Sanità 24 | "24 ORE





TAG

Gravidanza, parto e puerperio

Aziende sanitarie locali - ASL

DAL GOVERNO

Fecondazione: meno coppie trattate ma nascono più bambini. La relazione Lorenzin al Parlamento

Relazione sull'applicazione della legge 40 sulla Pma

Nel 2014 sono stati 12.658 i bambini venuti al mondo grazie alle tecniche di fecondazione assistita, pari al 2,5% del totale dei nati in Italia. Complessivamente diminuiscono le coppie trattate e i cicli effettuati, ma aumentano gravidanze e nati. Sono alcuni dei dati che emergono dalla relazione al Parlamento sull'applicazione della legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita (Pma) depositata dalla ministra della Salute, Beatrice Lorenzin.



In particolare nel 2014 i cicli di pma effettuati sono stati 90.711, meno dei 91.556 del 2013, ma il calo è dovuto, rileva la relazione, ad una riduzione dei trattamenti di I livello, cioè quelli più semplici, come l'inseminazione intrauterina (27.109 nel 2013 contro i 23.866 del 2014). Le tecniche di II e III livello (quelle più complicate come la fivet e l'icsi) invece aumentano. È calato anche il numero complessivo di coppie trattate, sceso a 70.589, mentre sono aumentate quelle ricorse alle tecniche di scongelamento.

Il lieve aumento delle gravidanze ottenute (15.550 nel 2013, 15.947 nel 2014) è dovuto al calo di quelle ottenute con inseminazione semplice e all'aumento di quelle avute con l'applicazione di tutte le tecniche di II e III livello. Stabile invece la percentuale di successo delle tecniche, cioè del numero di gravidanze ottenute per ciclo: il 10% per l'inseminazione semplice, il 19,4% per le tecniche a fresco di II e III livello. Costanti le gravidanze gemellari (19,5%), mentre i parti trigemini sono l'1,2%, il doppio della media europea, pari allo 0,6%. Continuano ad aumentare gli embrioni congelati (29,9%), l'età delle donne che accedono alla fecondazione (36,7 anni) e la percentuale delle over 40, pari al 32,9% (uno dei dati più alti in Europa).

Circa l'accesso ai centri pubblici o convenzionati, c'è da segnalare che pur essendo il 37,6% del totale, effettuano il 64,4% dei trattamenti. Per la prima volta nella relazione sono contenuti i dati sulla fecondazione eterologa, consentita dall'aprile 2014, sono 236 i cicli iniziati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

Rapporto Sdo 2014: in calo ricoveri (-3,2%) e giornate di degenza (-1,8%). Migliora l'appropriatezza

Influenza: le raccomandazioni del ministero per la stagione 2015-16

MEDICINA E RICERCA 16 Settembre 2015

La medicina narrativa per raccogliere le voci delle famiglie dei bimbi prematuri

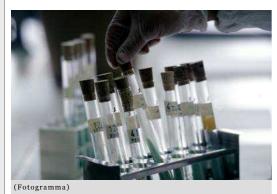


Home . Salute . In Italia sempre più coppie in cura per la procreazione medicalmente assistita, convegno a Bari

In Italia sempre più coppie in cura per la procreazione medicalmente assistita, convegno a Bari

SALUTE

Tweet



Pubblicato il: 05/07/2016 17:50

In Italia la sterilità nella coppia è ormai un disagio sociale. Una coppia su cinque non riesce ad avere figli in modo naturale mentre solo 20 anni fa la percentuale era pari alla metà. Siamo tra i Paesi in Europa dove nascono meno bambini (1,39 per donna nel 2013) e tra quelli in cui l'età media delle donne al primo parto supera i 30 anni. Rispetto al 2012, le madri 'over 40' sono raddoppiate (dal 3,1% al 6,2% nel 2012) e particolarmente elevato è stato l'aumento delle quote di donne che avevano più di 40 anni quando è nato il loro primo figlio (passate dal 1,5% al 4%).

La conferma è arrivata dagli ultimi, recenti dati del ministero della Salute, che confermano anche un trend positivo per quanto riguarda la procreazione medicalmente assistita. I dati relativi al 2014 parlano infatti di 70.589 coppie, di cui 2.960 solo in Puglia, trattate con tecniche di procreazione medicalmente assistita di primo, secondo e terzo livello, grazie alle quali sono nati 12.658 bambini che rappresentano il 2,5% del totale dei nati in Italia nel 2014 (502.596 nati vivi). Dal ministero confermano che la maggior parte dei trattamenti viene effettuata nei centri pubblici e privati convenzionati. Tra questi è presente anche l'Ospedale Santa Maria di Bari che, con una media di 1.200 procedure di primo e secondo livello ogni anno, è considerato un centro di eccellenza per la procreazione medicalmente assistita. Venerdì 8 e sabato 9 luglio, in occasione dei 25 anni di attività dell'ospedale, si terrà un convegno dedicato alla 'Procreazione medicalmente assistita' di cui gli specialisti dell'Ospedale Santa Maria, Pasquale Totaro e Yoon Sung Cho, sono gli ideatori nonché referenti scientifici.

Ad aprire i lavori il saluto di Giuseppe Speziale, vicepresidente di Gvm Care Research. Sarà presente tra gli altri Gianpiero Palermo, considerato il pioniere dell'Icsi, grazie al quale nel 1992 nacque il primo bambino al mondo con questa tecnica. Parteciperanno al congresso circa 150 medici (specialisti in anestesia, ematologia, endocrinologia, genetica, ginecologia, patologia clinica, urologia), oltre a biologi, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari (per i quali sono anche previsti crediti Ecm).

Il programma del Workshop, aperto anche alla stampa nelle sue fasi introduttive dalle 13.30, prevede diverse relazioni tecniche sulla fisiopatologia della riproduzione umana e sui diversi approcci alle tecniche di Pma, oltre a un approfondimento sul tema della fecondazione eterologa.

Tweet

TAG: Gvm, Fecondazione, pma, procreazione medicalmente assistita

Una batteria portatile fatta di cartone

Cerca nel sito



Notizie Più Cliccate

- 1. La pasta non fa ingrassare, studio italiano assolve spaghetti e rigatoni
- 2. E' il giorno della carta d'identità elettronica, tutto quello che devi sapere /Video
- 3. "Non ce la faccio più!", si fa arrestare a Roma per non stare in casa con la compagna e la figlia
- 4. Il trucco del mago è un disastro: giornalista trafitta dal chiodo /Video
- 5. Roma, blitz contro la corruzione: arresti e perquisizioni. Indagato deputato Marotta





05-07-2016 Lettori 155.567

http://www.ansa.it

Con piccola perdita peso più possibilità di concepire un bimbo naturalmente

Per donne sovrappeso o obese; bastano 4 kg e mezzo in 6 mesi



Pochi chili in meno possono fare la differenza nelle possibilità di concepimento, aiutando le donne in sovrappeso o obese ad avere una gravidanza in modo naturale senza ricorrere ad esempio alla fecondazione in vitro. Basta perderne circa quattro chili e mezzo in sei mesi per raddoppiare le possibilità di concepire in modo naturale. E'quanto emerge da uno studio dello University Medical Centre di Groningen, in Olanda, presentato al meeting annuale della European Society for Human Reproduction and Embryology ad Helsinki, in Finlandia. Gli studiosi hanno esaminato 577 donne, con problemi di fertilità e che erano in sovrappeso o obese, cioè con un indice di massa corporea che andava da 29 (sovrappeso) a 35 (obesità). La metà ha ricevuto indicazioni sulla perdita di peso, un intervento della durata complessiva di sei mesi, prima di andare incontro a 18 mesi di eventuali trattamenti per la fertilità, l'altra metà è' stata invece considerata come gruppo di controllo e ha fatto unicamente i trattamenti per la fertilità. Nel gruppo che è stato messo a dieta e ha fatto esercizio fisico la perdita di peso complessiva è stata di 4,4 chili rispetto a circa un chilo del gruppo di controllo e una donna su quattro è rimasta incinta rispetto a poco più di una su dieci (12,6 per cento).

"Abbiamo rilevato che un intervento sullo stile di vita nelle donne obese porta più frequentemente al concepimento naturale, in particolare in quelle 'anovulatorie', in cui cioè il ciclo mestruale si interrompe o è occasionale. Ciò che abbiamo riscontrato potrebbe essere usato come consulenza prima dei trattamenti di fertilità e ragionevolmente diventare un intervento di prima linea", spiega l'autrice della ricerca Anne Van Oers.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 142.595
Diffusione 04/2016: 110.595
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

06-LUG-2016 da pag. 12 foglio 1 www.datastampa.it

Susanna Tamaro: «Così l'utero in affitto cancella la maternità»

L'intervento

La scrittrice attacca il bio business: è il fondamentalismo domestico, «famelico generatore del nulla»

na «visione aberrante del mondo». Che vorrebbe cancellare la maternità nel nome del «bio business» e ridurla «a livello delle piante, senza identità individuale. La genealogia ridotta a quella uniformante della specie». Sono parole durissime quelle con cui la scrittrice Susanna Tamaro ha affidato ieri alle pagine del Corriere della sera la sua esplicita denuncia, unendo così la sua firma alle tante di Avvenire su questo drammatico tema: «Non vorrei mai essere nata da una gestazione per altri». Cioè da un utero in affitto. Anzi, secondo Tamaro la prima «manipolazione del pensiero» da abolire è proprio quella perpetrata attraverso le parole: perché «dire "gestazione per altri" è tutt'altra cosa che dire "utero in affitto". Il concetto di affitto porta con sé l'idea, infatti, dell'oggetto e del commercio mentre la definizione "per altri" ci indirizza verso una positività buonista che rende questa condizione non solo accettabile, ma anche desiderabile».

La cruda verità invece è che il bio business è «un famelico generatore di nulla»: «Attaccare la maternità, distruggere le sue viscere misericordiose - spiega Tamaro -, vuol dire attaccare e distruggere i fondamenti del mondo». E per capirlo, continua, «non occorre essersi rimpinzati di opuscoli pro life, basta aver visto almeno una volta una gatta a cui siano stati sottratti i gattini, la trepida cova di una rondine, le povere donne che scendono dai barconi stringendo al petto i loro figli sopravvissuti all'orrore». La sfida d'una società basata davvero sull'amore, dunque, dovrebbe essere quella di «lavorare strenuamente nel campo degli affidi e delle adozioni» magari riducendo «i tre, quattro anni abituali di attesa a nove mesi, il tempo d'una gravidanza». O ancora togliendo «la maggior parte dei hambini dalle situazioni di anaffettività dell'abbandono». Suggestioni laiche, e ragionevoli, nel deserto di quello che a tutti gli effetti è diventato un fondamentalismo del nostro tempo. (V.D.)





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati **Tiratura:** n.d.

Diffusione 12/2013: 22.220 Lettori Ed. I 2015: 146.000 Quotidiano - Ed. Venezia

VENEZIAMESTRE

Dir. Resp.: Roberto Papetti

06-LUG-2016 da pag. 11

foglio 1 / 2 www.datastampa.it

ALL'ANGELO La piccola deceduta a 24 ore dalla nascita nel reparto di Ostetricia e Ginecologia

Neonata **morta**, l'Ulss 12 non concilia

Perizia di tre esperti nominati dalla Procura: «Ci sarebbero stati ritardi nell'intervento»

VERSO IL PROCESSO

Ora la famiglia andrà in tribunale

L'Ulss 12 non si presenta all'appuntamento per la mediazione al fine di risarcire i genitori per la morte della figlia avvenuta a 24 ore dal parto. La vicenda riguarda il decesso della piccola Tasnim Mim, il 28 maggio del 2014, dopo essere venuta al mondo nel reparto di Ostetricia Ginecologia dell'ospedale dell'Angelo. All'epoca era intervenuto anche il governatore Luca Zaia che aveva assicurato: «Sarà mia cura dire al direttore generale dell'Ulss Dal Ben di chiarire la vicenda». Ma finora l'Ulss 12 ha ignorato la procedura di mediazione e la Procura di Venezia ha affidato una perizia a tre esperti che sono giunti alla conclusione che ci sarebbero stati dei ritardi negli interventi durante il parto. Ma ecco cosa era successo il 27 maggio di due anni. La mamma, incinta di 38 settimane e 6 giorni, viene ricoverata all'Angelo per dare alla luce il suo primo figlio: la gravidanza è stata regolare, ma la donna viene costantemente monitorata perchè è diabetica e ipertesa. Alle 22.54 la giovane donna viene sottoposta ad episiotomia - un taglietto - per facilitare l'uscita del feto: 13 minuti dopo viene espulsa la testa, ma non altrettanto avviene, come avrebbe dovuto, per le spalle. L'ostetrica allerta il medico di guardia, che dopo un po' riesce a estrarre la piccola, ma le sue condizioni appaiono subito gravissime. Il giorno successivo la neonata viene trasferita d'urgenza nella Patologia Neonatale dell'ospedale Ca' Foncello di Treviso per asfissia grave e frattura dell'omero sinistro. Inutile ogni tentativo per salvarla, alle 22.15 muore.

