". Su questo punto, interpellati dall'Adnkronos Salute, **alcuni privati convenzionati confermano di non eseguire Ivg e precisano: "E' la Regione che non ce lo ha mai chiesto".**

In generale, sull'attuazione della legge 194 **"non è stato fatto abbastanza in Lombardia", attaccano Valmaggi e Brambilla, parlando di "diritti negati".** In primo luogo, osserva Brambilla, "il calo di Ivg non è stato così consistente. Quindici regioni hanno saputo fare meglio, dalla Valle d'Aosta che ha registrato un -17,5% fino al Piemonte (-7,1%). Tutto questo nonostante in Lombardia sia stata messa in campo una misura economica di sostegno alle donne che rinunciano ad abortire, **il fondo Nasko". Misura che è stata un "flop e che va ripensata".**

L'assistenza alla donna sull'Ivg "qui ha una forte connotazione ideologica e finisce per essere più iniqua e meno efficace" e, chiusa l'era Formigoni, "nulla è cambiato, anzi su alcuni ambiti le politiche sono diventate più oscurantiste", aggiunge Brambilla. Su Nasko in particolare, Brambilla contesta "la scelta miope di porre alcuni paletti che di fatto limitano l'accesso alle donne straniere. L'ultimo dato lombardo, quello del 2013, ci mostra però che il 41% delle Ivg (6.913) sono effettuate proprio da straniere".

Il Pd segnala inoltre che la Lombardia non è fra le Regioni che hanno aderito "al progetto promosso e finanziato dal ministero della Salute sulla prevenzione dell'aborto tra le donne straniere tramite la diffusione delle buone pratiche, nonostante le nostre reiterate richieste". **I dem ricordano "un nuovo allarme, oggetto di indagine anche delle Procure: sempre più siti web vendono online farmaci per l'interruzione di gravidanza rischiosissimi per la salute. La minaccia è quella di tornare al passato**, quando una legge che garantiva le donne non c'era, e per l'aborto clandestino si moriva".

Tweet

TAG: Aborto, Pd Lombardia, Ru486, Ivg, Nasko, Sara Valmaggi, Enrico Brambilla

Commenti

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

Il dispositivo anti-russamento

La foca 'in sella' alla balena

Il trailer di "Warcraft – L'inizio", dai videogiochi al cinema

La nascita del piccolo rinoceronte nero

Il cane che piange quando il suo padrone va a scuola

Il braccio robot prepara la colazione con scarsi risultati

Biglietti aerei acquistati con carte clonate, oltre 130 denunciati in 31 Stati /Video

In Evidenza

A Valencia la sfida finale tra Rossi e Lorenzo, in palio il titolo MotoGp

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

10-NOV-2015
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Aborto, quei «no» di 2 dottori su 3

Resta alta la percentuale di ginecologi obiettori (70%) ma secondo la Relazione 2015 al Parlamento sulla Legge 194 non produrrebbe criticità. Continua il calo degli aborti (-5,1%), le donne straniere sono ancora l'anello fragile.

A PAG. 8

RELAZIONE AL PARLAMENTO 2015 SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 194

Ivg in calo (-5,1%) ma 2 medici su 3 sono contro

Nel 2014 continua in Italia il trend in discesa (-5,1%) delle interruzioni di gravidanza (partito dal 1983) e per la prima volta il numero di interventi è inferiore a 100mila. Ma resta ancora alta la domanda da parte delle donne straniere (un terzo delle Ivg totali). I tempi d'attesa sono in generale sostenibili, pur con variabilità regionali, e il diritto all'obiezione di coscienza pur riguardanto un'ampia fetta di ginecologi (70%) è esercitato a un livello compatibile con l'erogazione del servizio e con i carichi di lavoro dei medici non obiettori. Sono questi i principali trend che emergono dalla Relazione del ministero della Salute sull'attuazione della legge 194/1978 (dati preliminari 2014 e definitivi 2013).

Nel 2014 sono state notificate dalle Regioni 97.535 Ivg (dato provvisorio), con un decremento del 5,1% rispetto al dato definitivo del 2013 (102.760 casi), e un dimezzamento rispetto alle 234.801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il picco più alto. Le donne più giovani (20-29 anni) presentano i tassi di abortività più elevati. E il 3,2% degli interventi riguarda minorenni, soprattutto nelle regioni settentrionali e centrali.

«Attualmente - si legge nella relazione - il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei paesi occidentali». Anche per le donne straniere, anello fragile della prevenzione, non mancano i segnali positivi: la percentuale di Ivg si sta stabilizzando in percentuale, mentre il numero assoluto e il tasso di abortività (triplo rispetto alle donne italiane) sono diminuiti negli ultimi anni.

I tempi di attesa sono in discesa e la percentuale di Ivg effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti aumentata: è il 62,3% nel 2013, era il 61,5% nel 2012 e il 59,6% nel 2011. In calo la percentuale di Ivg dopo le 3 settimane: 14,6% nel 2013, 15,5% nel 2012 e 15,7% nel 2011.

Nessuna «criticità» sull'obiezione di coscienza, che pure riguarda 2 medici su tre (70%): «Su base regionale - spiega il ministero - e, per la prima volta, per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore, anche su base sub-regionale, non emergono criticità nei servizi di Ivg». La copertura è giudicata soddisfacente nel 60% delle strutture disponibili. «Il numero dei punti Ivg - si legge nel Report - paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di Ivg è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti Ivg è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore, cioè, a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra Ivg e nascite». I carichi di lavoro dei ginecologi non obiettori sono giudicati sostenibili: a livello nazionale ogni non obiettore effettua 1,6 Ivg a settimana, un valore medio fra il minimo di 0,5 della Sardegna e il massimo di 4,7 del Molise. Le punte massime di carichi di lavoro si registrano in Sicilia e nel Lazio, dove ci sono medici non obiettori che devono effettuare rispettivamente 9,6 e 9,4 Ivg a settimana.

