quotidianosanità.it

Martedì 20 DICEMBRE 2016

Pillola del giorno dopo. Tribunale assolve farmacista che si rifiutò di venderla

La farmacista aveva esercitato l'obiezione di coscienza nonostante "l'esibizione di ricetta medica rilasciata con espressa indicazione di assumere il farmaco nella stessa giornata". Entro 90 giorni le motivazioni della sentenza.

Il Tribunale di Gorizia, con sentenza del 15 dicembre 2016, ha assolto una dottoressa che si era rifiutata di vendere la pillola del giorno dopo. La farmacista, spiega in una nota l''avvocato **Simone Pillon**, "era imputata del reato di omissione o rifiuto di atti di ufficio perché, in qualità di farmacista collaboratrice presso la farmacia comunale, e quindi incaricata di pubblico servizio, durante il turno notturno indebitamente si rifiutava di consegnare a F.M.L. il farmaco Norlevo (c.d. ''pillola del giorno dopo'') nonostante l''esibizione di ricetta medica rilasciata con espressa indicazione di assumere il farmaco nella stessa giornata".

Il Pubblico Ministero, racconta il legale, "aveva chiesto il riconoscimento delle attenuanti generiche e la condanna alla pena di mesi 4 di reclusione coi benefici di legge. Il Tribunale ha dato lettura del dispositivo della sentenza di assoluzione, escludendo la punibilità della condotta di cui al capo di imputazione ex art. 131 CP e riservandosi le motivazioni nel termine di giorni 90".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

21-DIC-2016
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

L'INTERVISTA ANNAROSA RACCA, PRESIDENTE FEDERFARMA: LE PRESCRIZIONI DEL MEDICO VANNO ESEGUITE

«Scelta inammissibile, la ricetta non si discute»

«CASO ISOLATO»

«Più diffusi i contraccettivi d'emergenza» Cala negli ultimi mesi il ricorso all'aborto

■ ROMA

«LA FARMACIA deve essere a disposizione delle persone che si rivolgono a noi, è inammissibile contestare la ricetta». Annarosa Racca, presidente Federfarma, è decisa.

Dottoressa Racca, come giudica l'assoluzione della farmacista che nega la contraccezione d'emergenza alla cliente?

«Ritengo sbagliato che abbia contestato la prescrizione del medico. Di fronte alla richiesta della pillola del giorno dopo la farmacista doveva semplicemente consegnarla al più presto».

E chi non ha la ricetta del medico?

«Idem come sopra, la norma oltretutto è cambiata, per le maggiorenni dice che non c'è nemmeno più bisogno della ricetta medica. Il farmacista è deputato a dispensare il medicinale e per legge deve erogarlo, punto e basta. Qualora non l'avesse, deve procurarlo quanto prima».

Una indicazione chiara, categorica. In base a quale principio viene assolta?

«La farmacia è il primo presidio del sistema sanitario nazionale e come tale dobbiamo comportarci, non è prevista l'obiezione di coscienza».

L'idea che una farmacista possa contestare una ricetta trasmette insicurezza...

«Parliamo comunque di casi isolati. Risulta infatti, dalle ultime analisi dei dati, un grande incremento nella vendita di preparati contraccettivi di emergenza. È diminuito di pari passo il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza, i dati diffusi dal ministro Beatrice Lorenzin mostrano che le farmacie italiane dispensano le specialità secondo la norma».

Cambierà l'atteggiamento del farmacista nei confronti delle famiglie?

«La farmacia sta al passo con i tempi, ma la nostra forza è la capillarità, essere pronti giorno e notte, con il consiglio al momento giusto come in questo periodo di influenza. Dal generico alle molecole innovative dispensato, fino ai servizi sanitari, la farmacia risponde al bisogno di salute dei cittadini e andremo avanti così. L'abbiamo dimostrato con l'adozione della ricetta elettronica (l'80 per cento è in forma telematica), con gli screening, la telemedicina».

E non c'è il rischio di cercare i contraccettivi, come altri farmaci, su internet?

«Il sistema sanitario italiano è tra i migliori al mondo e si fonda sul binomio medico e farmacista. Io dico: non fidiamoci di quel che leggiamo, a proposito dei falsi siti su internet, rivolgetevi ai professionisti in carne e ossa, che oltretutto sono aperti anche a Natale».

Alessandro Malpelo

MEDICINALI Annarosa Racca presidente nazionale Federfarma

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Farmacista33

21-12-2016

http://www.farmacista33.it/

Pillola del giorno dopo, Tribunale di Gorizia assolve farmacista obiettrice

La così detta pillola del giorno dopo torna alla ribalta delle cronache. Il Tribunale di Gorizia, con sentenza del 15 dicembre scorso, ha assolto la farmacista accusata di reato di omissione o rifiuto di atti di ufficio perché, in qualità di collaboratrice presso la farmacia comunale, e quindi incaricata di pubblico servizio, durante il turno di notte di tre anni fa si era rifiutata di consegnare il farmaco Norlevo, nonostante l'esibizione di ricetta medica rilasciata con espressa indicazione di assumere il farmaco nella stessa giornata. «Dopo tre anni di procedimento penale - commenta **Simone Pillon** avvocato della farmacista, in una lettera inviata alla stampa - con tutto quello che ciò può comportare in termini personali, familiari e professionali, la nostra assistita ha visto riconosciute le sue sacrosante ragioni, conformemente a quanto previsto dall'art. 3 del codice deontologico dei farmacisti che recita "Il farmacista deve operare in piena autonomia e coscienza professionale conformemente ai principi etici e tenendo sempre presenti i diritti del malato e il rispetto per la vita"».

