quotidianosanità.it

Mercoledì 15 MARZO 2017

Punti Nascita in Veneto. Aogoi e Sigo ricorrono al Tar contro la Delibera della Regione

La delibera stabilisce il mantenimento in deroga dei punti nascita con meno di 500 parti/anno prevedendo standard qualitativi diversi rispetto a quelli stabiliti dall'accordo Stato Regioni e dal DM in materia. Per l'Agoi e la Sigo "a rischio la sicurezza delle madri, dei nascituri e dei professionisti sanitari". Assente la giustificazione geografica: "25 dei 32 punti nascita aperti in deroga non sono in condizioni orogeografiche difficili". Contro la delibera si erano già schierati Fesmed, Sin e Sip.

La deliberazione n. 2238 del 23 dicembre 2016 della Regione Veneto "mette a rischio la sicurezza delle madri, dei nascituri e dei professionisti sanitari". Per questo "va sospesa" e poi "in parte annullata". A chiederlo è l'Aogoi (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) e la Sigo (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), che contro la deliberazione regionale ha presentato ricorso al Tar del Veneto.

Aogoi e Sigo puntano il dito, in particolare, contro la parte della deliberazione in cui si prevede il mantenimento in deroga all'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e del Dm 11 novembre 2015 dei punti nascita con meno di 500 parti annui stabilendo per essi, standards qualitativi diversi da quelli previsti dalla normativa nazionale. Trentadue i punti nascita con meno di 500 parti che rimarrebbero aperti, secondo quanto individuato dall'Agoi e della Sigo nella delibera e relativi allegati.

"Con la deliberazione – si spiega nel ricorso presentato al Tar del Veneto – la rete dei punti nascita viene stratificata in 4 livelli di intensità di cure, in ragione dei volumi dei parti, declinati con 2-3-4-5 stelle, e ne vengono indicati i requisiti. In particolare, per il livello a due stelle, sotto i 500 parti, si è previsto: l'ostetrica h24; il ginecologo h12; il pediatra per 3 ore al giorno; l'anestesista h24. Nei requisiti operativi non è pero previsto di 'garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza; con una sala operatoria che deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio parto, un blocco travaglio-parto e degenza puerperale e neonatale nello stesso piano', così come prescritto dalla normazione statale".

In tale organizzazione, denunciano Aogoi e Sigo, "il medico ginecologo reperibile, dovendosi occupare del reparto, non potrà occuparsi del pronto soccorso e della sala parto". Se a questo si aggiunge la presenza del pediatra soltanto per 3 ore al giorno, quello disegnato dal Veneto si presenta come "un modello che offre servizi indispensabili in fase di parto soltanto per poche ore al giorno, come se fosse possibile prevedere il momento della nascita, mettendo a rischio la sicurezza delle madri e dei nascituri e, al tempo stesso, dei sanitari messi allo sbaraglio in reperibilità".

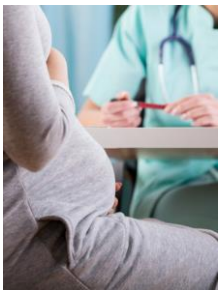
Per Aogoi e Sigo, inoltre, la deliberazione impugnata non risponde neanche ai criteri geografici difficili che giustificherebbero la deroga in base alle normativa nazionale: "Venticinque dei 32 punti nascita mantenuti attivi in deroga dalla deliberazione non sono in condizioni orogeografiche difficili, venendo così a mancare quella stringente motivazione prevista dall'Accordo citato e, in ogni caso, il mantenimento degli standards inderogabilmente richiesto su tutto il territorio nazionale".

Doctor33

15-03-2017

http://www.doctor33.it/

Fibronectina fetale e lunghezza cervicale non predicono il rischio di parto pretermine



L'uso di due parametri, ossia il dosaggio della fibronectina fetale e la misura transvaginale della lunghezza della cervice uterina, ha una bassa accuratezza predittiva di parto pretermine spontaneo tra le nullipare, secondo uno studio pubblicato su Jama. «Le nascite pretermine sono state responsabili del 35% dei 3,1 milioni di morti neonatali registrati a livello mondiale nel 2006» esordisce **Sean Esplin** dell'Intermountain Healthcare di Salt Lake City, spiegando che le strategie per identificare le donne a rischio si basano in gran parte sull'andamento delle precedenti gravidanze, mentre la valutazione del rischio nelle nullipare resta difficile. «Uno dei metodi più usati, che tuttavia ha dato risultati contrastanti, è l'associazione tra lunghezza del collo dell'utero misurata per via transvaginale e i livelli di fibronectina fetale» scrivono gli autori, che per chiarire l'argomento hanno studiato 9.410 donne che non avevano mai partorito in precedenza, misurando i due parametri in due visite ambulatoriali effettuate a quattro o più settimane l'una dall'altra. Un parto pretermine spontaneo o medicalmente indotto si è verificato rispettivamente nel 5% e nel 3,6% delle partecipanti, mentre il 91% delle donne ha avuto una nascita a termine.