I genitori denunciano quanto accaduto all'autorità giudiziaria che dispone l'autopsia sul corpicino. La consulenza tecnica collegiale disposta dal pm Walter Ignazzitto ha visto impegnati il medico legale Silvia Tambu-

scio, il neonatologo Daniele Trevisanuto, e la ginecologa Alessandra Zambon. Le conclusioni parlano di «tardiva diagnosi della distocia delle spalle che ha determinato un tardivo avvio delle manovre di disimpegno... il danno neurologico così grave da cagionare la morte entro breve tempo dalla nascita sarebbe stato evitato da una condotta massimamente diligente da parte del medico di guardia che assisteva al parto». La coppia bengalese ha attivato la procedura di mediazione per arrivare a una definizione bonaria della vertenza, ma al primo incontro fissato per lunedì scorso l'Ulss non si è presentata. «Un atteggiamento inconcepibile che disattende gli impegni sbandierati all'indomani della tragedia dal Governatore del Veneto, Luca Zaia» osserva Ermes Trovò responsabile dell'agenzia di infortunistica 3A a cui si è rivolta la famiglia. A questo punto la coppia bengalese dovrà procedere con un atto di citazione avanti al Tribunale di Venezia.

© riproduzione riservata



Tiratura: n.d.

Diffusione 12/2013: 22.220 Lettori Ed. I 2015: 146.000 Quotidiano - Ed. Venezia



Dir. Resp.: Roberto Papetti

06-LUG-2016 da pag. 11 foglio 2 / 2

www.datastampa.it

L'AZIENDA

«Una tragedia, ma i medici hanno fatto tutto il possibile»

«Da subito a fianco alla famiglia vittima di un evento tragico, l'Ulss 12 Veneziana ha fatto svolgere immediatamente, come richiesto dal governatore Zaia, tutte le verifiche interne sull'accaduto. Ha così accertato che la vicinanza attiva a fianco dei genitori è stata immediata e la famiglia è stata seguita in ogni passo con il pieno supporto e con la presenza costante in primo luogo del Primario» spiega in una nota l'Ulss 12 sul caso della neonata morta il 28 maggio del 2014. «Sull'evento infausto, proprio a totale garanzia della famiglia, sono state espletate subito tutte le necessarie analisi, del cui esito i genitori sono stati immediatamente informati. Gli organi di controllo aziendale hanno evidenziato il comportamento corretto dei medici e del personale del Reparto. Tale comportamento è stato analizzato e confermato anche da parte dell'ente assicurativo, attivato a seguito dell'avvio del procedimento risarcitorio. La perizia dei consulenti tecnici attivati dall'ente assicu-

rativo, integrata da parere specialistico, evidenzia come non vi siano responsabilità a carico dell'Azienda. È a partire da tali conclusioni l'Azienda ha quindi comunicato all'Organismo competente la non adesione alla procedura di mediazione. La comunicazione motivata di non adesione è un passaggio tecnico di un complesso percorso giudiziario, e non può essere considerata come un mancanza di rispetto verso la famiglia».





Quotidiano - Ed. Bologna



Dir. Resp.: Andrea Cangini

06-LUG-2016 da pag. 4 foglio 1 / 2

www.datastampa.it

Sant'Orsola, nuove accuse a Ghi

Un'altra donna contro il ginecologo: «Voglio i danni»

DONDI ■A pagina 4

Neonato morto, nuove accuse a Ghi «Operata d'urgenza per l'emorragia»

Un'altra mamma contro il ginecologo: «Conseguenze gravi. Voglio i danni»

BIGNAMI (FI)

«La Regione interverrà sui parti in libera professione per tutelare i cittadini?» di GILBERTO DONDI

EMERGONO nuove e inquietanti accuse al sistema dei parti in libera professione dalla lettura delle carte dell'inchiesta che vede indagato per omicidio colposo il noto ginecologo Tullio Ghi. Il camice bianco, che nel frattempo ha vinto una cattedra a Parma, è finito nei guai assieme a un'ostetrica per il decesso del piccolo Gianmarco Zanelli, morto due anni fa durante il parto a causa della frattura del cranio provocata dall'uso ripetuto della ventosa. I carabinieri del Nas, su incarico dell pm Roberto Ceroni, nei mesi scorsi hanno sentito tutte le donne assistite da gennaio ad agosto 2014 da Ghi in regime di libera professione e sono emersi dati choc: su 34 parti, 24 furono naturali, di cui 14 indotti con l'ossitocina; di quest ultimi, ben 10 ebbero complicanze che resero necessari la ventosa o il taglio cesareo d'urgenza.

E PROPRIO mentre i carabinieri sentivano queste 34 donne, si sono imbattuti nel caso di un'altra donna che partorì nel lontano novembre 2009 assistita da Ghi in libera professione. Identico il copione: prima l'induzione del parto, poi l'uso della ventosa per far nascere il bambino che «ebbe conseguenze apparentemente modeste – ha raccontato la mamma – e, dopo una lieve sofferenze a seguito dell'applicazione della ventosa, nacque perfettamente sano».

I veri problemi però arrivarono dopo: «Dopo circa mezz'ora dal parto – ha messo a verbale la donna – ho avuto una grave emorragia e ho dovuto subire un intervento chirurgico d'urgenza di isterectomia», ossia l'asportazione dell'utero. La donna non aveva fatto denuncia all'epoca, ma quando il caso del piccolo Gianmarco è scoppiato pubblicamente, a fine 2014, le è venuto più di un sospet-

to e ha fatto denuncia, pur a distanza di tanti anni, oltre a chiedere il risarcimento danni al Sant'Orsola. Il suo caso è perciò finito agli atti dell'indagine che proprio in questi giorni è alle fasi conclusive. Peraltro, oltre a Ghi e all'ostetrica sono finiti sotto inchiesta per omessa denuncia Mario Cavalli, allora direttore sanitario e oggi direttore generale del Policlinico, e altri due medici. Proprio Cavalli dovrebbe essere interrogato nei prossimi giorni.

NEL FRATTEMPO, il consigliere regionale di Forza Italia Galeazzo Bignami ha presentato un'interrogazione alla giunta di viale Aldo Moro per chiedere se «sia a conoscenza dei fatti e quale giudizio ne dia; se intenda approfondire la vicenda anche rispetto ai parti in libera professione; se si abbia conoscenza del numero di parti in libera professione eseguiti nelle strutture pubbliche e se, alla luce di quanto accaduto, non si ritenga di dover intervenire per disciplinare la pratica di questi parti e fornire maggiori tutele e garanzie ai cittadini».

) I NUMERI



20,23% cesarei

È la percentuale di parti con taglio cesareo che vengono effettuati nelle sale operatorie del Sant'Orsola. Il dato risulta inferiore alla media nazionale che è del 25,69%.

Fonte: Programma nazionale esiti

0,25% complicanze

Al Policlinico la quota di complicanze durante il parto e il puerperio da parto naturale è di 0,25%, dato inferiore alla media nazionale di 0,79%. Dopo il parto cesareo, il dato è di 0,6% al Sant'Orsola, la media nazionale di 0,79%





Tiratura: n.d.

Diffusione 12/2013: 38.162 Lettori Ed. I 2015: 263.000 Quotidiano - Ed. Bologna



Dir. Resp.: Andrea Cangini

06-LUG-2016 da pag. 4 foglio 2 / 2 www.datastampa.it

1,4 per mille mortalità

La mortalità dei nati a zero giorni per il 2014 è risultata di 1,4 per mille al Sant'Orsola, mentre il dato regionale, per lo stesso anno, era del 3 per mille.

Fonte regionale Cedap (Certificato di assistenza al parto)



Tiratura: n.d.

Diffusione 12/2013: 38.162
Lettori Ed. I 2015: 263.000
Quotidiano - Ed. Bologna



Dir. Resp.: Andrea Cangini

06-LUG-2016 da pag. 4 foglio 1

www.datastampa.it

L'INTERVISTA IL PROFESSOR VITTORI: «COSÌ SI DEFINISCONO RUOLI E SOLUZIONI»

«Solo con precise regole d'ingaggio è chiara la catena della responsabilità»

di DONATELLA BARBETTA

DELICATO all'interno rapporto, dell'ospedale, tra le attività svolte in regime pubblico e la libera professione, è uno dei punti al centro dell'inchiesta sulla morte del piccolo Gianmarco, avvenuta il 10 giugno 2014. Il Sant'Orsola, a fine 2015, ha varato delle disposizioni precise. Ne ricordiamo due sulla relazione tra medico e paziente: la partoriente in arrivo al Policlinico deve avvisare lo specialista scelto prima del suo ingresso e, inoltre, se il camice bianco non è disponibile non può essere sostituito all'ultimo minuto. Insomma, nel caso in cui si rendesse necessario, la donna verrà assistita in regime pubblico.

Professor Giorgio Vittori, condivide queste regole?

«Certamente – risponde lo specialista, già presidente della Sigo, Società italiana di ginecologia e ostetricia –. Le direzioni aziendali devono scrivere bene le regole d'ingaggio, cioè regolando ogni compito, stabilendo chi deve fare che cosa. Voglio dire che le normative sulla libera professione sono le benvenute, ma una volta che si parte con l'applicazione dopo nessuno si può più distrarre. Quindi, è soprattuto un problema organizzativo».

Ma le donne che non riescono a contattare prima del loro arrivo al Pronto soccorso il ginecologo di fiducia, non vengono forse penalizzate?

«La legge dice che tra medico e paziente c'è un rapporto che somiglia a un contratto e, per questo, il percorso deve iniziare fin dall'accettazione. Se questo iter non fosse lineare – osserva il ginecologo che ha al suo attivo lunghi anni in sala parto – mancherebbe la necessaria chiarezza. Pensiamo a un giovane medico che magari, per una sorta di riverenza nei confronti di un collega più anziano, scelto dalla paziente, non entra nel merito del travaglio. Invece, dev'essere tutto protocollato fin dall'inizio, perché la catena delle responsabilità inizia con la presa in carico».

Anche il momento dell'emergenza dev'essere codificato?

«Sì, soprattutto in quelle fasi bisogna definire bene i ruoli e quali sono le soluzioni previste. Il Sant'Orsola è una struttura d'eccellenza a livello nazionale e quando il problema è complesso, lo sono anche i protocolli assistenziali, che non nascono per colpevolizzare, ma per chiarire, evitare confusioni e mantenere standard assistenziali adeguati».

3.517

Parti

È il numero di parti registrato al Sant'Orsola nel 2014. La cifra scende l'anno successivo: 3.497. Fonte: dati controllo di gestione aziendale

140

In libera professione

I parti effettuati in libera professione nel 2014 al Policlinico. Il numero si riduce l'anno seguente, quando scenderanno a quota 104





quotidianosanità.it

Martedì o5 LUGLIO 2016

Abruzzo. Screening oncologici, più che raddoppiate le adesioni

Per il tumore alla mammella la copertura è passata dal 20,01% del 2014 al 51,37 del 2015, e le stime parlano di superare il 57% nel 2016. Per la cervice si va dal 28,43% del 2014 a una stima del 55% per il 2016. Per lo screening del tumore al colon si stima una crescita dall'8,43 del 2014 al 25% del 2016. Paolucci: "Soglie ancora inferiori agli standard, ma la strada è quella giusta"

In 2 anni e mezzo è raddoppiato, e in alcuni casi addirittura triplicato, il trend di adesione degli abruzzesi ai programmi di screening oncologico attivati dalla Regione Abruzzo. Ad evidenziarlo sono i dati diffusi dalla Regione stessa su 3 percorsi attivi: mammografico, cervicale e colorettale.

