quotidianosanità.it

Mercoledì 16 NOVEMBRE 2016

Gravidanza: preoccupa le donne, ma gli uomini vanno in debito di sonno

Secondo i risultati di uno studio finlandese, pubblicati da Sleep Medicine, durante la gravidanza le donne ed i loro partner riferiscono episodi frequenti d'insonnia o di sonno insufficiente, che per le donne sembrano legati alla preoccupazione per il parto e la salute del nascituro, mentre per gli uomini si correlano a fattori diversi, come per esempio il grado d'istruzione.

(Reuters Health) – **Tiina Paunio** e colleghi, dell'Helsinki University Hospital, hanno voluto approfondire le evidenze riportate da precedenti studi, secondo i quali durante la gravidanza i sintomi dell'insonnia e, in particolare, i frequenti risvegli notturni sono molto comuni, e la maggioranza delle donne (oltre l'80%) riportava una scarsa qualità del sonno. I ricercatori hanno studiato una popolazione di 1.667 madri e 1.498 padri in Finlandia, che facevano parte di uno studio a lungo termine. I partecipanti sono stati reclutati durante la gravidanza, e quasi la metà delle coppie era in attesa del loro primo figlio. I dati sul sonno sono stati rilevati prima della nascita dei figli e diverse volte entro i primi 24 mesi di vita dei bimbi.

Le evidenze
Si è così evidenziato che quasi la metà delle donne ha riferito di aver dormito più del solito durante la gravidanza, ma la qualità del sonno era scarsa. Inoltre complessivamente, il 12% delle donne e il 15% degli uomini lamentavano insonnia o continue interruzioni del sonno. In particolare, i ricercatori hanno valutato 'scarsa' (problemi nell'addormentarsi, risvegli precoci) la qualità del sonno riferita dai partecipanti allo studio, come durata inferiore di 2 ore rispetto ai bisogni di sonno auto-valutati dai partecipanti e hanno definito come 'breve' una durata del sonno inferiore a 6 ore per notte.

In pratica hanno scoperto che l'insonnia è più comune per le donne che negli uomini (10% vs 6%). E il debito di sonno era più comune per gli uomini che per le donne (10% vs 5%). Inoltre, si è visto che i genitori con l'insonnia mostravano più spesso sintomi di depressione rispetto ai genitori che non lamentavano questo fenomeno. E ancora: gli uomini con livello d'istruzione inferiore, cattive condizioni di salute e con il maggior numero di figli lamentano più spesso gli episodi di 'sonno breve'. Secondo Paunio questi risultati concordano con quelli degli studi precedenti ed è interessante notare che la breve durata del sonno è collegata a fattori molto diversi tra uomini e donne: tra le donne, è legata al timore di eventi negativi (parti difficili e prematuri) e depressione ma tra gli uomini si lega a fattori di fondo più generali come la salute, l'istruzione e il numero dei bambini in casa.

***Fonte**: Sleep Med 2016*

Kathryn Doyle

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

16-11-2016
Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Morte in culla a Firenze, vani i tentativi di rianimare il neonato

Era già senza vita il corpicino del neonato di cinque mesi quando è giunto al pronto soccorso del presidio ospedaliero di Borgo San Lorenzo, ma tutta l'equipè medico infermieristica si è comunque prodigata nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare del piccolo, senza successo. Il decesso risale a stamani, intorno alle ore 13,00, precisa la Ausl Toscana Centro.

"Il neonato era già stato rianimato, senza successo, presso la sua abitazione. Era stato trovato privo di conoscenza nella sua culla ed era stato allertato il 118, che ha trovato il piccolo in arresto cardiorespiratorio. Sono state praticate al letto del lattante tutte le manovre di rianimazione cardiopolmonare previste dalle linee guida di rianimazione pediatrica, purtroppo senza successo". I sanitari, nel sospetto che si tratti di "morte in culla", hanno allertato il centro Sids -sindrome della morte improvvisa del lattante, dell'ospedale Meyer ed inviato la salma all'Istituto di Anatomia Patologica di Careggi per i rilievi autoptici del caso.

quotidianosanità.it

Mercoledì 16 NOVEMBRE 2016

Screening neonatali. In Gazzetta il decreto del Ministero della Salute. A disposizione 25 milioni di euro a valere sul Fsn 2014/2016

Pubblicato il provvedimento con le disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie. Elencate le malattie ereditarie da sottoporre a screening, modulo per il consenso informato e definizione dell'organizzazione del percorso. Nonchè i criteri di riparto delle somme già previste nel fondo sanitario. IL TESTO

Arriva in Gazzetta ufficiale il decreto ministeriale firmato dal Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che delinea le disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie. In primis nel decreto si elencano le malattie metaboliche ereditarie da sottoporre a screening neonatale esteso (36 indicazioni riportate nelle tabelle allegate al decreto). In seconda istanza viene definita l'Informativa e consenso allo SNE. Tracciate anche le linee guida su raccolta, invio e conservazione dello spot ematico.

Ma il decreto fissa anche un Sistema di screening neonatale che dovrà avere "un'organizzazione regionale o interregionale a carattere multidisciplinare deputata a garantire l'intero percorso dello screening neonatale dal test di screening, alla conferma diagnostica, alla presa in carico e al trattamento del neonato, con un coordinamento regionale dell'intero sistema di screening neonatale.