E al termine dello studio i ricercatori hanno scoperto che i livelli di fibronectina fetale e la lunghezza transvaginale della cervice uterina hanno uno scarso rendimento predittivo come test di screening per la nascita pretermine spontanea prima di 37 settimane. Il cut-off clinico più comunemente usato per la lunghezza della cervice uterina, con soglia pari o inferiore a 25 mm, ha identificato solo il 23% delle nascite pretermine spontanee prima di 37 settimane. E l'aggiunta dei livelli di fibronectina fetale non ha aumentato in alcun modo il valore predittivo della lunghezza della cervice uterina. «Questi risultati non supportano l'uso di questi test per predire il rischio di parto pretermine spontaneo nelle nullipare» osserva in un editoriale di commento Steven Bloom, del Department of Obstetrics and Gynecology allo University of Texas Southwestern Medical Center di Dallas.

Jama 2017. doi:10.1001/jama.2017.1373
http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/10.1001/jama.2017.1373

healthdesk

15-03-2017

http://www.healthdesk.it/

LA RICHIESTA

Amianto: emergono nuove patologie asbesto correlate, l'Ona chiede di incontrare l'Inail

Non c'è solo il mesotelioma, il tumore che si origina dalle cellule del mesotelio per effetto delle fibre di amianto e che rappresenta l'ottava causa di morte sia negli uomini sia nelle donne. Nel conteggio dei danni alla salute provocati dall'asbesto devono essere inserite altre patologie molto meno rare. È la richiesta che Ona, Osservatorio Nazionale sull'Amianto, rivolge all'Inail dopo aver appreso i dati su "I numeri del cancro 2016 di Aiom/Airtum". In Italia, sono stati circa 1.900 i nuovi casi diagnosticati, con un particolare incremento oltre i 50 anni, un dato che va ben oltre quelli diffusi da Ona.

Ad oggi, tra le patologie che l'Inail riconosce come asbesto correlate vi sono: placche e ispessimenti pleurici con o senza atelettasia rotonda, mesotelioma pleurico, mesotelioma pericardico, mesotelioma peritoneale, mesotelioma della tunica vaginale e del testicolo, carcinoma polmonare e asbestosi. Secondo l'International Agency for Research on Cancer (Iarc), tra le neoplasie causate dall'esposizione all'amianto rientrano anche il cancro alla laringe e alle ovaie ed inoltre è stata confermata l'associazione tra esposizione ad amianto e maggiore incidenza di cancro alla laringe, allo stomaco e al colon retto.

Così l'Ona ha avviato un censimento esteso a tutte le patologie che lo Iarc qualifica come asbesto correlato e ha chiesto un incontro con l'Inail per integrare l'elenco attuale e garantire la tutela e l'assistenza alle vittime dell'amianto e ai loro familiari.

«Sulla base delle evidenze scientifiche, e alla luce dell'elaborazione dei dati epidemiologici – dichiara Ezio Bonanni, Presidente dell'Osservatorio Nazionale sull'Amianto -, riteniamo che la possibilità di valutazione di un aggiornamento dei riconoscimenti Inail sia doverosa».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

16-MAR-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità, apertura di Lorenzin alla cancellazione dei ticket

▶Si ipotizza una contribuzione legata al reddito. Forti differenze tra Nord e Sud

▶Dall'incontro con le Regioni anche nuove misure per ridurre le liste d'attesa

IL MINISTRO: «SIAMO CONVINTI DI POTER RIUSCIRE AD ELIMINARE LE CODE PER ESAMI, ANALISI E VISITE»

10
Gli euro del superticket da pagare sulla ricetta, un provvedimento che vige dal 2011. Doveva durare solo uno o due anni

1,4
I miliardi di euro sborsati dagli italiani nel 2015 per il ticket, inoltre vanno aggiunti 1,1 miliardi per l'intramoenia

LA PROPOSTA

ROMA Sui ticket per analisi, visite ed esami si torna a trattare. Un movimento ciclico che si ripete ogni volta che la voce dei pazienti si fa più forte. Un movimento ciclico che si ripete ogni volta che le manovre di spesa lasciano sperare nella possibilità di recuperare quelle entrate in altro modo.

GLI OSPEDALI

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin apre uno spiraglio, seppur con grande cautela: «A giorni riconvocherò le Regioni per rivedere i ticket» ha annunciato nella trasmissione "Coffee Break" a La7. Ticket che incidono per tre miliardi sui 113 del Fondo sanitario nazionale. Un'entrata fresca che potrebbe essere cancellata lavorando sulla spending review. Basta leggere i dati del 2015 per rendersi conto che cosa significa nel concreto per i pazienti il gettito della "tassa" per visite ed analisi: circa 1,4 miliardi di euro sono stati sborsati dagli italiani per il ticket. Cifra alla quale vanno aggiunti 1,1 miliardi per l'intramoenia negli ospedali.
In un solo anno, però, dal 2014 al 2015, il gettito è diminuito del 9,4%. Per mancanza di disponibilità economica delle famiglie oltre che per aumento delle esenzioni da reddito.