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

10-NOV-2015
da pag. 8
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Interruzioni di gravidanze e obiettori 2006/2013

Regione	Anno 2013		Anno 2006	
	N. Ivg	% ginec. obiettori	N. Ivg	% ginec. obiettori
Italia	**102.760**	**70,0**	**131.018**	**69,2**
Piemonte	8.542	67,4	11.030	62,9
V. Aosta	252	13,3	274	16,7
Lombardia	16.778	63,6	22.248	68,6
Bolzano	608	92,9	564	74,1
Trento	801	60,0	1.358	64,0
Veneto	5.909	76,2	7.090	79,1
Friuli V.G.	1.744	58,4	2.107	59,8
Liguria	3.109	65,4	3.700	56,3
Emilia R.	9.161	51,8	11.458	53,5
Toscana	6.722	56,2	8.879	55,9

Regione	Anno 2013		Anno 2006	
	N. Ivg	% ginec. obiettori	N. Ivg	% ginec. obiettori
Umbria	1.666	65,6	2.178	70,2
Marche	2.050	68,8	2.581	78,4
Lazio	11.301	80,7	15.250	77,7
Abruzzo	2.314	80,7	2.709	45,5
Molise	415	93,3	620	82,8
Campania	9.974	81,8	12.049	83,0
Puglia	8.443	86,1	11.333	79,9
Basilicata	620	90,2	701	44,0
Calabria	2.671	72,9	3.304	73,5
Sicilia	7.691	87,6	9.303	84,2
Sardegna	2.079	49,7	2.282	57,3

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

LA STAMPA.it

10-11-2015

Lettori

170.000

http://www.lastampa.it/

Per la sterilità maschile la speranza arriva da tecniche del passato

Nati 14 bambini sani usando precursori degli spermatozoi. L'appello del Presidente degli andrologi italiani: «Bisogna educare i giovani a prendersi cura della propria fertilità»

Attraverso il ricorso ad una metodica già nota agli scienziati fin dagli Anni 90 e abbandonata per la sua inefficacia ed insicurezza in favore di altri trattamenti della sterilità maschile, sono nati 14 bambini da uomini incapaci di produrre spermatozoi maturi . La notizia arriva dalle pagine di una prestigiosa rivista come i Proceedings of the National Academy of Sciences, PNAS, dove i ricercatori dell'Institute for ART a Fukuoka e dell'Università di Kobe in Giappone spiegano la strategia utilizzata.

L'AFFINAMENTO DI UNA METODICA GIÁ NOTA

Il gruppo, guidato da Atsushi Tanaka, ha iniettato precursori degli spermatozoi, spermatidi rotondi, negli ovociti prelevati da 76 donne di età compresa fra i 22 e i 46 anni e, per favorirne l'attivazione, ha utilizzato degli impulsi elettrici. Ebbene, fra settembre 2011 e marzo 2014, 12 di loro hanno partorito 14 bambini che non mostrano

alcun deficit fisico o mentale.

La tecnica di microiniezione di spermatidi rotondi, chiamata anche ROSI (round spermatid injection), consiste nell'iniezione nell'ovulo di queste cellule germinali non ancora giunte al termine della maturazione a gamete maschile, cioè a spermatozoo. Il tasso di successo della fecondazione dell'ovocita, tuttavia, è sempre stato piuttosto basso, inferiore alla ICSI (intracytoplasmic sperm injection) ovvero l'iniezione di uno spermatozoo maturo nell'ovocita.

Ciò è dovuto, secondo gli autori dello studio, alle difficoltà nel riconoscere correttamente ed isolare gli spermatidi rotondi, confondibili con altre cellule presenti nel tessuto testicolare prelevato, come i linfociti o i nuclei delle cellule del Sertoli. Infatti, a venire iniettate spesso accadeva fossero queste altre cellule, talvolta in grado di scatenare comunque la divisione dell'ovocita e facendo così pensare ad una avvenuta fecondazione. Secondo gli autori, questo ostacolo sarebbe in via di superamento grazie alle nuove tecnologie che permettono una sempre più accurata selezione delle cellule.

RIMANE IL RISCHIO DI ALTERAZIONI GENETICHE

«Quattordici bambini sono molti, lo studio è sicuramente interessante e pubblicato su una rivista prestigiosa. Tuttavia, sono necessari altri studi prima di poter riabilitare la metodica, che già in passato aveva visto la nascita di alcuni bambini sani» è il commento di Giorgio Franco, Presidente della S.I.A., Società Italiana di Andrologia. Dopotutto, per le linee guida della American Society for Reproductive Medicine e della Society for Assisted Reproductive Technology, la ROSI rimane una tecnica sperimentale e non una metodica raccomandata.

«Rispetto alla ICSI, questa tecnica è meno efficiente, a maggior rischio di morte dell'embrione e di aborto e, teoricamente, di difetti genetici, in particolare dell'imprinting genomico dell'embrione, perché stiamo facendo riprodurre una linea cellulare danneggiata che da sola non sarebbe in grado di farlo. L'imprinting genomico è il termine per indicare l'espressione differenziata di un gene a seconda dell'origine parentale, durante la formazione dei gameti» spiega il professore. «Inoltre, va anche detto che nella maggioranza dei casi di arresto maturativo, questo avviene in una fase più precoce della spermatogenesi, cioè a livello di spermatocita e che, secondo alcuni Autori, in presenza di spermatidi rotondi, cercando meglio in altre zone del testicolo, si trovano anche spermatozoi maturi».