Il Pubblico Ministero aveva chiesto il riconoscimento delle attenuanti generiche e la condanna alla pena di 4 mesi di reclusione coi benefici di legge. Ma il Tribunale ha dato lettura del dispositivo della sentenza di assoluzione, escludendo la punibilità della condotta di cui al capo di imputazione ex art. 131 Cp e riservandosi le motivazioni nel termine di giorni 90. Anche per il presidente del Movimento per la Vita Italiano, Gian Luigi Gigli, il Tribunale di Gorizia ha solennemente riaffermato il primato della coscienza sulla legge. «Si tratta di un tema che diventerà sempre più pressante a causa degli sviluppi della ricerca biomedica e delle applicazioni tecnologiche in ambito sanitario. Per questo, come Presidente del Movimento per la Vita Italiano - e come parlamentare eletto in Friuli Venezia Giulia - prendo atto con grande soddisfazione della sentenza con cui è stata assolta la farmacista E.M. dall'accusa di essere rifiutata di dispensare il cosiddetto contraccettivo di emergenza Norlevo», conclude Gigli.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

20-DIC-2016
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

GIUDICI ATTENTI

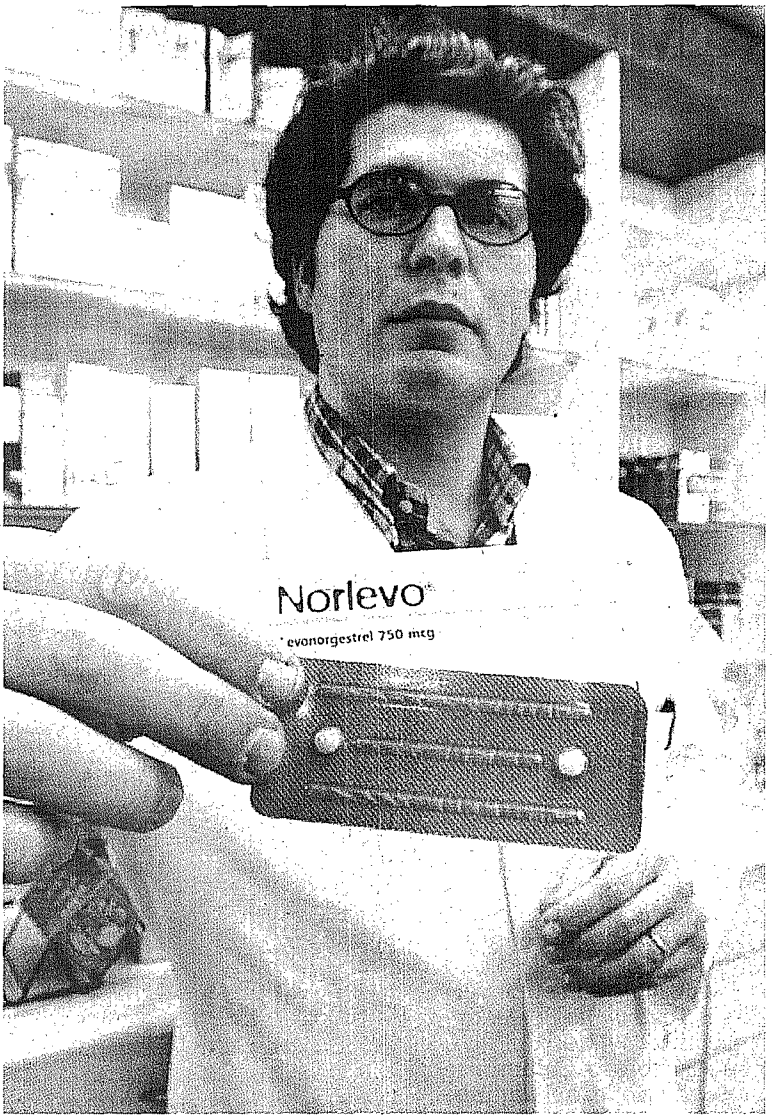
I giudici erano molto attenti, prendevano appunti, dando la netta impressione d'essere desiderosi di capire come davvero stessero le cose.
Quando il pubblico ministero ha formulato la richiesta di condanna, 2 anni di prigione, nell'aula è però piombato il silenzio, e si può solo immaginare come dev'essersi sentita la povera farmacista. La sua colpa verso la donna che le si era presentata con la ricetta del Norlevo era di avere pronunciato in modo pacato e fermo il suo «non posso»: non voleva somministrare alcunché potenzialmente capace di sopprimere una vita umana nascente. Questo era ciò che la sua coscienza le comandava. Questo era ciò che il suo codice deontologico le imponeva. Questo era ciò che aveva più volte comunicato al titolare che quella notte l'aveva messa di turno, sola, in farmacia.
Appena tre ore più tardi la pillola fu comunque acquistata nella farmacia del Comune di residenza della coppia. Quando al termine di una breve camera di consiglio i giudici hanno pronunciato la sentenza, «prosciolta», la farmacista ha abbracciato i suoi difensori. Per tre anni era stata lei, accusata di avere pensato al «più povero dei poveri», come chiamava il concepito Santa Teresa di Calcutta.

Il ministro Lorenzin cita trionfante il dato degli aborti scesi a 90.000 l'anno Ma nel Regno Unito, dove il farmaco è in libera vendita, sono aumentati E in Francia, dove il consumo è in calo, si sono ridotti di 8.000 unità

TENUITÀ DEL FATTO

I giudici avevano da preservare il principio che il farmacista ha l'obbligo di assicurare le medicine, ma nel farlo hanno voluto affermare che la condotta del farmacista che non consegna la «pillola del giorno dopo» non è colpevole e non deve ricevere alcuna sanzione, stante la particolare tenuità del fatto.
Ora i farmacisti hanno così un precedente che indica come irrilevante sotto il profilo penale il rifiuto di questi prodotti, in attesa che finalmente una legge che disciplina l'obiezione di coscienza anche per il farmacista veda la luce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



VITTORIA Elisa Mecozzi, farmacista di Trieste, fra gli avvocati Simone Pillon (a sinistra) e Marzio Calacione, che l'hanno difesa nel processo, celebrato a Gorizia, per essersi rifiutata di vendere il Norlevo (a destra), un farmaco abortivo. Pillon, fondatore del comitato del Family day, è stato uno dei protagonisti della campagna contro Matteo Renzi e per il No nel referendum costituzionale

stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

21-DIC-2016
da pag. 37
foglio 1
www.datastampa.it

Appello dei chirurghi

Il contenzioso medico legale va affrontato con rigore

■ «Da troppo tempo il mondo medico e chirurgico in particolare sta aspettato un cambiamento positivo che regoli in maniera equa il contenzioso medico legale. Acoi è impegnata da sempre, ha istituito il gruppo di lavoro «Medicina e legalità» e creato la Fondazione Chirurgo e Cittadino. La regolamentazione del contenzioso medico legale rappresenta uno dei cardini per il mantenimento di un Ssn universalistico e pubblico. I tredici miliardi circa spesi annualmente in Italia per la medicina difensiva, cui vanno aggiunte le spese assicurative e legali delle aziende ospedaliere, rischiano di rendere insostenibile il SSN pubblico e universale. Un sistema che, giustamente, vuol garantire il diritto alla salute ai suoi cittadini con una modalità universalistica e pubblica, non può permettersi di sprecare il venti per cento del proprio budget in contenzioso medico legale. Lla delicata fase politica non deve minare il percorso del Ddl Gelli, chiediamo alla politica – governo e Parlamento in primis- un atto di coerenza e responsabilità per approvarlo in tempi rapidi. Non possiamo permetterci una sanità "difensiva", meno efficace ed economicamente insostenibile". Lo afferma Diego Piazza, presidente dell'associazione Chirurghi Ospedalieri...

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

21-DIC-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

«Le donne medico curano meglio» Harvard: più affidabili degli uomini

«Scrupolose e attente alla prevenzione». Studio su 2 milioni di ricoveri

DIFFICOLTÀ

La carriera ha un prezzo: 6 su 10 single o divorziate

Alessandro Malpelo
■ ROMA

UN ESERCITO di quasi 40 mila camici rosa: sono queste le dimensioni dell'altra metà del cielo, le dottoresse che lavorano a contatto con il mondo della malattia in Italia e che si distinguono in termini di capacità di rapportarsi, di ascoltare e di ottenere guarigioni. Dagli Stati Uniti rimbalza la notizia di una statistica che ha il sapore della promozione. «Essere seguiti in ospedale da un medico donna potrebbe comportare un migliore esito delle cure. I pazienti gestiti da donne medico presentano, a 30 giorni dalla dimissione ospedaliera, un minor rischio di ricadute rispetto a un analogo paziente seguito da internisti di sesso maschile». Sono percentuali, vedremo, dello zero virgola, ma tant'è. Lo rivela un'indagine pubblicata sul giornale di medicina interna dell'*American Medical Association* (JAMA), ricerca condotta da Yusuke Tsugawa, dell'Harvard *T.H. Chan* School of Public Health, Boston.

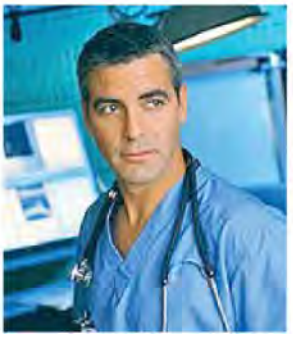
GIÀ IN PASSATO gli americani avevano provato a misurare le differenze di stile nell'operato dei camici bianchi, le donne più attente a fare prevenzione e scrupolose nel seguire linee guida e trial farmaceutici. Le dottoresse stanno scavalcando i colleghi uomini in termini numerici e per risultati. Ma si scontrano con i pregiudizi. «Se sei donna, medico e con figli, il percorso a ostacoli è assicurato – riferisce il segretario nazionale medici dirigenti Anaao Assomed, Costantino Troise – lo ha appurato una indagine del settore giovani dell'associazione». L'indirizzo professionale ha comportato per molte il divorzio, la scelta di rimanere single o comunque ha pesato nei conflitti familiari (66%).
Fin qui l'identikit, come emerso dai dati della survey italiana. Altre ricerche negli Usa, in parallelo con quella di Harvard, indicano che le donne medico hanno stipendi inferiori a quelli dei colleghi uomini a causa di interruzioni contrattuali e sospensioni lavorative per la maternità.

QUINDI, tornando ai successi della medicina, sono più bravi i maschi o le femmine? I ricercatori Usa hanno passato in rassegna un campione enorme: 1,8 milioni di ricoveri e oltre 1,2 milioni di secondi ricoveri successivi al primo (riammissione in ospedale a 30 giorni dalla prima degenza).
In totale sono stati coinvolti nell'indagine 58.344 medici, per il 32,1% donne. È emerso che i pazienti gestiti da internisti maschi hanno prognosi meno favorevoli (a un mese dal ricovero) nella misura dell'11,49% contro l'11,07% per pazienti gestiti da donne medico. Il tasso di ricadute in ospedale è 15,57% e 15,02% a seconda che il paziente sia seguito da un medico uomo o donna.
Parliamo di percentuali minime di distacco, di eccellenze in ogni caso. Lo studio indica piuttosto una differenza nel modo di avvicinare i problemi, con implicazioni che si riflettono in termini di aderenza alla terapia. Capire come si esprimono queste differenze potrebbe aiutare a migliorare la qualità delle cure per tutti i pazienti, indipendentemente dal sesso del medico da cui sono seguiti.

Personaggi televisivi

E.R. in prima linea

E.R. - Medici in prima linea è una serie tv prodotta dal 1994 al 2009 ambientata nel pronto soccorso (ER infatti è l'acronimo di Emergency Room, in italiano pronto soccorso) del policlinico universitario di Chicago. Tra i protagonisti George Clooney



Medical Division

Dr. House - Medical Division (House, M.D. negli Usa) è una serie televisiva trasmessa dal 2004 al 2012 che ruota attorno al ruolo del dottor Gregory House. La dottoressa Cuddy (l'attrice Lisa Edelstein, foto sopra) dirige la clinica

The Dr. Oz Show

The Dr. Oz Show è un programma televisivo di successo dedicato alla medicina pratica, in onda negli Usa dal 2009. Lo conduce **(foto sotto)** Mehmet Öz, chirurgo cardiotoracico docente alla Columbia University di New York

Dottoressa Giò

La dottoressa Giò è una serie tv Mediaset del 1997-98, il ruolo della donna medico era interpretato da Barbara d'Urso. Dato il grande successo ottenuto su Canale 5 e Rete 4 sono seguite varie repliche, e ci sarà presto un remake

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica.it

20-12-2016

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

Fumo, le politiche per la prevenzione funzionano. In 6 anni evitati 22 milioni di decessi

E 7,5 milioni sono collegati all'aumento delle imposte sulle sigarette. lo afferma uno studio Usa pubblicato su Tobacco Controll. Se anche Cina, India e Indonesia aderissero alle misure anti-tabacco individuate dall'Oms le vite salvate dai danni del fumo sarebbero 140 milioni in più

di TINA SIMONIELLO

PIACCIANO o no ai fumatori, venditori e produttori di sigarette, le misure antifumo stanno dando molti frutti. Stando alle cifre, pubblicate on-line su *Tobacco Control* , in sei ani, tra il 2008 e il 2014 sono stati evitati ben 22 milioni di decessi legati al fumo, e più di 53 milioni di uomini e donne in 88 paesi hanno smesso di fumare. Numeri, che non soltanto dimostrano "l'enorme e continuo potenziale di salvare milioni di vite implementando politiche antifumo", come ha dichiarato **David Levy**, oncologo del Georgetown Lombardi Comprehensive Cancer Center di Washington e lead autor dell'indagine. Ma che possono anche "aiutare i paesi che ancora non hanno intrapreso misure salva-vita rispetto al tabacco, oltre la metà dei 196 totali, a comprendere meglio il potere di queste politiche sulla salute pubblica". Sono numeri incoraggianti, visto che vanno ad aggiornare, in senso decisamente positivo, i risultati di

una pubblicazione del 2013 secondo la quale le politiche di controllo e disincentivazione del tabacco adottate nel triennio 2007-2010 da 21 paesi, di morti fumo-correlate ne avevano impedite soltanto 7,4 milioni.

Lo studio. Lo studio appena pubblicato ha misurato gli effetti su un intervallo di sei anni, dal 2008 al 2014, del pacchetto di misure antitabacco, (le MPOWER misures) che il Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) cioè la Convenzione quadro sul controllo del tabacco dell'OMS, aveva individuato nel 2005 per fornire uno strumento e un sostegno efficaci per qui paesi che avessero voluto promuovere politiche anti-fumo.

Il costo, la misura più efficace. Oggi 88 nazioni, sulle 186 che al gennaio 2015 hanno ratificato la Convezione quadro, hanno applicato almeno una delle misure proposte dall'Oms. Che sono in tutto sei: monitoraggio del consumo di tabacco e delle politiche di prevenzione, protezione delle persone dal fumo, offerta attiva di sostegno a chi voglia abbandonare il tabagismo, avvertenze sui danni del tabacco, rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazione del fumo, e infine aumento delle imposte. Quale è la più efficace? Ebbene, gli autori hanno calcolato dei 22 milioni di vite salvate 7 milioni sono dovuti all'aumento delle imposte sulle sigarette, 5,4 a leggi antifumo, 4,1 ad avvertenze sui danni alla salute, 3,8 al divieto di pubblicità, e 1,5 a interventi di disassuefazione.

Cina India e Indonesia. Secondo i calcoli degli autori la maggior parte delle vite salvate dai danni del fumo si sarebbero registrate negli anni tra il 2012 e 2014 grazie al fatto che Bangladesh, Russia e Vietnam hanno aderito alle misure Oms antitabacco. Ma le cose potrebbero andare ancora meglio, molto meglio, secondo lo studio, se aderissero alle indicazioni WHo-Fctc Cina, India Indonesia, colossi demografici e ad alta prevalenza di fumatori. In questo caso di vite salvate ce ne sarebbero 140 milioni. In più.

La legge italiana. L'ultima norma italiana in materia di lotta al fumo è il decreto legislativo (Dlgs) 6 del 12 gennaio 2016, che recepisce una direttiva europea del 2014 alieneando le leggi degli stati dell'Unione rispetto a lavorazione, presentazione e vendita dei tabacco. E che in effetti applica più di una delle misure individuate dal Who Fctc. "È una norma importante, il Dlgs 6, con diversi punti di forza - dice **Roberta Pacifici**, direttore dell'Osservatorio fumo alcol e droga dell'Istituto superiore di sanità -. Prima di tutto rende omogenee legislazioni nazionali che erano molto diverse tra loro, ma che non hanno più senso di esistere così differenti, vista l'entità degli spostamenti di persone all'interno dell'Ue. E poi per gli interventi che propone: più che sui divieti (e comunque noi in Italia siamo stati all'avanguardia per anni per quanto riguarda le restrizioni, pensiamo alla legge Sirchia) il Dlgs 6 punta sulla disincentivazione al fumo e sulla disassuefazione dei consumatori. Sui pacchetti di sigarette è obbligatorio il numero verde a cui rivolgersi per smettere di fumare. E sono obbligatori i pittogrammi" .

Immagini e prevenzione. I pittogrammi sono quelle immagini che evocano stati di malattia o di morte legati al tabagismo. "Che – riprende Pacifici - forse disincentivano poco chi ha già sviluppato una dipendenza ma sono efficaci tra coloro, soprattutto giovani, che iniziano ad avvicinarsi alle sigarette. Il fatto che ci sia un mercato di foderine pensate per nascondere quelle immagini è indicativo che una forza respingente i pittogrammi ce l'hanno". La norma del 2016,agli articoli 20 e 21 regolamenta i nuovi prodotti del tabacco, come le sigarette elettroniche per esempio. "La legge ci permette di sorvegliarne gli effetti, che ancora non sono noti, e regolarne pubblicità e tasse". E pr quanto riguarda la vendita di

sigaretti e simili ai minori? Non si sa di tabaccai che chiedono documenti di identità. "La vendita ai minorenni è un problema di difficile soluzione. Si potrebbe affrontare con controlli più incisivi e con multe i cui proventi si potrebbero destinare a campagne di lotta al fumo".

Il caso Australia. "Le politiche di contrasto all'uso di tabacco funzionano, lo dicono i dati - conclude Pacifici -.Prendiamo il caso dell'Australia dove oggi la prevalenza dei fumatori è al 10 per cento, grazie a politiche condivise da tutti gli attori della filiera dei prodotti del tabacco. Dove le campagne informative sui danni del fumo sono permanenti non sporadiche, dove hanno applicato con serietà e continuità le indicazioni dell'Oms. Per esempio quella sull'aumento del prezzo delle sigarette. Che funziona".

ANSAit

20-12-2016

http://www.ansa.it

Tecnologie sanitarie, i 10 maggiori rischi per il 2017

Report presentato da ingegneri clinici, obiettivo più sicurezza

Allarmi che possono non scattare, pulizia non perfetta degli strumenti, errori di impostazione: le tecnologie sanitarie possono anche generare rischi ed errori, se soggette a scarsa manutenzione o non correttamente utilizzate.

L'istituto americano ECRI (Emergency Care Research Institute), creato negli anni '60 a Philadelphia, dedica la sua azione internazionale proprio ad analizzare i rischi legati all'uso delle tecnologie sanitarie, ponendole in stretta relazione con la sicurezza dei pazienti. Ogni anno ECRI pubblica il suo Health Technology Hazard, report che offre agli operatori la sintesi dei dieci rischi più attuali tra quelli legati alle tecnologie sanitarie. Per l'Italia il report ECRI è pubblicato dall'Associazione Italiana Ingegneri Clinici, che ha con l'Istituto una relazione di stretta collaborazione finalizzata allo sviluppo di progetti congiunti in ambito health-safety.

Proprio AIIC, nella figura di Stefano Bergamasco (vicepresidente AIIC e partner di ECRI Institute), ha presentato oggi durante la Conferenza Nazionale sui Dispositivi Medici in corso a Roma, il documento ECRI sulla "Top 10 dei rischi legati alle tecnologie sanitarie per il 2017", che Lorenzo Leogrande (presidente Aiic) ha descritto come "uno strumento di uso immediato e di indirizzo per direzioni generali e sanitarie, management ospedaliero, personale sanitario, aziende fornitrici di strumenti e servizi. Il tutto al fine di alzare l'asticella dell'attenzione di sistema verso la tematica della sicurezza".

I dieci "rischi tecnologici" del 2017 identificati da ECRI e presentati a Roma sono questi: 1. Gli errori di infusione possono essere fatali se vengono trascurate alcune semplici misure di sicurezza; 2. La pulizia inadeguata di strumenti riutilizzabili complessi può causare infezioni; 3. Non rilevare gli allarmi dei ventilatori può portare a danni ai pazienti; 4. Mancata rilevazione di depressione respiratoria indotta da oppiacei; 5. Rischi di infezione con dispositivi per riscaldamento-raffreddamento utilizzati in chirurgia cardiotoracica; 6. Le carenze nella gestione dei software mettono a rischio i pazienti e i loro dati; 7. Rischi di esposizione professionale a radiazioni nelle sale operatorie ibride; 8. Gli errori di impostazione e utilizzo degli armadi per la distribuzione automatizzata dei farmaci possono causare incidenti; 9. Uso improprio e malfunzionamenti delle suturatrici meccaniche chirurgiche; 10. Malfunzionamenti dei dispositivi dovuti a prodotti e metodi di pulizia.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 286.912
Diffusione 09/2016: 215.710
Lettori Ed. II 2016: 1.673.000
Settimanale - Ed. nazionale

DONNA MODERNA

Dir. Resp.: Annalisa Monfreda

27-DIC-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

SE TI CURI IN EUROPA HAI DIRITTO AL RIMBORSO DELLE SPESE

Solo 9 italiani su 100 lo sanno, ma come cittadini dell'Unione europea abbiamo diritto a farci curare negli altri Paesi dell'Ue e anche in Svizzera, Islanda, Norvegia e Liechtenstein, con il rimborso delle spese sostenute. La rete europea Active citizenship network sta promuovendo in 14 nazioni della Comunità europea la campagna Patients' rights have no borders. Ecco quello che bisogna sapere.

Sei in vacanza o trasferta di lavoro Hai un problema di salute improvviso o un incidente? Se sei in una nazione europea per un periodo limitato, puoi rivolgerti a un medico o a una struttura sanitaria pubblica: ti basta esibire la tessera sanitaria e dovrai pagare solo gli eventuali ticket.

Vuoi fare un intervento in un altro Paese Il Servizio sanitario nazionale sostiene i costi o rimborsa le spese di operazioni chirurgiche e terapie solo se in Italia non sono garantite oppure se le liste di attesa sono tali da mettere a rischio la salute del paziente. Prima, però, devi ottenere l'autorizzazione della tua Asl: un medico specialista pubblico deve certificare la necessità dell'intervento e indicare la struttura consigliata. Una volta presentato il certificato alla Asl (allo sportello dedicato alle cure all'estero), una commissione medica valuterà il tuo caso ed entro 30 giorni verrà comunicato l'esito. Se la risposta è positiva, la Asl può sostenere direttamente le spese oppure chiederti di anticipare la somma e darti il rimborso al ritorno: per ottenerlo, entro tre mesi dall'intervento devi presentare ricevute e fatture. Restano a tuo carico gli eventuali ticket.

L'operazione è urgente Se non puoi aspettare 30 giorni, hai comunque diritto al ricovero nella struttura indicata dal tuo medico; al ritorno, consegnerai alla Asl la documentazione delle spese. Dalla cartella clinica dovrà però essere evidente che le tue condizioni di salute non erano compatibili con l'attesa per le liste italiane. Per info, rivolgiti all'Urp della tua Asl o al Pit Servizi di Cittadinanzattiva (lunedì, mercoledì e venerdì, 9,30-13,30).

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

20-DIC-2016
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SENTENZA CONTROCORRENTE

Il farmacista antiabortista non è tenuto a vendere la «pillola del giorno dopo»

Processata una dottoressa di Trieste, madre di cinque figli. Si rifiutò per motivi di coscienza di vendere il Norlevo. Rischiava due anni di prigione. Assolta

di GIULIANO GUZZO

Sarà perché molti non li considerano vittime, magari non includendoli tra gli esseri umani, sarà perché sono ritenuti un dettaglio rispetto alla grande ruota dei diritti civili, sarà perché a parlarne il prete rischia di non apparire includente, ma rigido, ideologico e divisivo, insomma, chissà com'è, chissà perché, arriva il Natale, ma di loro nessuno dice mai nulla. Della povertà dei 54.000 detenuti italiani si parla infatti a ogni piè sospinto, ma di quella dei 111.857 esseri umani embrionali (cifra aggiornata solo al 2014), imprigionati in un carcere di azoto liquido a 196 gradi sotto zero? E quei piccoli migranti che, appena nati, per contratto sono tradotti dal ventre che li ha nutriti a mani danarose che li hanno commissionati, non subiscono forse la povertà di non potere conoscere e crescere con il padre e la madre?
Ci sono i poveri dell'antica piaga della guerra, ma in mezzo a noi c'è una carneficina silenziosa che dal 1978 al 2015 ha prodotto la soppressione di 5.722.539 esseri umani prima della nascita. Come chiamarla, se non guerra al concepito?

GIUBILO GENERALE

Le cifre fornite dal ministro Beatrice Lorenzin narrano di un giubilo generale perché quest'anno la mattanza, scesa sotto la cifra dei 90.000, è stata più contenuta. La riduzione, si legge nella relazione inviata al Parlamento, sarebbe in parte dovuta al fatto che dal maggio 2015 la pillola dei cinque giorni dopo può essere acquistata in farmacia senza ricetta.
Che i giornaloni si siano bevuta una tale idiozia è indice del livello di asservimento catatonico dell'informazione. Il cambiamento di dispensazione del farmaco è avvenuto con procedura europea il 7 gennaio 2015 ed è stata recepita dai vari Paesi nei mesi successivi.
Se la riduzione di aborti in Italia fosse avvenuta per la pillola, com'è che invece gli aborti sono aumentati in Inghilterra, Galles e Scozia, dove il farmaco è liberamente venduto? E com'è che in Francia, dove invece il numero di confezioni vendute è in diminuzione dal 2013, c'è stata una riduzione di 8.000 aborti?

CRIPTOABORTI

C'è poi un aspetto che dal punto di vista morale rende risibile presentare la riduzione degli aborti come un beneficio dei farmaci postcoitali. Questi preparati possono impedire all'embrione di annidarsi nell'utero materno, dunque rispetto all'embrione eventualmente formato la riduzione dell'aborto sarebbe realizzata mediante un incremento dei criptoaborti. Essere soppresso senza che nessuno lo sappia e nessun conteggio lo registri: non è forse il massimo della povertà?
Questi temi drammatici hanno fatto da sfondo a processo, celebratosi a Gorizia, a carico di Elisa Mecozzi una farmacista di Trieste, portata al banco degli imputati per essersi rifiutata di dispensare a una donna la «pillola del giorno dopo» durante il turno di notte.
Il farmaco era stato prescritto alla donna da un medico dopo che questa aveva avuto un rapporto non protetto con il compagno. Seppure dietro una grande compostezza, l'angoscia che da tre anni sconvolgeva la vita di questa farmacista, madre di cinque bambini, era perfettamente chiara. Aveva giurato di difendere la vita, ma quella notte le veniva detto che avrebbe dovuto mettere da parte quel giuramento e dispensare una sostanza capace d'interromperne una appena concepita.
A difenderla sono stati l'avvocato Simone Pillon, fondatore e membro del comitato organizzatore dei Family day, bestia nera delle sigle omosessualiste e tra i protagonisti principali della mazzata a Matteo Renzi nel referendum costituzionale, e l'avvocato Marzio Calacione. Insieme alle spiegazioni etiche connesse all'assunzione e somministrazione del farmaco, i medici periti tecnici di parte - il ginecologo Bruno Mozzanega e l'internista Renzo Puccetti - hanno fornito alla corte informazioni sul meccanismo d'azione della pillola in questione così come rivelano i dati degli studi, al di là della versione ufficiale che di essi viene fornita nei riassunti e nelle conclusioni.

dal 1980 monitoraggio media

20 dic 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

DAL GOVERNO

Lorenzin, alle Regioni andranno gli 800 mln dei Lea 2016 quando il Dpcm sarà adottato

Parola di ministra: non appena i Lea saranno adottati dal Consiglio dei ministri le Regioni riceveranno gli 800 mln del 2016. Lo ha detto mercoledì scorso Beatrice Lorenzin in commissione Affari sociali della Camera nella seduta in cui è stato approvato il parere della stessa commissione sul Dpcm-Lea. La precisazione della ministra è giunta in seguito a una domanda di Margherita Miotto (Pd), in considerazione delle preoccupazioni sul pericolo di uno stop di quei pagamenti, come aveva lasciato capire la rappresentante dell'Economia in una precedente audizione in commissione Igiene al Senato.

Ecco, testuali, le parole della ministra. «In merito al quesito formulato dalla deputata Miotto, concernente il « destino » degli 800 milioni di euro previsti per i nuovi Lea per il 2016, che non sono stati erogati alle regioni, rappresenta che, nel rispetto di quanto previsto dal comma 555 dell'articolo 1 della legge di stabilità del 2016, l'erogazione alle regioni dei suddetti 800 milioni destinati ai nuovi Lea avverrà solo a seguito dell'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei Lea. Pertanto, considerato che il perfezionamento del provvedimento in esame dovrebbe intervenire entro la fine del mese in corso, l'erogazione non potrà che avvenire nel 2017, in un'unica soluzione. Peraltro, ciò incide solo sull'erogazione dei flussi di cassa per le Regioni che, ai sensi della legislazione vigente, devono iscrivere sui loro bilanci l'intero stanziamento di competenza 2016, ivi compresa la quota degli 800 milioni di euro, oggetto di ripartizione all'interno del riparto del Fondo sanitario nazionale 2016, su cui è stata acquisita l'Intesa il 14 aprile 2016. La loro iscrizione contabile, pertanto, concorre alla formazione del risultato di esercizio degli enti del Servizio sanitario regionale dell'anno 2016. Precisa inoltre che, come di consuetudine, il Ministero dell'economia e delle finanze impegna ogni anno tutta la quota annuale di Fondo sanitario nazionale (quota indistinta e vincolata) proprio per evitare che vadano in economia le relative somme: ne consegue che le somme non erogate quest'anno non vanno in economia, ma costituiscono residui disponibili nel bilancio statale per la relativa erogazione, che viene effettuata appena si realizzano le condizioni richieste, cioè, nel caso di specie, non appena sarà stato adottato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei Lea».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

20 dic 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG
Dispositivi medici

DAL GOVERNO

Dispositivi medici, la spesa cresce del 5,3% a quota 3,83 miliardi

di *Ernesto Diffidenti*

Tra i beni acquistati dal Ssn, circa un terzo è costituito dai dispositivi medici. E secondo il Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche nel 2015 gli investimenti sono saliti del 5,3% passando da 3,63 miliardi a 3,8 miliardi.

Rispetto al settore farmaceutico, il mercato dei dispositivi ha delle specificità di rilievo che ne rendono più difficile la regolazione e con maggiore necessità di efficaci azioni di governo: l'eterogeneità dei prodotti, la rapida obsolescenza, i livelli di complessità tecnologica altamente differenziati e la variabilità degli impieghi clinici, spesso strettamente correlata anche all'abilità el'esperienza degli utilizzatori.
Le manovre di spending review hanno introdotto un tetto per la spesa relativa ai dispositivi che, per il 2015, è stato confermato al 4,4% della spesa sanitaria totale pubblica.

«Il trend di aumento - è scritto nel rapporto pubblicato dal ministero della Salute - deve essere letto come miglioramento della rilevazione dei dati da parte delle Regioni, piuttosto che come aumento della spesa sostenuta». Il dossier, infatti, giunto ormai alla sua quarta edizione, consente un'analisi sulle modalità di gestione, governo ed impiego dei dispositivi medici e del loro impatto economico, rendendo disponibili e pubblici i dati relativi al loro utilizzo, a livello regionale e di azienda sanitaria.

Quanto alla spesa rilevata per regione, il primato spetta alla Lombardia (circa 550 milioni), seguita da Veneto (400) ed Emilia Romagna (380). In coda Valle d'Aosta e Molise. «La variabilità regionale è funzione senz'altro della numerosità delle strutture pubbliche presenti sul territorio regionale, della loro offerta, nonché del livello di copertura dei dati trasmessi - sottolinea il rapporto - . Inoltre la numerosità dei dispositivi rilevati può essere influenzata dalla presenza di strutture pubbliche a diversi livelli di "specializzazione", che potrebbero utilizzare insiemi di dispositivi medici molto eterogenei».

Il mercato mondiale dei dispositivi medici
Gli analisti stimano che il settore dei DM, a livello mondiale, crescerà ad un tasso del 5,2% tra il 2015 ed il 2022, raggiungendo nel 2022 un fatturato complessivo di circa 530 miliardi di dollari (EvaluateMedTech, 2016).
Gli Stati Uniti d'America sono leader mondiale nella produzione e nel consumo di dispositivi. Nel 2015, il mercato statunitense era equivalente a più di 148 miliardi di dollari con previsioni di un tasso di crescita media annuale dal 2014 al 2019 del 5,3% arrivando ad un valore di 173,3 miliardi di dollari nel 2019 . Complessivamente il mercato americano rappresenta il 39% del mercato mondiale, seguito dall'Europa che detiene il 31% del mercato, dal Giappone con il 9%, dalla Cina (6%), da Russia, Cina e Brasile (2% ciascuno) e dal resto del mondo con circa il 9%.
In Europa, il mercato dei dispositivi medici genera un fatturato di circa 100 miliardi di euro l'anno e impiega oltre 575mila persone. Il 71% del fatturato totale in Europa è generato
in Germania, Francia, Gran Bretagna, Italia, e Spagna. L'8% circa del fatturato globale è reinvestito in ricerca e sviluppo, equivalente a circa 8 miliardi di euro l'anno e, mediamente, al deposito di un brevetto ogni 50 minuti. In Europa, l'industria dei dispositivi medici si compone di circa 25.000 imprese, il 95% delle quali sono piccole e

medie imprese, e principalmente piccole e micro imprese. La stessa compagine è ravvisabile nel mercato statunitense, dove l'80% delle imprese ha meno di 50 dipendenti .

In Italia, il settore dei dispositivi medici è caratterizzato da un alto livello di innovazione e mostra, rispetto all'economia nel suo complesso, un forte dinamismo. Nel 2014, l'osservatorio produzione, ricerca e innovazione nel settore dei dispositivi medici in Italia di Assobiomedica ha censito 4.480 imprese (di cui il 53% si occupa di produzione, il 42,6% di distribuzione ed il restante 4,4% di servizi), che occupano 68.189 dipendenti (di cui il 60,1% in imprese di produzione, il 32,2% in imprese di distribuzione ed il 7,7% in imprese di servizi) e hanno un fatturato medio di 5,4 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IMPRESE E MERCATO
14 Settembre 2015
App medicali nella borsa del dottore. Arriva il vademecum per orientarsi meglio

AZIENDE E REGIONI
15 Settembre 2015
Il Veneto recepisce la manovra sui tagli. Coletto: «Intatti i Lea ma le misure su B&S e dispositivi sono ingiuste»

DAL GOVERNO
02 Ottobre 2015
Gestione dei software in ambito sanitario, il contributo dell'Iss alle linee guida

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 59.807
Diffusione 09/2016: 40.854
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

21-DIC-2016
da pag. 59
foglio 1
www.datastampa.it

L'intervento

Perché i vaccini restano i migliori farmaci esistenti

Silvio Garattini

Alcuni casi di meningite in varie regioni italiane hanno ridato fiato a gruppi molto vocali che si oppongono alle vaccinazioni, con prese di posizione davvero poco accettabili. Diciamo subito che i vaccini sono i migliori farmaci esistenti, perché agiscono in modo favorevole sulla stragrande maggioranza dei vaccinati, hanno pochi effetti tossici, costano relativamente poco, richiedono poche dosi ed hanno un'efficacia che si prolunga nel tempo. Vogliamo fare un paragone? Chi riceve un vaccino ha la probabilità di essere protetto oltre il 90 percento; chi riceve una statina, dopo 5 anni, ha la probabilità di trarre un giovamento nella misura del 2 percento. Certamente anche per il vaccino non esiste il 100 percento di protezione e ciò può spiegare il caso del bambino che due anni dopo la vaccinazione anti-meningococcica è stato ospedalizzato per una meningite. Come in altri casi precedenti, comunque, anche nei rari casi in cui contragga l'infezione, chi è stato vaccinato ha il vantaggio di essere esposto ad una malattia che di solito ha un decorso più benigno e poi si risolve.

La presenza di qualche caso di meningite non deve creare panico, ma una giusta valutazione dei fatti con conseguenti interventi. È chiaro che è compito delle autorità sanitarie, ma anche dei genitori, sapere chi ha avuto contatti con l'infettato per iniziare un trattamento antibiotico se vi sono dei sintomi già presenti oppure una vaccinazione. L'estensione della vaccinazione va decisa dal numero di contatti che può aver avuto la persona infetta ed è compito dell'autorità sanitaria. I mass-media fanno un buon servizio quando si occupano di vaccinazioni, ma devono riportare i fatti senza entrare troppo nelle interpretazioni e, soprattutto, devono evitare di generare panico o eccessivo allarme.