I dati diffusi dalla Regione sullo screening del tumore alla mammella evidenziano, ad esempio, che al 31 dicembre 2014 la percentuale di copertura era pari al 20,1 per cento. Un anno dopo era salita al 51,37, mentre al 31 maggio scorso la soglia si attestava già al 22,4 per cento, "consentendo di prevedere, dunque, che al prossimo 31 dicembre si possa superare il 57 per cento", spiega la REgione. Per la cervice, invece, a fine 2014 la percentuale si attestava al 28,43 e l'ultimo dato al 31 maggio riporta il 22,4 per cento, "dato che consente di prevedere che a fine anno ci si attesterà al 55 per cento". "Ancora più evidente – spiega la Regione – l'incremento dello screening del tumore al colon, che dall'8,43 del 2014, ha raggiunto nei soli primi cinque mesi il 9.5 per cento di copertura, con la stima per l'intero 2016 che raggiunge il 25 per cento".

"Nel progetto di riqualificazione del sistema sanitario regionale che stiamo portando avanti – commenta l'assessore alla programmazione sanitaria dell'Abruzzo **Silvio Paolucci** - la prevenzione riveste un ruolo strategico, con precisi obiettivi inseriti nel piano quadriennale approvato nel maggio dello scorso anno. E tra questi c'è proprio l'impegno ad aumentare le percentuali di copertura degli screening. Nonostante gli sforzi profusi dalle Asl (che dal 2011 gestiscono direttamente gli screening, in quanto prestazioni comprese nei Lea, i livelli essenziali di assistenza), infatti, a oggi le soglie sono ancora inferiori agli standard fissati dal Ministero. Ma – conclude Paolucci - gli ultimi dati ci indicano che la strada intrapresa per recuperare questo gap è quella giusta".



04-07-2016

Lettori 571.565

http://www.corriere.it/

LA RIFLESSIONE

Il ruolo dei media nella lotta ai tumori

Più del 70% degli italiani ritiene di essere informato sulla salute ma cresce la quota di coloro che temono la confusione causata dalle troppe notizie

di Carmine Pinto (Presidente nazionale Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)



La sete di informazioni in ambito medico-scientifico da parte dei cittadini è molto alta, soprattutto quando si trattano temi delicati come i tumori. Ed è elevato anche il rischio di distorsioni e di incorrere in fonti non certificate, in particolare se il mezzo utilizzato è Internet: è "vero" e fa "notizia" solo quello che si conosce e si diffonde. Più del 70% degli italiani ritiene di essere informato sulla salute, ma cresce la quota di coloro che temono la confusione causata dalle troppe notizie (il 54,5% nel 2014 contro il 41% del 2012, CENSIS). È compito di una moderna società scientifica saper "governare" il flusso costante di informazioni.

Il corso per giornalisti scientifici e oncologi

Per questo l'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) ha organizzato il secondo Corso Nazionale per Giornalisti Medico-Scientifici e Oncologi che si è svolto recentemente a Reggio Emilia. I due mondi devono imparare a conoscere le reciproche esigenze: il giornalista si aspetta dalla medicina risposte chiare, in tempo reale e continue certezze, mentre la medicina spesso produce domande a cui tenta di rispondere. È però possibile trovare una mediazione tra il rigore del linguaggio scientifico e il carattere divulgativo di quello giornalistico. Un medico non deve temere di essere considerato poco professionale se parla con un linguaggio chiaro, semplificando le informazioni perché siano comprese meglio dal pubblico. In medicina la parola "cancro" non ha più il significato di "spettro" e il suo volto è

cambiato.
Le guarigioni Oggi il 70% dei cittadini colpiti da tumori frequenti guarisce e le terapie sono rispettose della qualità di
vita. Ed è responsabilità dei media, non solo dei clinici, far conoscere gli importanti risultati ottenuti dalle ricerche scientifiche. Accanto agli strumenti di informazione tradizionali, negli ultimi anni è inoltre aumentato il ruolo dei social network, soprattutto quando la parola chiave da cercare è "cancro", con
ricadute spesso positive per i malati. In letteratura è stato evidenziato che le pazienti colpite da tumore del seno seguite tramite social network hanno aderito meglio alla terapia rispetto alle donne per cui sono stati adottati i percorsi tradizionali. È Twitter la piattaforma più diffusa nella comunità internazionale di
oncologi, senza dimenticare Facebook e Youtube. La "rete" quindi è strumento di comunicazione e fonte di informazione ma è indispensabile, ed è la nostra sfida, formare e diffondere conoscenze perché il web da elemento positivo di apertura e di progresso non sia in alcune circostanze un megafono di
mistificazioni e di un opinionismo privo di basi scientifiche.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati Tiratura 04/2016: 239.312 Diffusione 04/2016: 169.899 Lettori Ed. I 2016: 1.241.000 Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

06-LUG-2016 da pag. 28 foglio 1 / 2

www.datastampa.it

MEDICINA

Salvare il cuore per vincere il tumore

RICOTTA VOZA PAGINA 28

Chi salva il cuore con i biomarcatori ha più possibilità di vincere il tumore

Il protocollo dell'Ieo consacra i successi della cardioncologia

Roberto Orecchia Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'IEO, L'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA DI MILANO IL SITO: WWW.IEO.IT/



SARA RICOTTA VOZA

i parla di cuore e tumore e si pensa ai progressi raggiunti dalla medicina. Eppure, quando le strade si incrociano, quei malati rischiano di essere doppiamente sfortunati.

Se c'è un problema al cuore e insorge il tumore, può accadere che il cardiologo «disinvesta» sul paziente e dall'altra parte che l'oncologo non si arrischi a iniziare trattamenti aggressivi. È nota e frequente, poi, l'insor-

genza di patologie e scompensi cardiaci dopo cicli di radio e chemioterapia. «E il rischio supera a volte quello di recidiva della

malattia», spiega Roberto Orecchia, direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia. Per questo l'Ieo, già 20 anni fa, ha iniziato a interrogarsi e ha trovato la risposta nel costringere due discipline iper-specialistiche come cardiologia e oncologia a trovare una sintesi nella «car-

dioncologia», neologismo coniato proprio nell'Istituto e che oggi vanta un'unità ad hoc in vari centri americani.

Ora è arrivata la consacrazione del nuovo approccio, con la pubblicazione di un articolo sul « C a n c e r Journal for Clinicians», la rivista con il maggiore

« i m p a c t factor» al mondo. «Cardiotoxity of Anticancer Treatments: Epidemiology, Detection and Management» è il titolo del lavoro, che dà conto del successo: su 3800 pazienti seguiti per 10 anni si registrano zero episodi e zero decessi per malattie cardiovascolari.

«Abbiamo incontrato almeno 1500 pazienti rifiutati, perché i cardiologi non si prendevano la responsabilità di far proseguire le cure oncologiche - racconta Carlo Cipolla, direttore della divisione di Cardiologia dell'Ieo -. Eppure il 35% dei pazienti oncologici sviluppa problemi cardiovascolari a causa dei trattamenti antitumorali, con un impatto significativo su mortalità e qualità della vita: le malattie del cuore sono la principale causa di morte nelle pazienti con cancro al seno in età superiore ai 50 anni». Insomma, visti questi dati e aggiunti alla stima, nel 2024, di 50 milioni di «survivors» (pazienti oncologici che sopravvivono grazie alle terapie ma che possono incorrere in problemi di tossicità di

quelle stesse cure), è il caso di

guardare alla cardioncologia con attenzione, anche da parte dei futuri medici.

In che cosa consiste il metodo Ieo? «Non fermiamo la chemioterapia, ma proteggiamo il cuore - spiega Daniela Cardinale, direttore dell'unità di Cardioncologia dell'Ieo -. Abbiamo cercato biomarcatori cardiaci, una proteina, la Troponina I e un ormone, NT-proBNP, che assieme all'ecocardiogramma e a una terapia preventiva con Ace-inibitori e betabloccanti costituisce un protocollo efficace e già sperimentato in altri 21 centri».

«Pubblicare questo articolo significa fare "dissemination"», spiega Giuseppe Curigliano, direttore della divisione sviluppo di nuovi farmaci dell'Ieo: «Diciamo come diagnosticare, come identificare la dimensione del problema. come prevenire e curare. Ora ci vogliono cardioncologi per garantire la migliore qualità delle cure». E conclude: «Tanti sono morti per "undertreatment", perché, quando curi per far guarire, devi fare il massimo possibile e non il minimo indispensabile».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI







Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Tiratura 04/2016: 152.452

Diffusione 04/2016: 113.287

Lettori Ed. I 2016: 1.136.000

Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

06-LUG-2016 da pag. 18 foglio 1/2 www.datastampa.it

Cancro, stop con un chip e una cellula

Gli identikit genetici per scoprire i tipi di uno stesso tumore: sono anche 500

MESSA A PUNTO DALL'AZIENDA ITALIANA MENARINI UNA TECNOLOGIA PER BERSAGLIARE SOLO LE ZONE MALATE LA TECNOLOGIA

n chip di silicio e un gruppo di cellule. E' il micro inizio di una macro rivoluzione che porta a vincere il cancro con colpi diversificati e mirati. Nessun colpo a vuoto né pericolo di distruggere le parti sane circostanti la neoplasia. Il chip di silicio fatto come una scacchiera permette di muovere le singole cellule prelevate una ad una dal paziente fino a dare scacco matto a quelle tumorali. Prima isolandole e poi sottoponendole ad analisi supplementari. Permettendo, così, di scegliere il farmaco a bersaglio molecolare più adatto.

Grazie alle migliaia di identikit che ritraggono la malattia nei suoi infiniti travestimenti e le sue infinite identità. Si chiama DepArray questo sistema sviluppato dai ricercatori di Menarini Silicon Biosystems: il suo obiettivo è quello di "incastrare" le singole cellule malate. Spesso differenti tra loro anche in uno stesso paziente, anche in uno stesso tumore. Di questo tipo di strategia si è discusso a Verona dove esperti di tutto il mondo si sono riuniti per il convegno "Resolving cancer heterogeneity: a way to personalised medicine".

IL PANCREAS

«La chiave per combattere il cancro è decifrare la loro eterogeità -

spiega Aldo Scarpa, direttore dell'unità di Diagnostica molecolare dei tumori e del Centro di ricerca applicata sul cancro Arc-Net dell'università di Verona - Presentano differenze non solo in base alla regione del corpo che colpiscono ma cambiano anche da malato a malato. Perfino nel tumore della stessa persona coesistono cellule malate portatrici di mutazioni diverse che possono cambiare con il passare dei mesi». Il Consorzio internazionale "Genoma del cancro" sta, appunto, sequenziando il genoma di oltre 25mila varianti di tumori per dare ad ognuno un nome e un cognome. L'Italia sta lavorando al sequenziamento di 500 tipologie di cancro del pan-

I CAMPIONI

Gli esperti hanno parlato del lavoro diagnostico che ormai è possibile fare anche su campioni di poche centinaia di cellule, un nulla. Spesso questi campioni così esigui sono gli unici disponibili. Dal momento che le cellule cancerose circolanti sono in concentrazioni minime sia nel sangue che in altri fluidi. Analisi determinanti quando vengono individuate cellule danneggiate che segnalano tumori ancora minimi, per i residui di quelli asportati chirurgicamente o in fase di disseminazione di metastasi.

Questa tecnologia italiana può essere usata per studiare il profilo genetico del tumore, dunque, e scegliere la terapia a bersaglio molecolare o essere impiegata per monitorare la risposta alle cure attraverso un esame del sangue. Così, è diventato possibile identificare (e fare il "ritratto") delle cellule tumorali cosiddette "fuggitive". Quelle che si allontanano dalla neoplasia primitiva per formare delle metastasi.