LE PROSPETTIVE PER GLI UOMINI PRIVI DI SPERMATOZOI

Bisognerebbe domandarsi, insomma, fino a che punto l'uso di gameti non maturi sia una strada da perseguire nel trattamento della sterilità. Anche perché a trarne vantaggio sarebbero comunque in pochi. «La domanda: "Dottore, se non troviamo spermatozoi, possiamo usare i loro precursori immaturi?" è una delle più frequenti tra i pazienti con

grave infertilità maschile che si rivolgono alla riproduzione assistita. Ma tra le ragioni che hanno portato all'abbandono di questa metodica vi è la ridotta popolazione che potrebbe beneficiarne» spiega Giorgio Franco. Nel nostro paese **le coppie sterili, che non riescono cioè ad avere un figlio dopo un anno di rapporti non protetti, sono circa il 15-20% e i maschi azoospermici, cioè senza neanche uno spermatozoo nel liquido seminale, sono circa l'1%,** una percentuale in linea con le stime europee.

Degli uomini azoospermici, circa il 30% ha un problema di ostruzione delle vie seminali: in questi casi sono risolutivi degli interventi microchirurgici di ricanalizzazione dei dotti ostruiti oppure si procede col prelievo testicolare dello sperma tramite agoaspirato per la fecondazione artificiale. Nel restante 70% dei casi, all'origine dell'azoospermia vi è una produzione di spermatozoi del tutto assente o notevolmente ridotta. In quest'ultimo caso, gli spermatozoi rimangono all'interno del testicolo e potranno essere recuperati con interventi di biopsia (TESE, MicroTESE) per impiego in fecondazione assistita.

LE RAGIONI DELLA STERILITA' MASCHILE

L'inquinamento ambientale ed il suo effetto sullo sviluppo embrionale, lo stile di vita, l'abuso di alcol, droghe e farmaci, alcune patologie congenite o acquisite dei genitali e la tarda età in cui oggi si decide di procreare sono alcuni dei numerosi fattori che influiscono sulla crescente infertilità maschile. «Aggiungerei l'ignoranza dei ragazzi su questi argomenti: raggiunta una certa età, escono dal radar del pediatra e non si curano della loro futura fertilità, né sanno chi sia l'andrologo. In questa situazione, il medico di base potrebbe svolgere un ruolo di raccordo». E quindi ecco l'appello del Presidente degli andrologi italiani: «Le ragazze conoscono il loro corpo e vengono invitate ad andare dal ginecologo: i genitori facciano lo stesso con i ragazzi e li portino dall'andrologo! Si intervenga con l'educazione in classe e si introducano visite andrologiche preventive gratuite». Solo così si potrà mettere al riparo il giovane da condizioni che potrebbero rivelarsi una minaccia per la sua fertilità. Accorgersene a 40 anni è ormai troppo tardi.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

10-NOV-2015
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

UOMINI E TOPI

Spermatozoi Caccia al pillolo che li frenerà

CI STANNO PROVANDO da decenni: con gli ormoni, senza gli ormoni, cercando di impedire la produzione di spermatozoi, oppure impedendo direttamente la fuoriuscita dello sperma. Ma del contraccettivo orale per maschi (il cosiddetto pillolo) ancora non vi è traccia. Ora però dal Giappone arriva una notizia che potrebbe cambiare le carte in tavola. Il gruppo di ricerca guidato da Haruhiko Miyata dell'Università di Osaka ha sfruttato le proprietà di due farmaci già noti e usati per evitare il rigetto nei trapianti d'organo, la ciclosporina A e il tacrolimus, che hanno un'azione inibente sulla proteina calcineurina. Questa – o meglio, due varianti molto simili all'originale - è presente anche nello sperma e ha un ruolo nella motilità degli spermatozoi. Somministrando ai topi maschi i farmaci antirigetto per due settimane, i ricercatori sono riusciti a ottenere una sterilità temporanea: gli animali si accoppiavano con femmine fertili, ma senza produrre la fecondazione. Gli spermatozoi dei topi trattati, infatti, mostravano un difetto di motilità: riuscivano a raggiungere l'ovocita, e anche a legarsi alla zona pellucida, cioè alla membrana che circonda la cellula uovo. Ma non riuscivano a oltrepassare questa barriera e a penetrare nell'ovocita, dando il via alla fecondazione. Probabilmente, ipotizzano i ricercatori giapponesi, perché la soppressione delle due proteine provocava una sorta di rigidità nella parte centrale della coda degli spermatozoi, togliendo loro la forza necessaria a penetrare nell'ovocita. Questo difetto, spiegano i ricercatori su *Science*, appariva circa 4/5 giorni dopo la somministrazione dei farmaci. Sospendendo ciclosporina A e tacrolimus, i ratti tornavano fertili nell'arco di una settimana. «A partire da questi risultati – concludono i ricercatori – sarebbe ragionevole considerare la calcineurina presente nello sperma come un valido target per un contraccettivo orale maschile». E magari sarà la volta buona. *(e. m.)*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 37.011
Diffusione 08/2015: 25.154
Lettori Ed. II 2015: 479.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

10-NOV-2015
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

LA POSSIBILITÀ IL 25 NOVEMBRE ENTRA IN VIGORE LA NORMATIVA UE

Medici, in una settimana non potranno superare le undici ore lavorative

● **ROMA.** Medici sempre più stanchi e turni sempre più massacranti. Ma dal 25 novembre si dovrebbe voltare pagina: entra infatti in vigore la normativa Ue su riposo e orari di lavoro dei camici bianchi, che impone il rispetto delle 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore e di non superare le 48 ore lavorative settimanali. Il condizionale è però d'obbligo dal momento che, per fare fronte ai limiti di lavoro «europei», occorrerebbero più medici e infermieri. Per questo, il governo starebbe valutando una proroga della scadenza per decreto, affermano i sindacati, i quali bollano tale «escamotage» come «fuorilegge».