Esso pertanto deve prevedere i seguenti elementi:
a) Laboratorio di screening neonatale.
b) Laboratorio per i test di conferma diagnostica.
c) Centro clinico.
d) Coordinamento regionale del sistema screening.

Ogni regione e provincia autonoma individuerà al suo interno un'articolazione con funzione di coordinamento del sistema screening neonatale. Tale livello organizzativo ha il compito di governare e monitorare le attività del sistema screening nel suo complesso a livello regionale/provinciale.

Definite poi le modalità di Comunicazione, richiamo, conferma diagnostica e presa in carico per lo SNE. Capitolo poi dedicato anche a Formazione, informazione ed empowerment protezione e promozione della salute.

Per quanto riguarda la copertura degli oneri economici e dei criteri di riparto, per l'anno 2014 la somma di 5 milioni di euro del Fondo sanitario è ripartita tra le regioni in relazione al numero medio annuo di nati, calcolato sui nati dell'ultimo quinquennio, per la copertura delle spese per lo SNE.

Per gli anni 2015 e 2016 prevista invece la somma di 10 milioni di euro annui del Fondo sanitario, ripartite con i medesimi criteri indicati per il 2014. Il decreto stabilisce inoltre che le risorse finanziarie "sono destinate e utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi quali-quantitativi per garantire la progressiva universalità, uniformità e gratuità dello SNE, dal prelievo del campione ematico alla conferma diagnostica, per la presa in carico dei neonati riconosciuti affetti" secondo specifiche priorità indicate all'articolo 7 del provvedimento.

Da notare come su questo decreto vi fosse stata una dura polemica lanciata dal Movimento 5 Stelle in quanto il dm andrebbe a sovrapporsi alla legge approvata lo scorso agosto proprio per l'inserimento nei Lea degli screening neonatali.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

17-NOV-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Conoscere meglio la fertilità nasce la «Società scientifica»

La questione sanitaria dell'infertilità e la questione socio-politica della denatalità sono priorità urgentissime. In riferimento all'aspetto sanitario, l'esperienza clinica documenta come, anche tra persone di cultura medio-alta, sia scarsa la conoscenza della fertilità quale bene prezioso della persona e della salute pubblica. Per questo si è recentemente costituita la «Società scientifica italiana per la conoscenza della fertilità» (SicFert) composta da cultori della materia desiderosi di un impegno comune ed interdisciplinare.

L'associazione, con finalità scientifiche, formative e culturali, ha alcuni obiettivi chiari: promuovere la conoscenza della fisiologia procreativa e dell'orologio biologico della fertilità; stimolare la divulgazione di informazioni scientifiche in tale ambito, come pure la pubblicazione di testi scientifici, libri, atti, monografie, riviste, manuali, video, Dvd e altri supporti didattici; sviluppare consapevolezza e responsabilità sulla procreazione, con attenzione agli aspetti biologici, psico-affettivi, sociali ed etici; collaborare con gli organi di governo, i ministeri interessati, in particolare competenti su salute, istruzione, università e famiglia, come pure con regioni, aziende sanitarie, università, enti territoriali, istituzioni pubbliche e private.

«L'auspicio – riferisce la presidente, la ginecologa Gabriella Bozzo – è di sensibilizzare sia alla conoscenza della fertilità come diritto di ogni donna per una scelta libera da condizionamenti e più consapevole delle priorità, sia alla tutela della fertilità e alla prevenzione dell'infertilità, anche stimolando, indirettamente, risposte alle grandi domande di senso sul significato della vita, del procreare umano e della generatività sociale». *Info: associazione.sicfert@gmail.com*

Angela Maria Cosentino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

17-NOV-2016
da pag. 1
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Aspettativa di vita Nel Sud si riduce e torna al Dopoguerra

Lo studio dell'Istituto superiore della Sanità: quattro anni in meno per campani e siciliani

L'Italia che cambia

SI TORNA AL DOPOGUERRA

La vita al Sud diventa più breve

il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

Che non tutti gli italiani siano uguali davanti alla nostra sanità era già noto, ma non al punto da dover dire che oramai al Sud l'aspettativa di vita è tornata ad essere quella dell'immediato dopoguerra.

«Con Campania e Sicilia su valori uguali rispettivamente a quelli di Bulgaria e Romania, mentre i cittadini di Marche e Trento hanno davanti a sè gli stessi anni di vita degli svedesi».

A denunciare i «frutti amari del federalismo sanitario spinto e non solidale di questi anni» è il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Walter Ricciardi, che intervenendo all'inaugurazione dell'anno accademico dell'Università Campus Bio-Medico di Roma ha presentato in anteprima i numeri shock dell' "Osservatorio salute", da lui stesso diretto.

«Oramai in Campania e Sicilia si ha una speranza di vita alla nascita di 4 anni in meno che a Trento e nelle Marche, ma mentre i fattori di rischio per la nostra salute restano distribuiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, la disponibilità e l'accesso ai servizi sanitari - spiega - penalizzano i cittadini del Sud e delle regioni centrali in piano di rientro». Gli screening oncologici, ad esempio, coprono la quasi totalità della popolazione in Lombardia, appena il 30% dei residenti in Calabria. Moltiplichiamo questo per le diverse funzioni di assistenza e prevenzione sanitaria ed avremo il capovolgimento ai danni del Sud e di parte del Centro di questi anni, dopo che per oltre quarant'anni il Paese aveva omogeneamente guadagnato in media 2 mesi di vita l'anno.