DIAGNOSI PRECOCI

«Abbiamo già preparato i primi identikit delle cellule tumorali circolari dormienti e di quelle in grado di proliferare in un ambiente ostile come il sangue - aggiunge Dario Marchetti a capo del Biomarker Research Program al Methodist Research Institute di Houston - Il nostro obiettivo è identificare le loro strategie di sopravvivenza: solo così potremo aiutare i pazienti ad avere diagnosi sempre più precoci».

Re.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 72.977
Diffusione 04/2016: 55.461

Lettori Ed. I 2016: 558.000

IL GAZZETTINO

06-LUG-2016 da pag. 8 foglio 1

www.datastampa.it

Quotidiano - Ed. Friuli Venezia Giulia - Veneto

Dir. Resp.: Roberto Papetti

Malati pendolari da un anno 220 km per la **radioterapia**

SANITÀ L'Istituto oncologico non ha macchinari sufficienti, trasferte quotidiane da Padova a Negrar

IL VIAGGIO

Trasportati in pulmino o in Bmw con autista

Federica Cappellato

PADOVA

Oltre duecentoventi chilometri al giorno. Viaggio per così dire organizzato, comprensivo di mezzo di trasporto, autista, pedaggio autostradale e benzina gratuiti. Meta, l'ospedale di Negrar, in provincia di Verona. È qui che alcuni malati di cancro afferenti all'Istituto oncologico veneto con sede a Padova vengono spediti quotidianamente per sottoporsi a prestazioni di radio-terapia. Allo Iov, che pure è centro di riferimento regionale e questo tipo di cure viene erogato di routine (42mila performances radioterapiche ogni anno) non si riesce ad accontentare tutti per mancanza di spazi. Quindi una parte degli assistiti deve andare in "trasferta". Ieri erano quattro, anziani e in fase avanzata di malattia: saliti su una Bmw 740 diesel berlina nera parcheggiata nel cortile antistante l'Istituto, sono sfrecciati via dall'ospedale Busonera poco dopo l'una del pomeriggio per guadagnare, dopo circa

un'ora e mezza di tragitto, il polo di Negrar. Tutto naturalmente a spese dello Iov. Le sedute sono mediamente dieci, anche se dipende dal protocollo di cura, con altrettanti spostamenti nel Veronese effettuati, certi giorni in Bmw certi altri su un pullmino, messo sempre a disposizione dal Centro tumori.

«Una situazione temporanea, in attesa di potenziare la nostra Radioterapia anche con una nuova, modernissima dotazione tecnologica», fa sapere il direttore generale dello Iov, Patrizia Simionato. Ma monta la polemica, per questo andirivieni che va avanti da un anno e mezzo, da quando l'Istituto oncologico veneto ha stipulato una convenzione con l'ospedale di Negrar. «Siamo di fronte a una cosa vergognosa - denuncia Luigino Zuin della Uil Fpl di Padova -, lo Iov vanta alte competenze ma non può essere ospitato in una struttura talmente stretta e inidonea da poter essere un casinò o un albergo, non certo un ospedale che tratta pazienti così delicati. Non c'è fisicamente

posto, per questo si è stati costretti a cercare alternative, anche lontano, troppo lontano». E pensare che una seduta di Radioterapia di per sè dura poco più di un quarto d'ora, contro le tre ore di percorrenza che si devono sobbarcare i "pazienti della Bmw nera".

«C'era bisogno di metrature ben più ampie al Busonera per dare un'offerta autenticamente efficiente ed efficace - continua Luigino Zuin - Al day hospital per esempio non c'erano neanche sedie, fino a poco tempo fa i pazienti aspettavano in piedi per ore, questa non è dignità, non è rispetto delle persone, non è umanizzazione. Ma dove siamo? L'Istituto oncologico è veramente da ripensare, soggetto a continui lavori di ristrutturazione e sempre alla ricerca di spazi aggiuntivi. Una struttura concepita zoppa, fin dalle origini». Presto lo Iov si allargherà all'ospedale di Schiavonia, nella Bassa Padovana, con nuove apparecchiature, compreso un acceleratore, per un valore complessivo di 12 milioni di euro.

@ riproduzione riservata



Alcuni pazienti del centro oncologico salgono sulla Bmw che li porterà a Negrar per le cure





quotidianosanità.it

Martedì o5 LUGLIO 2016

Terapia del dolore e cure palliative, non sono un diritto per tutti?

Gentile Direttore.

la terapia del dolore non sembra un diritto per tutti, soprattutto in realtà densamente popolate e con ospedali ad alto flusso di pazienti, dove la cura e la dignità dei malati affetti da dolore può rappresentare un costo da evitare. Infatti, il piano ospedaliero della Regione Campania, recentemente licenziato, in merito all'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli, non prevede posti letto per il reparto di TDCP (Terapia del dolore e cure palliative).

Eppure, solo nel 2015 ci sono stati 161 ricoveri ordinari con una durata di degenza media di giorni 11,27 e si sono fatte 3000 consulenze. Attualmente è attivo un servizio di ambulatorio e di Day Hospital per malati oncologici e un progetto di assistenza domiciliare, che garantisce una continuità assistenziale a tutti i pazienti che provengono dalla ASL NA1 e NA2, diminuendo il carico di altri reparti nella assistenza di pazienti con necessità di cura in ambiente specializzato e dedicato. Senza considerare l'alto numero di giornate di degenza di pazienti oncologici terminali nelle unità operative intensive ed in medicina d'urgenza, dove la "mission assistenziale" è sicuramente di altra natura. E presente, grazie ad un associazione di volontariato, uno sportello psicologico per i pazienti e per i loro familiari.

Fondamentale risulta riconoscere tale struttura come "HUB" per le cure palliative in quanto:

- La U.O.C è centro di costo autonomo
- La struttura è dotata di ambulatorio di Cure palliative (C.P.), di degenza ordinaria (9 P.L.) e Day Hospital (2 P.L.)
- E' dotata di personale medico ed infermieristico esclusivamente dedicato e formato per assistere i malati in tutti i possibili set assistenziali garantendo l'individuazione del percorso e del setting di cura più appropriato per il paziente.
- La U.O.C effettua anche assistenza domiciliare per garantire continuità assistenziale ai malati ricoverati come da linea progettuale Regionale n. 7.
- E presente uno psicologo grazie alla collaborazione di una associazione di volontariato.
- I pazienti afferiscono alla U.O.C. dai vari reparti dell'ospedale Cardarelli, dal proprio domicilio e da altre aziende ospedaliere ancora non dotate di tali reparti.
- Sono stati elaborati protocolli per il trattamento del dolore e dei sintomi collaterali, per la sedazione terminale, per la alimentazione e l'idratazione del paziente terminale e grazie alla presenza di una assistenza infermieristica completamente dedicata e formata alla assistenza di C.P. si sono ottimizzati anche protocolli di nursing.
- Il personale è formato per dare supporto al lutto ed addestrare i care giver.
- La U.O.C di TDCP della Azienda Cardarelli con 9 p.l. mediamente ricovera in un anno circa 200 pazienti.

Infine, si segnalano i dati estrapolati dal Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 38 del 15 marzo 2010/2015 e pubblicati sul vol. n. 3.2.2015 "Obiettivo dolore" in cui si evince che in Campania sono censiti 7 Hospice con un totale di 73 p.l. che hanno assistito 897 pazienti oncologici, con una media di circa 120 pazienti all'anno per Hospice.

Il rispetto di un fondamentale diritto alle cure in ambiente dedicato, anche e soprattutto per i pazienti terminali ed affetti da dolore, richiede che il numero dei posti letto previsti dal piano Ospedaliero della Regione Campania per la struttura di TDCP dell'Ospedale "A. Cardarelli" sia tale da permettere di continuare a fornire quelle cure tanto necessarie alla dignità dell'essere umano, evitando di considerare tale tipologia di assistenza un puro costo ma un elemento essenziale di un diritto alla salute tutelato dalla normativa ordinaria e costituzionale.

Maurizio Cappiello

Tiratura: n.d.

Diffusione 12/2013: 4.761 Lettori Ed. I 2015: 38.000 Quotidiano - Ed. Bari

la Repubblica BARI

06-LUG-2016 da pag. 7 foglio 1 www.datastampa.it

idiano - Ed. Bari Dir. Resp.: Mario Calabresi

L'INIZIATIVA/ A VALENZANO PARTE IL PROGETTO DI COMUNE, UNIVERSITÀ, IASM E LEGA COOP SU 64 SUOLI CONFISCATI

Erbe per curare il cancro sui terreni della mafia

LE COLTIVAZIONI

Piante officinali e in via di estinzione per aiutare la ricerca e dare lavoro ai giovan Poi speriamo nell'aiuto dei privati





LE COLTIVAZIONIIl lupino tra le piante da impiantare

MARA CHIARELLI

OSA, viola, bianco e il verde degli ulivi pugliesi. Ci vuol , poco a immaginare come si trasformeranno, nel giro di alcuni mesi, i 64 terreni che lo Stato ha tolto ai mafiosi affidandoli al Comune di Valenzano. L'occasione è stata subito sfruttata dall'assessore all'Innovazione e ricerca del comune alle porte di Bari, Porzia Pietrantonio, che ha ideato il progetto. Si chiama agricoltura sociale, ma va oltre: grazie a una convenzione con la facoltà di Agraria dell'Università di Bari, l'Istituto agronomico mediterraneo e la Lega delle cooperative, i terreni che erano della mafia ospiteranno coltivazioni anche per la ricerca nel campo della salute.

Agricoltura innovativa, dunque: accanto ai filari di mandorli ci saranno le variopinte piante di lupini, le cui proprietà raccontano di benefici contro ipertensione, colesterolo e diabete. E poi, ancora, gli ulivi "Coratina", i cui frutti sono particolarmente ricchi di polifenoli, antiossidanti che stanno trovando applicazione sui malati di tumore soggetti a chemioterapia per neutralizzare gli effetti

collaterali del trattamento.

Ma assieme alle piante "medicinali" si riscoprirà il gusto della tradizione con varietà che rischiano di scomparire. Come la cicoriella selvatica buona da mangiare e con tante proprietà benefiche. Ci vorrà tempo, certo, perché quei terreni ora incolti assumano una nuova colorazione, ma le premesse ci sono tutte.

Il progetto sarà ufficializzato oggi con la firma della convenzione tra Comune di Valenzano (nodo dell'Antenna Pon), Iam, facoltà di agraria e lega delle cooperative. Sarà presente anche un rappresentante del Miur, perché quella di Valenzano è stata considerata una best practice da estendere ad altre regioni sottoposte al programma Pon ricerca e innovazione, che si trovino in situazioni analoghe, come Campania, Calabria e Sicilia.

A finanziarla, dunque, ci saranno fondi strutturali per ricerca e innovazione, sia nazionali che regionali, per la sperimentazione delle buone pratiche in agricoltura e la definizione di nuova imprenditoria femminile e giovanile. Toccherà, a questo punto, alla Lega delle cooperative reclutare personale dalle fasce più bisogno

se della popolazione, giovani e meno giovani in cerca di lavoro.

«Obiettivo del sindaco — spiega l'assessore ideatore del progetto nonché referente dell'Antenna Pon, Porzia Pietrantonio — è quello di aiutare le fasce più bisognose a Valenzano. È un'occasione unica: ritorniamo alla tradizione attraverso l'innovazione».

Si parte dai terreni confiscati, ma la prospettiva è coinvolgere quanti più soggetti possibile, sia pubblici che privati: «L'idea — aggiunge l'assessore — è che questa sfida possa essere accolta anche da altri. Possono essere usati i terreni privati in stato di abbandono. Con Valenzano come centro di ricerca, l'idea si può poi divulgare su altri comuni dell'area metropolitana»

©RIPRODUZIONE RISERVA





quotidianosanità.it

Martedì o5 LUGLIO 2016

Fine vita. Scienza & Vita: "Sì a cure adeguate, no ad eutanasia e accanimento terapeutico"

Con un documento suddiviso in cinque punti, l'associazione torna a riaccendere i riflettori su questa tematica, alla luce dei ddl su testamento biologico ed eutanasia fermi ormai da diversi mesi nelle commissioni dela Camera. L'obiettivo è quello di "favorire decisioni operative massimamente condivise e, al tempo stesso, diffondere nella società civile una maggiore consapevolezza delle problematiche tecniche e valoriali in gioco".

Mentre in commissione Affari Sociali, alla Camera, procedono a rilento i lavori sul disegno di legge riguardante il testamento biologico (l'ultimo esame del provvedimento risale allo scorso maggio), e quello sull'eutanasia che vede impegnate in maniera congiunta le commissioni Giustizia e Affari Sociali (qui il dibattito è fermo a marzo), l'Associazione Scienza & Vita riaccende il dibattito sulla materia presentando un documento dal titolo "Con dignità, fino alla fine".

Il documento, suddiviso in 5 punti, analizza nel seguente modo i diversi aspetti di questo tema.

1. L'arte medica e le sue radici

Fin dalle sue origini l'arte della medicina è al servizio della persona malata, con la finalità di curarne la condizione di salute e la qualità di vita, di guarirne – nei limiti del possibile – le patologie ed alleviarne le sofferenze. In questa prospettiva, pur con accenti e riferimenti differenti lungo i secoli, paziente e medico sempre hanno saputo costruire insieme una vera "alleanza per la vita". Da un lato la domanda di aiuto da parte del paziente, segnata dal peso del proprio vissuto e caratterizzata dalla sua soggettività etica e psicologica; dall'altro, la risposta d'aiuto – basata sulla competenza professionale, l'abilità operativa e la formazione umana - da parte del medico, consapevole della sua peculiare missione. Entrambi, in ascolto della propria coscienza morale e nel rispetto di quella altrui, impegnati a sostenere e promuovere il bene primario della vita e la qualità della salute. Una prospettiva che Scienza & Vita sostiene e promuove ancora oggi per strutturare e modulare "a misura umana" il rapporto paziente-medico, soprattutto nelle situazioni cliniche più difficili e complesse, tanto sotto il profilo tecnico quanto sotto quello umano.

2. Lo strumento della pianificazione terapeutica condivisa

Come evidenzia la prassi medica, molte di queste situazioni si verificano nell'ambito del fine vita. E proprio in tale ambito, è ancor più radicata la nostra convinzione che anche alcuni preoccupanti fenomeni emergenti, come l'eventuale richiesta di eutanasia da parte del malato o, all'opposto, la tendenza al cosiddetto "accanimento terapeutico" da parte del medico, possano essere superati e svuotati della loro ragion d'essere proprio da un corretto percorso di condivisione programmatica e operativa tra paziente e medico dell'iter di cura.

A tal fine, ciò che proponiamo ed auspichiamo - soprattutto nei luoghi di cura dove ciò non sia ancora una realtà - è la virtuosa scelta di una pianificazione terapeutica condivisa che, nella situazione clinica concreta, dal momento dell'instaurazione dell'alleanza paziente-medico, veda entrambi i soggetti come co-protagonisti – nel rispetto reciproco dei propri ruoli e doveri specifici – nella gestione del percorso di cura per il raggiungimento degli obiettivi comuni di volta in volta prefissati. Questa pianificazione condivisa va ovviamente rimodulata, ogni qualvolta ciò si renda necessario, in base all'evolversi della condizione clinica del paziente, soprattutto nelle fasi finali della sua vita. Resta comunque in carico al paziente il diritto/dovere di assumere in coscienza la responsabilità ultima delle decisioni circa gli interventi medici cui sottoporsi, nel momento presente, in coerenza col quadro valoriale assunto congiuntamente.

Spetta invece al medico il dovere etico e deontologico di mettere il paziente - attraverso un'adeguata e

completa informazione - nelle migliori condizioni per poter esercitare questa sua responsabilità etica. In questa prospettiva, sono da incoraggiare e diffondere possibili iniziative – per esempio, l'istituzione in ospedale della figura del medico tutor – che facilitano e migliorano il dialogo tra paziente e medico curante.

3. Necessità di criteri e riferimenti valoriali, nella prospettiva del bene integrale della persona
Perché l'adozione di una prassi di pianificazione terapeutica condivisa possa essere concretamente applicabile
nella pratica clinica quotidiana, appare però necessario che essa faccia riferimento ad un coerente quadro
valoriale ed antropologico, con cui possano armonizzarsi, passo dopo passo, le singole scelte terapeutiche

valoriale ed antropologico, con cui possano armonizzarsi, passo dopo passo, le singole scelte terapeutiche operate concordemente da paziente e medico. Naturalmente, senza che questo dinamismo possa essere ridotto ad un puro accordo contrattualistico tra i due, ma rimanga coerente con le finalità fondamentali dell'arte medica e la prospettiva del bene integrale del paziente.

Scienza & Vita anzitutto desidera riproporre come valore imprescindibile il riconoscimento di quel bene fondamentale che è l'essere umano vivente. La vita di ogni essere umano, infatti, mantiene la sua dignità indipendentemente dalle condizioni concrete in cui essa si svolge. Essa costituisce un bene primario della persona perché precede e consente lo sviluppo di tutti gli altri suoi beni e dimensioni, inclusa la qualità della vita stessa. E proprio in quanto tale, essa esige di essere riconosciuta e rispettata sia dal paziente sia dal medico. Al contrario, negare in qualche modo – in linea di principio o nei gesti concreti - tale bene significa inevitabilmente minare alla base, fino a distruggerle, le radici stesse dell'esistenza personale e, in definitiva, della convivenza sociale.

La declinazione di questi valori fondamentali nella condizione peculiare del paziente affetto da patologie gravi o in prossimità della morte suggerisce alcune considerazioni ulteriori, che costituiscono necessaria premessa all'attuazione di una pianificazione terapeutica condivisa, rispettosa del bene integrale del paziente:

- lo stato di malattia e l'impossibilità di recuperare condizioni di autonomia sul piano dell'efficienza fisica, psichica o, comunque, nella gestione della propria persona, non costituiscono realtà esistenziali che tolgono dignità alla persona: il reciproco affidamento rispetto a contesti di debolezza o di bisogno costituisce, anzi, una delle manifestazioni più elevate dell'umano, che deve trovare sostegno anche sul piano legislativo;
- ne deriva l'esigenza di una grande premura intesa al sollievo delle sofferenze e, più in generale, alla massima valorizzazione possibile della qualità di vita del malato, specie attraverso gli strumenti della medicina palliativa;
- al tempo stesso, occorre assicurare che, nei confronti delle persone malate, non operino mai sollecitazioni, dirette o indirette, a rifiutare terapie in sé proporzionate; si tratterà, pertanto, di contrastare messaggi che identifichino l'atteggiamento dignitoso, in condizioni di precarietà esistenziale, nella rinuncia alla vita, con inevitabili dinamiche di colpevolizzazione dei malati che desiderino usufruire delle terapie proporzionate tuttora praticabili; il malato, infatti, deve poter percepire che l'accesso a tali terapie non costituisce una sua pretesa nei confronti della società, ma l'esercizio di un preciso diritto, costituzionalmente sancito;
- va pure evitato che mere considerazioni statistiche sull'aspettativa media di vita del paziente possano giustificare che lo si privi di una corretta informazione sull'attivabilità di terapie per lui ancora utili e proporzionate, in rapporto alla sua condizione;
- allo stesso modo, va evitato con cura che le prassi relative alla gestione di fasi avanzate o croniche di malattia finiscano per dipendere, anche quando facciano appello all'affermazione di diritti individuali, da mere considerazioni di carattere economico;
- occorre garantire, in particolare, che le manifestazioni di volontà del malato non siano espressione di stati depressivi o di condizioni psichiche anomale; per cui dovrà assicurarsi ai malati affetti da patologie gravi, con particolare riguardo alle scelte di rilievo terapeutico, un adeguato sostegno psicologico, tenuto conto che spesso un atteggiamento rinunciatario del malato, ad un'analisi attenta, si rivela come un appello al non abbandono, sia sul piano medico, sia su quello umano.
- 4. Sì alle cure "eticamente adeguate", no all'eutanasia, no all'accanimento terapeutico Coerentemente con gli assunti fondamentali enunciati, Scienza & Vita rifiuta ogni intervento (medico e non) eutanasico, vale a dire messo in atto con la diretta intenzione di procurare anticipatamente la morte del paziente gravemente malato o terminale o insofferente della sua condizione. Al tempo stesso, e in ragione del medesimo riconoscimento della dignità che ogni essere umano possiede, Scienza & Vita si oppone fermamente ad ogni intervento medico che, nella data situazione del paziente, si configuri come "accanimento terapeutico", ovvero che, in base a precisi ed individuati criteri di proporzionalità terapeutica, risulti

clinicamente inappropriato.

Sosteniamo invece un approccio in cui la valutazione di appropriatezza clinica, di stampo prettamente tecnicoscientifico (quindi a carico del medico curante), si componga con la valutazione da parte del paziente della propria condizione personale attuale (sul piano esistenziale, fisico, psicologico, spirituale, ecc...), per giungere quindi a comuni decisioni "eticamente adeguate" di terapia o cura, realmente rispondenti al miglior bene del paziente, inteso nella sua integralità. L'insieme di questi elementi dà significato compiuto al concetto di pianificazione terapeutica condivisa.

5. Scienza & Vita promotrice di dialogo e confronto per decisioni massimamente condivise

Consapevole della delicatezza ed importanza di questa problematica, Scienza & Vita si impegna quindi a dare il suo contributo alla comunità, facendosi promotrice convinta di occasioni di dialogo e confronto, soprattutto tra coloro che sotto vari aspetti si occupano del settore. Con la duplice finalità di poter favorire decisioni operative massimamente condivise e, al tempo stesso, diffondere nella società civile, attraverso un'adeguata informazione, una maggiore consapevolezza delle problematiche tecniche e valoriali in gioco.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 356.114
Diffusione 04/2016: 238.061
Lettori Ed. I 2016: 1.979.000

Settimanale - Ed. nazionale



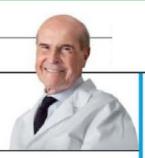
Dir. Resp.: Umberto Brindani

13-LUG-2016 da pag. 12 foglio 1 www.datastampa.it

LA NOSTRA SALUTE

DI UMBERTO VERONESI

Istituto Europeo di Oncologia, Milano



EUTANASIA: REGOLE STRETTE PER UNA SCELTA VOLONTARIA

CARO PROFESSORE, SI CONTINUA A MORIRE SOFFRENDO. COME MAI NON SI PARLA PIÙ DELL'EUTANASIA? *Ernesto T., Latina*

Il dibattito politico si è fermato, ma chi ha a cuore il diritto fondamentale di decidere "come" morire continua la costruzione di regole da proporre a un'opinione pubblica che è tendenzialmente a favore dell'eutanasia, come dimostrato da parecchi sondaggi. Senza entrare nel problema giuridico, il Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi ha stilato una mozione sui profili etici dell'eutanasia. Parliamo dei "limiti" dell'eutanasia, che devono costituire una garanzia per tutti: per chi è favorevole e per chi è contrario. Il Comitato Etico della Fondazione ha rilevato quanto sia diventato innaturale il processo del morire, in quanto la biomedicina è in grado di allungare artificialmente le fasi terminali della vita. Qui si pone il primo paletto: la persona avviata irreversibilmente alla morte ha il diritto imprescindibile di non subire le sofferenze dell'agonia. Le "cattive morti" sono evitabili, e bisogna dare legittimità alle azioni compassionevoli che finora hanno tenuto l'eutanasia nella zona d'ombra delle pratiche clandestine. Gli oppositori sostengono che, ove legittimata, potrebbe diventare la modalità per "far fuori" i soggetti più deboli. Ma si tratta di idee infondate. Nei Paesi dove è legale, ci sono regole ferree per l'accertamento della volontarietà e le morti per eutanasia legale raggiungono l'1-2% delle morti totali. E, nella larghissima parte dei casi, l'accorciamento non supera di una settimana il naturale decorso della fine della vita. Non incombe alcun fenomeno di tipo nazista per eliminare anziani, disabili, più poveri e meno istruiti: i dati dimostrano che alla pratica legalizzata ricorrono soprattutto uomini di età media. Regole strette: capacità d'intendere e di volere del richiedente; stadio terminale e sofferenze incontrollabili; possibilità, sempre, di cambiare la decisione; indipendenza del medico che decide e nessun obbligo, per nessun medico, di praticare l'eutanasia.