Visto che si avvicina il periodo dell'influenza è utile avere idee chiare anche nell'impiego del relativo vaccino. Il vaccino dell'influenza non è fra quelli raccomandati se non per i soggetti a rischio che, a qualsiasi età, sono coloro che hanno malattie croniche, quelle che riguardano la funzione cardiaca, circolatoria e respiratoria. Altro fattore di rischio è rappresentato dall'età. Gli anziani devono vaccinarsi, perché l'influenza può avere conseguenze dannose su molte funzioni organiche già debilitate per l'età. L'influenza non è una malattia «leggera». Si calcola che siano alcune migliaia i soggetti non vaccinati che ogni anno muoiono a causa dell'influenza. L'anno scorso ne sono morti di più. Questo è conseguenza del fatto che la gente non si è vaccinata, perché la mortalità in alcuni soggetti anziani che si erano vaccinati era stata erroneamente interpretata come dovuta al vaccino. Se qualcuno muore di infarto cardiaco dopo essersi vaccinato non è il vaccino che ha determinato l'infarto e la morte!

Un altro problema aperto è la riluttanza con cui parecchi genitori pensano alle vaccinazioni dei figli. Se sono giovani probabilmente pensano che certe malattie non esistano più. I genitori più anziani hanno vissuto gli anni in cui, ad esempio, la poliomielite mieteva giovani vite: molti morivano, altri rimanevano gravemente disabili. Il vaccino contro la poliomielite ha annullato questa situazione, che tuttavia si ripresenterebbe se si abbassasse la soglia che garantisce una buona protezione.

Le vaccinazioni sono utili, opporvisi vuol dire agire contro la salute pubblica che si riflette alla fine anche sulla salute dei singoli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

21-DIC-2016
da pag. 25
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«In un anno con il vaccino si può fermare la meningite»

Rappuoli, padre dell'antimeningococco: campagna sui minorenni

Il rischio
«Se non si interviene rapidamente i batteri potrebbero diffondersi»

L'intervista

di **Margherita De Bac**

ROMA È il numero uno al mondo nella ricerca sul meningococco. Il vaccino contro il tipo C, il batterio capace di scatenare una delle forme più aggressive di infezione delle meningi cerebrali, l'ha scoperto lui, a Siena, negli stabilimenti ex Sclavo ora passati a GlaxoSmithKline.

Rino Rappuoli, responsabile scientifico mondiale dell'azienda — senese senza contrada— la storia dell'ondata di contagi in Toscana e dei casi che hanno impaurito gli studenti milanesi avrebbe potuto scriverla prima.

Siete sorpresi?

«Era già tutto previsto, come leggere un libro di testo, che ci fossero dei vaccinati non rispondenti, ultimo in ordine di tempo il bambino ora ricoverato a Firenze. L'immunità completa non viene mai ottenuta, resta sempre un 5% di incertezza. L'unico modo per sconfiggere il germe è eliminarlo con una campagna a tappeto, dall'infanzia fino ai 18-20 anni. Così abbiamo fatto in Gran Bretagna nel 2000. E adesso è libera».

Cosa significa?

«Il batterio non circola più, non esiste. E parliamo di una situazione in cui si contavano 1.500 casi all'anno. Lo stesso succederebbe da noi in un anno, visto che la situazione è meno grave, se riuscissimo a proteggere almeno il 90% della popolazione a rischio in modo da raggiungere la cosiddetta immunità di gregge. Anche chi non ha fatto la profilassi starebbe al sicuro. In Toscana l'adesione all'offerta dell'anti-meningococco è troppo lontana da questa percentuale».

Il fenomeno toscano è preoccupante?

«Bisogna insistere nel vaccinare soprattutto i bambini e i ragazzi tra 10 e 20 anni perché è tra loro che si trovano i portatori sani. Hanno il batterio, non si ammalano, ma lo trasmettono. Con la vaccinazione questo pericolo verrebbe annullato».

Cosa prevede, come sarà l'andamento dell'infezione?

«Questo è un ceppo più virulento degli altri, arrivato chissà come. Si sta riproponendo lo scenario visto in Nuova Zelanda e Stati Uniti. Se non si interviene rapidamente e con decisione i batteri si diffonderanno in tutta Italia. Guardiamo ad esempio ciò che è accaduto a Milano».

Come mai i vaccini, anche contro influenza o morbillo, non funzionano al 100%?

«Non lo sappiamo. Ipotizziamo che avvenga per fattori genetici individuali o ambientali, ad esempio per un uso improprio di antibiotici. Ma non c'è evidenza chiara. Comunque anche quando non c'è una protezione totale, aumentano le possibilità di prendere la malattia in forma lieve».

Come è nato il vaccino senese?

«Abbiamo cominciato a lavorarci negli anni Ottanta, nel 1991 il primo test sull'uomo. Il primo a registrarlo è stato il governo britannico, dove c'era una grande emergenza. Le difficoltà nel metterlo a punto? Superate grazie a una nuova tecnologia. E anche il vaccino contro il meningococco B, che entrerà dal prossimo anno nel calendario pediatrico nazionale, è stato ottenuto così».

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è

- Rino Rappuoli, nato a Siena 64 anni fa, è l'inventore del vaccino contro la meningite causata dal meningococco di tipo C
- Gli studi sul vaccino per la *Neisseria meningitidis* di tipo C sono iniziati a fine anni 80 negli stabilimenti senesi della ex Sclavo, ora passata alla GlaxoSmithKline di cui Rappuoli è attualmente direttore scientifico mondiale
- Nel '91 il vaccino è stato per la prima volta sperimentato sull'uomo. Nel 2000 è iniziata la commercializzazione

La parola

MENINGOCOCCO

È una forma di batterio ed è noto perché causa la meningite. Venne scoperto da Giovanni Battista Ughetti nel 1880, poi isolato e coltivato in vitro da Anton Weichselbaum nel 1887. Infetta soltanto gli esseri umani e viene trasmesso per via inalatoria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media