«Non si dica però che tutto dipende dalla carenza di risorse - afferma Ricciardi - perché a fare la differenza è invece la capacità di organizzare la sanità sul territorio, visto che in Regioni come Lazio e Puglia l'aspettativa di vita scende mentre la spesa resta stabile, al contrario delle Regioni settentrionali, dove a un contenimento delle spese ha fatto riscontro un aumento degli anni di vita attesi». Un trend che si conferma anche guardando a un altro indicatore, quello della mortalità evitabile, che in base ai dati dell'Osservatorio diminuisce al Nord, resta stabile al Centro ma aumenta decisamente al Sud, con punte del più 20% in Campania dal 2001. Anche la mortalità in senso stretto è più alta al Sud e non perché ci sia una maggiore incidenza di malattie rispetto al resto del Paese, tant'è che al Nord, ad esempio, ci sono più casi di tumore alla mammella che fa però più morti al Sud. Un andamento che i dati mostrano essere inversamente proporzionali all'andamento della spesa.

E in futuro la forbice potrebbe allargarsi ancora «se non passerà la modifica del Titolo V della Costituzione, che oltre a sgombrare il campo dagli equivoci della legislazione concorrente consente allo Stato di in-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

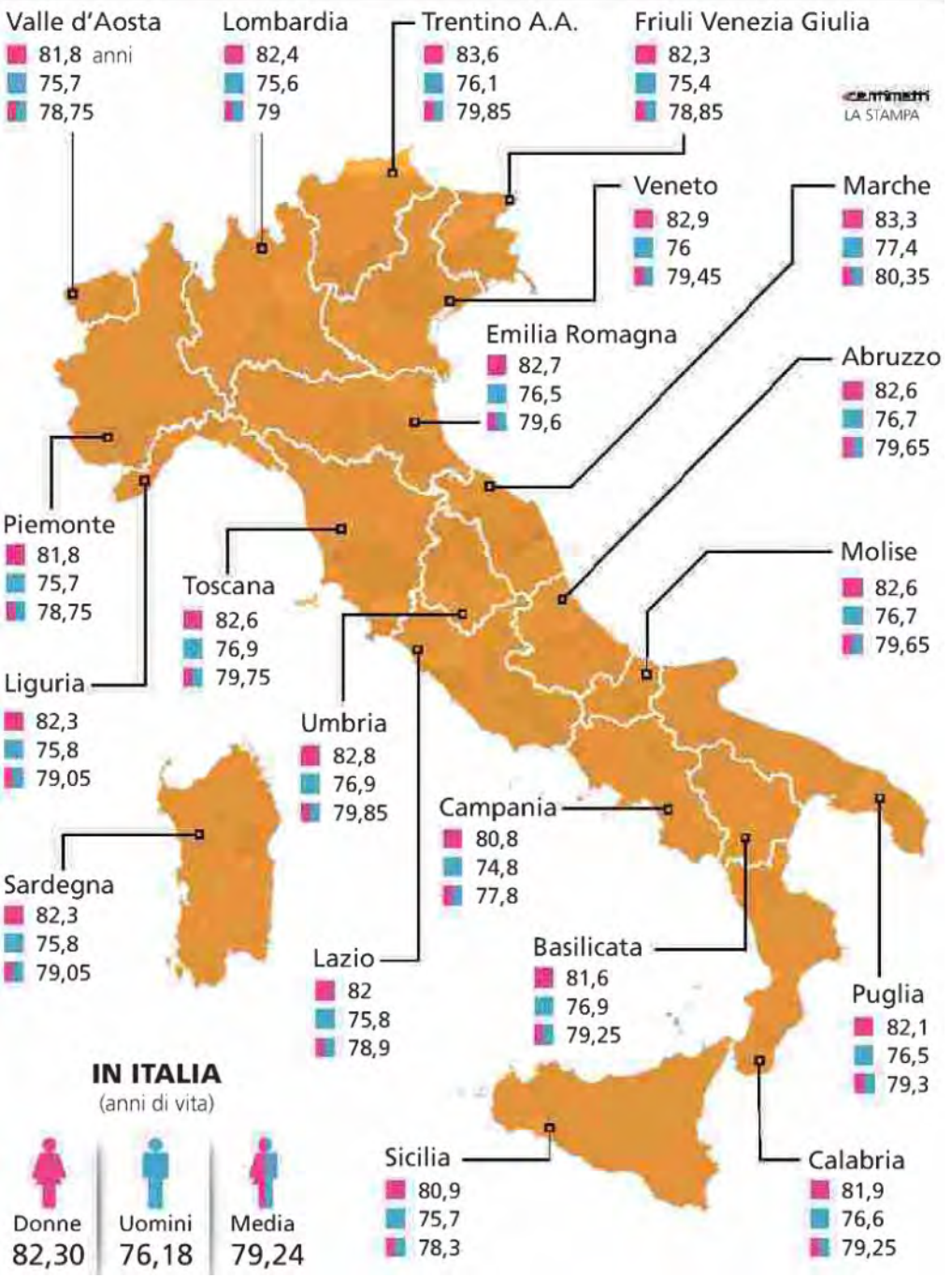
Dir. Resp.: Maurizio Molinari

17-NOV-2016
da pag. 1
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

tervenire quando le cose non vanno bene per i cittadini, grazie alla 'clausola di salvaguardia', che consentirebbe di ripristinare una omogeneità di offerta e accessibilità ai servizi sanitari, colmando il gap tra domanda e offerta». Gap per Ricciardi destinato di per sé ad aumentare, visto che «la pur maggior disponibilità di risorse prevista dalla legge di stabilità non è in grado di tenere il passo della crescita dei bisogni di salute nel nostro Paese». I dati dell'Osservatorio mostrano del resto che al Sud e più in generale nelle Regioni in piano di rientro personale sanitario e finanziamenti scarseggiano più che altrove. «E senza un intervento riequilibratore dello Stato - conclude Ricciardi - per 34 milioni di cittadini italiani l'offerta sanitaria e le condizioni di salute sono destinati a peggiorare ulteriormente. Accentuando le differenze con il resto del Paese».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

La «speranza» di vita nelle regioni



34 milioni
Sono gli italiani che nei prossimi anni rischiano di veder peggiorare le proprie condizioni di salute e l'offerta sanitaria

30 per cento
È la percentuale di persone coperte da screening oncologico in Calabria In Lombardia è la totalità

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

16-11-2016

http://www.healthdesk.it/

LA RICETTA

Spendere di più, spendere meglio

L'annuale Rapporto Meridiano Sanità traccia le criticità del servizio sanitario. Ma soprattutto propone soluzioni, come un maggiore investimento in prevenzione: per ogni euro speso se ne potrebbero risparmiare tre nei prossimi dieci anni

Dopo un decennio di tagli, il servizio sanitario italiano necessita di un cospicua iniezione di risorse. Specie in alcune aree, come la prevenzione, che annaspano e che, se opportunamente finanziati, consentirebbero risparmi ragguardevoli nel medio-lungo periodo.