LE MALATTIE

Perché ogni Regione ha le sue tariffe, perché, soprattutto al Nord, vengono versate cifre fino a quattro volte più alte che al Sud. Se in Val d'Aosta in media si spendono 50 euro l'anno a persona per il ticket, si legge in un rapporto dell'Agenas (Agenzia nazionale delle Regioni), in Sicilia la cifra si riduce quasi di un quinto. «Stiamo fronteggiando il problema delle liste d'attesa a macchia di leopardo e con grandissima lentezza - ha aggiunto il ministro - Credo che il modello migliore sia quello emiliano, dove sono state messe in campo una serie di misure in questi tre anni. Di fatto, sono state eliminate queste liste».
Tra le ipotesi sulle quali il Ministero sta lavorando per arrivare all'abolizione del ticket c'è l'ipotesi di trasformarlo in un pagamento modulato sul reddito della persona. Per superare le forti differenze regionali delle cifre pagate nelle diverse Regioni. Gli addetti ai lavori pensano con favore alla cancellazione della compartecipazione alla spesa sanitaria.

LE PRESTAZIONI

«Sono da sempre una misura regressiva - stigmatizza Walter Ricciardi presidente dell'Istituto superiore di sanità - In un servizio sanitario nazionale non dovrebbero esistere. E' finanziato dalle tasse. I ticket sono stati introdotti nei modelli assicurativo-sociali per scoraggiare i cittadini a un uso eccessivo e improprio delle prestazioni. Se il finanziamento attraverso le tasse è adeguato i ticket non ci devono essere».
Il Tribunale per i diritti del malato punta all'abrogazione del superticket di 10 euro sulla ricetta che, da provvedimento temporaneo del 2011 (doveva durare al massimo un paio d'anni) è diventato ormai uno strumento indispensabile per fare cassa. «E' necessario almeno prevedere una compartecipazione progressiva in base alla capacità reddituale fino ad un livello massimo che renda il ticket sempre più conveniente rispetto al costo nel privato e salvaguardare le esenzioni totali per disoccupati e malati cronici e rari», propone Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale -Cittadinanzattiva.
Qualche esempio: l'esame delle urine nel privato costa circa 2,17 euro mentre nel pubblico arriva a 16,17 euro per effetto del superticket, l'emocromo "privato" viene 9,89, nel pubblico 20,89.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 03/15/2017

15 mar 2017

TAG

Aziende sanitarie locali - ASL

Prestazioni sanitarie

DAL GOVERNO

Agenas: da maggio via alle verifiche anticorruzione nella sanità

di *L.Va.*

L'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha comunicato in una nota che a maggio partiranno le verifiche sull'applicazione dei contenuti del Piano nazionale anticorruzione dedicati alla sanità. «Il Sistema sanitario dispone già di tutti gli antidoti per neutralizzare e prevenire fenomeni di corruzione o di cattiva gestione: sono quelli contenuti nell'allegato al Piano nazionale anticorruzione, frutto della collaborazione tra Anac, ministero della Salute e Agenas e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 3 agosto 2016 - spiega **Francesco Bevere**, direttore generale dell'Agenzia -. Il documento fornisce indicazioni mirate, prevedendo anche misure di "allerta" su particolari "aree a rischio" come i contratti pubblici, gli incarichi e le nomine dei primari, la gestione delle spese e del patrimonio immobiliare, nonché indicazioni su come effettuare i controlli».

Le verifiche previste per maggio serviranno a monitorare il grado di recepimento su trasparenza e prevenzione della corruzione, contenuti nel Piano anticorruzione 2016

Cantone: sanità, prima emergenza

Quella della sanità «credo sia in assoluto la prima emergenza». Il presidente dell'Anac **Raffaele Cantone** lo ha spiegato oggi a Milano aggiungendo che è un campo in cui si creano «meccanismi di favore che non hanno nemmeno bisogno di corruzione», tanto che si potrebbe coniare il termine «corruzione tacita».

«Ci sono stranezze difficili da inquadrare come il sistema delle convenzioni in cui non è necessario fare alcun appalto». Cantone ha poi osservato, «In futuro proveremo a fare controlli mirati. Così si spezza il meccanismo per cui se avvengono clamorose ruberie nelle Asl i vertici dicono "non me ne ero accorto"».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
01 Settembre 2015
A Enna facoltà di Medicina in salsa rumena. Semaforo rosso del Miur

DAL GOVERNO
14 Settembre 2015
Cani pericolosi, rafforzato il sistema di prevenzione di Comuni e Asl

DAL GOVERNO
16 Settembre 2015
Anticorruzione, l'Anac chiede più poteri e sanzioni flessibili per gli incarichi illegittimi

ANSAit

15-03-2017

http://www.ansa.it

Sette anni legge dolore,ma 2 italiani su 3 non la conoscono

(ANSA) - ROMA, 15 MAR - A 7 anni dall'entrata in vigore, 2 italiani su 3 ignorano l'esistenza della legge 38 del 15 marzo 2010, che garantisce il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Eppure ad aver bisogno delle cure palliative sono ogni anno 340mila persone. Emerge dai dati di una prima indagine dell'Osservatorio volontario per il monitoraggio della terapia del dolore e delle cure palliative della Fondazione Gigi Ghirotti, presentati al convegno "La nostra legge 38: un bilancio".