Le lettere vanno indirizzate a: **Umberto Veronesi - La nostra salute**, *Oggi*, Via Angelo Rizzoli 8, 20132 Milano. Oppure collegandosi al nostro sito: **www.oggi.it**



Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 239.312
Diffusione 04/2016: 169.899
Lettori Ed. I 2016: 1.241.000
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

06-LUG-2016 da pag. 28 foglio 1 www.datastampa.it

BREXIT FA MALE ANCHE ALLA SALUTE

Paolo Vineis Epidemiologo

RUOLO: È PROFESSORE ALL'IMPERIAL COLLEGE DI LONDRA E RICERCATORE ALLA FONDAZIONE HUGEF DI TORINO PAOLO VINEIS

importante che studiamo - da diverse angolad ture - le conseguenze che il Brexit sta avendo e avrà in diversi settori della vita economica inglese per evitare che scenari simili si verifichino in altri Paesi, nella sciagurata ipotesi che altri seguano la stessa strada. Lo choc sui mercati e sulle attività produttive condurrà con probabilità a una riduzione del gettito fiscale (già diverse imprese hanno dichiarato di voler delocalizzare le loro sedi) e questo comporterà la scelta tra due stra-

tegie: aumentare le tasse (strategia improbabile per un governo conservatore) o ridurre ulterior-

mente la qualità e quantità dei servizi pubblici, già ridotti all'osso in molti settori del Regno Unito (o disunito?).

Le conseguenze per la salute sarebbero nel secondo caso sia dirette (attraverso il ridimensionamento del Servizio sanitario) sia indirette: ridotti investimenti nell'edilizia popolare, nell'istruzione o nelle pensioni sono cambiamenti associati allo stato di salute della popolazione. Questo è

particolarmente vero per gli strati più vulnerabili, come i bambini, gli anziani e le persone con patologie multiple. Si consideri anche che attualmente lavorano nell'Nhs (la Sanità) 50 mila persone provenienti dall'area economica europea e al momento non vi sono strategie per mantenerle al loro posto di lavoro, se non con complesse negoziazioni con i rispettivi Paesi di provenienza.

Ma un aspetto altrettanto importante (e dovremmo rifletterci in Italia) è che l'Ue ha svolto una funzione di garanzia e protezione rispetto ai rischi professionali e ambientali attraverso una legislazione generalmente più avanzata di quella dei singoli Stati. Quando ci si lamenta della burocrazia della

Comunità, non si dimentichi che corrisponde anche a una serie di provvedimenti utili, non tutti cervellotici o punitivi. Per esempio, l'Ue ha la

legislazione più avanzata al mondo sui rischi ambientali, «Reach». Preoccupa vedere che le stesse forze politiche che manifestano contro i rischi ambientali, legati, poniamo, agli inceneritori o ai campi elettromagnetici, sono talora anche antieuropeiste. Anche la ricerca medica può soffrire per il Brexit: il Regno Unito ottiene più di 800 milioni di contributi nell'ambito del programma Horizon 2020, ma il danno maggiore può venire ai giovani ricercatori che accedono ai programmi «Erc» e «Marie Curie».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI





Tiratura: n.d.

Diffusione 12/2013: 25.609 Lettori Ed. I 2015: 157.000 Quotidiano - Ed. Milano

la Repubblica MILANO

06-LUG-2016 da pag. 5 foglio 1 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Mario Calabresi

L'INTERVISTA

"Milano ha tutto quello che serve per il Centro del farmaco"

Vincenzo Salvatore ex funzionario dell'Ema

SERVIZIO A PAGINA V

L'INTERVISTA / VINCENZO SALVATORE, EX DIRETTORE GIURIDICO DELL'AGENZIA EUROPEA DEI MEDICINALI

"Milano ha tutto quello che serve all'Ema"

L'IMPATTO

È maggiore rispetto a quello dell'Eba non solo sul mercato farmaceutico, ma anche su quello della città che la ospita

re e la vicinanza con Milano potrebbe facilitare il coordinamento di due settori che negli Stati Uniti, ad esempio, sono coperti da un unico ente regolatore».

Milano deve temere la concorrenza di qualche città in parti-

«In questo momento, per una serie di coincidenze, Milano ha molte carte in più da giocare. La grande opportunità è legata alla riconversione dell'area di Expo: una zona nuova, tecnologicamente avanzata, dotata di moderne infrastrutture, già destinata a diventare un polo della ricerca scientifica nel settore della salute: la vicinanza con Human Technopole sarebbe ideale».

Qual è l'indotto di cui parla?

«I dipendenti, che tecnicamente vengono definiti agenti temporanei e agenti contrattuali, sono 740. Ma l'Agenzia ha numerosi comitati scientifici e gruppi di lavoro che si ritrovano periodicamente nella sede di Canary Wharf: questo vuol dire che attorno all'Ema si muovono circa 5 mila persone al mese».

Di che cosa ha bisogno, quindi, una realtà come questa?

«Di una città che abbia una ricettività alberghiera adeguata, infrastrutture efficienti, servizi aeroportuali vicini. Milano è la candidata ideale, anche perché è quasi al centro dell'Europa».

LOSPAZIO

L'area Expo, nuova, avanzata, con un polo della ricerca sulla salute e lo Human Technopole è perfetta

Il sindaco Sala sarà in missione a Londra: su quale aspetto gli consiglierebbe di puntare?

«Su un vantaggio ulteriore della città. A Ispra, in provincia di Varese, ci sono il Centro comune di ricerche della Commissione europea e una scuola europea che ospita oltre 1.200 alunni. Dobbiamo pensare che dovrebbero spostarsi anche le famiglie dei dipendenti che avrebbero un luogo, vicino e gratuito, per far studiare i figli».

Gli italiani, però, sono famosi anche per non parlare benissimo inglese: potrebbe essere un ostacolo?

«Non necessariamente. Esistono altre agenzie Ue dislocate nei vari Stati membri, dall'Ufficio per la proprietà intellettuale ad Alicante all'Agenzia per la sicurezza aerea a Colonia. E comunque, la Milano di Expo e delle grandi fiere è la città italiana più internazionale».

(a.gall.)

©RIPRODUZIONERISERVATA



La candidatura di Milano potrebbe avere chance? «L'Italia è il secondo Paese dopo la Germania per investimenti in ricerca farmaceutica e il direttore esecutivo dell'Ema è un italiano, Guido Rasi, che è stato a capo dell'Agenzia italiana del far-

maco. A Parma, poi, c'è già l'Au-

torità per la sicurezza alimenta-

'INCENZO Salvatore cono-

sce bene gli uffici dell'E-

ma a Canary Wharf: oggi

è professore di Diritto internazio-

nale all'università dell'Insubria

e lavora per lo studio Bonelli Ere-

de, ma dal 2004 al 2012 è stato

direttore del servizio giuridico

dell'Agenzia europea dei medici-

nali. Una realtà che, dice, «rispet-

to all'Eba ha un maggiore impat-

to non solo sul mercato interno

del settore farmaceutico, ma an-

che su quello della città che la

ospita». Una città che, dice, po-

Quali potrebbero essere i tem-

pi di un eventuale trasferi-

«Sono legati al processo Bre-

xit, che è lungo e incerto. Reali-

sticamente potrebbero volerci

un paio di anni. Ma tra le tante

implicazioni dell'uscita dall'Ue

del Regno Unito c'è sicuramente

la ricollocazione delle agenzie eu-

ropee perché i regolamenti isti-

tutivi di Ema e di Eba prevedono

che entrambe abbiano sede in

uno Stato membro».

trebbe essere Milano.

mento?





 Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificat

 Tiratura
 04/2016: 142.595

 Diffusione
 04/2016: 110.595

 Lettori
 Ed. I 2016: 327.000

Avvenir

06-LUG-2016 da pag. 12 foglio 1

www.datastampa.it

Quotidiano - Ed. nazionale Dir. Resp.: Marco Tarquinio

La sanità digitale cura meglio ma l'Italia è fanalino di coda

Non è solo un problema di infrastrutture e di soldi

Censis e Impresa Lavoro: il ritardo può essere superato solo riformando il sistema sanitario nazionale

PAOLO VIANA

renotazione delle visite via web, informazione online sulle cure disponibili, trasmissione telematica delle ricette da medico a farmacista... Il digital divide non è un muro invalicabile solo per chi ha una certa età, ma rappresenta un problema per tutta la Sanità italiana: lo attesta il rapporto del Censis e di Impresa Lavoro sulla sanità digitale che è stato presentato ieri a Roma e che ci offre una poco rassicurante immagine della solita Italietta aggrappata alle scartoffie. Certo, tra non molto, si ridurrà la distanza che ci separa dai Paesi dell'Ue che investono di più in questo campo ma solo perché il Regno Unito, con il suo 4% (contro il nostro 1,2%) uscirà dalle statistiche comunitarie. Al contrario, investire nell'eHealth significa «rendere il cittadino fulcro dei processi di cura, offrendogli strumenti perché riesca a assumere un ruolo maggiormente attivo nella gestione della propria salute»: non siamo ancora alla centralità della persona che soffre, ma siamo già oltre l'approccio ragionieristico che usa falcidiare-indiscriminatamente-sprechi e diritti. Siamo, però, ancora e solo ai buoni propositi: la realtà è invece quella che viene radiografata da questo rapporto, che vede la sanità italiana «ben al di sotto della media Ue» sia nella ricerca di informazioni online sui temi della salute da parte di cittadini (27° su 28 Paesi Ue + Islanda e Norvegia), sia nella prenotazione di visite mediche via web (12°, con il 10% contro il 36% della Spagna), sia

nella percentuale di medici di famiglia che inviano attraverso la rete le prescrizioni ai farmacisti (17° con il 9% contro il 100% della Danimarca e il 99% della Croazia), sia, infine, nella condivisione delle informazioni tra medici e altri professionisti sanitari (su questo fronte siamo 14°).

Se continueremo così, nel 2020 l'eHealth assorbirà solo l'1,36% del budget sanitario: si può raggiungere il 2% - limite più basso della media dei Paesi europei - solo investendo duemila milioni più di oggi, mentre per staccare il gruppo di coda l'investimento aggiuntivo dovrebbe superare i cinquemila; solo portandolo a 7.767 milioni, quindi con una spesa destinata alla sanità digitale di 15.243 milioni contro i 1.385 di oggi il ritardo sarebbe davvero colmato. Censis e Impresa Lavoro sottolineano che un cambio di policy garantirebbe tra l'altro la riduzione delle prescrizioni e delle prestazioni non necessarie, una razionalizzazione delle spese e un miglioramento della stessa attività diagnostico-terapeutica: il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Telemedicina permetterebbero di ottimizzare l'erogazione dei servizi e anche gli errori medici sarebbero meno frequenti. Si prevede anche un miglioramento nella gestione delle patologie croniche. Peraltro questo cambio di passo non può essere solo finanziario o infrastrutturale: secondo il rapporto, il vero "nodo" che strangola il sistema sanitario italiano è organizzativo e di governance-«la Sanità Digitale ha bisogno di svilupparsi ad un passo che la burocrazia non regge», scrivono Censis e Impresa Lavoro, spingendo implicitamente verso una rinazionalizzazione del sistema della salute - oltre che culturale, poiché non vi è investimento, si ammette, che non sia a rischio se non si riuscirà a garantire una vera partecipazione degli utenti al processo. E si torna al "solito" digital divide.