Sulla questione, oggi i sindacati nazionali del pubblico impiego sono stati convocati dall'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran). Si farà il punto, partendo da un dato di fatto che le organizzazioni sindacali denunciano ormai da tempo: il fenomeno del precariato «mascherato sotto forma di contratti libero-professionali fittizi, che in realtà sono veri e propri rapporti di lavoro dipendenti privi di qualunque tutela» per coprire i 'buchi di personale nelle strutture ospedaliere. Dunque, quello che arriva dalle organizzazioni di categoria è un no deciso alla previsione di un possibile decreto unilaterale, da parte del ministero della pubblica amministrazione di concerto con il ministero del Lavoro, per la determinazione di deroghe alla normativa Ue. A questo proposito, il presidente del Comitato di Settore Sanità delle Regioni, Massimo Garavaglia, ha ipotizzato anche una mini proroga di circa due mesi nel primo testo di legge utile per arrivare al prossimo anno. E se il confronto è accesso, il problema resta concreto, come riconosciuto nei giorni scorsi dallo stesso ministro della Salute, Beatrice Lorenzin: «Il medico è come un pilota di un aeroplano, affidereste la vostra vita ad un pilota che non dorme da 72 ore?», si chiede. Della stessa posizione Massimo Cozza della Fp-Cgil Medici, che ribadisce come i riposi in sanità «sono fondamentali. Chi si farebbe operare da un chirurgo stanco?». Ora, commenta, «invece di deroghe unilaterali, si affronti la questione investendo le necessarie risorse nella legge di stabilità e aprendo le trattative per il rinnovo del contratto 2015-2018». Per l'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi-Emac), «se dovesse avverarsi il progetto governativo di emanare un decreto derogatorio, facendo leva su una richiesta unilaterale delle Regioni all'Aran, si assisterebbe a una dimostrazione di antidemocrazia». Ogni tentativo di evitare l'applicazione della direttiva, incalza l'Anaao-Assomed, il maggiore dei sindacati dei medici dirigenti, «rappresenta un atto arrogante delle Regioni, segno della loro incapacità ad affrontare seriamente i problemi connessi, come la riorganizzazione dei servizi». A questo punto, avverte, «l'applicazione della direttiva non può che essere al centro della prossima finanziaria». Sul piede di guerra anche gli infermieri: «Impediremo con tutti i mezzi che pazienti e professionisti – dice l'Ipasvi – subiscano le conseguenze di una normalizzazione di deroghe fuorilegge rispetto alle indicazioni Ue».

Manuela Correra

Forestale nella bufera cinque arresti a Brindisi
L'Italia in Arabia saudita costruirà la metropolitana
Medici, in una settimana non potranno superare le undici ore lavorative
Latte, guerra davanti ai supermercati E Martina sblocca 55 milioni di euro
Litiga con la fidanzata e si dà fuoco

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

10-NOV-2015
da pag. 15
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Come se ne esce

Torna il tetto di 48 ore a settimana e il riposo di 11 ore al giorno. Soluzioni difficili tra sblocco del turnover ed efficientamenti.

SIMONETTI A PAG. 15

Tornano applicabili le disposizioni sul tetto di 48 ore a settimana e sul riposo biologico di 11 ore al giorno

Orario di lavoro, via al count down

Soluzioni troppo lontane tra sblocco delle assunzioni ed efficientamenti del personale

Si avvicina inesorabile la data del 25 novembre in cui entrerà in vigore - dopo il differimento di un anno - la legge 161/2014 (legge europea 2013-bis) che all'articolo 14 sancisce l'abrogazione di due norme derogatorie della normativa comunitaria in tema di orari e riposi: il comma 13 dell'articolo 41 della legge 133/2008 e il comma 6-bis dell'articolo 17 del Dlgs 66/2003. Torneranno dunque applicabili le disposizioni sulla durata massima di 48 ore della settimana lavorativa (derogata finora per la dirigenza del Ssn) e il riposo biologico di 11 ore al giorno (derogato per tutto il personale sanitario).

Come si è giunti a questo punto è noto a tutti gli addetti ai lavori ed è stato sinteticamente ricostruito sul n. 23 del 16-22 giugno 2015 de «Il Sole 24 Ore Sanità». In quell'articolo si segnalava che a metà esatta del periodo transitorio stabilito dal legislatore non era stato fatto nulla e che della questione neanche se ne parlava. Sei mesi sono passati sostanzialmente invano e la situazione attuale è identica a quella precedente, anzi si potrebbe dire che è peggiorata per via delle polemiche relative al finanziamento del Servizio sanitario nazionale i cui tagli certamente non consentiranno il ripristino del turn over che si renderebbe indispensabile.

Avevamo provato a ipotizzare alcuni scenari futuri rispetto ai quali si può aggiungere qualcosa. Preliminarmente è doveroso ricordare che la legge 161 in realtà fornisce due soluzioni operative in quanto suggerisce alle Regioni «una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili» e «appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi dei propri enti sanitari».

Riguardo a questo secondo punto in effetti quasi tutte le Regioni hanno attivato processi di riorganizzazione e accorpamenti - a volte molto invasivi - ma sono tutti in corso d'opera e di reali soppressioni di posti letto o di intere strutture non se ne riscontrano molte. È, dunque, credibile che non sarà questa la soluzione. Rispetto al primo dei "suggerimenti" della legge 161, appare indubbio che nella ricerca di una maggiore efficienza del personale il legislatore stesso avrebbe potuto e dovuto dare una mano alle aziende sanitarie: che fine ha fatto la verifica straordinaria delle inidoneità temporanee del personale sanitario prevista dalla legge 228/2012? Perché si fa finta di ignorare che la legge 104 senza il ripristino dei requisiti di convivenza, esclusività e continuità costituisce un'occasione di abusi continui? Certo, da parte loro le aziende sanitarie possono attivare qualche "efficientamento": si potrebbero effettuare ricognizioni serie del personale "fuori posto" (in termini realistici, gli imboscati), si potrebbero riportare tutti i medici assegnati a strutture di staff o simili in servizi di assistenza - anche per giustificare l'erogazione dell'indennità di specificità medica -, si potrebbe irrigidire la gestione delle timbrature in relazione ai ritardi e ai recuperi orari, si potrebbero impugnare i giudizi dei medici competenti quando appaiano platealmente irragionevoli. È però facile comprendere che tali interventi comportano da un lato il rischio di generare tensioni e conflitti ambientali e dall'altro di portare al recupero all'assistenza diretta di poche unità lavorative.