L'analisi dei dati di 13.374 schede compilate dai pazienti e familiari, evidenzia come la legge 38/2010 sia ancora oggi poco nota: il 63% degli intervistati non la conosce. Dai risultati emerge anche che appena il 35% di essi è indirizzato dal proprio medico a una visita specialistica presso i centri di terapia del dolore del territorio. Tra le persone che dichiarano di essere affette da dolore cronico, il 45% vive da più di 6 mesi senza trovare soluzione, il 17% non trova rimedi efficaci da oltre 5 anni. Ma c'è anche un dato positivo: chi è stato preso in carico dai centri di terapia del dolore e dagli hospice ne sottolinea qualità umana e professionale. "Siamo orgogliosi del lavoro fatto sinora, ma consapevoli che c'è ancora molta strada da fare e ritengo che, d'intesa con i ministeri della Salute e degli Affari regionali, si possa lavorare su linee di indirizzo da destinare alle Aziende sanitarie ed ospedaliere", osserva Antonio Saitta, coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni.

"Oggi diciamo innanzitutto buon compleanno legge 38/2010, una legge costruita con passione e determinazione", sottolinea Livia Turco, già ministro della Salute e della Solidarietà sociale, oggi coordinatrice dell'Osservatorio, concludendo però: "ritengo inaccettabile che chi è solo o povero non possa ricevere il sollievo delle cure palliative e della terapia del dolore perché non sa che cosa siano o perché non gli sono accessibili". (ANSA).

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

16-MAR-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Cure palliative? Sconosciute

LA RICERCA

A sette anni dall'approvazione, due italiani su tre ignorano la legge 38, che garantisce ai cittadini il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. I dati li ha forniti la Fondazione Gigi Ghirotti che, in collaborazione con la Fondazione Isal e il supporto della Conferenza delle Regioni, ha fatto nascere un Osservatorio per il monitoraggio della terapia del dolore e delle cure palliative. Il neonato Osservatorio ha realizzato una ricerca presentata ieri a Roma.
I dati sono emersi dall'analisi di 13.374 schede di rilevazione, compilate dai pazienti e dai loro familiari su quanto c'è ancora da fare per vedere attuata la legge 38 su tutto il territorio nazionale. Il «vuoto di conoscenza», come lo definisce l'Osservatorio, impone un maggiore coinvolgimento dei medici che devono sempre più indirizzare i cittadini verso strutture appropriate. Solo il 35% delle persone che ne hanno effettivamente bisogno viene indirizzato dal proprio medico di fiducia a una visita specialistica presso i centri di terapia del dolore sul territorio.
Sette pazienti su dieci, poi, non sanno che la legge obbliga le strutture sanitarie a misurare il dolore e annotarlo nella cartella clinica, insieme alla terapia prescritta e ai risultati ottenuti con essa. In Italia sono circa 340mila le persone affette da varie patologie con dolore acuto o cronico. Alla presentazione dei dati anche il ministro per gli Affari regionali con delega in materia di politiche della famiglia Enrico Costa: «Ho apprezzato molto il lavoro dell'Osservatorio – ha detto –, che ci fa capire l'apprezzamento del servizio fornito dai centri di terapia del dolore e dagli hospice e al tempo stesso la scarsa conoscenza e penetrazione, del servizio». Costa ha rilevato inoltre che «ci sono molte situazioni in cui è giusto che il pubblico vada a cercare i potenziali utenti».

Francesca Lozito

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale HiQPdf Evaluation 03/15/2017 ABBONATI ACCEDI

15 mar 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER
STAMPA

TAG

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Medicina generale

Prestazioni sanitarie

Spesa sanitaria

DAL GOVERNO

La matassa dei nuovi Lea in Commissione nazionale

di *B.Gob.*

Il primo appuntamento in calendario per i nuovi Livelli essenziali di assistenza era la data del 28 febbraio, deadline per l'attività di revisione affidata alla Commissione nazionale per l'aggiornamento che la ministra della Salute Beatrice Lorenzin ha insediato a ottobre scorso. Al momento, però, ancora nulla di fatto. Pesano sui lavori del nuovo organismo sia il tema risorse, sia il "cosa" inserire o eliminare dalle prestazioni erogate a carico del Ssn.
Intanto, pende come la spada di Damocle il contributo da 422 milioni alla finanza pubblica nazionale, che le amministrazioni a regime speciale non hanno versato. E che sono stati addossati, come del resto era previsto, sulle spalle delle Regioni a statuto ordinario.
Inevitabilmente questo taglio andrà ammortizzato sulle voci di spesa sanitaria, ed è ben noto che i governatori e gli assessori fanno da sempre presente l'inadeguatezza del "monte Lea", rispetto alle prestazioni più innovative. Argomentazioni sempreverdi, malgrado capitoli impegnativi, come il Piano nazionale vaccini, siano stati finanziati da un sfondo a sè previsto dalla legge di Bilancio.

Legato a doppio filo, l'aggiornamento del Dpcm. Che non a caso, al momento in cui si va in stampa, pur avendo superato da un mese tutti i passaggi dell'iter di approvazione, non è ancora stato pubblicato in Gazzetta. A quanto pare, in lunghe - e tese - riunioni, i membri della Commissione Lea si lambiccano il cervello per "infilare" nel testo tutte le richieste espresse nei loro pareri dalle commissioni parlamentari di Camera e Senato. Alcune decisamente congrue, altre meno. Certo è che aprire le porte dei nuovi Lea a tutti i desiderata di deputati e senatori comporterà, sull'altro versante, un delisting corposo e non indolore, innazitutto per i cittadini. E allora, vale la pena ricordare quanto a metà dicembre formularono la Affari sociali e la Igiene e Sanità.

Le condizioni poste dal Senato
1. è necessario che, nell'ambito dello schema, sia espressamente previsto che di quest'ultimo costituiscono parte integrante le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi monouso (di cui all'allegato A dell'Intesa summenzionata, allegato che dovrebbe essere trasposto all'interno dello schema);

2. nell'ambito delle premesse dello schema occorre siano espressamente menzionate le leggi in materia di screening neo natali (n. 167 del 2016) e di cure palliative (n. 38 del 2010);

3. nell'articolo 38 dello schema, in tema di parto-analgesia, è necessario sia inserito un riferimento espresso e non equivocabile alla analgesia epidurale;

4. è necessario che sia espressamente contemplata, nell'ambito dello schema, l'assistenza podologica ai pazienti diabetici.

Le condizioni poste dalla Camera
1. all'articolo 4, comma 2, lettera d), sia previsto espressamente il diretto coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia nella predisposizione del percorso assistenziale;

2. sia garantita alle persone con disabilità la continuità assistenziale di cui all'articolo 5 attraverso il progetto individuale previsto dall'articolo 14 della legge n. 328 del 2000, che integri interventi sanitari, sociali e di tutela;

HiQPdf Evaluation 03/15/2017

3. nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'articolo 15, con riferimento alle prestazioni elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4, per una migliore interpretazione delle tabelle sia premessa la legenda e sia riconsiderato il sistema per branche specialistiche, in quanto si ravvisa il rischio di generare dubbi interpretativi, nel senso che gli operatori potrebbero erroneamente considerare non incluse determinate prestazioni sanitarie ai fini dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa per i pazienti;

4. siano modificati l'articolo 17, comma 1, e tutte le parti dello schema di Dpcm in cui la disabilità viene intesa come sinonimo di "minorazione, affezione, patologia" e non come interazione tra le persone con minorazione e barriere comportamentali ambientali che impediscono la piena ed effettiva partecipazione alla società sulla base del principio di uguaglianza;

5. al medesimo articolo 17, sia mantenuto il sistema tariffario in luogo delle pubbliche procedure previste dallo schema di decreto in esame, per l'acquisto di dispositivi audioprotesici e di alcuni ausili di serie di cui all'allegato 5, elenchi 2A e 2B (Carrozzina ad autospinta con due mani sulle ruote posteriori, superleggera, a telaio rigido e a telaio pieghevole; carrozzina a spinta con telaio basculante e sistema di supporto posturale a configurazione regolabile; carrozzina ad autospinta sulle ruote posteriori pieghevole, leggera, a verticalizzazione manuale oppure a verticalizzazione elettrica; carrozzina elettronica a prevalente uso interno e a uso esterno; Modulo posturale per capo, per bacino, per tronco, per tronco/bacino; Seggiolone a configurazione fissa e a configurazione regolabile; Stabilizzatore per statica prona/eretta - modello per assistiti in età evolutiva; stabilizzatore mobile per statica eretta e per statica supina, con inclinazione regolabile; Passeggino riducibile; Emulatori di mouse a Joystick, con il capo e con lo sguardo) che per le loro caratteristiche e per le specifiche necessità funzionali dell'utenza cui sono destinati necessitano di un percorso prescrittivo individualizzato e di un appropriato percorso valutativo condotto da un'équipe multidisciplinare nonché di un adeguato training all'uso, al fine di garantire la massima personalizzazione e aderenza alle esigenze degli utenti, obiettivi difficilmente raggiungibili mediante procedure di gara;

6. all'articolo 38, comma 2, dopo le parole: "inclusa la terapia del dolore e le cure palliative", siano introdotte le seguenti: "e gli interventi riabilitativi";

7. al medesimo articolo 38, si modifichi il comma 3, nel senso di prevedere che il parto in analgesia (farmacologica o non) debba essere garantito in tutte le strutture in cui ci sia un punto nascita;