© RIPRODUZIONE RISERVA





Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. Molise



Dir. Resp.: Giulio Rocco

06-LUG-2016 da pag. 3 foglio 1/2 www.datastampa.it

"Mi ha detto di essere al corrente della situazione e di essere impegnata per la risoluzione"

Sindacati a Roma dalla <u>Lorenzin</u>

Il segretario della Fp Cgil, Pastorino, ha esposto al ministro i problemi della sanità

CAMPOBASSO. Un incontro a Roma con il mi-

nistro della Salute, Beatrice Lorenzin, per esporle le difficoltà della sanità in Molise. Lo ha tenuto ieri il segretario generale della Fp Cgil Molise, dopo aver partecipato nella Capitale alla grande iniziativa "La crescita delle competenze per la qualità del lavoro in sanità". La manifestazione promossa dalle organizzazioni sindacali nazionali Cgil, Cisl e Uil e dalle rappresentanze del mondo delle professioni sanitarie, ha visto la straordinaria partecipazione di oltre 500 rappresentanti dei professionisti della sanità. "Seppur brevemente, - racconta la Pastorino - ho esposto al ministro le problematiche che investono la riorganizzazione del nostro servizio sanitario regionale e il tipo di riforma che il governatore intende realizzare in Molise. Ovviamente, il ministro mi ha riferito di essere al corrente della situazione. ma anche di essere impegnata per la risoluzione delle criticità esistenti. Ben quattordici le proposte presentate dalle organizzazioni sindacali e dal mondo delle professioni al ministro e ai rappresentanti delle Regioni, a partire dal modello organizzativo avente come baricentro il territorio, fino all'integrazione ospedale-territorio sul modello della continuità assistenziale e sulla quantificazione dei fabbisogni del personale per tutte le professioni. Il ministro - continua il segretario - ha ribadito l'impegno sul reperimento delle risorse mancanti per rinnovare i Ccnl nel pubblico impiego e sugli investimenti da attuare per migliorare i percorsi di cura". Nelle sue conclusioni la segretaria generale della Fp Cgil nazionale ha affermato: "Su questi punti vogliamo un confronto di merito con governo e Regioni. E al ministro Lorenzin chiediamo più coraggio. Se come ha detto oggi l'investimento nelle professionalità è priorità del governo, lo dimostri subito: porti a termine il percorso di implementazione delle competenze, già avviato per infermieri e tecniciradiologi, e scommetta sull'innovazione. A partire dal rinnovo dei contratti di lavoro. Nel frattempo in Molise - continua la Pastorino - si continua a negare da un lato, il diritto costituzionale alla tutela della salute, con alte percentuali di cittadini che si vedono costretti a dover rinunciare alle cure e all'assistenza di cui necessitano, a causa degli alti costi di accesso alle prestazioni, alle lunghe liste di attesa, alla difficoltà a raggiungere le strutture sanitarie per l'impraticabilità della rete viaria esistente. Dall'altro si continuano a negare diritti contrattuali dei dipendenti, a causa della cronica carenza di personale sanitario, sempre più vessato e costretto ad operare in continuo stato di emergenza e di stress psicofisico, con carichi di lavoro eccessivi. Solo il loro alto senso di responsabilità e di abnegazione consente tutt'ora di dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini. Tutto questo, come già denunciato più volte dalla Fp Cgil Molise in precedenti comunicati, è soprattutto dovuto ad una cattiva governance aziendale. A dimostrazione ulteriore - continua la Pastorino - la decisione intrapresa nelle ultime ore dalla direzione sanitaria di sospendere i





Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.





Dir. Resp.: Giulio Rocco foglio 2 / 2
www.datastampa.it

ricoveri ordinari, giustificando il tutto come se ciò rappresentasse l'unico modo per permettere al personale di usufruire di un legittimo periodo di ferie. Possibile che non c'erano altre soluzioni per continuare a garantire un servizio essenziale, oltre quella troppo semplicisticamente attuata?. La Cgil Molise è convinta che altre strade ben più efficaci erano e sono possibili per risolvere il problema nella sua drammaticità, prevedendo assunzioni, anche a tempo determinato, rivedendo soprattutto quella che è l'attuale organizzazione del lavoro e il reale fabbisogno di personale, atto a garantire un'adeguata e giusta garanzia dell'esigibilità del diritto alle cure e all'assistenza sanitaria. Infine, ci chiediamo cosa accadrà ai lavoratori alla fine della proroga dei contratti prevista per il mese di ottobre e come potranno essere ancora garantite le prestazioni dal primo di novembre fino allo sblocco del turn-over, assicurato dal gover-

natore a inizio 2017. In ultimo, - conclude il segretario generale molisano - questa Federazione sindacale intende anche ancora una volta sottolineare che la difesa della sanità pubblica non deve e non può passare, come qualcuno vorrebbe lasciar intendere, per la svalutazione dei dipendenti del settore privato, in primis della Fondazione Giovanni Paolo II. Non è accettabile il modus operandi della Regione Molise che continua a parlare di integrazione, senza mai fornire elementi utili a comprendere come ciò sarà possibile. Il deficit di informazioni sta solo creando un'inaccettabile conflitto tra i più deboli che restano i lavoratori, quando è ormai chiaro a tutti che l'integrazione pubblico/privato, se attuata correttamente, garantirebbe a questa Regione la sola possibilità di sopravvivenza".



06-LUG-2016

da pag. 3



quotidianosanità.it

Martedì o5 LUGLIO 2016

La Assicurazioni propongono un patto sulla sanità. "Serve un framework pubblico/privato come per la previdenza. Spesa sanitaria non più sostenibile". E sul ddl Gelli: "Giusta direzione, ma servono correttivi". **Il rapporto Ania**

Così la presidente Maria Bianca Farina nella <u>Relazione presentata all'Assemblea</u>. Questa la proposta lanciata: "Siamo convinti della necessità di promuovere un framework analogo a quello della previdenza, con il ruolo centrale attribuito alle prestazioni pubbliche e un ruolo complementare affidato agli operatori privati". Sulla responsabilità professionale chiesti correttivi su azione diretta danneggiato e autoassicurazione strutture. <u>IL RAPPORTO</u>

"Come nella previdenza, anche nel campo della sanità e dell'assistenza l'assicurazione può svolgere un ruolo determinante nel garantire la sostenibilità del sistema nel lungo termine. Il peso della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL è grosso modo in linea con quello degli altri maggiori Paesi europei, ma è di tutta evidenza che una sua crescita significativa non sarebbe sostenibile. A maggior ragione perché già oggi alcune criticità caratterizzano il nostro sistema sanitario. Conseguenze tangibili di questa difficoltà sono il fenomeno delle liste di attesa e il fatto che gran parte della spesa sanitaria privata è di tipo out- of-pocket". Così la presidente **Maria Bianca Farina** è intervenuta oggi per presentare la propria Relazione in occasione dell'Assemblea Ania 2016.

"Anche nell'area dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (Long-Term Care) servono riforme per rendere più efficiente e sostenibile il sistema. Oggi, infatti, il nostro welfare pubblico è strutturato per soddisfare più la fase acuta delle patologie che la riabilitazione e l'assistenza necessarie alla continuità terapeutica", ha proseguito.

E dunque, alla luce di questa situazione, come intervenire? Questa la proposta lanciata da Ania: "Sul terreno della sanità e dell'assistenza, siamo convinti della necessità di promuovere nel nostro Paese un framework analogo a quello della previdenza, con il ruolo centrale attribuito alle prestazioni pubbliche e un ruolo complementare affidato agli operatori privati, in linea con scelte già compiute in altri Paesi europei. Siamo altresì convinti dell'importanza del ruolo che, per tali bisogni, può essere svolto dal welfare aziendale che, pertanto, deve essere incentivato nella contrattazione bilaterale".

Non poteva mancare una nota sulla **responsabilità professionale**. "Il tema della responsabilità civile delle strutture e degli operatori sanitari.

L'aumento del numero delle denunce per malpractice medica ha riguardato, negli ultimi decenni, molti Paesi sviluppati. Anche in Italia si tratta di un fenomeno importante e complesso che coinvolge professionisti, strutture sanitarie, compagnie assicurative e cittadini. La sostenibilità del sistema richiede la ricerca di un equilibrio complessivo che tenga conto delle esigenze di tutti gli attori coinvolti", si legge nella relazione.

Quanto al testo del disegno di legge attualmente all'esame della commissione Sanità del Senato: "Il disegno di legge di riforma della r.c. medica, attualmente all'esame del Senato, va nella giusta direzione. Le misure riguardanti la prevenzione e la gestione del rischio, la ridefinizione della responsabilità degli esercenti la professione sanitaria, nonché l'obbligo di assicurazione per le strutture sanitarie e i relativi operatori, mirano infatti a riequilibrare il sistema riducendo i costi e salvaguardando i diritti dei cittadini. Alcuni correttivi al testo attuale appaiono tuttavia necessari, ad esempio con riguardo all'azione diretta del danneggiato e al regime di autoassicurazione per le strutture sanitarie", chiude la relazione.

Passando ai numeri del rapporto, la stima dei premi del portafoglio diretto italiano per l'esercizio 2014 è stata pari a 552 milioni di euro ripartiti al 50% tra le polizze stipulate dalle strutture sanitarie e quelle sottoscritte dai professionisti sanitari. Va ricordato che la statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi. Rispetto all'anno precedente i premi sono diminuiti del 2,2%. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi nel periodo 2004-2014 si attesta al 5,2% (rispettivamente 2,4% per le strutture sanitarie e 9,4% per i professionisti).

I sinistri relativi alle strutture sanitarie si riducono del 7,3%, mentre quelli relativi alle polizze dei professionisti del 4,7%. Quanto invece alla situazione del numero dei sinistri che la compagnia chiude senza effettuare nessun pagamento (c.d. sinistri senza seguito), se si esaminano le generazioni più mature (dal 1994 al 2003), mediamente oltre i due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie, per il totale della r.c. medica, vengono chiusi senza seguito. In particolare tale percentuale è più elevata per i sinistri relativi alle strutture sanitarie (mediamente pari nel periodo al 70%). Questo potrebbe essere causato da fenomeni di duplicazione di denunce per lo stesso sinistro (che possono colpire ad esempio sia la strut- tura sia il personale medico coinvolto singolarmente) e che sono poi chiuse senza seguito dalla compagnia in quanto riconducibili a un unico sinistro per l'impresa assicurativa. Per i sinistri relativi alla r.c. professionale mediamente il 60% dei sinistri denunciati non dà seguito a un risarcimento.

quotidianosanità.it

Martedì o5 LUGLIO 2016

Lavoro. Italia punta su profili qualificati quanto la Germania e più della Francia. Salute tra le professioni con più opportunità. La ricerca di Unioncamere

Crescerà meno l'occupazione nel nostro Paese nei prossimi 5 anni, ma sarà molto qualificata. Questa una delle considerazioni che emergono dalle previsioni dei fabbisogni occupazionali e professionali in Italia a medio termine, messe a punto da Unioncamere in collaborazione con Gruppo Clas. Tra le professioni tecniche, le maggiori opportunità riguarderanno i tecnici nelle scienze della salute e della vita (136mila).

Nei prossimi 5 anni l'occupazione in Italia crescerà meno degli altri Paesi europei nostri competitor, ma sarà qualificata quasi quanto quella della Germania e parecchio di più di quella della Francia. Questa una delle considerazioni che emergono dalle previsioni dei fabbisogni occupazionali e professionali in Italia a medio termine, messe a punto da Unioncamere in collaborazione con Gruppo Clas. Tra il 2016 e il 2020, complessivamente 2,5 milioni di persone entreranno nel mondo del lavoro come dipendenti o come imprenditori e professionisti. Gran parte di questa occupazione sarà legata al turnover nelle imprese e nella pubblica amministrazione, mentre una quota più contenuta deriverà dall'aumento dei posti di lavoro indotto dalla crescita economica.

Lo stesso fenomeno, ovviamente, interessa tutte le economie del mondo. Ma, mettendo a confronto la previsione per l'Italia con quella di Germania, Francia e Regno Unito, emerge un interessante elemento di dinamicità. Se, infatti, le professioni maggiormente qualificate sono destinate a crescere da noi di 2,2 punti percentuali nei 5 anni, in Francia aumenteranno dello 0,8% e in Germania del 2,3%. Meglio di tutti farà invece il Regno Unito, dove i profili cosiddetti high skill cresceranno di 3 punti percentuali.

Buone opportunità per il prossimo futuro, nel Bel Paese le avranno soprattutto alcuni specialisti della formazione (come gli esperti di formazione aziendale, gli orientatori e gli insegnanti di lingua italiana per stranieri), i tecnici di apparecchiature ottiche e audio-video (tra cui fotografi, cineoperatori ma anche professionisti della diagnostica per immagini), i tecnici dei servizi culturali (tra i quali emergono i grafici pubblicitari).