Questa la conclusione sintetizzata al massimo dei risultati del Rapporto Meridiano Sanità, elaborato da The European House-Ambrosetti e presentato a Roma il 15 novembre.

Il rapporto, oltre a fotografare lo stato del servizio sanitario, propone soluzioni per coniugare la sostenibilità e i bisogni di salute della popolazione.

Cominciamo dai dati: il servizio sanitario italiano non se la passa bene. Secondo Meridiano Sanità Index, se è vero che sul fronte della qualità dell'offerta sanitaria siamo in linea con l'Europa e che mostriamo (per ora) performance migliori della media europea per quel che concerne lo stato di salute, è altrettanto vero che il Paese manifesta un sensibile ritardo dalla media europea sul fronte dell'efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria e sul fronte della capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute.

Ciò in parte (ma solo in parte) deriva dalle risorse che noi destiniamo alla sanità: si spende una quota inferiore rispetto al Pil (6,9% del Pil rispetto ad una media europea del 7,4%) e la spesa media (pubblica e privata) per abitante è molto più bassa (2.951 euro rispetto ad una media di 3.774 euro).

Non dappertutto, però, è così: continuano e si aggravano infatti le differenze regionali.

Secondo le misurazioni ottenute con il Meridiano Sanità Regional Index, a fronte di Regioni che spiccano (come l'Emilia Romagna e la Lombardia) il Sud continua a rimanere al di sotto della media nazionale. Problemi di cattiva gestione? Probabilmente, ma non solo: il rapporto ha messo in relazione le performance dei sistemi sanitari regionali con il relativo livello di spesa sanitaria, pubblica e privata, mostrando come le Regioni con le performance migliori (quelle del Nord) sono anche caratterizzate da un livello di spesa maggiore e ricchezza maggiore.

Lo specchio del declino del servizio sanitario è un peggioramento dello stato di salute della popolazione: nel 2015 per la prima volta in 10 anni è diminuita la speranza di vita alla nascita, il tasso di mortalità è stato il più alto dal dopoguerra ad oggi e, inoltre, continuano a calare gli anni vissuti in buona salute. Intanto, cresce l'impatto delle malattie croniche che rappresentano una sfida - per l'impatto sulla salute e le risorse - che non può essere ulteriormente rimandata.

Ed è qui che la lacuna forse più ampia del servizio sanitario italiano si fa sentire e riguarda lo scarso impegno in prevenzione. A oggi l'Italia spende in prevenzione 98,4 euro pro-capite, ben al di sotto del 5 per cento della spesa sanitaria fissata dal Piano nazionale prevenzione.

Eppure, la spesa in prevenzione non è solo utile per la salvaguardia della salute: è uno straordinario investimento che consente di liberare risorse in un futuro neanche troppo lontano. Il modello di previsione di Meridiano Sanità ha stimato che un euro investito in prevenzione genera 2,9 euro di risparmio nella spesa per prestazioni terapeutiche e riabilitative e che l'orizzonte temporale nel quale l'investimento in prevenzione manifesta i suoi impatti sulla spesa è di 10 anni.

Per capire cosa significa: se il nostro Paese spendesse oggi in prevenzione quanto la Germania (126,4 Euro pro-capite) la spesa sanitaria al 2050 raggiungerebbe solo l'8,9% del PIL a fronte di previsioni che parlano del 9,2. Sembra un'inezia, ma vuol dire un un risparmio di 4 miliardi di euro l'anno.