8. nell'ambito delle malattie croniche di cui all'articolo 53, che rinvia all'allegato 8, sia inserita un'esenzione per patologia cronica per i disturbi di condotta e di personalità (codici ICD9-CM 301, 312 e 314).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO
05 Agosto 2015

Chiamenti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto

AZIENDE E REGIONI
05 Agosto 2015

Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi

IN PARLAMENTO
05 Agosto 2015

Via libera alla prima legge sull'autismo, svolta per pazienti e famiglie. Soddisfatta la Lorenzin, polemico il M5S

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

16-MAR-2017
da pag. 6
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Il fatto. Mentre l'intero comparto segna uno stentato +1,7%, i giochi intensificano la pressione. Raddoppiate le campagne sui quotidiani

Gli spot dell'azzardo dilagano sui media

Scommesse: più 40% l'investimento in pubblicità

ANTONIO MARIA MIRA

È boom della pubblicità sull'azzardo. Nel 2016 i soldi investiti sono infatti cresciuti del 39,6% raggiungendo 71,6 milioni di euro contro i 51,3 milioni dell'anno precedente. Numeri molto più alti di tutti gli altri settori economici. Basti pensare che il totale degli investimenti pubblicitari ha avuto lo scorso anno un incremento di appena l'1,7%. Cioè 23 volte meno del solo azzardo. E c'è poco da stupirsi visto che il 2016 è stato in assoluto l'anno record per azzardopoli, con 96 miliardi spesi dagli italiani in slot, scommesse, lotto, gratta e vinci e altre tipologie.

LIVERANI A PAGINA 6

Azzardo, tutto esaurito su giornali e televisioni

Boom di spot sui media tradizionali e online
Vola la pubblicità sulle scommesse sportive

Inascoltato l'appello dell'associazionismo, che ha chiesto la messa al bando dei messaggi. Stampa, l'eccezione "Avvenire"

ANTONIO MARIA MIRA

È boom della pubblicità sull'azzardo. Nel 2016 i soldi investiti sono infatti cresciuti del 39,6% rispetto al 2015, raggiungendo 71,6 milioni di euro contro i 51,3 milioni dell'anno precedente. Numeri molto più alti di tutti gli altri settori economici. Basti pensare che il totale degli investimenti pubblicitari ha avuto lo scorso anno un incremento di appena l'1,7%. Cioè 23 volte meno del solo azzardo. E c'è poco da stupirsi visto che il 2016 è stato in assoluto l'anno record per azzardopoli, con 96 miliardi spesi dagli italiani in slot, scommesse, lotto, gratta e vinci e altre tipologie.
Grandi incassi per le imprese che così si possono permettere tanta pubblicità in più. E questo è ben gradito, ovviamente, da gran parte dei media, sui quali poi i problemi e i

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

16-MAR-2017
da pag. 6
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

drammi dell'azzardo trovano ben poco spazio, mentre Avvenire non ha mai accettato un euro. Un boom che è la conferma della quasi inutilità dei divieti parziali introdotti con la Legge di bilancio 2016, previsti solo sulle televisioni generaliste e in limitate fasce orarie. Divieti che evidentemente non danno fastidio. Infatti, come emerge da uno studio del sito specializzato Agimeg su dati Nielsen, la società che studia la pubblicità, a farla da padrone è stata proprio la televisione, canale sul quale sono stati spesi nel 2016 per la pubblicità 61 milioni di euro, oltre l'86% del totale, con un aumento del 40,7%. Molto staccate seguono internet (4,5 milioni), quotidiani (4 milioni), radio (1 milione), periodici (0,6), altro (cinema, cartellonistica, ecc 0,5). A conferma che i limiti alla pubblicità tv non funzionano e che è sempre più necessario un divieto totale e generalizzato, come chiedono varie proposte di legge depositate in Parlamento ma che non sono mai state messe all'ordine del giorno.

Ricordiamo che lo stop alla pubblicità, come già avviene col tabacco, è una delle quattro richieste urgenti fatte da più di un anno dalle associazioni "no slot", che *Avvenire* sostiene convintamente. E l'urgenza è confermata da altri dati. Nel 2016 a fare un vero e proprio balzo in avanti è stata la pubblicità delle scommesse sportive, con 34,2 milioni di euro, e soprattutto un aumento del 79% rispetto al 2015. Al secondo posto i giochi numerici (Lotto, 10eLotto, Superenalotto, Win for life, ecc.), con investimenti pubblicitari nell'anno passato per 12,7 milioni di euro, un valore in crescita del 65%. E non è certo una coincidenza che proprio scommesse e giochi numerici siano le modalità di azzardo che hanno avuto il maggior incremento di spesa da parte degli italiani. Guarda caso sono anche le più presenti in tv, grazie soprattutto a calciatori testimonial o a telecronache infarcite di spot o quote.