Lo scenario: occupazione in crescita del 2,1% in 5 anni

Se l'economia italiana rispetterà le previsioni di crescita formulate dalla Commissione europea e dal Fondo monetario internazionale, tra il 2016 e il 2020 l'occupazione aumenterà complessivamente del 2,1% (+0,4% l'anno). Per quanti oggi sono in cerca di un lavoro, tuttavia, le opportunità di trovarlo sono di gran lunga più elevate, in quanto ai nuovi posti di lavoro che si creeranno per effetto della crescita economica si affiancano quelli generati dal turnover. Considerando entrambi gli aspetti, Unioncamere stima che le persone che entro 5 anni troveranno occupazione, sia dipendente che autonoma (quindi anche imprenditori e liberi professionisti), nelle imprese extra-agricole o nella Pubblica amministrazione, saranno oltre 2 milioni e 550mila. Determinante sarà l'apporto occupazionale delle imprese dei servizi (a partire dal terziario avanzato) e, all'interno del settore manifatturiero, delle attività agroalimentari. Per quanto riguarda le imprese degli altri comparti e tutta la Pubblica amministrazione, invece, i movimenti occupazionali saranno legati quasi esclusivamente alla sostituzione di personale oggi in servizio.

Italia batte Francia 2 a 1

Confrontando le previsioni di occupazione per l'Italia con quelle formulate dal Bureau of Labor Statistics per gli USA e dal Cedefop per Germania, Francia e Regno Unito, emerge che 3 Paesi su 5 prevedono nei prossimi 5

anni un aumento piuttosto contenuto, la Francia un incremento superiore all'1% medio annuo, mentre per la Germania si stima un leggero regresso.

La situazione del mercato del lavoro Italiano risulta meno favorevole di quella degli altri paesi. L'Italia infatti ha un tasso di fabbisogno sensibilmente inferiore, addirittura quasi la metà di quello di Francia e Regno Unito. Ciò dipende non solo dalla bassa crescita occupazionale attesa nei prossimi anni, ma anche dal più basso turnover, dovuto alle ultime riforme previdenziali che, allungando l'età pensionistica, hanno ridotto i flussi di sostituzione.

Su un aspetto, però, le previsioni realizzate da Unioncamere sul mercato del lavoro assegnano all'Italia un buon "piazzamento" nello scacchiere europeo: nel nostro Paese, infatti, le professioni qualificate (ossia, quelle intellettuali, scientifiche e tecniche) aumenteranno di 2,2 punti percentuali in 5 anni, poco meno di quanto il Cedefop prevede per la Germania e oltre il doppio di quello atteso per la Francia (+0,8%). Meglio di noi, ma non più di tanto, farà il Regno Unito (+3%).

Professioni qualificate: la mappa delle opportunità al 2020

La stima del fabbisogno occupazionale nel settore pubblico e privato nel 2020 mostra che, fatto 100 il totale delle persone che troveranno lavoro, 41 avranno un profilo professionale molto qualificato (le cosiddette "high skill") e saranno 2 in più rispetto al 2016, a scapito delle figure intermedie (31% circa sul totale, 2 punti in meno). Le professioni non qualificate si manterranno invece sul 27% del fabbisogno.

A fronte di un fabbisogno complessivo di oltre 2.550.000 persone tra il 2016 e il 2020, le professioni del commercio e dei servizi e le tecniche saranno quelle che, sotto il profilo puramente numerico, offriranno maggiori opportunità di occupazione nei prossimi 5 anni. Nel primo gruppo, spicca il fabbisogno delle professioni qualificate nelle attività commerciali (236mila unità), seguite da quelle che operano nei servizi culturali, di sicurezza e alle persone (136mila) e nelle attività ricettive e della ristorazione (119mila).

Tra le professioni tecniche, invece, le maggiori opportunità riguarderanno i profili organizzativi, amministrativi, finanziari e commerciali (circa 212mila unità), i tecnici nelle scienze della salute e della vita (136mila) e i profili scientifici, ingegneristici e della produzione (119mila).

Molto elevata, però, anche la quota che sarà riservata alle professioni specialistiche: oltre 460mila i posti di lavoro previsti tra nuova occupazione e turnover. Tra queste, prevalgono gli specialisti della formazione e della ricerca (circa 164mila unità in 5 anni) e delle scienze umane, sociali, artistiche e gestionali (125mila). I primi comprendono soprattutto gli insegnanti e i professori di scuola superiore; tra i secondi troviamo figure quali l'esperto di marketing e lo specialista della gestione e del controllo dell'impresa.

Seguono con un certo distacco le professioni impiegatizie (295mila complessivamente), tra le quali spiccano gli addetti alla segreteria e alle macchine da ufficio (146mila unità). Tra gli operai specializzati e artigiani (267mila nel complesso), il gruppo più numeroso è quello degli artigiani e operai specializzati dell'edilizia (quasi 100mila unità). Gli ultimi due posti della classifica del fabbisogno sono occupati dalle professioni non qualificate (262mila) e dai conduttori di impianti industriali e mezzi di trasporto (163mila), tra i quali prevalgono i conduttori di veicoli e di macchinari mobili (88mila unità).

Se questi sono i profili che, viste anche le specializzazioni settoriali del nostro tessuto economico, genereranno in futuro le più cospicue opportunità di inserimento nel mondo del lavoro, andando più nel dettaglio è possibile individuare le professioni destinate ad aumentare rispetto ad oggi. Tra le figure high skill più dinamiche, al primo posto si incontrano gli "altri specialisti della formazione" (oltre 39mila quelli previsti in 5 anni), tra i quali sono compresi gli esperti di formazione aziendale, gli orientatori, gli insegnanti di sostegno e quelli di lingua italiana per stranieri. Tra le figure medium skill emergono le professioni qualificate nei servizi personali (più di 93mila, includendo gli addetti all'assistenza per anziani, disabili e bambini), mentre tra le low skill il maggior ricambio interesserà i conduttori di convogli ferroviari e altri manovratori (8.600).

quotidianosanità.it

Martedì o5 LUGLIO 2016

Sanità digitale. Censis: "Italia indietro. Spesa dimezzata rispetto a media europea. Potrebbero servire fino a 15mld per restare al passo con Ue"

Tutte le graduatorie europee ci vedono in fondo alla classifica sulla digitalizzazione sanitaria. Ultimi in Europa nella ricerca di informazioni sulla salute via internet, dodicesimi per la percentuale di chi prenota le visite via web. E in una ricerca il Censis ha elaborato tre scenari che indicano come l'accelerazione dell'impegno finanziario al 2020 richieda risorse aggiuntive per la Sanità Digitale comprese fino ad arrivare 15,2 miliardi. LA RICERCA

Ultimi in Europa nella ricerca di informazioni sulla salute via internet, dodicesimi per la percentuale di chi prenota le visite via web. E risultati non lusinghieri emergono anche se si analizza la percentuale di medici di medicina generale che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti e rispetto alla condivisione dei dati con pazienti e altri operatori sanitari dove non siamo al top in Europa. Numeri e fotografia che emergono da uno studio del **Censis** prensetato oggi a Roma che segnala come "nella prospettiva della Strategia Europa 2020 il processo di digitalizzazione della sanità italiana appare ancora in ritardo rispetto alla maggioranza dei Paesi UE sulla base degli indicatori disponibili. Le performance insufficienti rispecchiano il basso livello di spesa eHealth dell'Italia, pari nel 2015 all'1,2% della spesa sanitaria pubblica, rispetto alla media UE compresa fra il 2 e il 3%, con punte vicine al 4%". Insomma, in attesa che la Conferenza Stato-Regioni dia il via libera definitivo al Patto sulla sanità digitale bloccato da un anno (all'ordine del giorno della prossima riunione di giovedì), la situazione vede l'Italia ancora ferma all'1.0.

I numeri. All'interno dello scoreboard della Commissione UE i progressi dei Paesi europei in tema di Sanità Digitale vengono misurati attraverso quattro indicatori:

- Ricerca di informazioni online sui temi della salute da parte dei cittadini
- Prenotazione visite mediche via Web da parte dei pazienti
- Medici di medicina generale che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti
- Medici di medicina generale che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari.

Per quanto riguarda il primo indicatore l'Italia nel 2015 si situa – ben al di sotto della media UE – al 27° posto all'interno dei 28 Paesi UE+2 (Islanda e Norvegia): la % di utenti Internet negli ultimi 3 mesi che ricercano online informazioni sulla salute era pari al 46% contro la media UE del 58%.

Per quanto riguarda la prenotazione delle visite mediche via Web da parte dei pazienti (in % degli utenti Internet negli ultimi 3 mesi) l'Italia nel 2014 occupa la 12ª posizione fra i 28 Paesi UE+2: l'indicatore è pari al 10%, contro la media UE del 12,5%. I Paesi più avanzati sono Spagna (36%), Finlandia (35%) e Danimarca (34%).

Passando alla % di medici di medicina generale che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti, l'Italia nel 2013 – unico dato disponibile – occupa la 17ª posizione (fra i 28 Paesi UE+2) con il 9%, molto distanziata rispetto ai Paesi battistrada: Estonia (100%), Danimarca (100%), Croazia (99%), Svezia (97%), Islanda (96%), Olanda (94%).

In merito al quarto indicatore eHealth considerato, l'Italia nel 2013 – anche qui unico dato disponibile – occupa il 14° posto (fra i 28 Paesi UE+2) con il 31% di medici di medicina generale che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari. Il Paese più avanzato è la Danimarca con il 92%.

Secondo un indice sintetico di eHealth adoption, che si basa sui dati appena considerati della Commissione

UE, i primi cinque Paesi in Europa sono Danimarca (con indice pari a 0,87), Finlandia (0,84), Spagna (0,72), Olanda (0,71) e Svezia (0,67). Il valore dell'indice per l'Italia è pari a 0,26.

La spesa in Italia per la sanità digitale. Rispetto al quadro europeo, l'ultima stima disponibile per l'Italia indica una spesa in Sanità Digitale pari a 1.340 milioni di Euro nel 2015, che corrisponde all'1,20% della spesa sanitaria pubblica. Peraltro nel 2015 sia il livello che la % di spesa eHealth si riducono leggermente rispetto al 2014, pur registrando rispetto al 2011 un qualche livello di crescita, dopo che nel periodo intermedio si era verificata una loro contrazione, sino ad arrivare nel 2013 ad una spesa di 1.170 milioni di Euro, pari all'1,07% della spesa sanitaria complessiva.

Per restare al passo potrebbero servire fino a 15 mld. "I risultati dell'analisi mostrano che il Servizio Sanitario Nazionale debba realizzare nei prossimi anni un deciso cambio di passo nelle risorse finanziarie da investire in Sanità Digitale – sottolinea il Censis -, per stare al passo con i Paesi europei più avanzati in questo settore". E in questo senso i ricercatori hanno elaborato tre scenari che indicano come l'accelerazione dell'impegno finanziario al 2020 richieda risorse aggiuntive per la Sanità Digitale comprese in un range fra 2 e 7,8 miliardi di Euro, rispetto al fabbisogno tendenziale di 7,5 miliardi, per arrivare ad un impegno complessivo stimato fra 9,5 e 15,2 miliardi di Euro".

Per l'istituto di ricerche "senza questo cambio di policy, il Servizio Sanitario Nazionale non potrà valersi pienamente dei benefici attesi dai servizi e dagli strumenti di Sanità Digitale, che – attraverso una più evoluta condivisione delle informazioni e una più avanzata interazione fra pazienti, medici, operatori e strutture sanitarie – consentono un guadagno di efficienza, un'ottimizzazione nell'erogazione dei servizi, una riduzione dell'errore medico, un incremento della sicurezza del paziente, un miglioramento della gestione delle patologie croniche".

Più investimenti, ma non solo. "Peraltro – rileva la ricerca - la questione degli investimenti è un fattore necessario ma non sufficiente per lo sviluppo della Sanità Digitale e per il conseguimento dei benefici connessi. Occorre affrontare contestualmente il tema del ridisegno complessivo del sistema salute, quello del digital divide, quello della costruzione di una governance nazionale dell'innovazione e di una strategia architetturale complessiva, quello della definizione di una chiara politica della sicurezza e della privacy. Mentre resta ancora aperta a livello internazionale la questione di una corretta misurazione e valutazione dei benefici e dei ritorni dell'investimento in Sanità Digitale".