Dei tre scenari ipotizzati, il primo - le Regioni capiscono finalmente la gravità e insostenibilità della situazione e consentono alle aziende di adeguare gli organici - sarebbe tanto auspicabile quanto irrealistico. La situazione anzi è sicuramente più critica rispetto a qualche mese fa, se non altro per la partita del rinnovo dei contratti collettivi (dei quali ancora non si sa chi si assumerà l'onere) e del mancato adeguamento del fabbisogno finanziario, fermo irremovibilmente a 111 miliardi.

Il secondo scenario che veniva ipotizzato era l'adozione di un atto legislativo di ulteriore moratoria dell'entrata in vigore della 161. Soluzione forse oggi più credibile, dato che il generale processo di riorganizzazione è indiscutibilmente partito, pur non essendo stato ancora portato a termine. Forse le condizioni per la adozione di un decreto legge potrebbero trovarsi, ma sarebbe altissima la probabilità dell'arrivo delle sanzioni da parte della Commissione europea.

Il terzo scenario, si diceva, è quello di non fare assolutamente nulla e aspettare gli eventi cercando di arrangiarsi, magari preparando le giustificazioni al mancato rispetto della legge in termini di forza maggiore, divieti regionali ecc. A questo punto corre obbligatoria l'osservazione che se comunque questa partita costerà un mucchio di soldi la soluzione di maggiore buon senso sarebbe quella di assumere.

Passando ai contenuti delle due norme ripristinate, va detto che sussistono alcuni aspetti che saranno sicuramente fonte di polemiche, anche per l'atteggiamento probabilmente intransigente dei sindacati. Innanzitutto in relazione alla durata massima di 48 ore va chiarito quali fattispecie lavorative vi rientrano. A mio giudizio dovrebbero essere: l'orario di lavoro ordinario, il lavoro straordinario e le prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, del Ccnl dell'8 giugno 2000.

Il buon senso - se non si vuole ricorrere all'interpretazione giuridica - suggerisce di escludere dalle 48 ore l'esercizio della libera professione intramuraria a livello individuale. Per convincersene basterebbe riflettere sul fatto che se si include l'Alpi nel computo viene in pratica a essere sterilizzato, se non del tutto soppresso, il diritto soggettivo alla libera professione. Riguardo all'orario di lavoro, quello attuale è di 38 ore settimanali di

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

10-NOV-2015
da pag. 15
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

cui 3,5 (e non 4 come continua a sostenere qualcuno) non dedicate all'assistenza diretta. In ordine allo straordinario, si ricorda che i contratti vigenti prevedono tre tassative fattispecie tra le quali non rientra l'«impegno orario superiore a quello contrattualmente definito» richiesto per il raggiungimento del risultato.

L'altro istituto che necessità di approfondimenti è la pronta disponibilità perché l'articolo 7 del decreto 66 afferma che «il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate... da regimi di reperibilità».

Ora, se l'utilizzo dell'istituto della pronta disponibilità come disciplinato dai contratti collettivi avviene con una ragionevole coerenza con le clausole contrattuali, allora resta impregiudicato che un turno di pronta disponibilità - specie se integrativa - possa sovrapporsi al riposo di 11 ore ogni 24. Ma se, come accade sovente, la reperibilità maschera un vero e proprio turno di lavoro o una guardia, allora il ricorso a tale forma patologica di pronta disponibilità sostitutiva realizza probabilmente una organizzazione illegittima. Resta da accennare al ruolo che potrebbe assumere la contrattazione collettiva nella gestione delle criticità derivanti dall'entrata in vigore della legge 161.

La stessa normativa contenuta nel decreto 66/2003 (articolo 17, comma 1) consente alla contrattazione collettiva di derogare alle disposizioni di cui all'articolo 7. E in realtà così aveva fatto il Ccnl per il comparto del 10 aprile 2008 che all'articolo 5 aveva definito un regime sperimentale per il riposo biologico. Senonché l'articolo 14 della 161 al comma 3 prevede che cessano di avere applicazione dal 25 novembre le disposizioni contrattuali attuative delle norme abrogate. Nulla impedisce, però, che dopo il 25 novembre si stipuli un nuovo contratto collettivo (nazionale, in quanto lo stesso articolo 17 abilita la contrattazione aziendale soltanto per il settore privato) che provveda a chiarire alcuni aspetti e a definire soluzioni alternative per garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori. La stessa legge 161, infatti, recita «... nelle more del rinnovo dei contratti collettivi vigenti». Quest'ultima considerazione rende ancora più impellente e importante la partenza e la rapida conclusione dei rinnovi contrattuali dei quali, a oggi, in verità non riceviamo alcun segnale di vitalità.

Stefano Simonetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Orario lavoro medici, ipotesi deroga norme Ue per decreto

10 novembre vertice sindacati, dal 25 in vigore nuove regole

09 novembre, 18:26

ORARIO DI LAVORO DEI MEDICI, IPOTESI DEROGA PER DECRETO

(di Manuela Correra) Medici sempre più stanchi e turni sempre più massacranti. Ma dal prossimo 25 novembre si dovrebbe voltare pagina: entra infatti in vigore la normativa Ue su riposo e orari di lavoro dei camici bianchi, che impone il rispetto delle 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore e di non superare le 48 ore lavorative settimanali. Il condizionale è però d'obbligo dal momento che, per fare fronte ai limiti di lavoro 'europei', occorrerebbero più medici e infermieri. Per questo, il governo starebbe valutando una proroga della scadenza per decreto, affermano i sindacati, i quali bollano tale 'escamotage' come "fuorilegge".