Meno interessanti per la pubblicità i giochi online (casinò, bingo, ecc.), con investimenti per 11,7 milioni, valore però in calo del 3%. Ancora peggio il poker online, che ha fatto registrare investimenti per 3,1 milioni di euro, cioè meno 7%. rispetto al 2015. Crescono invece del 42% gli investimenti pubblicitari sulle lotterie istantanee (gratta e vinci), mentre calano quelli sulle lotterie tradizionali. Nessuna pubblicità, neanche un euro, per slot e vlt, forse perché da sole rappresentano già più del 50% della spesa nell'azzardo e forse perché meno accattivanti per gli spot, perché erroneamente considerate le uniche responsabili del gioco patologico. E infatti si discute solo della loro riduzione. Andando a vedere nei singoli mezzi di informazione la tendenza è confermata. In televisione giochi numerici e scommesse sportive hanno raggiunto 39,3 milioni con un aumento del 71,4%. In radio ben il 95% della pubblicità ha riguardato giochi numerici e scommesse sportive. Comunque la radio è stata più apprezzata dagli operatori di gioco, visto che lo scorso anno gli investimenti sono cresciuti del +32,9%. Ancora meglio nei quotidiani sui quali gli investimenti pubblicitari sono cresciuti del 65,1%. Raddoppiate in particolare le "campagne istituzionali" per veicolare una "buona immagine". Oltre 3,4 milioni (+73,3% rispetto al 2015), anche qui hanno riguardato giochi numeri e scommesse sportive. E la musica non cambia su internet, dove malgrado un incremento generale solo del 6,3% , gli investimenti in scommesse sportive e giochi numerici sono saliti del 134%. Raddoppiati infine gli investimenti sui periodici rispetto al 2015. Confermati i settori più beneficiati: il 93% degli investimenti ha, infatti, riguardato giochi numerici e scommesse sportive.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 60.563
Diffusione 12/2016: 45.969
Lettori Ed. II 2016: 324.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL SECOLO XIX

Dir. Resp.: Massimo Righi

16-MAR-2017
da pag. 33
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il dibattito

Il tormento dell'infertilità affrontato dalla psicoterapia

L'esperto genovese Marco Maio: «Fecondità e sessualità sono state separate dalla tecnologia, è necessario ricomporle»

ROBERTO ONOFRIO

PARLARE di infertilità, oggi, equivale quasi sempre a discutere di fecondazione artificiale, utero in affitto, tecniche di procreazione che, grazie alla scienza, riescono a compensare e a surrogare l'impossibilità di concepire un figlio in modo naturale.

L'argomento è di grande attualità: basti pensare che in Italia una coppia su cinque non riesce ad avere bambini, mentre il 15-20 per cento delle coppie è sterile: numeri che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità rappresentano una vera e propria emergenza sanitaria. Il che ha contribuito ad imprimere una forte spinta verso tecniche di fecondazione artificiale sempre più raffinate.

La questione, come sempre accade di fronte a ogni nuovo progresso tecnologico, ha aperto ampi dibattiti soprattutto di carattere bioetico. Meno frequente, invece, è la riflessione sulle conseguenze psicologiche che questo progresso tecnologico relativo al concepimento porta con sé.

Un contributo particolarmente originale e interessante, sotto questo profilo, arriva ora in libreria grazie a un testo scritto da Marco Maio, psicologo psicoterapeuta e psicosomatista genovese, di scuola junghiana, vicedirettore della Scuola di Psicoterapia Psicosintetica ed Ipnosi Ericksoniana H. Bernheim. Il libro è uscito per i tipi di una nuova collana "In sedicesimo, vie olistiche alla psicoterapia" e si intitola "Perché non riesco a rimanere incinta?" (174 pagine, 12 euro), acquistabile solo online, all'indirizzo https://www.delfinoenrileeditori.com (esiste anche una pagina Facebook che si intitola come il libro).

Il punto di partenza parte da una considerazione su cui poco ci si sofferma, ma che meriterebbe grande attenzione per le implicazioni sociali e politiche che comporta: "La fecondazione artificiale - scrive Maio - rappresenta uno dei cambiamenti epocali di cui siamo testimoni, forse il più profondo".

L'avvento dei contraccettivi e la fecondazione assistita hanno finito per "scindere ciò che per millenni era stato tutt'uno: la fecondità e la sessualità. La relazione sessuale, la fecondità e la generazione sono diventati tre momenti indipendenti l'uno dall'altro. Questa separazione rappresenta una frammentazione sul piano psichico". È una frammentazione che la mente primitiva ricomponeva attraverso il mito, che oggi si tende a ricomporre attraverso, appunto, la tecnica, ma che ha urgente bisogno di una ricomposizione anche psicologica. Alla scienza medica, osserva Maio, deve essere accompagnata «una coscienza, che non si limiti a inquadrare "normativamente" la questione sulla fecondazione artificiale, ma che tenti di tenere in-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 60.563
Diffusione 12/2016: 45.969
Lettori Ed. II 2016: 324.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL SECOLO XIX

Dir. Resp.: Massimo Righi

16-MAR-2017
da pag. 33
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

sieme la sessualità, con la fecondità con la generazione».