Da qui le proposte di Meridiano Sanità:

lanciare una campagna informativa sull'importanza, il valore e la sicurezza delle vaccinazioni;
investire maggiori risorse in prevenzione (raggiungendo almeno il 5% della spesa sanitaria);
implementare il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale in modo omogeneo sul territorio nazionale;
valutare l'obbligatorietà di alcuni vaccini per l'ammissione dei bambini a scuola;
implementare iniziative di antimicrobial stewardship;
realizzare campagne di comunicazione sull'antibioticoresistenza;
attribuire alle DG delle strutture sanitarie indicatori di performance sul controllo delle infezioni ospedaliere e la diffusione di ceppi resistenti;

introdurre incentivi alla R&S di nuovi antibiotici e procedure di fast-track;

promuovere la ricerca di base e quella indipendente sui nuovi antibiotici;

aumentare l'estensione e ridurre le disomogeneità regionali dei programmi di screening e stratificare i pazienti per classe di rischio per favorire la diagnosi precoce e la gestione efficace delle patologie;

individuare e diffondere le soluzioni più efficaci per la riduzione dei fattori di rischio modificabili delle patologie ad "alto impatto";

avviare progetti sperimentali a livello regionale e locale per realizzare PDTA costruiti con la logica dell'Health Pathway Design;

introdurre indicatori di accesso effettivo all'innovazione farmacologica;

diffondere gli strumenti di sanità digitale per migliorare l'accessibilità e garantire la continuità delle cure;

diffondere la sperimentazione di soluzioni di telemedicina con provato profilo di costo-efficacia e costo-utilità e definire gli strumenti di tariffazione e finanziamento adeguati

individuare nuove fonti di finanziamento di carattere pubblico-privato, come ad esempio i Social Impact Bond, per favorire la diffusione di soluzioni innovative per la gestione delle cronicità.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-NOV-2016
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

E-Health. La classifica dell'Istituto per la competitività

La sanità elettronica al palo: l'Italia è diciottesima in Europa

I NODI
Il fascicolo sanitario elettronico (Fse) è operativo solo in 7 regioni, più avanti l'attuazione della ricetta online

Roberto Turno
ROMA

In tutto il mondo è considerata una delle carte vincenti della sanità del futuro. Per la qualità dell'assistenza, per l'efficienza e per i risparmi che può garantire. Tanto che spesso in Europa, per non dire negli Usa, è già una realtà consolidata e in continua crescita. Ma in Italia non decolla, se non in poche regioni. La sanità elettronica - e-health - da noi è ancora una grande incompiuta, quasi una sconosciuta. Al punto che nella classifica Ue-28 l'Italia occupa una mortificante diciottesima posizione, alla pari con la Lituania. Dietro di noi tutta l'Europa dell'Est, con Polonia e Bulgaria in fondo alla classifica. Tutto il resto d'Europa ci supera. A partire dalla Danimarca, il vero regno dell'e-ealth nel Vecchio Continente. Che sta anni luce davanti all'Italia: il 67% in più.

A stilare il ranking europeo della diffusione ella sanità elettronica è I-Com, l'Istituto per la competitività, che oggi presenta a Roma un rapporto sull'"internet delle cose e la rivoluzione 5G". Rapporto che all'e-ealth dedica appunto un capitolo specifico, considerato l'impatto già effettivo e tanto più quello potenziale che la sanità elettronica rappresenta, sia per le cure che per l'organizzazione, la gestione e i costi dei servizi sanitari.

Sotto la spinta del piano d'azione "Sanità elettronica 2012-2020" della Commissione europea, l'e-ealth dovrebbe compiere nella Ue passi da gigante. Risorse e finanziamenti ad hoc permettendo. Fatto sta che l'Italia, secondo la classifica stilata da I-Com, non naviga sicuramente tra le posizioni di testa, anzi. Secondo l'Agid (Agenzia per l'Italia digitale) il fascicolo sanitario elettronico (Fse) è operativo solo in 7 regioni: Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna e Puglia. In Campania, Calabria e Sicilia non è stato ancora implementato, nelle altre regioni si sta cominciando.. Meglio va con la e-prescription, la ricetta elettronica, che proprio ieri Federfarma ha dato per realizzata per il 78% delle ricette, con Campania, Molise e Veneto al top.

Qualcosa si muove, insomma. E non sempre la regioni che arranca per una forma di sanità elettronica, è in ritardo per l'insieme dell'e-ealth. Ma, in ogni caso, lo studio dell'Istituto per la competitività giudica «poco sviluppate» sia la telemedicina che «le soluzioni digitali che permettono un'interazione diretta tra strutture comunitarie e comunità». Il grande assente, oltre a una cultura diffusa nel sistema sanitario italiano, sono gli investimenti. Ma anche la velocizzazione normativa e la relativa implementazione sul campo. Un esempio: il «Patto per la salute digitale», arrivato al traguardo quest'anno, ma con due anni di ritardo. E che ora deve trovare forma concreta e applicazione diffusa. Con investimenti che però sono sempre al lumicino, anche con la nuova legge di Bilancio per il 2017 all'"esame della Camera.