CORRELATI

ASSOCIATE

+ ORARIO LAVORO, NECESSARI 5MILA MEDICI CON NORME UE

+ SOS STRESS E MALATTIE MEDICI, CAUSA È TROPPO LAVORO

Sulla questione, i sindacati nazionali del pubblico impiego sono stati convocati dall'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) per il 10 novembre. Si farà il punto, partendo da un dato di fatto che le organizzazioni sindacali denunciano ormai da tempo: il fenomeno del precariato "mascherato sotto forma di contratti libero-professionali fittizi, che in realtà sono veri e propri rapporti di lavoro dipendenti privi di qualunque tutela" per coprire i 'buchi' di personale nelle strutture ospedaliere. Dunque, quello che arriva dalle organizzazioni di categoria è un 'no' deciso alla previsione di un possibile decreto unilaterale, da parte del ministero della Pubblica Amministrazione di concerto con il ministero del Lavoro, per la determinazione di deroghe alla normativa Ue. A questo proposito, il presidente del Comitato di Settore Sanità delle Regioni, Massimo Garavaglia, ha ipotizzato anche una mini proroga di circa due mesi nel primo testo di legge utile per arrivare al prossimo anno.

E se il confronto è accesso, il problema resta concreto, come riconosciuto nei giorni scorsi dallo stesso ministro della Salute, Beatrice Lorenzin: "Il medico è come un pilota di un aeroplano, affidereste la vostra vita ad un pilota che non dorme da 72 ore?", si chiede. Della stessa posizione Massimo Cozza della Fp-Cgil Medici, che ribadisce come i riposi in sanità "sono fondamentali. Chi si farebbe operare da un chirurgo stanco?". Ora, commenta, "invece di deroghe unilaterali, si affronti la questione investendo le necessarie risorse nella Legge di stabilità e aprendo le trattative per il rinnovo del contratto 2015-2018". Per l'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi-Emac), "se dovesse avverarsi il progetto governativo di emanare un decreto derogatorio, facendo leva su una richiesta unilaterale delle Regioni all'Aran, si assisterebbe ad un'ennesima dimostrazione di antidemocrazia". Ogni tentativo di evitare l'applicazione della Direttiva, incalza l'Anaao-Assomed, il maggiore dei sindacati dei medici dirigenti, "rappresenta un atto arrogante delle Regioni, segno della

PUBBLICITÀ

ANSA SALUTE PROFESSIONAL

Vaccini: Società Igiene, in Italia 50 morti l'anno di tetano
Tdm:non sempre una corretta anamnesi prima di somministrare dosi

Vaccini:D'Avack,a bimbi non si neghi diritto scuola e salute
Comitato bioetica, serve maggiore contatto tra medici e famiglie

Sanità:Assobiomedica,garantire accesso pazienti a tecnologie
Ogni anno imprese investono 6,2% del fatturato in innovazione

VAI AL SITO PROFESSIONAL

SPECIALI ED EVENTI

Farmaci: italiani 'bocciati', metà non aderisce bene a cure
A pesare sono anche scarso impegno, sfiducia e costi terapie

Ferrarini da' "pagelle" VIP su salute
Very Important Proteins con Policlinico Gemelli di Roma

Influenza: colpisce un italiano su 10, in arrivo vaccini
Da 5 a 8 milioni di casi l'anno, 8000 le morti correlate

Arriva app per autovalutare rischi disfunzione erettile
Realizzata da Siu e presentata a congresso Società a Riccione

Salute, a Expo arriva 15/mo Obesity Day
Illustrati come Best practice anche due progetti Coca-Cola

Asma e Bpco 'mozzano' il respiro di 1 italiano su 10
Patologie raddoppiate in quasi 10 anni, in crescita

In Sierra Leone al via sperimentazione vaccino Ebola
Prodotto da Janssen,ha risultati promettenti in studi preclinici

VAI ALLA RUBRICA

loro incapacità ad affrontare seriamente i problemi connessi, come la riorganizzazione dei servizi". A questo punto, avverte, "l'applicazione della Direttiva non può che essere al centro della prossima legge di stabilità, anche al fine di garantire i finanziamenti per stabilizzare l'immenso precariato su cui si è retto il sistema sanitario in questi anni e l'aumento degli organici". Sul piede di guerra anche gli infermieri: "Impediremo con tutti i mezzi che pazienti e professionisti - avverte l'Ipasvi - subiscano le conseguenze di una 'normalizzazione' di deroghe fuorilegge rispetto alle indicazioni europee".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

P.I. 00876481003 - © Copyright ANSA - Tutti i diritti riservati

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

10-NOV-2015
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Suggerimento del ministro

«Le Regioni facciano pagare gli antibiotici»

MASTRANTONIO ■ A pagina 5

Pressing Ue, servono 5.000 medici «Chi può paghi gli antibiotici»

Appello del ministro Lorenzin. Sui turni si studia un decreto-deroga

Silvia Mastrantonio
■ ROMA

UN APPELLO ai cittadini perché, se in grado, si paghino almeno gli antibiotici e, insieme, lo studio di una deroga che consenta all'Italia di sottrarsi alle direttive europee sui turni di lavoro dei medici. Perché, se entrassero in vigore da noi le regole Ue negli ospedali, mancherebbero all'appello almeno 5.000 camici bianchi. Segnali evidenti che, sul settore sanitario, l'Italia della ripresa arranca ancora.
«Le persone che possono pagarsi l'antibiotico dovrebbero farlo, è una questione di civiltà» ha detto ieri il ministro Beatrice Lorenzin lanciando l'amo. «Stiamo facendo di tutto per non far aumentare i ticket – ha aggiunto – anzi, stiamo dicendo alle Regioni di non aumentare di perché c'è stato un momento di grande difficoltà nella popolazione». C'è stata difficoltà ed, evidentemente, c'è ancora. Come c'è in tutto il comparto delegato alla salute.