Il profondo bisogno psicologico di ritrovare il collante dell'anima si sviluppa, nel libro di Maio, attraverso una storia esemplare, quella di una sua paziente, Marta, 37 anni, da cinque alla ricerca sempre più angosciata di un figlio che non arriva, nonostante la coppia sia fisicamente fertile, come accertato dagli esami clinici.

L'approdo psicoterapeutico arriva dopo aver tentato, senza successo, anche la strada della fecondazione artificiale. Resta solo questa ultima chance. Maio descrive il percorso psicologico di Marta raccontando le paure, le ossessioni, i sogni che la donna, durante due anni di sedute, riesce a focalizzare, scandendo così una via di liberazione che la condurrà al lieto fine. Ed è un racconto avvincente. Così come avvincenti sono le conclusioni, là dove si pone l'attenzione sugli inevitabili effetti collaterali che provoca l'hybris dell'uomo tecnologico occidentale, teso alla "crescita infinita" e al continuo superamento di ogni limite.

A livello di psicologia del profondo, come teorizza lo psicologo junghiano Giegerich "la vita spirituale si scolla dal mondo dell'uomo per trasferirsi in quello degli oggetti. L'uomo consegna alla tecnica lo spazio dell'accadere, della decisione". Anche quando si tratta di concepire un figlio. Ma la domanda collettiva che riaffiora sempre e comunque, sostiene Maio, resta sempre la stessa: dov'è la mia anima? Dov'è l'anima in questo tempo storico? Qualche risposta, Marco Maio, proverà ad offrirla oggi, nel corso della presentazione del libro, in programma alle 18.30 a Genova a "La Passeggiata librocaffè" in piazza di Santa Croce 21r.

onofrio@ilsecoloxix.it

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Incontro a Genova

"Perché non riesco a rimanere incinta?" di Marco Maio, edito da "In sedicesimo" (174 pagine, 12 euro) e acquistabile solo on line sarà presentato oggi a Genova a "La Passeggiata librocaffè" in piazza di Santa Croce 21r.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

16-MAR-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

In farmacia arriva il robot

Alessandro Mondo A PAGINA 18

È arrivato il robot-farmacista che prepara le dosi salvavita

All'Istituto dei tumori di Candiolo la super-macchina aiuta gli specialisti

ALESSANDRO MONDO
TORINO

Il medico prescrive, il farmacista valida, l'operatore prepara i farmaci. Ma questa volta l'operatore è un robot, una delle ultime frontiere della tecnologia applicata alla sanità: «collega» del Leonardo da Vinci, il robot-chirurgo, e «arruolato» dall'Istituto dei Tumori di Candiolo. Mezzo milione tecnologia iper-sofisticata, il primo della serie in Piemonte.

Oltretutto «Apoteca», così è stato chiamato, è un bell'esempio di «Made in Italy»: lo ha progettato la Loccioni, azienda marchigiana che ha già ricevuto e si prepara a ricevere commesse da ospedali italiani e stranieri molto interessati dalle potenzialità del robot.

Perchè «Apoteca» è un asso nella preparazione dei farmaci. E quando si tratta di farmaci oncologici, con caratteristiche di tossicità inusuali rispetto ad altri prodotti, c'è poco da scherzare. Questione di sicurezza per il paziente: la stretta «finestra terapeutica» che li caratterizza fa sì che un minimo scostamento dai dosaggi definiti provoca seri danni. A maggior ragione, considerato che i farmaci oncologici, in particolare i preparati per la chemioterapia, sono il combinato di prodotti diversi. Questione di sicurezza anche per chi li miscela, in termini di esposizione. Da non sottovalutare altri due aspetti: il risparmio in termini di tempo e quello economico, con riferimento alla capacità del robot di utilizzare fino all'ultimo residuo di componenti molto costosi.

In questa fase entra in gioco la macchina: grande come un armadio, dotata di un braccio meccanico e soprattutto di un complesso software. Prepara, per l'appunto, i farmaci. Quali? «Noi lo usiamo per tutti ma il 90% sono oncologici - spiega il dottor Antonino Sottile, direttore operativo dell'Istituto di Candiolo (dove ogni giorno circa 200 pazienti seguono le terapie oncologiche) -. Nel 2016 i preparati oncologici sono stati oltre 66 mila: 16.492 quelli preparati dal robot, in funzione da tre mesi». Come funziona? Carica i farmaci, li aspira dai contenitori e li miscela in base alle prescrizioni, riempie le sacche chemioterapiche e le identifica con un codice abbinato ad ogni paziente. Tutto controllato e igienizzato. Tecnicamente il procedimento è assai più complesso ma la descrizione rende l'idea.

Una volta in reparto l'infermiere controlla il codice sulla sacca in rapporto a quello stampato sul braccialetto del paziente: l'ultima verifica prima della somministrazione. La sanità moderna è anche questo.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

«Apoteca» Il robot-farmacista è stato ideato da un'azienda italiana, la Loccioni

data stampa
dal 1980 monitoraggio media