Eppure il mondo va in quella direzione. Si pensi che secondo uno studio di PwC l'"Internet delle cose" nel suo complesso potrebbe far risparmiare 99 miliardi di dollari in spese sanitarie nella Ue, aggiungendo 93 miliardi al Pil. E di prolungare la vita professionale a 11,2 milioni di malati cronici. Tutto questo mentre avanza la "fase 2": la mHealth, la sanità mobile, in rapidissimo sviluppo. Con le app per la salute che hanno superato quota 165mila e con un download di app per la salute arrivato a quota 3 miliardi, quasi raddoppiate in soli tre anni. Ecco perché la sfida va colta al volo, perché il futuro è adesso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HQF d/ Evaluation 11/16/2016

16 nov 2016

TAG

Farmaci

Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas

Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)

DAL GOVERNO

Lorenzin: ancora inaccettabili i prezzi dei farmaci contro l'Epatite C. Melazzini: presto una nuova trattativa

«I prezzi dei farmaci contro l'Epatite C sono ancora per noi inaccettabili. E' intollerabile che un Governo si faccia dettare l'agenda da chi non è a contatto con i pazienti quotidianamente». Lo ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenendo al convegno "Pazienti, clinici e istituzioni per un obiettivo comune: eliminare l'Hcv in Italia", in corso presso il ministero della Salute. «L'Agenzia del farmaco - ha aggiunto - sta ancora trattando sui prezzi degli antivirali ma la trattativa non è ancora chiusa».

Per Lorenzin questo caso deve essere gestito in un'ottica etica e sociale. «Come Italia - ha proseguito - abbiamo avuto in questo campo una strategia che ci fa stare avanti rispetto all'Europa. Abbiamo deciso di costituire un fondo e fare un reclutamento dei pazienti con dei registri che ci permettono di gestire tutti gli acuti». Si tratta, ha specificato, «di una larga platea, quindi nella trattativa sui prezzi dei farmaci dobbiamo venirci incontro». Insomma, «è giusto che ci sia una remunerazione per l'azienda farmaceutica ma deve essere sostenibile per Paesi come l'Italia che ha oltre un milione di persone infette». Oggi, ha ricordato Lorenzin in proposito, «molti piccoli Paesi europei non riescono a erogare questi farmaci perché hanno un numero di pazienti troppo piccolo e quindi gli costa troppo».

Dal canto suo il presidente di Aifa, Mario Melazzini ha confermato: «Ci vedremo presto con società scientifiche e associazioni di pazienti per andare a rivedere i criteri di accesso alle terapie anti Hcv, non perché non siano corretti, ma per poter potenzialmente ampliare la platea dei soggetti destinatari, avendo ben chiaro l'obiettivo di fare arrivare questi farmaci a chi ne ha più bisogno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015
Epatite C: innovazione sostenibile per il Ssn entro 5 anni

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015
Hcv tra sostenibilità di sistema e accesso alle cure

IMPRESE E MERCATO
03 Settembre 2015
Vendite in farmacia in salita del 4,8% nel 2015

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

17-NOV-2016
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

È il tempo delle staminali «responsabili»

A Padova il summit dei ricercatori che spostano la frontiera delle terapie verso le cellule adulte riprogrammate. Yamanaka: in corso i primi test clinici

di Enrico Negrotti

inviato a Padova

Ferve in molteplici direzioni la ricerca sulle cellule staminali, e rispetto a pochi anni fa si realizzano studi più mirati ma anche forse più responsabili, rispetto sia ai valori etici di base sia alle necessità dei pazienti. Sono gli obiettivi emersi ieri a Padova nella giornata inaugurale del terzo Congresso internazionale della ricerca responsabile sulle cellule staminali (dopo quelli di Roma nel 2006 e di Montecarlo nel 2009), organizzato dal Dipartimento della salute della donna e dei bambini dell'Università di Padova (diretto da Giorgio Perilongo) in collaborazione con la Pontificia Accademia per la Vita (Pav), con il supporto della Fondazione Jerome Lejeune e del Comitato consultivo bioetico del Principato di Monaco. Significativo il titolo: «Dalle cellule ai prodotti cellulari: sviluppo di nuovi strumenti terapeutici».

Il congresso, spiega il copresidente Maurizio Muraca, «ha luogo in un momento di particolare sviluppo della medicina rigenerativa, che vede contemporaneamente la scoperta di nuovi strumenti terapeutici, potenzialmente più semplici ed efficaci, lo sviluppo di nuove tecnologie di produzione e l'ingresso nel settore della grande industria farmaceutica. Un contesto così dinamico apre nuove opportunità e interrogativi in ambito medico, normativo, etico, socioeconomico e della comunicazione».

A introdurre i lavori un videomessaggio di Shinya Yamanaka, il ricercatore giapponese che vinse il Nobel per la medicina nel 2012 proprio per la sua scoperta della possibilità di "riportare indietro" l'orologio dello sviluppo cellulare fino a uno stadio simil-embrionale, generando le Ips (staminali pluripotenti indotte). Lo scienziato ha dato conto del rapido svilupparsi in Giappone degli esperimenti con le Ips, grazie ai massicci fondi che in questo tipo di ricerca il Paese asiatico ha investito, rivelando che sono iniziati anche test clinici di fase 1 (relativi alla sicurezza) per la terapia della degenerazione maculare legata all'età e per produrre piastrine e globuli rossi. In più ha spiegato che è in corso un'opera di bancaggio di cellule Ips ricavate dal sangue, dal midollo osseo e dal cordone ombelicale, che sono poi messe a disposizione delle sperimentazioni delle aziende farmaceutiche.