DAL PROSSIMO 25 novembre entra in vigore la normativa Ue categorica su riposo e orari dei medici. Contiene il rispetto delle 11 ore consecutive di 'stacco' ogni 24 ore e un totale massimo di impegno settimanale che non può andare oltre le 48 ore. Argini a tutela di tutti e lo stesso ministro lo riconosce: «Il medico è come il pilota di un aeroplano. Affidereste la vostra vita ad un pilota che non dorme da 72 ore?». Il ministro lo sa e non vuole proroghe. Lo sanno anche le Regioni, ma il gap che la norma potrebbe produrre è spaventoso: i conti pubblici ancora si reggono sul blocco del turn over. Ci vogliono più medici e più infermieri per attenersi alle nuove disposizioni. E chi li paga? Ecco perché il governo sta valutando una proroga della scadenza per decreto. Un *escamotage* – tra l'altro negato dalla stessa Lorenzin, secondo cui «non ci sarà alcun slittamento» – che i sindacati non esitano a definire «fuorilegge» ma che potrebbe consentire alle Regioni, soprattutto quelle sotto procedura di rientro, di allontanare il problema nel tempo. Soluzione non solo osteggiata dall'Europa, ma che fa infuriare i rappresentanti delle categorie della sanità. Medici, *in primis*, con chirurghi e anestesisti sulle barricate, ma anche infermieri.

SE L'OBIETTIVO è arrivare al prossimo anno e poi vedere come va, il progetto del governo è destinato a scatenare proteste a non finire, tanto più se associato all'accelerazione impressa alla legge sulla responsabilità professionale. «Chi sbaglia deve pagare, è giusto – commenta Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione dei Collegi Ipasvi (infermieri) –. Ma se l'errore è legato a una condizione lavorativa impossibile e insostenibile come quella attuale, vorrebbe dire subire il danno e anche la beffa».
Intanto oggi tutti i rappresentanti delle categorie saranno riuniti all'Aran, Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni. Gli ottimisti pensano che il *meeting* servirà a fare il punto della situazione, affrontando il capitolo sul precariato (i contratti libero-professionali) che serve a tappare i buchi di organico in corsia. I pessimisti, invece, temono si tratti solo di un vertice di facciata, preludio al decreto-proroga del governo già pronto nel cassetto.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

10-NOV-2015
da pag. 5
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

In cifre

48 ore

La durata media dell'orario di lavoro, dice la legge europea, non può superare le 48 ore alla settimana
Ogni 24 ore consecutive serve un riposo di 11 ore

10.000 euro

Le multe per chi supera le 48 ore settimanali vanno da 200 a 10.000 euro
In caso di violazione delle 11 ore di riposo, la sanzione varia da 100 a 3.000 euro

SALUTE Beatrice Lorenzin *(Ansa)*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

10-NOV-2015
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

PREVENZIONE SOTTO LA LENTE

Tra calo vaccinale e nuove frontiere dell'emergenza

Si scrive prevenzione si legge salute pubblica. Quella fatta di malattie rimosse grazie ai vaccini ma in agguato perché calano le coperture, di infezioni sempre più aggressive che non si battono con i normali antibiotici e di problemi di salute mentale, che diventano drammaticamente diffuse. Per questo la salute di tutti va difesa con strategie aggiornate e innovative, come comunque in Italia si continua a fare nonostante le difficoltà e i finanziamenti sempre più centellinati.

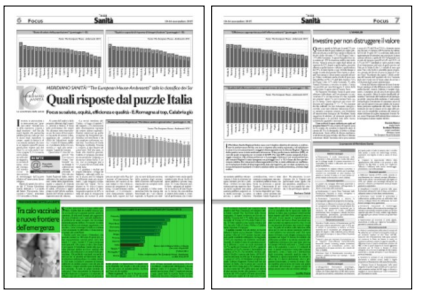
Perché certo non siamo i finlandesi, che possono contare su 188 euro di spesa pro capite, ma nemmeno i poveri greci, con i loro miseri 17,3 euro. I nostri 67,4 euro a testa non sono spiccioli. Ma si può, si deve fare di più. E per questo il Meridiano Sanità alla sua decima edizione dedica un ricco capitolo alle politiche, alle istituzioni e ai numeri della prevenzione. Alle politiche vaccinali, ma anche a temi su cui va prestata un'attenzione nuova: la resistenza antimicrobica e la salute mentale. Del resto, in Italia il consumo di farmaci antibiotici in ambito umano è uno dei più alti in Europa e i super microbi sono in drammatico aumento. Al pari, la salute mentale diventa per l'Oms una priorità: la frequenza di disturbo depressivo maggiore è in aumento ad affligge oggi più di 350 milioni di persone a livello globale. La depressione è la quarta causa di disabilità nel mondo e da sola spiega il 12,0% del carico di malattia globale, la prima nei Paesi ad alto reddito.

Piani regionali. Da noi le Regioni avrebbero dovuto recepire entro il 31 dicembre 2014 il Piano nazionale prevenzione 2014-18 e avrebbero, condizionale obbligatorio, dovuto adottare, entro il 31 maggio 2015, i Piani regionali prevenzione (Prp). Complessivamente, a oggi, quasi tutte le regioni hanno recepito l'Intesa tra Governo e Regioni; svolto un'analisi di contesto regionale per ciascun macro obiettivo del Pnp e trasmesso al ministero della Salute i propri Prp. Sul fronte delle risorse impegnate, il report evidenzia un'elevata variabilità. Si passa dal 2,7% della spesa sanitaria totale di Trento al 5,9% della Valle d'Aosta. Il Patto stabiliva una soglia minima del 5%, ma solo Valle d'Aosta, Molise e Calabria hanno rispettato l'impegno.

Capitolo vaccini. Già ad ottobre, la Società italiana d'Igiene aveva lanciato l'allarme: per la prima volta nel 2014 nessun vaccino, neppure quelli cosiddetti obbligatori, ha raggiunto il 95% di copertura sul territorio nazionale. Secondo lo studio il tasso di copertura per polio e difterite è sceso su scala nazionale al 94,7%, quello per il tetano al 94,8%, epatite B e pertosse al 94,6% mentre l'hemophilus influentiae al 94,2%. Per morbillo, rosolia e parotite il livello è ancora più basso, all'86,6%. Ancora più bassa la cifra per il meningococco C, sceso al 74,9%. Il Meridiano evidenzia, citando l'ultimo Rapporto Osmed sull'uso dei farmaci in Italia, che la spesa per vaccini in Italia nel 2014 è stata pari a 291 milioni di euro: poco meno del 30% della spesa per attività di prevenzione rivolte alle persone e in diminuzione del 10% rispetto all'anno precedente: una spesa pro capite di 4,8 euro (era 5,4 per l'anno 2013). Ed è un valore decisamente basso se si considera che la spesa pro capite per farmaci in Italia (già comunque relativamente bassa rispetto agli altri Paesi europei) arriva a 438 euro. E per questo si registra positivamente l'arrivo del nuovo Piano nazionale studiato secondo un approccio per la vita e in cui le vaccinazioni diventano una sorta di «super Lea». In grado di incidere sulla riduzione della spesa per le cure di alcune patologie infettive e non infettive nei prossimi anni. Del resto siamo di fronte a una doppia emergenza ben segnalata nel report: il ritorno di malattie che credevamo sconfitte e un deciso aumento dell'antibiotico-resistenza che ogni anno provoca in Europa 400mila infezioni e 25mila morti oltre a far esplodere i costi a 1,5 miliardi di euro. A queste emergenze vanno date risposte innovative, come è stato con l'introduzione degli screening tumorali qualche anno fa. L'adesione a questi programmi ha salvato e salva vite. E i dati lo dimostrano: dove i programmi funzionano, si muore di meno. Questo significa prevenzione nel senso più giusto e concreto del termine. E questo report lo spiega ancora una volta nei minimi dettagli.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



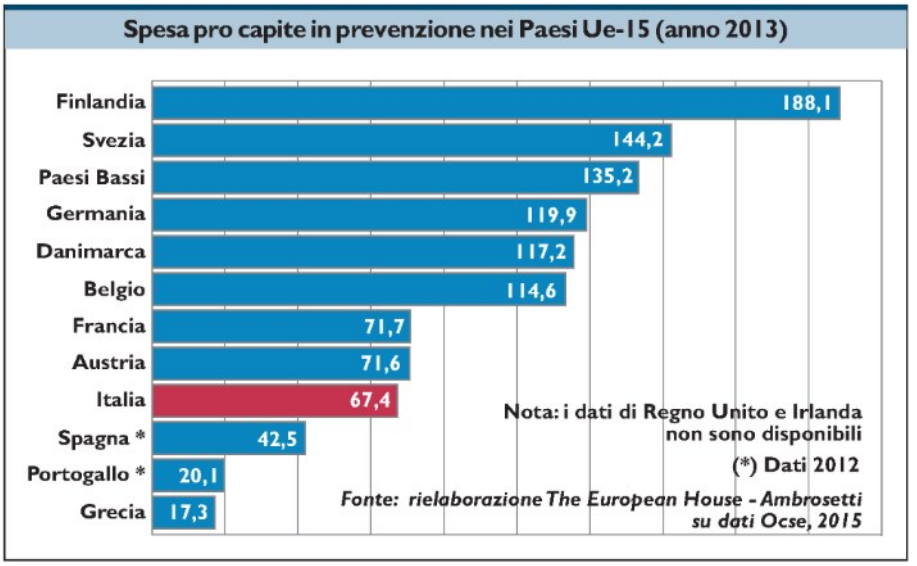
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

10-NOV-2015
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

10-NOV-2015
da pag. 42
foglio 1
www.datastampa.it

I VIAGGI

Quelli che scappano

In punta di diritto, un cittadino italiano che abbia bisogno di ricevere cure in una regione diversa da quella di residenza, deve essere assistito e rimborsato dalla sua Asl. Nei fatti, molti migrano dal sud al nord del paese perché le liste d'attesa sono troppo lunghe o perché sanno che non riceveranno cure adeguate nell'ospedale dietro l'angolo. In pole position c'è l'ortopedia seguita da tutte le chirurgie, dalla neurologia e dalle malattie rare. Ma il rovescio della medaglia è che la regione in cui risiede il malato deve poi pagare a quella che lo cura. E questo, a oggi, ha fatto la fortuna di Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, innanzitutto. Così, stando alla maggioranza delle segnalazioni in materia di viaggi della speranza, ricevute dal Pit Salute, accade che le Asl tardino enormemente a rimborsare le spese dirette sopportate dalle famiglie, ma quel che è peggio fanno melina nel concedere le autorizzazioni; sommergendo i malati di burocrazia e lungaggini. Le segnalazioni arrivano da tutto il meridione, Sicilia compresa, dove la prassi è tale che si dice: "il miglior medico è l'aereo". Quindi, regioni che non riescono a organizzare i servizi e sono abituate a pagare le virtuose del nord, ma che oggi sono costrette a ripianare i deficit; e cominciano col far desistere i cittadini che devono salire su un treno per avere quelle cure che a casa non trovano. Cosa accade a quelli che non possono anticipare i costi, né ricorrere alle prestazioni a pagamento nei centri del nord? Semplicemente non ci vanno. *(d.m.)*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media