Un ampio panorama sulla medicina rigenerativa è stato poi presentato dalla presidente del congresso, Katarina Le Blanc (Clinica ematologica del Karolinska Institutet di Stoccolma), nota nel mondo della ricerca internazionale per i suoi studi sulle cellule mesenchimali e sulla loro capacità immunomodulatoria nella grave complicanza dei trapianti di midollo osseo nota come Gvdh (*Graf versus host disease*), un'aggressione delle cellule trapiantate verso l'organismo del paziente che le riceve. Le Blanc ha confermato i risultati eccellenti che queste cellule mesenchimali stanno ottenendo, e ha poi presentato studi innovativi sulle proprietà antibatteriche delle cellule progenitrici presenti nella mucosa orale.

Ancora della capacità di rigenerazione e immunomodulazione delle cellule staminali mesenchimali si è occupato lo statunitense Peter Quesenberry (direttore di Oncoematologia alla Brown University, nel Rhode Island). Rispetto agli interrogativi sul loro meccanismo di azione, Quesenberry ha prodotto dati che confermano le ipotesi che queste cellule staminali, a fronte di un danno tissutale, producano microvescicole – specie di cargo – che contengono piccoli Rna, proteine e lipidi che rilasciati nel tessuto danneggiato ne modulano la rigenerazione. Analoghe ricerche stanno conducendo, in Italia, i gruppi di ricerca di Giovanni Camussi a Torino e di Lorenza Lazzari a Milano.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

17-NOV-2016
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

«Siamo in un'epoca in cui si stanno vedendo sempre di più le applicazioni cliniche – ha osservato Giorgio Perilongo, copresidente del congresso – e c'è bisogno di uno sforzo progressivo con tempi di realizzazione che si vanno accorciando per portare queste ricerche di laboratorio al letto del paziente. Mai come ora c'è bisogno di un continuo scambio di informazioni, in quanto le cose sono più complesse e articolate di quanto si credeva all'inizio. La ricerca "responsabile" deve anche evitare di creare aspettative esagerate nel pubblico, come insegnano le distorsioni (vedi il caso Stamina) cui possono dare origine».

«È importante l'attenzione per l'alta qualità scientifica della ricerca in atto – commenta il cancelliere della Pav, monsignor Renzo Pegoraro –, che oggi si è molto specializzata, facendosi forse più concreta e umile rispetto alle aspettative o agli approcci facili di qualche anno fa. È importante l'attenzione a coniugare questo valore scientifico con alcuni aspetti etici: si parla oggi di cellule umane adulte o riprogrammate (Ips) e non di cellule embrionali perché prima c'era un approccio forse più ideologico che reale, mentre si sta dimostrando che le cellule dell'adulto o quelle riprogrammate sono le più efficaci. Si può coniugare la concretezza scientifica con l'attenzione ai valori etici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NEWS

Ricerca su nuovi farmaci «orfani» la spesa sanitaria taglierà le cure?

Per un farmaco destinato a una patologia che colpisce 0,5 pazienti ogni 10mila abitanti (3mila in Italia) l'Agenzia italiana del farmaco accetta un costo annuo per la terapia di 10mila euro, inferiore al costo unitario per molte patologie croniche. È uno degli aspetti sconosciuti relativi ai «farmaci orfani» emersi dal rapporto curato dall'Ossfor (l'Osservatorio che monitora questo genere di medicinali), che tenta di mettere in discussione l'opinione diffusa che le aziende farmaceutiche non abbiano interesse a sviluppare farmaci per malattie rare. «Il numero crescente di terapie dimostra il contrario – afferma Ilaria Ciancaleoni Bartoli, direttore dell'Osservatorio –, ovvero che non mancano ricerca e investimenti privati. Il vero problema oggi è rappresentato dalle difficoltà economiche di molti Paesi», i cui servizi sanitari devono fare i conti con pesanti tagli di bilancio, con riflessi immediati sulla spesa farmaceutica e dunque sulle risorse in campo per la ricerca. La sostenibilità, nota l'Ossfor, non può tradursi nel mancato diritto alle cure.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
InQuad Evaluation 11/16/2016
ABBONATI ACCEDI

16 nov 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Patto per la salute
Intesa Stato-Regioni
Sicurezza sul lavoro
Federalismo

LAVORO E PROFESSIONE

Riforma costituzionale: quali possibili riflessi sulla sanità pubblica

di *Carlo Signorelli (presidente Siti)*

Nelle politiche sanitarie italiane si sono evidenziate negli ultimi decenni due forze tra loro contrapposte: da un lato la spinta alla devolution (definita spesso, anche se impropriamente, federalismo sanitario) e quella alla centralizzazione. La prima è culminata con la riforma del titolo V della Costituzione nel 2001 e ha segnato il conferimento di poteri più ampi alle Regioni e Province autonome (R&PA). La riforma costituzionale in atto elimina il controverso istituto della legislazione concorrente prevedendo comunque, per la materia sanitaria, uno sdoppiamento delle competenze tra Stato e Regioni. In realtà la tendenza alla centralizzazione emersa è stata già evidente in alcuni atti normativi come la legge di stabilità 2016, i piani di rientro, il controllo statale delle finanze regionali, l'istituzione dell'Agenzia unica nazionale per le ispezioni del lavoro e dagli standard minimi delle strutture ospedaliere previsti dal decreto ministeriale 70/2015.

Le peculiarità delle politiche di prevenzione vedono il coinvolgimento di una pluralità di soggetti (UE, Stato, Regioni, Enti locali) e regolano una complessità di fenomeni che spesso sono difficili da ricondurre a una normativa unica in capo ad un'unica materia. La governance dell'area prevenzione viene attualmente gestita a diversi livelli: allo Stato centrale è lasciata la programmazione sanitaria nazionale e la determinazione dei LEA, mentre le Regioni disciplinano le modalità organizzative, il funzionamento, l'economicità e la qualità dei servizi sanitari erogati.

Per quanto riguarda le politiche vaccinali, nonostante, i molti sforzi degli esperti e delle società scientifiche per uniformare questo strumento di prevenzione primaria, l'assetto legislativo vigente ha lasciato ampio spazio di autonomia agli Enti Regionali nella definizione dei calendari vaccinali. Se quindi da un punto di vista politico tale autonomia è conosciuta come “federalismo vaccinale”, gli effetti di questa disomogeneità d'accesso alle singole pratiche vaccinali e le conseguenti situazioni molto difformi tra le Regioni hanno determinato un quadro “a macchia di leopardo” che mina l'equità d'offerta e crea un terreno poco solido su cui fondare campagne volte al raggiungimento dei tassi di coperture che si avvicinino agli obiettivi, come evidenziato in molti documenti tecnici. La riforma costituzionale potrebbe portare ad una centralizzazione decisionale.

Per quanto riguarda gli aspetti di tutela della sicurezza alimentare, si deve ricordare che i molteplici livelli sovraregionali di sorveglianza e coordinamento di tali attività già esistenti e in via di ulteriore consolidamento verranno rafforzati, in un sistema che probabilmente non subirà modifiche rilevanti rispetto alla situazione esistente. Strumento importate è il Piano Nazionale Integrato (PNI) 2015-2018. Esso descrive tutto il Sistema dei controlli ufficiali svolti lungo l'intera filiera alimentare al fine di tutelare i cittadini dai pericoli di natura sanitaria e dalle pratiche produttive sleali.

Il “Testo unico sulla sicurezza sul lavoro” (D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i.), già uniformava le norme da rispettare su tutto il territorio nazionale, le modalità di sorveglianza e lo stretto legame con la Magistratura e gli Organi di Polizia. L'attività pratica della sorveglianza e del monitoraggio è attualmente demandata ai servizi competenti delle Aziende USL, ma si tenga presente che, in forza dell'evidenza di difformità di controlli sulle misure preventive, stati di salute ed eventuali esiti, è stato approvata ad Aprile 2016 (indipendentemente dal percorso della riforma costituzionale) l'istituzione dell'Agenzia Unica per le ispezioni del Lavoro. La stessa eserciterà tali attribuzioni, e in particolare quella della programmazione e del coordinamento delle

HiQPdf Evaluation 11/16/2016

attività di prevenzione e di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, con un rafforzamento dei relativi poteri rispetto all'assetto vigente. Modalità di raccordo più forte, che possa fare da sintesi tra le diverse istanze e, contemporaneamente, dare impulso alle varie attività di prevenzione e di contrasto agli infortuni e alle malattie professionali.

Si può quindi concludere che la riforma va nella direzione di un rinnovato centralismo (che l'esito positivo del referendum consoliderebbe) dall'altro alcune recenti leggi (come l'istituzione dell'Agenzia unica per le ispezioni del lavoro; l'elenco nazionale dei manager sanitari; gli standard minimi delle strutture ospedaliere, il decreto di Ministero della Salute e MEF sui bilanci) nonché atti di programmazione e intese Stato-Regioni (Patto per la salute 2014-16; Piano Nazionale Esiti; Piano Nazionale della Prevenzione) hanno già recepito questa tendenza. Il settore delle attività di prevenzione e di sanità pubblica è apparentemente interessato dalla riforma per la norma che riporta alla legislazione statale (ma non alla gestione centrale!) le iniziative legislative sulla sicurezza alimentare e sicurezza sul lavoro, oltre che le disposizioni generali e comuni per la tutela della salute (dizione tanto altisonante quanto generica!). Ma a riguardo si fa notare come, anche a legislazione vigente, si sia già evidenziata un'impostazione centralista (vedi il caso del d.lgs. 81/2008 o dei Regolamenti sulla sicurezza alimentare che hanno recepito direttive dell'UE) e come qualunque futura norma nazionale sulla tutela della salute dovrà comunque interfacciarsi con l'organizzazione dei servizi sanitari delle R&PA con modalità da stabilire.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO
10 Settembre 2015

Gelli (Pd): Basta tagli alla sanità. La difenderemo con le unghie e con i denti. Anche per questo vanno tutelati i dipendenti del Ssn

IN PARLAMENTO
09 Settembre 2015

De Biasi (Senato): «Basta tagli e pensiamo agli operatori. Ospedali, Gutgeld faccia chiarezza. Chi frena il Ddl Lorenzin?»

LAVORO E PROFESSIONE
06 Giugno 2016

Art. 22, l'Intersindacale boccia il «medico laureato non specialista». E rilancia sull'accordo del 9 marzo con Palazzo Chigi

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie