PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Spondilite anchilosante, l'allattamento materno riduce il rischio?

26 ottobre 2015

La prevalenza familiare di spondilite anchilosante (AS) si dimezza nei bambini allattati al seno rispetto ad altri membri della stessa famiglia non sottoposti ad allattamento materno.

Lo dimostra uno studio francese recentemente pubblicato sulla rivista **Annals of Rheumatic Diseases.**

A spiegare questa associazione vi sarebbe l'influenza del latte materno sul microbiota intestinale che potrebbe predisporre allo sviluppo di popolazioni di cellule T memoria e cellule T helper 17 in grado di fungere da reservoir di cellule memoria protettive contro lo sviluppo di AS.

Per vagliare la fondatezza di questa ipotesi, i ricercatori hanno messo a punto uno studio caso-controllo retrospettico nel corso del quale sono stati reclutati 203 pazienti, di età compresa tra 18 e 87 anni, positivi per la presenza dell'antigene HLA-B27 (noto per essere associato al rischio di AS e di uveite) e 293 controlli, costituiti da consanguinei sani, di età compresa tra 18 e 89 anni, allo scopo di limitare l'influenza della componente genetica dell'AS.
Lo studio ha preso in considerazione i dati relativi all'allattamento di 119 famiglie affette da AS.

I risultati hanno mostrato che meno del 60% sul totale di 203 pazienti con AS era stato allattato al seno rispetto al 72% dei consaguinei di pazienti affetti da AS (OR per AS=0,53; IC95%= 0,36-0,77; p=0,0009). L'età media di insorgenza di AS non era influenzata dall'allattamento al seno (29,9 anni nei pazienti allattati al seno vs 30,8 anno nei pazienti allattati artificialmente).

In 63 famiglie con AS su 119, tutti i bambini erano allattati al seno. In questo gruppo, solo il 25,9% dei bimbi allattati è andato incontro ad AS. IN 38 famiglie su 119, nelle quali le madri avevano optato per l'allattamento artificiale, ben il 40,4% dei bambini allattati ha sviluppato AS. Di conseguenza, l'allattamento al seno è associato ad una riduzione statisticamente significativa della prevalenza familiare di AS (p<0,05).

L'evidenza di un effetto protettivo dell'allattamento al seno "non può essere spiegata con un alterato bilancio

dell'antigene HLA-B27 tra pazienti e controlli in quanto tale situazione, se fosse vera, dovrebbe essere verificata in entrambi i gruppi familiari. L'allattamento al seno, pertanto, sembra avere un certo effetto protettivo nei confronti dell'AS - ipotizzano gli autori dello studio".

Lo studio ha documentato anche che la durata dell'allattamento materno non ha alcuna influenza sulla sua azione protettiva contro l'AS.

Nel commentare i risultati, gli autori ricordano come "il principale fattore genetico associato all'AS sia l'antigene HLA-B27. Lo studio ha preso in considerazione solo pazienti positivi a questo antigene, mentre non ha considerato la tipizzazione per HLA-B27 nel gruppo di controllo. Pertanto, l'esistenza di un'eterogeneità genetica relativa al locus HLA-B potrebbe inficiare i risultati ottenuti."

Ciò nonostante - concludono gli autori - non vi è ragione alcuna perchè le madri che decidono di allattare al seno piuttosto che artificialmente debbano essere HLA-B27 dipendenti".

Bibliografia

Montoya J, et al "Patients with ankylosing spondylitis have been breast fed less often than healthy controls: a case-control retrospective study" Ann Rheum Dis 2015; DOI: 10.1136/annrheumdis-2015-208187.
Leggi

[chiudi questa finestra]

Tiratura: 230.927 Diffusione: 176.934

Il Sole 24 ORE

Quotidiano

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

Data 27-10-2015
Pagina 1+8
Foglio 1 / 2

L'ALLARME OMS SUL RISCHIO DI CANCRO

Carne pericolosa? Basta seguire una dieta equilibrata

di **Piergiuseppe Pelicci** e **Lucilla Titta**

Rischio di cancro e consumo di salumi e insaccati? Niente di nuovo sotto il sole, ma tutto vero.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso una pubblicazione della Iarc, l'agenzia che si occupa di ricerche sui fattori di rischio ambientali coinvolti nell'insorgenza di cancro, ha dichiarato la pericolosità di un consumo quotidiano di carni lavorate per la conservazione (quindi tutte le carni non fresche come prosciutto, insaccati, wurstel). La pericolosità si traduce in un maggiore rischio di insorgenza di tumore al colon, uno dei tumori più diffusi nel nostro Paese così come in tutti Paesi industrializzati.

Continua ▸ pagina 8
Cavestri e Iotti ▸ pagina 8

L'Organizzazione mondiale della sanità
Carni in scatola, hot dog e prosciutto catalogati nel gruppo a più alta pericolosità

Il secondo livello
Le carni rosse fresche sono state invece inserite nella lista dei carcinogeni «probabili»

«Le carni lavorate sono cancerogene»

La «lista nera» pubblicata su Lancet - Ma da oncologi e produttori invito unanime alla cautela

Laura Cavestri
MILANO

Carni in scatola, hot dog e prosciutto entrano nella "black list" dell'Oms tra le sostanze considerate "cancerogene" – assieme, tra gli altri, a fumo, arsenico e amianto –. Ma mondo scientifico e produttori invitano alla cautela.

Come si legge su una delle più autorevoli riviste mediche, *The Lancet Oncology*, la Iarc di Lione (la massima autorità in materia di studio sugli agenti cancerogeni, che fa parte dell'Oms), dopo aver revisionato oltre 800 studi epidemiologici che approfondivano l'associazione fra carni rosse e insorgenza di cancro in tutto il mondo, ha deciso di catalogare «sulla base di sufficienti evidenze che le legano al tumore del colon, le carni rosse lavorate, ovvero quelle salate, essiccate, fermentate, affumicate, trattate con conservanti per migliorarne il sapore o la conservazione. Inoltre un legame è stato individuato anche con il tumore allo stomaco». Si tratta del "gruppo 1", le sostanze cancerogene.

Mentre il consumo di carne rossa (come manzo, maiale, vitello, agnello, montone, cavallo o capra) è stato inserito nella lista dei probabili carcinogeni per l'uomo (gruppo 2), «in considerazione dei numerosi e rilevanti dati che dimostrano un'associazione positiva fra carni rosse e soprattutto cancro al colon, ma anche tumori di pancreas e prostata».

Attenzione però. Se una sostanza viene inserita nel gruppo 1, che comprende fumo, alcol, smog, arsenico, naftalina e benzene, non vuol dire che mangiare un würstel equivalga a fumare un pacchetto di sigarette. Gli studi, infatti, vengono eseguiti ad altissimi dosaggi o con durate d'esposizione molto lunghe. Ovvero bisogna consumarne molto, ogni giorno e per lunghi periodi.

«Prima di preoccuparsi – sottolinea infatti l'Airc (l'associazione italiana per la ricerca sul cancro) – è importante sapere non solo in che lista si trova una certa sostanza ma quali sono i dosaggi e le durate d'esposizione oltre le quali il rischio diventa reale e non solo teorico».

«No agli allarmismi: l'Oms dice cose che in gran parte già sappiamo – ha aggiunto Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana degli oncologi (Aiom), e nessuno si sogna di vietare il consumo di carne: come per tutti gli alimenti, serve equilibrio». Che il direttore del Centro studi e ricerche sull'obesità dell'Università di Milano, Michele Carruba, traduce in consigli pratici. «La carne, rossa o bianca – ha detto Carruba – andrebbe consumata in media due volte a settimana, non superando la quantità complessiva di 250-300 grammi».

Assica (l'associazione dei produttori di carne) fa notare che le quantità indicate dallo studio (100 grammi al giorno per la carne rossa e 50 grammi al giorno per quella trasformata) «come condizione per un aumento comunque modesto del rischio sono molto più alte del consumo tipico del nostro Paese visto che gli italiani mangiano in media 2 volte la settimana 100 grammi di carne rossa (e non tutti i giorni) e solo 25 grammi al giorno di carne trasformata. Il dato Iarc è quindi superiore al doppio della media del consumo in Italia».

«Le carni Made in Italy sono più sane, perché magre, non trattate con ormoni», fa sapere Coldiretti.

Dal canto loro, se Federconsumatori e Adusbef chiedono al ministero della Salute di fornire chiarimenti all'opinione pubblica, il Codacons si spinge oltre. Ha deciso di presentare un'istanza urgente al Ministero della Salute e un esposto al Pm di Torino Raffaele Guariniello, affinché siano valutate anche misure drastiche, compresa la sospensione della vendita dei prodotti considerati cancerogeni».

Ma ieri pomeriggio il ministro per la Salute, Beatrice Lorenzin, aveva già risposto: «Occorre guardare a quale è stata la nostra linea fino adesso: promuovere la dieta mediterranea, che è corretta dal punto di vista dei nutrienti e prevede una piramide in cui viene inclusa anche la carne rossa, che va però preferita fresca. Queste sono raccomandazioni dell'Oms ma al momento se tutti adottassero stili di vita sani, in primis la dieta mediterranea, avremmo un crollo dell'incidenza di malattie importanti come il diabete».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

27-OTT-2015
da pag. 3
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

L'oncologo

Gridelli: «Una bistecca bruciata fa male quanto 600 sigarette»

Le regole Preferire sempre l'olio d'oliva e mangiare 400 grammi tra frutta e verdura

Le cotture alla brace e l'affumicatura dei cibi tra le prime cause dei ricoveri in Oncologia

Lo studio
Non ci sono novità dall'Oms ma si confermano le certezze

Gli errori
Cuocere troppo sul fuoco vivo genera sostanze cancerogene

Le alternative
Le carni bianche non hanno controindicazioni e sono sane

La prevenzione
Non "sgarrare" a tavola mai più di un paio di volte in un mese

Lo studioso conferma «A tavola si può prevenire almeno un terzo dei tumori»

Luciano Pignataro

Cesare Gridelli è un «oncologo umanista»: considera la ricerca indispensabile, l'unica strada per uscire dalla malattia, ma pensa anche che lo stile di vita sano può evitare questa esperienza se si sta attenti giorno dopo giorno a quello che si fa e a quello che si mangia. Per lui, studioso di fama internazionale, direttore del dipartimento di onco-ematologia del Moscati di Avellino e autore del libro «Le ricette contro il cancro», la notizia del giorno non è una novità.

Allora professore, sapevamo davvero tutto sui rischi della carne rossa?

«Si, lo studio non aggiunge nulla alle ricerche effettuate negli ultimi anni, è un attento monitoraggio che però giunge a delle conclusioni precise e scientificamente molto attendibili».

Quali?

«Quella fondamentale è che le carni non lavorate sono probabilmente cancerogene, mentre quelle lavorate lo sono sicuramente e fanno male alla salute come, se non più, del fumo. Basti pensare che una bistecca un po' bruciata equivale a fumare 600 sigarette».

Insomma, mangiare carne rossa fa venire il cancro?

«Sicuramente non parliamo di un alimento sano per due motivi»

Il primo?

«Ha grassi saturi che fanno malissimo».

Il secondo?

«Il colore della carne è dovuto a fattori ossidanti».

Conclusione?

«Chi la consuma regolarmente ha più probabilità di ammalarsi di chi si astiene o la mangia saltuariamente».

E la carne bianca?

«Al momento non presenta controindicazioni».

Quella di cavallo che si dava ai bambini?

«È considerata carne rossa, dunque...».

E lo struzzo?

«Ottimo alimento».

Perché distinguere carni bianche e carni rosse?

«Quella bianca ha un basso tasso di colesterolo e grassi saturi».

La carne rossa va assolutamente proibita?

«Beh, si può mangiarla una volta al mese. Ma assumerla con regolarità ogni giorno dovrebbe essere una abitudine da abolire radicalmente».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

27-OTT-2015
da pag. 3
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Negli anni 60' nelle famiglie si faceva il succo di carne rossa. La generazione dei baby boomers è a rischio?
«Quella era di fatto solo acqua. Una credenza popolare senza fondamento. Certo oggi sarebbe molto meno consigliabile visto quello che si sente sugli allevamenti intensivi».
La tracciabilità della carne è dunque importante?
«Sì, certo. Un animale senza estrogeni sicuramente fa meno male».
Ma la tartare o il carpaccio di carne che tanti salutisti prediligono?
«Fanno comunque male perché è l'alimento in sé che è ossidante».
Dunque, la anche carne cruda fa male. E se la cuociamo?
«Molto peggio. La più dannosa di tutte è sicuramente la cottura alla brace. La parte annerita, che tanti mangiano golosamente è proprio la più cancerogena, perché contiene idrocarburi e benzopirene».
Dunque andrebbe cotta il meno possibile?
«Assolutamente sì. La scala dei valori è chiara. Cruda è probabilmente cancerogena, cotta lo è sicuramente. Bruciata è devastante».
Quindi coloro che chiedono la bistecca più cotta sbagliano non solo, o non tanto, per il gusto, ma proprio per la salute?
«Assolutamente sì».
E la cottura lenta tipica della genovese e del ragù?
«Anche queste sono assolutamente dannose e da evitare. Meno della brace ma pericolose».
Dovremo rinunciare ai piatti simbolo della gastronomia napoletana?
«No, ribadisco il concetto sino alla nausea. Una volta al mese una bistecca non fa male. Non si piglia il cancro perché si fanno i raggi X, ma il medico che li fa deve proteggersi. Dunque un ragù o una genovese ogni due, tre domeniche non procurano alcun danno».
Il dito è puntato sulle tecniche di conservazione.
«Certo, perché qui ormai siamo di fronte ad una certezza scientifica. Le carni lavorate sono pericolose perché ai rischi dell'alimento in sé si aggiungono quelli derivanti dai nitrati, dai conservanti, anche se naturali come il sale».
E l'affumicatura?
«Bisogna starne lontani tutta la vita. Pessima quasi quanto la brace».
Molti salutisti mangiano bresaola e si sentono tranquilli.
«Certo, per la linea forse hanno ragione perché ha meno grassi saturi, ma i rischi restano e vengono dal colorante e dal sale».
Però i rischi da affumicatura dovrebbero valere per tutto, anche per il salmone o la provola, o no?
«Ma sulle carni è molto più deleteria».
Quali le tecniche di cottura più sicure?
«Al vapore e al forno».
Ma ci sono rischi anche quando il prodotto non è industriale? Tipo il salame che si fa il contadino?
«Certamente, restano quelli derivanti dalla materia prima e dall'aggiunta di sale. Per le arterie sono una bomba».
La scienza definisce una soglia oltre la quale mangiare carne fa sicuramente male?
«Una quantità ragionevole è sui 200 grammi a settimana, Però anche questo dato è contestato e i pareri sono discordanti».
Come si contengono i danni di una bistecca alla brace?
«Accompagnandola con le verdure che oltre a ridurre l'assorbimento aggiungono gli antiossidanti».
E chiudiamo con la frittura.
«Va fatta con l'olio extravergine di oliva, il migliore di tutti perché il punto di fumo è più alto».
Insomma la dieta mediterranea ci può salvare?
«Non c'è alcun dubbio scientifico. Dobbiamo mangiare almeno 400 grammi al giorno tra frutta e verdura».
E il burro?
«Sempre negativo, è un grasso animale».
I latticini? Non ci tolga la mozzarella!
«Qui il tema è legato al colesterolo, più che al resto. Sulla caseina non ci sono pareri unanimi, c'è chi sostiene che faccia male e chi invece la difende. Sospendiamo il giudizio, godiamoci una mozzarella ma i formaggi, per favore, solo durante le feste comandate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quantità
«Non superare mai i 200 grammi di carne in una settimana»

Salumi
«Dannosi per il sale i nitrati e i coloranti Da evitare anche quelli artigianali»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

27-OTT-2015
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Salumi e prodotti lavorati nella lista degli alimenti ad alta pericolosità

L'Oms: carni rosse causa dei tumori Gli oncologi: «No agli allarmismi»

Emanuele Perugini

Salsicce, salami, prosciutti, wurstel, hot dog e tutti i tipi di carne lavorati, inscatolati, essiccati, tritati e affumicati che potete immaginare, sono cancerogeni. O meglio, a certe dosi, non si sa con esattezza quali, possono aumentare il rischio di cancro al colon. La carne rossa, quella cioè di vitello, manzo, cavallo, agnello, pecora, maiale e montone, invece è solo probabilmente cancerogena.

A pag. 6
Galdo a pag. 7

L'Oms: carni rosse causa di tumori Gli esperti frenano «Basta allarmismi»

▶Le salsicce assimilate a fumo, benzene e amianto. Con 50 grammi di bistecca o bacon al giorno la probabilità di ammalarsi sale del 18%

IL MINISTRO LORENZIN: «LA NOSTRA DIETA È PIÙ SANA» RISCHIO PIÙ ELEVATO PER L'ALIMENTAZIONE DEI GIOVANI

L'ANNUNCIO

ROMA Salsicce, salami, prosciutti, wurstel, hot dog e tutti i tipi di carne lavorati, inscatolati, essiccati, tritati e affumicati che potete immaginare, sono cancerogeni. O meglio, a certe dosi, non si sa con esattezza quali, possono aumentare il rischio di cancro al colon. La carne rossa, quella cioè di vitello, manzo, cavallo, agnello, pecora, maiale e montone, invece è solo probabilmente cancerogena. Sono queste le principali conclusioni di uno studio condotto dallo Iarc (International Agency for Research on Cancer) di Lione, la struttura che per conto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si occupa di definire cosa è cancerogeno e cosa non lo è. Gli scienziati dello Iarc hanno decretato che la carne lavorata è cancerogena tanto quanto lo sono anche altre sostanze ben più tristemente note come il tabacco, il benzene, l'alcol, e persino il temibile asbesto (l'amianto dei mesoteliomi).

ANALOGIA QUALITATIVA

L'annuncio non è una sorpresa assoluta. Si tratta naturalmente solo di una analogia qualitativa e non quantitativa. Sufficiente però a suscitare preoccupazione nei consumatori. Da tempo infatti si sapeva che alcuni studi mettevano in correlazione diretta il consumo di carne, in particolare di carne rossa, con il cancro al colon-retto. Nei giorni scorsi poi alcune indiscrezioni avevano già sollevato un polverone in merito. Tuttavia quando ieri si è potuto leggere nel dettaglio lo studio pubblicato dall'Oms non sono mancate le sor-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

27-OTT-2015
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

prese. La più rilevante, e che colpisce più direttamente noi italiani così tradizionalmente legati ai salumi e agli insaccati, è stata la condanna proprio per questo tipo di alimenti. In pratica salsicce, culatelli e salami vengono assimilati a elementi cancerogeni come alcol, tabacco e altre sostanze. Molti sono però i dubbi e le perplessità sollevate dagli esperti in merito allo studio. Intanto perché la ricerca ha i contorni un po' troppo fumosi e mette nel calderone un po' tutto, senza fare distinzione tra i prodotti, il tipo di lavorazione che subiscono e altre considerazioni di contesto, come per esempio il tipo di regime alimentare in cui sono consumati. Da quello che emerge è poi anche difficile stabilire quale sia la soglia di rischio e la dose minima. Gli stessi scienziati dell'Oms hanno spiegato che per avere un rischio di cancro al colon superiore del 18 per cento della media, occorre mangiare almeno 50 grammi di carne ogni giorno.

STUDIO PRELIMINARE

A cercare di smorzare subito le polemiche e gli allarmi è stata il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. «La nostra dieta - ha ricordato Lorenzin - ha un apporto equilibrato di nutrimenti freschi e di tutte le componenti nutrizionali, fa parte della nostra cultura. Quanto alle carni lavorate, parliamo di uno studio preliminare. In ogni caso abbiamo già attivato il comitato nazionale per la sicurezza alimentare, diretto dal professor Giorgio Calabrese, per un parere».

«TERRORISMO PSICOLOGICO»

In serata lo stesso Calabrese, in una intervista rilasciata all'agenzia Agi, ha accusato lo Iarc di fare inutile terrorismo psicologico. Lo studio, ha detto «rischia anziché di fare prevenzione di scadere nel terrorismo psicologico», perché «riguarda più gli Stati Uniti e i paesi anglosassoni che l'Italia. Noi abbiamo la metà dei casi di cancro al colon-retto rispetto a questi paesi». «Negli Usa - ricorda Calabrese - hanno troppi tumori: ci credo, dico io. A colazione iniziano con salsicce, bacon fritto, ketchup, uova fritte, tutta roba grassa, cotta ad alte temperature, ricca di grassi saturi: questo favorisce l'insorgenza di meccanismi che portano al cancro al colon. In Italia mangiamo molto diversamente, a colazione e non solo. Non a caso viviamo in media 5-6 anni in piu'. L'unica preoccupazione sono i più giovani, che spesso tradiscono la dieta Mediterranea, per fast food, apericene, bar, alcol. Dobbiamo dire loro che sono nati con un'aspettativa di vita altissima, fino a 100 anni. Devono viverli bene, assumere stili di vita sani, e mangiare alla Mediterranea».

Emanuele Perugini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cautela a Bruxelles

La Commissione Ue «Valuteremo la ricerca»

Enrico Brivio, portavoce della Commissione europea per la salute e la sicurezza alimentare, è cauto: «Siamo a conoscenza dei risultati della ricerca - dice - sull'associazione tra consumo di carne rossa e maggior rischio di insorgenza del cancro, principalmente per il tumore del colon-retto. E esamineremo con attenzione questo rapporto».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

27-OTT-2015
da pag. 2
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

MA GLI ONCOLOGI: BASTA NON ESAGERARE

Carni rosse, salami e prosciutti L'Oms lancia l'allarme cancro

ROMA. Mangiare carne lavorata e conservata come salami, wurstel o prosciutto è causa di cancro. Leggermente meno pericolosa è la carne rossa non processata, che è stata classificata come "probabilmente cancerogena" dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc), organismo specializzato dell'Organizzazione mondiale per la sanità.

BOCCI E DUSI
ALLE PAGINE 2 E 3

La guerra dell'Oms a salsicce e salumi "Provocano il cancro come le sigarette"

Le carni lavorate nella categoria più a rischio Gli oncologi: no ai divieti, basta non eccedere

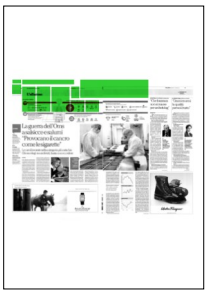
Gli industriali del settore: "Ma in Italia i consumi sono molto inferiori al livello di guardia"

ELENA DUSI

ROMA. Mangiare carne lavorata e conservata come salami, wurstel o prosciutto, è causa di cancro. Leggermente meno pericolosa è la carne rossa non processata, che è stata classificata come "probabilmente cancerogena" dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc), organismo specializzato dell'Organizzazione mondiale per la sanità che ha sede a Lione.

Che di bistecche e salsicce fosse meglio non abusare era noto, ma la Iarc ha voluto mettere insieme tutte le ricerche sul tema degli ultimi anni. Dopo aver analizzato 800 studi scientifici, 22 esperti di 10 paesi hanno pubblicato la sintesi sulla rivista *The Lancet Oncology*. Il risultato è che la carne processata è stata inserita nel Gruppo 1 delle sostanze cancerogene, quelle per le quali «esiste un'evidenza sufficiente che causino il cancro nell'uomo», in particolare al colon-retto e in misura minore allo stomaco. La carne rossa è stata invece inserita nel "Gruppo 2A" con le altre sostanze per le quali esiste un'evidenza, ma meno stringente, del rapporto fra consumo e malattia. Oltre al tumore del colon-retto, la carne rossa favorirebbe quello di pancreas e prostata.

Che wurstel e mortadelle siano finiti in cima alla lista dei cancerogeni insieme a tabacco, plutonio, asbesto e arsenico, ha sollevato molte perplessità. Ma la Iarc è stata chiara nel precisare che la sua classificazione riguarda la solidità del rapporto fra causa (consumo di carne) ed effetto (malattia), non l'entità del rischio. Lo



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

27-OTT-2015
da pag. 2
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

stesso curatore del rapporto della Iarc, Kurt Straif, ha ricordato che all'eccesso di carne possono essere attribuite 34mila vittime all'anno, mentre un milione di persone muoiono per il fumo, 600mila per l'alcol e 200mila per l'inquinamento. L'articolo di *Lancet* ricorda che la carne rossa «contiene proteine di alto valore biologico e nutrienti importanti come vitamina B, ferro e zinco». E anche l'indicazione secondo cui mangiare 100 grammi di carne rossa fresca al giorno fa aumentare il rischio di cancro del colon del 17% e 50 grammi di carne processata lo fanno crescere del 18% ha un valore per la statistica, ma è difficilmente traducibile in un'indicazione per i consumatori. «Non spetta a noi fare raccomandazioni. Noi siamo stati chiamati solo a stabilire un rapporto fra causa ed effetto» avverte Giovanna Caderni, la tossicologa dell'università di Firenze che fa parte del gruppo dei 22 esperti. A dare consigli è invece Carmine Pinto, presidente dell'Aiom, Associazione italiana di oncologia medica: «Nessuno si sogna di vietare la carne. Va consumata con equilibrio, una o due volte a settimana e all'interno di una sana dieta mediterranea». Mentre il ministro della Salute Beatrice Lorenzin si è già messa in moto («Abbiamo attivato il comitato nazionale per la sicurezza alimentare perché fornisca un parere» ha detto), Assocarni e Assica (l'associazione degli industriali delle carni e dei salumi) ribattono che il consumo di questi cibi in Italia è ridotto rispetto a paesi come Stati Uniti o Australia: «Gli italiani in media mangiano un etto di carne rossa due volte alla settimana e solo 25 grammi al giorno di carne trasformata. E nemmeno sempre».

Ma non di sole statistiche è fatto il rapporto della Iarc, che si sforza di spiegare perché mangiare troppe bistecche faccia male. «In alcuni studi sull'uomo — spiega Caderni — sono stati visti gli effetti del consumo di questi cibi sull'apparato digerente. Nelle urine di chi ha consumato carne rossa, specialmente se molto cotta, abbiamo trovato sostanze capaci di alterare il Dna. Mutazioni del codice genetico erano presenti anche nelle cellule dell'intestino». E proprio l'accumulo di alterazioni della doppia elica è il "grilletto" che innesca il tumore.

Se per le carni processate i principali accusati sono sostanze come nitrati e nitriti, usati per la conservazione, le carni rosse rischiano di diventare cancerogene quando vengono cotte a temperature molto alte, come alla griglia o al barbecue. «La parte bruciacchiata contiene sostanze cancerogene non troppo diverse da quelle delle sigarette» spiega Caderni. «Ma neanche la cottura a temperature più basse evita del tutto la comparsa di sostanze che hanno il potere di mutare il Dna». Oltre ai processi di conservazione e cottura, il rischio di tumore è dovuto poi a particolari proteine presenti nel muscolo, le mioglobine, che all'interno dell'organismo si trasformano in sostanze capaci di danneggiare il Dna.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

55mila

CANCRO AL COLON-RETTO
Quello al colon-retto (il più legato al consumo di carne) è il tumore più diffuso in Italia: 55mila casi diagnosticati nel 2013

78 kg

CHILI PRO CAPITE
Il consumo di carne in Italia (78 chili a testa in un anno) è ben al di sotto degli Stati Uniti (125) ma anche della Francia (87)

9%

TUTTI I GIORNI
Secondo uno studio Aiom del 2010 il 9% degli italiani mangia carne rossa o insaccati tutti i giorni, il 56% 3-4 volte a settimana

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

27-OTT-2015
da pag. 2
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

Le carni a rischio

gruppo 1 — CARNE PROCESSATA

Cancerogena

Provoca il cancro del **colon-retto**

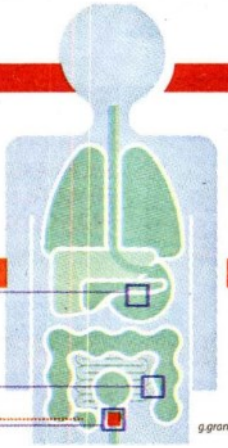
50 × 🕒🕒🕒🕒🕒🕒🕒

Ogni 50 grammi al giorno il rischio del cancro del colon aumenta del 18%

gruppo 2A — CARNE ROSSA FRESCA

Probabilmente cancerogena

Il rischio riguarda soprattutto il cancro del **colon-retto**, in maniera più ridotta il cancro del **pancreas** e della **prostata**



g.granati@repubblica.it

La classificazione dello Iarc (International Agency for Research on Cancer)

118 sostanze — Esiste un'evidenza chiara che queste sostanze causino il cancro negli uomini

fra cui: alcol, arsenico, asbesto, gas di scarico delle auto, raggi X, tabacco, plutonio

75 sostanze — Esiste un'evidenza limitata che queste sostanze causino il cancro negli uomini ma c'è un'evidenza sufficiente che lo causino negli animali da laboratorio

fra cui: steroidi anabolizzanti, fumo di legna, bitume, piombo, insetticidi

Esempi di carne processata

salata, drogata, fermentata, affumicata, inscatolata:

prosciutto, pancetta, wurstel, salami e affettati simili, salsicce, carne in scatola, fegato in scatola, sughi conservati

Esempi di carne rossa fresca

carne di muscolo di bovino, vitello

maiale, agnello, montone, capra, cavallo

anche congelata o macinata

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-OTT-2015
da pag. 8
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Sanità L'Oms: rischio tumore da quella lavorata

L'allarme sulla carne che divide gli oncologi

di **Luigi Ripamonti**

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Iarc) ha inserito alcuni tipi di carne fra le sostanze che possono contribuire a provocare il cancro. Quelle «lavorate» sono nel *Gruppo I* (sostanze sicuramente cancerogene) per i tumori di colon e stomaco, mentre la carne rossa è nel *Gruppo II* (sostanze probabilmente cancerogene) per i tumori di colon, pancreas e prostata. Le carni lavorate sono quelle salate, essiccate, fermentate, affumicate, trattate con conservanti. Quelle rosse sono manzo, maiale, vitello, agnello, montone, cavallo, capra. La decisione dopo l'analisi di 800 studi epidemiologici. Gli oncologi: niente allarmismi.

alle pagine **8** e **9**

La carne lavorata e il rischio cancro Divisi gli esperti

Allarme dell'Oms in base a 800 studi epidemiologici Gli oncologi: niente allarmismi, basta non esagerare

Bisogna rivedere i limiti di consumo, ma questo alimento resta ad alto valore nutrizionale
Christopher Wild

Questa enorme analisi ci fornisce una significatività statistica e scientifica molto solida
Umberto Veronesi

Una riduzione del rischio si può ottenere preferendo prodotti poco ricchi di conservanti
Ermanno Leo

L'educazione ai cibi
Michela Brambilla: «Promuovere scelte etiche ed educazione alimentare a scuola»

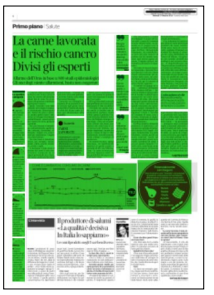
L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Iarc) di Lione ha inserito ufficialmente alcuni tipi di carne fra le sostanze che possono contribuire a provocare il cancro.

Quelle «lavorate» sono state collocate nel *Gruppo I* (sostanze sicuramente cancerogene) per i tumori di colon e stomaco, mentre quella rossa è stata messa nel *Gruppo II* (sostanze probabilmente cancerogene) per i tumori di colon, pancreas e prostata.

Per carni lavorate si intendono, sostanzialmente, quelle salate, essiccate, fermentate, affumicate, trattate con conservanti per migliorarne il sapore o la conservazione.

Per carni rosse si intendono, invece, per esempio, manzo, maiale, vitello, agnello, montone, cavallo o capra.

La decisione è stata presa al termine dei lavori di una commissione composta da 22 esperti provenienti da 10 Paesi, che hanno analizzato 800 studi epidemiologici. I risultati del loro lavoro sono stati pubblicati in forma sintetica sulla rivista The Lancet Oncology.



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-OTT-2015
da pag. 8
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Entrando nel dettaglio: il consumo di 50 grammi di carne lavorata ogni giorno incrementerebbe il rischio di cancro al colon del 18 per cento (e il tasso sale all'aumentare della quantità).

Invece, per il medesimo tumore, 100 grammi al giorno di carne rossa innalzano il rischio del 17 per cento.

Ma se gli 800 studi erano già stati pubblicati dove sta la novità dal punto di vista scientifico?

«Nel fatto che questa enorme analisi ci fornisce una significatività statistica molto solida» spiega il professor Umberto Veronesi, direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia. «Fino ad ora potevamo arrivare alle stesse conclusioni solo sulla base di osservazioni più limitate, per quanto importanti, mentre ora questo corpus di dati ci offre fondamenta scientificamente molto robuste a sostegno di questa tesi».

«In termini tecnici» spiega l'oncologo, «la significatività statistica di questa analisi ci permette di dire che l'affermazione "la carne lavorata può provocare tumori al colon" ha una probabilità del 95 per cento di essere vera».

«Per una persona il rischio di sviluppare il cancro del colon-retto a causa del consumo di carne rimane basso, ma aumenta se si esagera con le quantità» ha detto Kurt Straif, capo dell'Iarc Monographs Programme. «In considerazione però del gran numero di persone che nel mondo mangiano ogni giorno questo alimento, l'impatto globale sull'incidenza dei tumori è importante».

«Si tratta di una precisazione importante» riprende Veronesi «perché è vero che il fumo rimane estremamente più pericoloso della carne, ma mentre il fumo, almeno in Occidente, è in calo, per il consumo di carne il trend è opposto».

«I risultati del gruppo di lavoro — sottolinea Christopher Wild, direttore dell'Iarc — devono far riflettere sulla possibilità di rivedere le attuali raccomandazioni sui limiti all'assunzione di carne. Allo stesso tempo però questo alimento ha un alto valore nutrizionale. Quindi è essenziale che i governi e le agenzie regolatorie internazionali intervengano per bilanciare i rischi e i benefici del consumo di carne rossa e lavorata e forniscano le migliori raccomandazioni dietetiche alla popolazione».

Si allinea Federico Infascelli, professore di nutrizione e alimentazione animale all'università Federico II di Napoli: «Rimane fondamentale una dieta bilanciata e variata, perché noi siamo onnivori. Anche chi mangia soia tutti i giorni va incontro a problemi di salute. E poi per quanto riguarda il rischio-carne conta molto anche la sua provenienza. Certamente si corrono più rischi se la carne arriva da un allevamento intensivo in cui si usano sostanze magari di natura ormonale per incrementare o accelerare la crescita del bestiame».

«Una riduzione del rischio si può ottenere anche preferendo prodotti che siano relativamente poco ricchi di conservanti» aggiunge Ermanno Leo, direttore del reparto di chirurgia del colon dell'Istituto dei Tumori di Milano. «Scegliendo, per esempio, prodotti non destinati a una eccessiva durata». «È importantissimo che l'Organizzazione mondiale della Sanità (cui afferisce lo Iarc *ndr*) abbia dato veste ufficiale a conoscenze da tempo in possesso della scienza medica. Ora tocca alle pubbliche autorità, trarre le conseguenze della classificazione assegnata alla carne lavorata, e alla carne rossa fresca, giudicata "probabilmente" cancerogena» ha affermato Michela Vittoria Brambilla, presidente della Lega Italiana per la Difesa degli Animali e dell'Ambiente. «Il ministero della Salute — ha proseguito — promuova senza esitazioni regimi alimentari alternativi a quelli fondati sul forte consumo di carne. Non si tratta solo di salute, ma anche di compiere una scelta etica, per rispettare la vita degli animali. Io ho già presentato due proposte di legge: una sulle mense e i luoghi di ristoro pubblici e privati, l'altra per attivare nelle scuole iniziative finalizzate alla promozione dell'educazione alimentare».

Luigi Ripamonti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le quattro categorie

● L'agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) ha inserito 113 agenti fra quelli certamente cancerogeni a seconda dei dosaggi e delle esposizioni: dal benzene alla fuliggine. Nella lista entrano le carni lavorate

● Nel secondo gruppo ci sono le sostanze che probabilmente hanno una relazione fra consumo o esposizione e tumori. Sono divise in due sottocategorie con 66 e 285 agenti. Ora di questa lista fa parte anche la carne rossa

● Il terzo gruppo comprende 505 sostanze che non sono classificabili carcinogene perché gli studi non sono sufficienti per arrivare a una conclusione scientifica. Ora rientra la cacciagione

● Questa categoria comprende gli agenti per cui è provata in modo scientifico l'assenza di cancerogenicità sia negli uomini sia negli animali. La sola attualmente è il caprolactam, un precursore del nylon

La parola

CARNI LAVORATE

Si intendono le carni che subiscono processi di trasformazione: salatura, affumicatura, essiccazione, fermentazione e/o sono trattate con conservanti per migliorare conservazione o sapore. Tra queste salumi, carni in scatola e salse

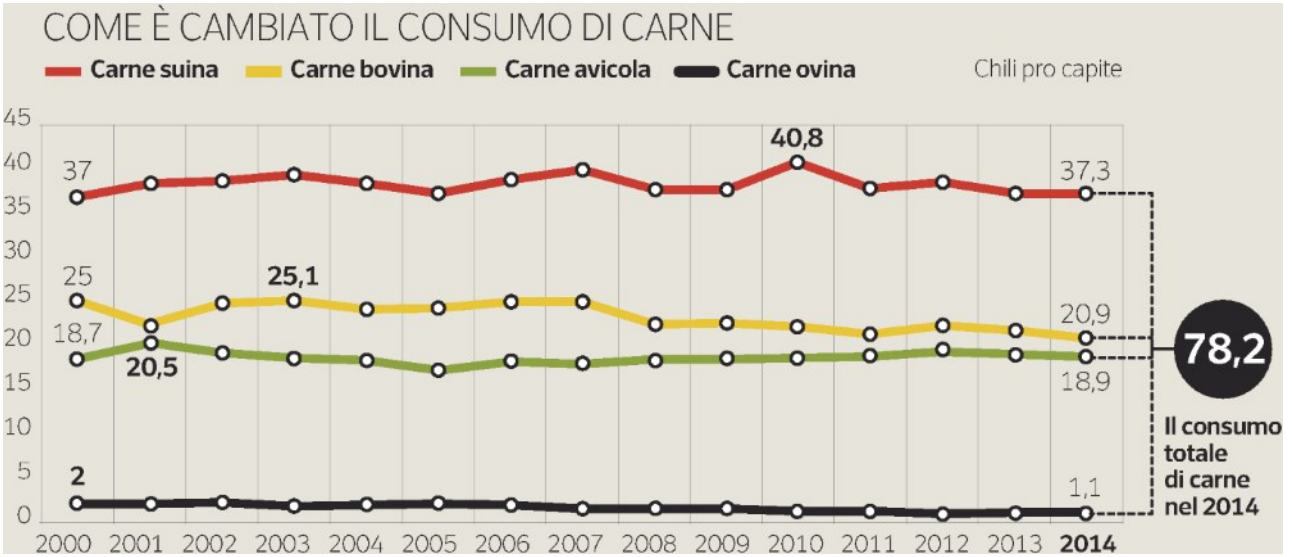
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-OTT-2015
da pag. 8
foglio 3 / 3
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 44.975
Lettori Ed. II 2014: 240.000
Quotidiano - Ed. Genova

IL SECOLO XIX GENOVA

Dir. Resp.: Alessandro Cassinis

27-OTT-2015
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

OGGI L'INCONTRO DECISIVO

Linfonodi sentinella una telecamera a infrarossi li trova senza le radiazioni

Un ginecologo del San Martino la chiede in "dono" a Malacalza

FRANCESCA FORLEO

UNA TELECAMERA a infrarossi capace, grazie all'iniezione di un reagente, di stanare i linfonodi sentinella (quelli che avvisano della presenza di un tumore) senza l'utilizzo di radiazioni. Ovvero senza dover ricorrere ai metodi costosi e rischiosi della medicina nucleare. Non costa tanto quanto il robot Da Vinci studiato in America (2 milioni e mezzo di euro) apposta per stanare questi linfonodi e, per averla, basterebbero 60mila euro. Il San Martino, però, al momento non può spenderli.

Per questo, nei giorni scorsi, un ginecologo della clinica ginecologica universitaria, Federico Casabona, ha pensato di chiederli, a titolo di donazione, all'imprenditore e azionista di Carige Vittorio Malacalza. L'incontro decisivo, tra il medico e un incaricato, si svolgerà oggi. E si avrà il responso sull'esito della richiesta di donazione.

Spiega Casabona: «La tecnica del linfonodo sentinella viene utilizzata da 20 anni nel tumore alla mammella e nel melanoma con un'esperienza molto positiva. Quando viene utilizzata, si risparmiano circa l'80 per cento delle asportazioni di linfonodi ascellari con minor problemi post operatori, dolori e danni, non solo estetici, nelle braccia delle donne operate di tumore al seno».

«Oggi, vengono di solito utilizzate le tecniche costose e rischiose della medicina nucleare - spiega ancora Casabona - oppure, in America, si utilizza il robot da due milioni e mezzo di euro. Con "appena" 60mila euro l'ospedale potrebbe acquisire una colonna endoscopica capace di individuare i linfonodi evidenziati dal reagente verde indocianina senza più bisogno di ricorrere alle indagini con la medicina nucleare».

forleo@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Liposarcoma e leiomiosarcoma, Fda approva trabectedina

26 ottobre 2015

Aaprovazione per trabectedina da parte della Food and Drug Administration (FDA) statunitense, per il trattamento di pazienti affetti da liposarcoma (LPS) o leiomiosarcoma (LMS) inoperabile o metastatico in precedenza trattati con antracicline. Il liposarcoma e il leiomiosarcoma sono tra i tipi più diffusi di sarcoma dei tessuti molli e questo è il primo trattamento appositamente approvato per l'LPS negli Stati Uniti.

L'approvazione si basa sui dati relativi all'efficacia clinica e alla sicurezza ottenuti tramite uno studio di Fase III in aperto, controllato, di recente pubblicazione, ET743-SAR-3007, che ha valutato trabectedina rispetto alla dacarbazina in questa popolazione di pazienti[i]. Questo studio cardine ha confermato i risultati dei precedenti studi e dimostra i benefici clinici della trabectedina.

Trabectedina è un agente antitumorale prodotto sinteticamente e originariamente ricavato da un tunicato, l'Ecteinascidia turbinata. Esercita la sua azione sui fattori trascrizional e, indebolendo la riparazione del DNA nelle cellule tumorali, ne induce quindi la morte. È approvato in 80 Paesi in Nord America, Europa, Sud America e Asia. Le indicazioni variano in base al Paese e comprendono il trattamento di sarcomi dei tessuti molli in fase avanzata e di recidive di tumori ovarici.

[chiudi questa finestra]

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 5
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

L'INTERVISTA

Lorenzin: «Anno di svolta»

«Nella crisi Ssn salvato dai sacrifici di tutto il personale»

Una road map a tutto campo contro gli sprechi in sanità: dal buco nero degli ospedali in rosso per 950 milioni solo nel 2014, fino ai "buoni acquisti" anti illecito. La certezza che i risparmi realizzati il prossimo anno saranno reinvestiti in sanità.

«Il 2016 può essere l'anno della svolta, un anno strategico», assicura in un'intervista la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. Che considera quei 111 miliardi concessi al Ssn per il prossimo anno con la manovra chance per «fare tante cose, a partire dai nuovi Lea che saranno aggiornati ogni anno». E che per questo chiama le regioni a un ruolo di massima partecipazione per raddrizzare la barca del Ssn e rilanciarlo.

Regioni con le quali, dice, non ha fatto polemica: «Le storture del federalismo le conosciamo tutti da sempre». E a medici e operatori sanitari riconosce l'onore delle armi: «Ho visto in quali condizioni lavorano: in questi anni di crisi la sanità è stata tenuta in piedi dai loro sacrifici». Sarà la pace?

TURNO A PAG. 5

L'INTERVISTA/ Beatrice Lorenzin a tutto campo: nella crisi Ssn «tenuto in piedi» da tutti gli operatori

«La sanità salvata dai medici»

Road map anti-sprechi dagli ospedali agli acquisti - Lea, parte la sfida

- Lea, parte la sfida

> *I finanziamenti sono importanti ma ancora di più lo è come si spendono. In questa manovra viene stabilito che i risparmi resteranno dentro il Ssn, per reinvestirli in salute e riutilizzarli nel sistema. È stato un successo cruciale. Io spero che le Regioni sappiano usare le leve della Stabilità. Per risparmiare e reinvestire. È un impegno da mantenere insieme. Alla fine avremo vinto tutti, senza tagli lineari ma con una spending col bisturi*

Una road map a tutto campo contro gli sprechi in sanità: dal buco nero degli ospedali in rosso per 950 milioni solo nel 2014, fino ai "buoni acquisti" anti illecito. La certezza che i risparmi realizzati il prossimo anno saranno reinvestiti in sanità. «Il 2016 può essere l'anno della svolta, un anno strategico», assicura la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. Che considera quei 111 miliardi concessi al Ssn per il prossimo anno con la manovra chance per «fare tante cose, a partire dai nuovi Lea che saranno aggiornati ogni anno». E che per questo chiama le regioni a un ruolo di massima partecipazione per raddrizzare la barca del Ssn e rilanciarlo. Regioni con le quali, dice, non ha fatto polemica: «Le storture del federalismo le conosciamo tutti da sempre». E a medici e operatori sanitari riconosce l'onore delle armi:

«Ho visto in quali condizioni lavorano: in questi anni di crisi la sanità è stata tenuta in piedi dai loro sacrifici». Sarà la pace?

Ministro Lorenzin siamo certi che 111 miliardi basteranno il prossimo anno per la sanità?

Sono le risorse che abbiamo a disposizione per fare tante cose. A tante condizioni. Perché il 2016 può essere un anno di svolta, un anno strategico per cambiare, in meglio, la sanità pubblica. Garantendo più qualità e salvaguardando i più deboli, incidendo sulle di-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

suguaglianze.

Per fare cosa, per cominciare.

Intanto per fare i nuovi Lea, un successo dopo 14 anni di attesa, con 840 milioni in più. Li aggiorneremo ogni anno, calando sul campo le nuove scoperte per una appropriatezza che porti le cure più efficaci ai cittadini.

Eppure l'Italia non è certo al top per il finanziamento della spesa pubblica.

Ma in questi anni s'è invertita una tendenza: da una crescita esponenziale fino al 2008 ai tagli lineari nel pieno della grande crisi con la Salute sotto il Mef. Dal 2013 questa tendenza è cambiata: il ministero della Salute con la conferenza delle Regioni ha ripreso le redini della politica sanitaria e i finanziamenti sono tornati a crescere.

E adesso come va col Mef?

C'è un dialogo costante, a volte anche duro. certo. Ma il Mef ha grandi responsabilità e deve fare per intero la sua parte. Ma non vuole fare politica sanitaria...

Dica la verità, quanto servirebbe per il 2016 per reggere il colpo?

Il problema non è il finanziamento, ma come lo si usa. In questa manovra viene stabilito tra l'altro che i risparmi realizzati resteranno dentro il Ssn, per reinvestirli in salute e riutilizzarli nel sistema. È stato un successo cruciale. Io spero che le Regioni sappiano usare le leve della manovra. Per risparmiare e reinvestire. È un impegno da mantenere insieme. Alla fine avremo vinto tutti, avremo fatto un vero cambiamento. Senza tagli lineari ma con una spending interna col bisturi.

A cominciare dai piani di rientro per gli ospedali-azienda in rosso. Un grande spreco con quei 950 milioni di rosso totale nel 2014, a partire dalla perdita di 158 milioni del San Camillo di Roma. E dal Lazio al top delle perdite nelle aziende ospedaliere...

Un grave peccato. Finanziario e di salute persa o sprecata. Che non nasce necessariamente solo dai singoli amministratori, ma viene da lontano. Sono problemi che non risolvi in un colpo e che vogliamo affrontare anche risolvere le gravi segnalazioni di deficit qualitativi. Ma senza computare gli investimenti in ricerca scientifica. Quella è spesa "sana". Gli ospedali avranno tre anni per mettersi in regola, con i direttori generali massimamente responsabilizzati, fino alla rimozione. Ma la regola vera, lo ripeto ancora, è la qualità. L'assistenza che davvero danno gli ospedali. Quella sarà la cartina di tornasole per gli italiani.

L'altra mossa per cambiare sono i "buoni acquisti", spending da 1 miliardo circa, con acquisti centralizzati e basta al fai-da-te locale. Fin dal 1° gennaio 2016.

Certo, è un altro passaggio decisivo. Che non a caso scatta fin dal primo giorno dell'anno nuovo. Sarà una cura totale di trasparenza. Non si sgarra più.

Ministro, la manovra mette in campo dal 2017 al 2019 altri tagli: 4 miliardi già nel 2017, anche se non solo per la sanità. Non c'è il rischio di cristallizzare anche per gli anni a venire quei 111 miliardi?

Intanto pensiamo al 2016. Per i prossimi anni - una volta reinvestiti i risparmi, disinnescata con le nuove regole sulla responsabilità professionale la medicina difensiva, attuata la centralizzazione dei sistemi operativi con un unico linguaggio informatico per tutti, lanciata davvero la sanità digitale, evitati gli esami inutili - il quadro sarà diverso. Non dimentichiamo che stiamo parlando di una manovra espansiva, che genera fiducia e aumenta i consumi. Ci aspettiamo un aumento del Pil e da lì penso di poter recuperare risorse. Ma non possiamo permetterci di sprecare 1 euro.

Però dal 2017 possono scattare ancora tagli. Non è un bel guardare avanti...

Nella manovra è scritta quella che sarebbe una riduzione del tendenziale di spesa. In ogni caso non riguarderebbe solo la sanità e tutto verrebbe rinviato a un'Intesa. Nel momento in cui non è più il Mef a fare la politica sanitaria, ma sono le Regioni che la fanno col ministero della Salute, è allora tanto più indispensabile che questo capitale di fiducia lo spendiamo tutti bene. E tutti insieme. L'unico modo è attuare il Patto per la salute punto per punto. Se si fallisce questo mandato restano solo delle macerie. In primis del Ssn.

È questa la sfida di cui parla?

Oggi più che mai si deve gestire al meglio ciò che si ha, individuare le priorità e realizzarle con una programmazione pluriennale. Con una road map di interventi, di priorità e di misurazione dell'efficacia delle misure messe in campo per i prossimi dieci anni. Abbiamo qualche anno per svoltare, togliere le diseguaglianze che sono enormi e fare in modo che le regioni avanzate possano essere sempre più avanzate.

Pensa a un fondino per quelle "virtuose"?

Serve un meccanismo che premi le Regioni virtuose, al quale però possano accedere anche quelle più indietro, se migliorano.

A proposito di Regioni, il suo attacco le ha lasciate di sasso.

Ma quale attacco. Ho solo detto quello che tutti ci ripetiamo a tutti i convegni: il titolo V in questo modo non ha funzionato. Fin dalla sua nascita, col pasticcio delle materie concorrenti, per finire con l'Italia delle cure divisa in tante repubbliche. Magari adesso ci sono nervi scoperti, ma non ho accusato nessuno. Tanto che poi abbiamo fatto il Patto per la salute proprio per un progetto di riequilibrio del sistema. A un certo punto c'è stato un freno a mano sul Patto, ma adesso va pigiato di nuovo sull'acceleratore.

Ministro, con i medici i rapporti non sono idilliaci. Hanno celebrato gli Stati generali della professione e reclamano un ruolo cruciale e un Ssn da salvare senza depotenziarlo. O sarà la rovina della sanità pubblica.

Ho la massima considerazione e stima per i medici e per tutti gli operatori sanitari. Ho visto in quali condizioni lavorano. So che la sanità in questi anni di crisi è stata tenuta in piedi dal loro sacrificio, che hanno rinunciato ai rinnovi contrattuali, che c'è stato il blocco del turn over, che hanno orari di lavoro pesantissimi, che i giovani che non vanno avanti...

Il loro slogan è «sanità a pezzi, meno diritti più disuguaglianza, ora basta». Condivide?

Ho detto che c'è disuguaglianza, frammentarietà di servizi, gap Nord Sud. Sono fatti reali e oggettivi. Che dobbiamo superare. Tutti insieme. ***(r.tu.)***

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

Chi paga i rinnovi contrattuali

SIMONETTI A PAG. 6-7

STABILITA 2016/ Le risorse potrebbero essere a carico del Fsn o dei bilanci delle Asl

Chi paga i rinnovi contrattuali

L'operazione «aziende uniche» e la definizione dei quattro comparti

A leggere il testo della bozza di legge di stabilità per il 2016 si rileva subito un aspetto inedito: erano decenni che non venivano fatti così pochi interventi normativi sul pubblico impiego. Anzi, a dirla tutta, nella bozza non c'è proprio nulla, a parte la previsione delle risorse per i rinnovi contrattuali. No comment sull'art. 16 "Giovani eccellenze nella Pubblica amministrazione", in quanto la norma parla di tutt'altre materie ma dal lunghissimo testo ci si deve aspettare: l'indisponibilità dei posti vacanti di dirigente (con esclusione dei dirigenti del Ssn che esercitano funzioni fondamantali) e la reiterazione del congelamento dei fondi per la retribuzione accessoria e della loro riduzione in ragione del personale cessato, tenendo però conto degli "assumibili" (per tutti). Anche quelle scarne disposizioni per il lavoro dipendente in generale non riguardano il pubblico impiego (regime fiscale dei premi di produttività o part-time prepensionistico); infatti gli articoli di riferimento escludono espressamente i dipendenti pubblici. Passando alla questione dei rinnovi, appare doveroso segnalare che la stampa e gli addetti ai lavori hanno fatto parecchia confusione. È stato affermato che il rinnovo è in pratica un'elemosina, che si tratterebbe di 5 euro netti per dipendente. Perfino eminenti sindacalisti - non di sigle autonome, ma confederali - hanno affermato che i 300 milioni divisi per 3,2 milioni di dipendenti pubblici generano appunto, la miseria di neanche 100 euro lordi annui pro capite. Non è così, in realtà. Infatti l'art. 27 della bozza stabilisce che tale stanziamento vale soltanto per «gli oneri posti a carico del bilancio statale», come peraltro è sempre avvenuto in passato in ossequio all'art. 48 del Dlgs 165/2001 citato appunto dalla legge di stabilità. Con la evidente conseguenza che due comparti chiave come la sanità e le autonomie locali (circa un milione e mezzo di lavoratori) non sono ricompresi in "quello" stanziamento. Semmai per il Servizio sanitario nazionale c'è da approfondire la circostanza - tutt'altro che chiara - se le risorse per i rinnovi siano all'interno del Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard di 111 miliardi indicato in altra parte della stessa legge di stabilità o restino davvero a diretto carico delle aziende sanitarie, visto che l'art. 27, comma 3 sancisce che gli oneri «sono posti a carico dei rispettivi bilanci». Per ciò che concerne le disposizioni sulla sanità (30-32) spicca il comma 17 dell'art. 30 che delinea il percorso per giungere alle "aziende sanitarie uniche", operazione fortemente voluta già lo scorso anno dalla Regione Toscana che intende fondere Asl e Aziende ospedaliero-universitarie. In termini generali desta stupore il fatto che la platea degli interessati abbia così vibratamente protestato perché l'entità dei rinnovi era ampiamente annunciata e deriva soprattutto dalle regole del gioco che, evidentemente, non tutti conoscono o fanno finta di non conoscere. Mi riferisco alle nuove parametrazioni stabilite per i rinnovi contrattuali sia del settore privato che per il pubblico ma che, per quest'ultimo, vengono applicate per la prima volta. Forse il lungo blocco della contrattazione che perdura dal giugno 2010 ha distratto l'attenzione dai contenuti dell'Accordo del 22 gennaio 2009 sul nuovo modello contrattuale che sostituì l'Ipca al tasso di inflazione programmata ma che, soprattutto, ne imponeva l'applicazione non più sul monte salari (cioè sull'intero coacervo della retribuzione) ma solo sulle "voci di carattere stipendiale". Tale Accordo fu seguito dall'Intesa del 30 aprile che recepiva l'Accordo stesso per il pubblico impiego. Poiché, come è noto, da circa un anno l'inflazione è molto bassa il rinnovo contrattuale non può certo portare benefici consistenti. Esattamente un anno fa avevo già rappresentato questa situazione (n. 39/2014 de «Il Sole 24 Ore Sanità») e riferivo che, paradossalmente, lo sblocco di alcuni istituti contrattuali (progressioni economiche per il comparto e fasce dell'indennità di esclusività per la dirigenza sanitaria) costituivano importi ben più sostanziali di un rinnovo generalizzato che la legge 190/2014 bloccò per un ulteriore anno e che fu successivamente cassato dalla sentenza della Corte costituzionale n. 178/2015. E allora perché tanto meravigliato sdegno? La spiegazione potrebbe risiedere nell'intenzione da parte di qualcuno di superare le regole così rigorose a causa del potere d'acquisto complessivamente perso in questi sei anni. Se è così la tesi è del tutto irrealistica perché è plausibile che il Governo non accetterà mai di mettere in discussione le regole generali della contrattazione collettiva. Tra l'altro queste regole così "rigorose" sono contenute in un Accordo che venne firmato dalle Confederazioni sindacali (eccetto la Cgil, è doveroso ricordarlo). Semmai ci sarebbe da chiedersi perché in tutti questi lunghi anni non si è ancora stipulato l'accordo quadro per la definizione dei quattro comparti (da 12 che erano) di contrattazione.

Stefano Simonetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 2
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

La Stabilità debutta in Parlamento con rebus: Lea, contratti e farmaci saranno a carico del Fsn 2016?

Una manovra di tormenti e scontenti

Chiamparino lascia la leadership ma congela le dimissioni - Torna lo spauracchio ticket

Tanto rumore, poca chiarezza. Bollinato dalla Ragioneria, inviato al Presidente della Repubblica, trasmesso al Parlamento con dieci giorni di ritardo, il Ddl Stabilità è ancora confuso quanto ad allocazione delle risorse per il Fondo sanitario nazionale. Che aumenta, è vero, di un miliardo rispetto al 2015. Ma che ancora non si sa se coprirà anche i budget necessari per Lea, farmaci innovativi e contratti. Una partita che nel complesso impegna almeno 1,8 miliardi.

Le Regioni restano in allerta, tra aspettative e tensioni con il Governo. Intanto Sergio Chiamparino lascia la Conferenza Stato-Regioni per il maxi-buco rilevato dalla Corte dei conti. Ma congela le dimissioni finché la partità sanitaria della manovra non sarà definita.

GOBBI A PAG. **2-3**

STABILITA 2016/ In stand-by il giudizio delle Regioni sulla parte sanitaria della manovra

Chi esce e chi entra nel Fondo

Lea, farmaci e contratti valgono 1,8 mld: più dell'aumento Fsn da 1 mld

Il bicchiere della legge di Stabilità 2016 è «mezzo pieno», secondo i governatori. La valutazione è però limitata alla parte "extra sanitaria" della manovra, mentre tutta la partita sanità resta appesa a un'incognita a tre teste: a quali risorse si attingerà per finanziare i nuovi Lea (800 milioni), i farmaci innovativi e il ripristino dei contratti, due voci per cui nel complesso si stima un budget da un miliardo? Il primo "verdetto" - emesso al buio, in assenza del testo definitivo del Ddl che solo questa settimana farà il suo ingresso in Parlamento, a partire dal Senato - della Conferenza Stato-Regioni, guarda favorevolmente all'ammorbidimento sul pareggio di bilancio che, limitato alla sola "competenza", consentirà di liberare risorse per investimenti in tutti i campi; alla sterilizzazione di 1,3 miliardi sui 2,2 di tagli ai trasferimenti, ereditati dagli anni precedenti; all'esclusione del cofinanziamento Ue ai fini dei saldi di bilancio. Misura utile soprattutto per le Regioni in obiettivo di convergenza.

A sottolineare le note positive, **Sergio Chiamparino**, che proprio giovedì scorso ha rassegnato le dimissioni, «irrevocabili ma congelate fino alla conclusione del capitolo legge di Stabilità», dalla presidenza della Conferenza Stato-Regioni. «Mi dimetto - ha precisato - non per questioni relative alla legge di Stabilità né per i cosiddetti tagli alla sanità, ma perché è evidente che con un giudizio di parifica che ha certificato il disavanzo del Piemonte a 5,8 miliardi, mi è difficile rappresentare le altre Regioni. È opportuno che mi dedichi da vicino alla mia realtà, aspettando che il governo faccia chiarezza sull'interpretazione del Dl 35, così ambiguo da essere stato definito "anfibiologico". Ciò detto, resta l'esigenza che a rappresentare le Regioni, soprattutto in questo delicato momento di revisione del loro ruolo costituzionale, sia un'amministrazione il più possibile forte e autorevole».

La poltrona che scotta delle Regioni quindi, a breve e salvo ripensamenti sempre possibili, resterà vacante. Intanto, i governatori dovranno gestire la patata bollente del rebus risorse per il Fondo sanitario nazionale. L'allocazione delle varie voci di spesa farà la differenza. «E in ogni caso - ha aggiunto Chiamparino - anche se si confermasse il miliardo netto di aumento rispetto al 2015, quella cifra coprirebbe appena i fabbisogni-base del Ssn». Dal canto suo, il vicepresidente della Conferenza **Giovanni Toti** non ha mancato di sottolineare come la manovra 2016 sia «meno espansiva di quanto di faccia credere e a rischio di rivelarsi soprattutto un grande giro di posta e di bilancio. Con il minore incremento

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 2
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

per la sanità che rischia di «trasformarsi in una cifra con il segno meno davanti».

Di certo, non si navigherà nell'oro: «Con questa manovra il Fsn arriva al 6,6% del Pil, segnando un record in negativo negli ultimi anni, anche considerando che in Paesi come Francia e Germania tale percentuale sul Pil supera l'11%», ha precisato il coordinatore degli assessori alle Finanze **Massimo Garavaglia**. Che riporta sotto i riflettori la sempreverde questione ticket, ricomdando come «nelle Regioni in disavanzo sanitario la legge prevede un aumento automatico di addizionali Irpef e Irap, ma i presidenti e le giunte possono anche scegliere di agire sui ticket».

Fin qui, i temi strettamente finanziari. C'è poi il risvolto politico e la reazione alle parole della ministra della Salute Beatrice Lorenzin secondo cui «fu un errore assegnare la sanità alle Regioni». «Quella frase è la cartina di tornasole dell'approccio che il governo ha alle Regioni - ha dichiarato Chiamparino -. Sottoscrivo pienamente il commento del governatore toscano **Enrico Rossi**: il governo si riprenda la gestione della sanità, poi tra cinque anni vedremo se Ssr come quelli di Emilia Romagna, Toscana e Veneto, saranno stati gestiti meglio».

Ma il mal di pancia su una manovra che ancora è solo ai primi vagiti non arriva solo dalle Regioni. Sulle barricate, oltre ai medici che denunciano il rischio smantellamento del Ssn (si veda articolo a fianco), anche le imprese: «Stanziare un aumento del Fsn di 1 miliardo per il 2016 significa causare effetti gravissimi per la sanità e soprattutto i cittadini. I quali, come evidenziato dal Censis, nel 41,7% dei casi hanno dovuto rinunciare nell'ultimo anno alle cure e ai programmi di screening periodici. Ce li ritroveremo un domani pazienti ospedalizzati, con malattie non diagnosticate per tempo e con costi maggiori per il nostro sistema sanitario», afferma il presidente di Assobiomedica, **Luigi Boggio**. «È proprio in questi momenti di crisi - rilancia - che bisogna puntare sul futuro con investimenti mirati e un piano strategico che preveda risorse per tecnologie innovative in grado di aiutare concretamente la popolazione a vivere meglio e in salute».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 2
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Le misure per la sanità

- Il fabbisogno sanitario nazionale standard è rideterminato, per l'anno 2016, in **111.000 milioni di euro**
- Entro **60 giorni** dall'entrata in vigore della manovra si provvede con **800 milioni** all'aggiornamento dei Lea (Dpcm 29 novembre 2001). L'importo **è a valere sulla quota indistinta** del fabbisogno sanitario standard nazionale
- Le Regioni e le Pa contribuiscono alla finanza pubblica con **3,98 mld** per il 2017 e **5,48 mld** per ciascuno degli anni 2018 e 2019. In assenza di Intesa entro il termine del 31 gennaio di ogni anno, entro i 20 giorni successivi un **Dpcm assegnerà gli importi** anche considerando le risorse destinate al finanziamento corrente del Ssn
- Al fine di garantire la **effettiva realizzazione degli interventi** di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di B&S, gli enti Ssn **sono tenuti ad approvvigionarsi** nel settore sanitario esclusivamente dalle **centrali regionali di committenza di riferimento** oppure **da Consip**
- Scattano i piani di rientro triennali per Ao, Aou e Irccs che presentino uno scostamento tra costi e ricavi pari o **superiore al 10% o pari ad almeno 10 mln** in rosso e/o non rispettino i parametri (da fissare) su volumi, qualità ed esiti delle cure. **Obbligo di pubblicazione** del bilancio d'esercizio e di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, pena la **responsabilità amministrativa del Dg.** Nascono i **centauri università-Asl**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

I costi standard sono giusti? Dipende

VENDRAMINI A PAG. 2

I costi standard sono costi giusti? Dipende

Nonostante il sistema sanitario nazionale abbia i conti in ordine da almeno due anni e produca anche qualche centinaio di milioni di avanzo (rapporto Oasi Bocconi 2014) continua il pressing sul tema del controllo dei costi perché si pensa che il Ssn sia inefficiente. Nello specifico con l'approvazione della legge 42/2009 si passa dal criterio del costo storico a quello del costo standard. Nella Norma vengono definiti i due termini nel seguente modo: (cfr sito Sna, scuola nazionale di amministrazione):

- «Costo storico: indica quanto storicamente si è speso per un determinato servizio. In passato si è seguito il criterio del costo storico: quanto veniva trasferito alle varie Regioni sotto forma di trasferimenti dipendeva da quanto una Regione aveva speso nell'anno precedente.

- Costo standard: indica il costo di un determinato servizio, che avvenga nelle migliori condizioni di efficienza e appropriatezza, garantendo i livelli essenziali di prestazione. Secondo quanto sancito nella legge 42/2009 il costo standard è definito prendendo a riferimento la Regione più "virtuosa", vale a dire quella Regione che presta i servizi ai costi più efficienti».

Sembra quindi una soluzione perfetta che garantisca attraverso un tecnicismo di portare o riportare il Ssn verso logiche di efficienza; purtroppo cosi non è e provo a illustrare il perché.

Primo: si fa confusione tra spesa e costo. La spesa e il costo non sono la stessa cosa, la spesa è quante risorse finanziarie utilizziamo per acquisire un bene o un servizio mentre il costo è l'utilizzo di fattori produttivi per la produzione di un bene o servizio. Per capirci la spesa è acquistare la ricarica di un cellulare ma sostengo un costo solo quando utilizzo il cellulare. Dal punto di vista contabile la questione non è di poco conto e quindi dal punto di vista manageriale pure. Secondo: dire che una Regione è virtuosa se presta i servizi ai costi più bassi è molto pericoloso perché potrebbe indurre le strutture a occuparsi solo dei pazienti meno complessi e meno costi, dei farmaci a brevetto scaduto e non quelli contro l'epatite C, notoriamente molto costosi.

Non si vuole certo dire che i criteri di efficienza non siano necessari ma non sono gli unici e certamente in sanità non sono i più importanti. È chiaro ed evidente che per la sanità il vero criterio sia l'efficacia, cioè la bravura degli operatori, la capacità di curare i malati ovviamente con il vincolo delle risorse e il corretto utilizzo dei fattori produttivi (anzi il vero tema dei prossimi anni è la clinical compentence, cioè se i professionisti producono volumi tali da poter garantire competenze, si veda ad esempio la strarodinaria ricchezza del Piano nazionale Esiti in questo senso). Se passasse la logica che una Regione è virtuosa perché è efficiente passerebbe un concetto in cui la misurazione delle performance di un ospedale debba essere solo finanziaria cioè sulla spesa e penso che non siano molti d'accordo. I costi standard ammesso che abbiano un senso in sanità porterebbero a una enfasi economicista derivante dall'errata idea che esista un costo giusto.

Terzo: cosa si intende per costo delle prestazioni? Esiste un modo oggettivo per calcolare il costo di produzione di un prodotto? La risposta è no. Alla domanda quanto costa una tac? Quanto costa una risonanza? La risposta è dipende, dipende da come imputo i costi indiretti (cioè non direttamente imputabili all'oggetto di costo), dipende da tanti fattori, dipende da come costruisco il mio sistema di contabilità analitica.

Senza entrare in inutili tecnicismi è importante sottolineare come non esista un costo giusto e certamente non lo sia il costo standard. Banalmente il costo di produzione dipende da tante variabili, dipende dalla logistica del paziente, dipende dal case mix di quell'ospedale, appunto dipende. Qualcuno però potrebbe dire che non è possibile che il costo di gestione di un paziente con frattura di femore debba essere diverso da ospedale a ospedale: come non è possibile? È ovvio ed evidente che non può che essere così: basti pensare che ci sono ospedali a padiglioni e ospedali monoblocco, ospedali in montagna e ospedali in città, ospedali grandi e ospedali più piccoli, questi avranno costi di funzionamento diversi. Chi è convinto che se una prestazione (una risonanza ad esempio) costi meno in una struttura sia necessariamente meglio? Magari costa meno solo perché ha una macchina più obsoleta e meno precisa, o ha meno personale (e non è necessariamente meglio).

Gli argomenti mi sembrano quindi sufficienti per sostenere che i costi standard in sanità siano una semplificazione di metodo utilizzata solo in parte e per altri con molti accorgimenti da imprese che fanno bulloni, scarpe, prodotti in serie cosa molto distante dalla gestione di un anziano non autosufficiente che vive in una vallata o in una periferia delle nuove città metropolitane. Questo non vuol dire che non si debbano tenere i costi sotto controllo anzi, ma che lo si deve fare riscoprendo le logiche e le tecniche di una economia aziendale che ha appunto nel concetto di azienda la sua centralità.

Da ultimo è importante evidenziare come, di solito, di fronte a queste argomentazioni su tema dei costi standard vi sia sempre chi porti l'esempio della siringa e di come non sia possibile che una siringa abbia costi cosi diversi nei differenti contesti nazionali. Verissimo, peccato però che quello che noi attribuiamo alla siringa non sia un costo ma un prezzo di acquisto. La cosa non è da poco perchè allora la questione non è di contabilità dei costi ma di politiche di acquisto che sono tutta un'altra cosa e riguarda a come si fanno le gare di acquisto dei beni e dei servizi, che ci impone di riflettere sull'efficacia di Consip e a come si fanno le gare d'appalto in Italia. Ma questo è un altro tema.

Emanuele Vendramini
professore associato
Università Cattolica del Sacro Cuore - sede di Piacenza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

27-OTT-2015
da pag. 35
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Pharma Valley, una culla per i vaccini

Siena, start up e aziende innovative nate nel sito accanto al colosso Gsk

Un disastro milionario

Era arduo puntare sulla rinascita del centro dopo il crac di Siena Biotech che ha bruciato soldi e lavoro. Una grande storia non poteva finire

Orlando Pacchiani
■ SIENA

UN FATTURATO di circa 700 milioni di euro, 3.500 addetti in 40 aziende, l'incidenza del 98% sull'export hi tech della provincia. Il distretto senese farmaceutico e delle scienze della vita, di rilevanza mondiale in particolare nel settore dei vaccini, è in continua crescita e ha continuato a farlo anche negli anni bui della grande crisi della città.

Il colosso Gsk contribuisce in modo preponderante al raggiungimento di tali numeri, ma la galassia di medie, piccole e piccolissime aziende altamente qualificate rappresenta un valore aggiunto decisivo. Qui ci sono radici salde come la storia lunga e gloriosa dell'Istituto Sclavo, il punto di riferimento scientifico dell'Università, l'appoggio istituzionale dell'incubatore Toscana life sciences, il sapere e la continua spinta all'innovazione di tanti imprenditori.

Valga come esempio il caso di scuola di VisMederi, azienda che lavora nel settore dei vaccini (protocolli sperimentali, validazioni, test analitici) e che in cinque anni ha assunto 27 persone e raggiunto un fatturato di 1,7 milioni di euro. I suoi clienti sono in tutto il modo, in particolare in Giappone, dove i ricercatori senesi operano per la quasi totalità delle aziende farmaceutiche produttrici di vaccini influenzali.

Un quinquennio di espansione coinciso proprio con il periodo di declino economico e crisi istituzionale della città, a dimostrazione che in questo campo ci si muove in controtendenza, non fosse altro perché il palcoscenico di riferimento è globale.

LA RICETTA? Rapidità del servizio, costi competitivi, qualità massima. Così i piccoli riescono a intercettare la domanda dei grandi. Oppure con l'innovazione. Come la Philogen, società italo-svizzera che da venti anni si dedica alla ricerca e allo sviluppo di prodotti per curare le malattie associate ad angiogenesi, la formazione di nuovi vasi sanguigni caratteristica di patologie quali il cancro, l'artrite reumatoide, la degenerazione maculare. Il portafoglio di brevetti internazionali e gli accordi con multinazionali quali Pfizer, AbbVie e, la più recente, Boehringer Ingelheim ne testimoniano l'indiscussa qualità.

Queste e altre realtà continuavano a produrre, crescere, investire, mentre il corto circuito politico-economico senese bruciava in sei anni 160 milioni di euro, creando e distruggendo 155 posti di lavoro, nell'avventura senza domani di Siena Biotech.

Doveva essere un centro di ricerca biomedica all'avanguardia, è diventato uno dei simboli del fallimento di un'era di sperpero. Dopo il no all'ultimo tentativo di salvataggio da parte della Fondazione Mps, che ha ritenuto inutile gettare altri 3,5 milioni di euro in un'impresa considerata impossibile, l'immobile è passato in affitto alla fondazione Toscana life sciences. Insieme ai locali ci sono macchinari e laboratori all'avanguardia e costosissimi (non si badava a spese, a Siena Biotech) che, appena verrà chiuso l'accordo con il curatore fallimentare, potranno almeno rappresentare un'opportunità di sviluppo per aziende vecchie e nuove.

IL SISTEMA rientra nella logica delle piattaforme tecnologiche condivise e Tls scommette molto sulla capacità di mettere insieme soggetti diversi, in alcuni casi potenziali concorrenti ma sempre sicuri compagni di strada, per abbattere le spese e utilizzare spazi e attrezzature altrimenti fuori dalla sostenibilità economica per aziende di ridotte dimensioni. Quantomeno potrebbe servire a evitare la precoce decadenza della palazzina, lussuosa ma inutile, della Siena Biotech che fu.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

27-OTT-2015
da pag. 38
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

R SALUTE/HI-TECH

Realtà virtuale. Simula ambienti e situazioni critiche per aiutare chi soffre di fobie, disturbi alimentari e del comportamento. Ma è efficace anche contro l'abuso di alcol e nelle neuroriabilitazioni. Ritratto di una nuova medicina

Un caschetto magico e lo stress non c'è più

2007
È l'anno di pubblicazione del primo studio che dimostra l'efficacia della realtà virtuale

Esporre il paziente a ciò che lo impaurisce E guidarlo a liberarsi

SIMONE COSIMI

GUARIRE CON la realtà virtuale: fino a oggi è stata una frontiera della ricerca, limitata a pochi centri specializzati, e con pochi pazienti trattati. Ma i risultati ottenuti, e la disponibilità di nuovi device più economici e maneggevoli, promette di ampliare notevolmente l'ambito delle applicazioni cliniche.

Stiamo parlando della ricostruzione computerizzata di situazioni potenzialmente critiche - nelle quali il paziente viene immerso tramite visori, sensori di posizione e caschetti - proposta per trattare disturbi del comportamento e alimentari, fobie, ansie e psicopatologie lievi di diverso tipo. Dalla paura di volare all'agorafobia passando per l'anoressia nervosa o le conseguenze dello stress post traumatico: i nuovi visori già in commercio e quelli in arrivo – da Project Morpheus di Sony a Oculus Rift di Facebook – promettono di fare della realtà virtuale una terapia di largo consumo.

Cominciamo col lavoro della spagnola Psious che costruisce ambienti virtuali specificamente pensati per alcune fobie, compresa quella per gli spazi chiusi, e cuciti sulle esigenze dei pazienti: al medico bastano uno smartphone e un visore per utilizzarli e arricchire la propria terapia. Resta da chiedersi se si tratta di cure dimostrate. E in questo ci vengono in aiuto alcuni studi. Il primo, apparso già nel 2007 su *Cyberpsychology and Behavior*, aveva messo in evidenza come il tasso di rigetto di una terapia espositiva basata su realtà virtuale fosse estremamente più basso rispetto a una tradizionale. Altre indagini più recenti, come quella firmata da Jeremy Parr e collaboratori all'università inglese di Newcastle e pubblicata l'anno scorso su *Plos*, ne ha dimostrato l'efficacia nel trattamento di paure e fobie in bambini autistici. Altri studi ne hanno dimostrato l'efficacia anche sulle dipendenze, a partire dall'alcolismo.

L'Italia ha dato il suo contributo agli studi in questo settore, in particolare grazie alle ricerche di Giuseppe Riva, docente di psicologia della comunicazione all'università del Sacro Cuore di Milano e direttore di un laboratorio dedicato all'Istituto auxologico italiano, che fin dal 1997 studia realtà e ambienti virtuali sia nei trattamenti di psicologia clinica sia sul piano più strettamente conoscitivo delle neuroscienze. E ne ha dimostrato l'utilità, oltre che nelle fobie e nei disturbi d'ansia, anche in quelli alimentari, dalla bulimia all'anoressia. I vantaggi, in particolare per i pazienti che soffrono di questo disturbo, sono molti: dalla possibilità di creare un cuscinetto tra il lavoro cognitivo delle sedute di psicoterapia e il mondo reale, fino alla possibilità di agire all'interno di un ecosistema digitale protetto e costruito ad hoc sulle esigenze del paziente. Con risultati apprezzabili sia per i disturbi comportamentali, ma anche in neuroriabilitazione.

Il nucleo centrale di questa psicoterapia hi-tech è la cosiddetta "desensibilizzazione sistematica", cioè l'esposizione del paziente a ciò che lo impaurisce evitando il comportamento compulsivo. Sulla scorta dei protocolli in uso già da anni in diversi Paesi d'Europa e negli Stati Uniti sempre in Italia, a Villa Santa Chiara di Quinto di Valpantena (Verona), lo psicologo e psicoterapeuta Marco Vicentini porta avanti un percorso di cura integrato per disturbi alimentari e ossessivo-compulsivi in regime di ricovero con l'ausilio della realtà virtuale messo a punto da Riva. Computer e caschetto, il paziente s'immerge nella realtà tridimensionale generata da un software e vi interagisce tramite joystick, sensori, guanti o tute, arricchendo gli effetti con simulatori olfattivi, sistemi di suono surround e così via. «Ci sono molti modi di usare l'immaginazione – dice Vicentini, che ogni anno utilizza questi sistemi con oltre 60 pazienti – la realtà virtuale contribuisce a costruire una via di mezzo, un ponte fra l'ambulatorio e la realtà, aiutando soprattutto chi fa fatica a rivivere certi contesti». Oltre agli ambienti personalizzabili, le new entry sfruttano anche la funzione Street View di Google, quella in cui è possibile visualizzare strade ed edifici in 3d. Con un ventaglio enorme di opportunità. Anche se, conclude Vicentini: «Se nella ricerca la realtà virtuale è ormai molto diffusa, nell'applicazione pratica rimane tuttavia ancora una risorsa di confine».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

AGORAFOBIA
Consente al paziente di uscire da casa e mettersi alla prova creando ambienti gradualmente più ansiogeni come salire su un autobus con sempre più i passeggeri

ALCOLISMO
Uno studio su pochi pazienti ma che apre molte speranze ha dimostrato una diminuzione del desiderio di alcol dopo un ciclo di simulazione virtuale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

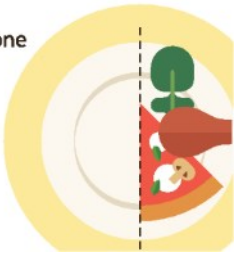
27-OTT-2015
da pag. 38
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

CLAUSTROFOBIA

Creando ambienti chiusi può essere utilizzata come contesto per il paziente
Il terapeuta può gestire l'esposizione graduale agli stimoli critici

IL CIBO

Nei disturbi dell'alimentazione si rimodulano i contesti sociali in cui si mangia riabituando i pazienti, che li considerano tabù e dunque li evitano, a recuperare confidenza



GIOCO D'AZZARDO

Serve a replicare ambienti e luoghi in cui si è vissuto uno stress o una perdita di denaro per non cascarci più
Studi sono in corso

NEURORIABILITAZIONE

Praticata anche all'Istituto Auxologico Italiano di Milano, la realtà virtuale aiuta nel recupero della mobilità specialmente legata a patologie come l'ictus

STRESS POST TRAUMATICO

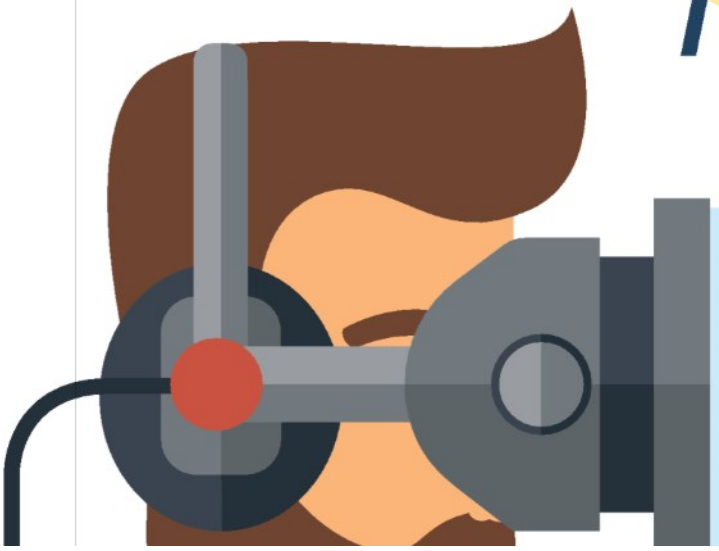
Esperienze di guerra, aggressioni fisiche, sessuali, rapimenti, shock, diagnosi di malattie, incidenti e disastri: la realtà virtuale consente di affrontare le risposte emotive

IN PUBBLICO

Consente un gioco di ruolo da parte del terapeuta che può favorire più sicurezza e il superamento del blocco a parlare con un pubblico sempre più numeroso

ALLA GUIDA

Anche in questo caso, come per fobie e altre paure, la realtà virtuale consente di verificare senza rischiare ciò che si teme



Guarda qui

I device sono occhiali a realtà aumentata che permettono di interagire con immagini olografiche come se fossero reali

VOLARE

La realtà virtuale fa rivivere le fasi del volo, in particolare del decollo
Questa paura si può dunque superare

GESTI

Gli ingegneri stanno mettendo a punto un sistema chiamato ***holding*** che permetterà di afferrare e manipolare oggetti olografici

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

27-OTT-2015
da pag. 34
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

RSalute

Morbillo, pertosse, meningite: se non si immunizzanoi bambini i virus circolano. Ecco chi rischia

Senza vaccini ci ammaliamo tutti

Epidemie. Pertosse, morbillo, varicella, meningite. Se i virus si diffondono salta la protezione per tutti. Neonati non immunizzati, anziani, bambini e adulti con immunodepressione e donne in gravidanza: ecco gli italiani che possono ammalarsi

Chi rischia il contagio se non ci vacciniamo

ELVIRA NASELLI

EFFETTO gregge, immunità in picchiata, rischio contagio per il crollo del ricorso ai vaccini. Ogni anno cinquemila bambini non vengono vaccinati contro poliomielite, difterite e tetano, diecimila non ricevono nei tempi corretti quello contro morbillo e rosolia, segnalano i pediatri della Simri. Ma qual è lo scenario se dovesse ulteriormente diminuire il numero dei vaccinati? Negli Stati Uniti le scuole rendono pubbliche, classe per classe, le percentuali di bambini non vaccinati, in modo che i genitori possano valutare il rischio. Un rischio che esiste e non è neanche ipotetico.

L'immagine, molto efficace, la suggerisce Alberto Villani, responsabile di Pediatria e Malattie infettive dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. «Immaginiamo che un ladro arrivi in un palazzo dove tutte le porte sono blindate tranne una – ragiona – che cosa fa? Entra dove è più facile. Se tutte le porte sono blindate cambia palazzo. Se, al contrario, tutte sono facilmente forzabili, entra dove vuole. Così si comportano gli agenti patogeni. Che non soltanto non sono affatto spariti, come molti credono, ma continuano a circolare e a colpire lì dove trovano l'accesso più facile. E quasi sempre si tratta di neonati troppo piccoli per essere vaccinati, bambini malati, adulti immunocompromessi».

Un bambino non vaccinato ovviamente è il primo a rischiare: si ammala più facilmente e in modo più grave, perché ha un sistema immunitario poco allenato a rispondere agli agenti infettivi. Inoltre diventa veicolo di contagio. Il caso della bimba di un mese morta di pertosse a Bologna è esemplare. Troppo piccola per essere vaccinata, ma non per andare a spasso con la mamma, è stata contagiata probabilmente da un compagno di scuola del fratellino, non vaccinato. «E la bimba di tre mesi ricoverata da noi con la pertosse – racconta Piero Valentini, responsabile di Pediatria del Policlinico universitario Gemelli di Roma – era stata invece contagiata dalla nonna e dalla zia, che avevano infettato l'unica non protetta della famiglia. Da anni non vedevo casi di pertosse e invece già quest'anno ne abbiamo avuti due, in neonati non ancora vaccinati o vaccinati soltanto con la prima dose e quindi con una risposta immunitaria non completa. La prima bimba è rimasta in ospedale due mesi, di cui uno intubata. Questo per dire che viviamo in un mondo settico, e che se ci si protegge di meno le malattie tor-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

27-OTT-2015
da pag. 34
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

nano a circolare. E colpiscono i soggetti non protetti e quelli a rischio. I più deboli».

Non a caso, per quanto riguarda la pertosse, poiché non esiste un vaccino da somministrare alla nascita, in attesa di poter vaccinare il neonato stesso, molti medici raccomandano la stategia del bozzolo, ovvero la vaccinazione di chi sta vicino al bambino. Oppure quella della donna in gravidanza, come si fa negli Usa, in Gran Bretagna, Australia e alcuni paesi sudamericani.

Ma chi sono i soggetti più esposti al contagio? La platea è tutt'altro che esigua, perché dietro la parola immunocompromessi non ci sono soltanto tutti i malati oncologici ma gli anziani, gli adulti più deboli, i bambini malati come i cardiopatici, diabetici, con malattie epatiche o renali croniche, malattie neurologiche, asma grave. I cosiddetti bambini con necessità assistenziali complesse, circa un milione in tutto.

E persino le donne in gravidanza. «In gravidanza c'è una sottoregolazione del sistema immunitario che consente la convivenza tra mamma e feto – continua Valentini – per questo si è più a rischio di contrarre infezioni. Alcune, come varicella e rosolia, in gravidanza hanno esiti molto pesanti per il neonato». Poi ci sono i soggetti indeboliti momentaneamente, come potrebbe capitare a chiunque. Fasi transitorie di immunodepressione. Dovute per esempio a forte stress. «Ma anche all'influenza, o al morbillo – continua Valentini – e persino quando viene l'herpes. Il classico esempio del virus che si riattiva quando il sistema immunitario diventa meno efficace».

Tra i soggetti a rischio ci sono però anche i bambini vaccinati. E il motivo è legato alla risposta anticorpale incompiuta. «Ci sono quelli che sviluppano un milione di anticorpi - precisa Villani - quelli che ne hanno centomila e chi ne ha mille. Ovviamente questi ultimi sono più esposti. Anche se vorrei ricordare che durante l'epidemia di meningite in Toscana non ci sono stati morti tra zero e dieci anni perché erano tutti vaccinati. Sono morti invece adulti e adolescenti, che la vaccinazione non l'avevano fatta».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

CALENDARIO VACCINALE PER LA VITA

LEGENDA

- Nella stessa seduta
- Specifici gruppi a rischio
- In seduta separata
- Da somministrare nella stessa seduta o in sedute separate
- Per categorie a rischio

* **EpB** Per figli di madri con Epatite B
*** **EpA** Per aree geografiche ad elevata endemia (per viaggiatori)
**** **EpB 4** dosi anche per pre-esposizione imminente
\# **MenC** Oppure MenACWY coniugato

VACCINO	3-30 GIORNI	3° MESE	4° MESE	5° MESE	6° MESE
DTPa		DTPa		DTPa	
		IPV		IPV	
Epatite B	Epb-EpB*	EpB		EpB	
Hib		Hib		Hib	
Pneumococco		PCV13		PCV13	
MPRV					
MPR					
Varicella					
Meningococco C					
Meningococco B		Men B	Men B		MenB
HPV					
Influenza					
Herpes Zoster					
Rotavirus		Rotavirus			
Epatite A					

7° MESE	11° MESE	13° MESE	15° MESE	6 ANNI	12-18 ANNI	19-49	50-64	OVER 64
	DTPa			DTPa	dTpa-IPV	1dose di dTpa ogni 10 anni		
	IPV			IPV				
	EpB					3 dosi: pre-esposizione		
	Hib					4 dosi: post-esposizione**		
	PCV13	PCV13		PCV13 / PPV23			PCV13	
		MPRV						
		MPR						
			V					
		MenC#	MenC#		MenACWY coniugato 1 dose			
		MenB	MenB					
					HPV: 2-3 dosi			
Influenza					1 dose all'anno		1 dose all'anno	
								1 dose
			EpA **		EpA **		2 dosi (0-6-12 mesi)	

IPV Antipolio
EpB Epatite B
Hib Haemophilus influenzae tipo b
DTPa Difterite-tetano-pertosse
DTpa Difterite-tetano-pertosse (adulti)
DTpa-IPV Difterite-tetano-pertosse e polio inattivato (adulti)
MPRV Tetravalente. Morbillo-parotite-rosolia-varicella
MPR Trivalente. Morbillo-parotite-rosolia
V Varicella
PCV13 Pneumococcico coniugato 13-valente
PPV23 Pneumococcico polisaccaridico puro 23-valente
MenC Meningococco C coniugato
MenB Meningococco B
HPV Papilloma virus
EpA Epatite A

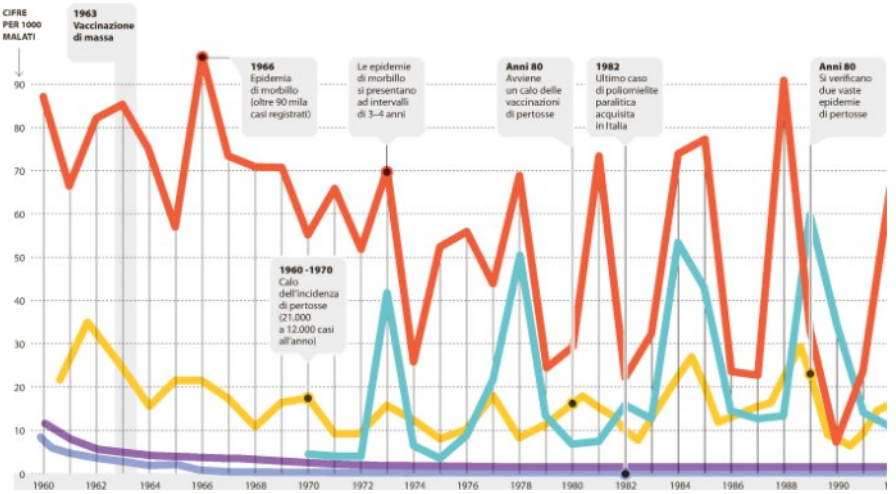
LE MALATTIE INFETTIVE IN ITALIA

Numero di casi notificati nel periodo 1960-2014

PERTOSSE
ROSOLIA
MORBILLO

LEGENDA

POLIOMIELITE
DIFTERITE



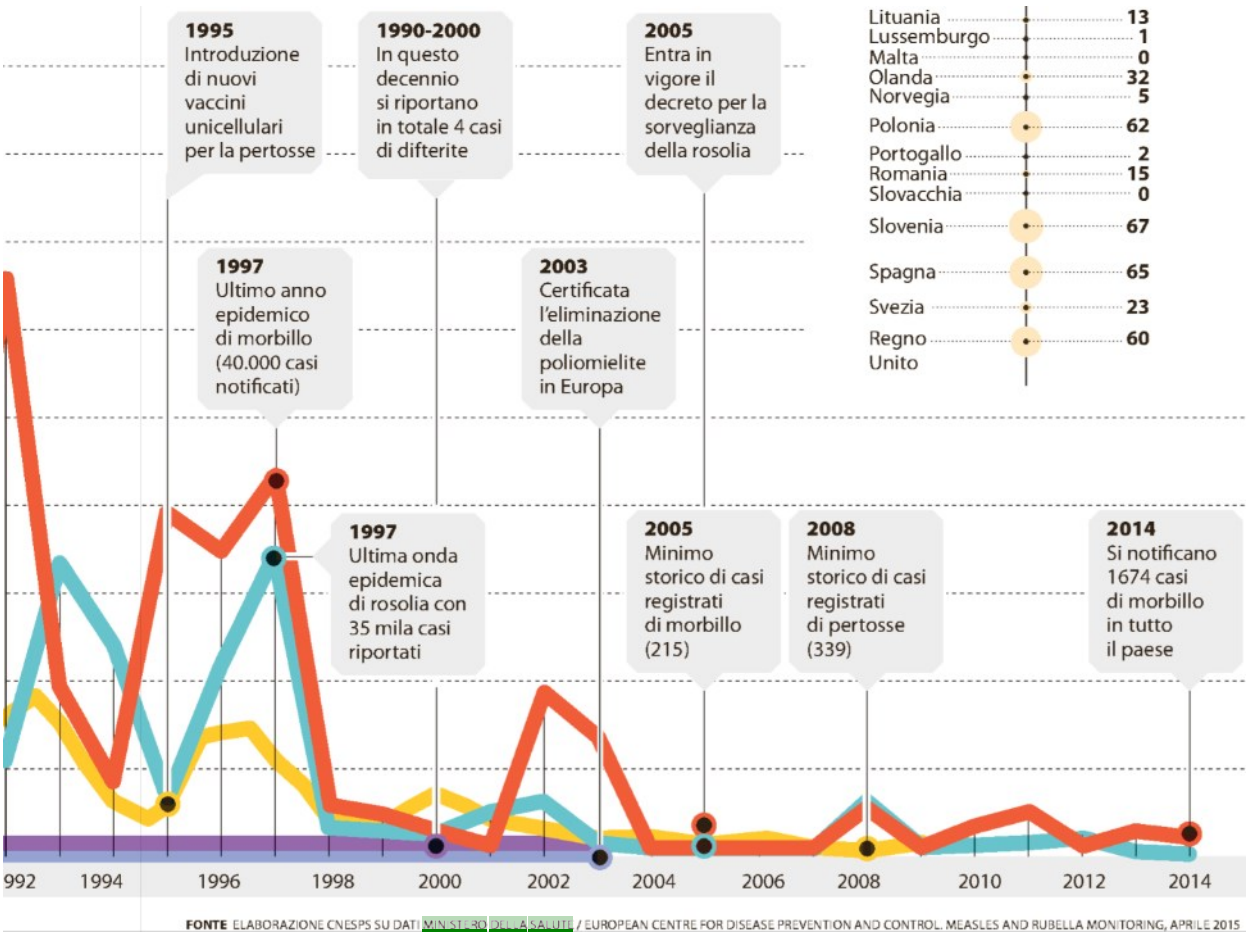
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

27-OTT-2015
da pag. 34
foglio 3 / 4
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

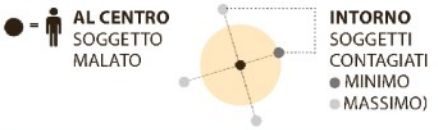
la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

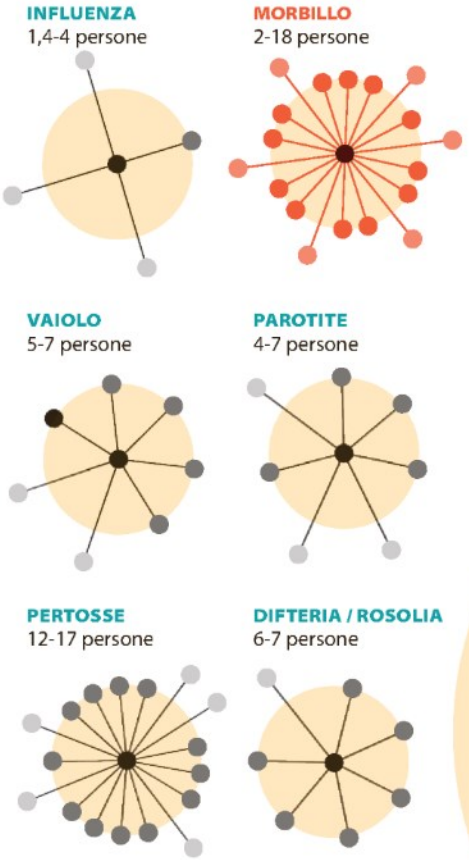
27-OTT-2015
da pag. 34
foglio 4 / 4
www.datastampa.it

LA CONTAGIOSITÀ

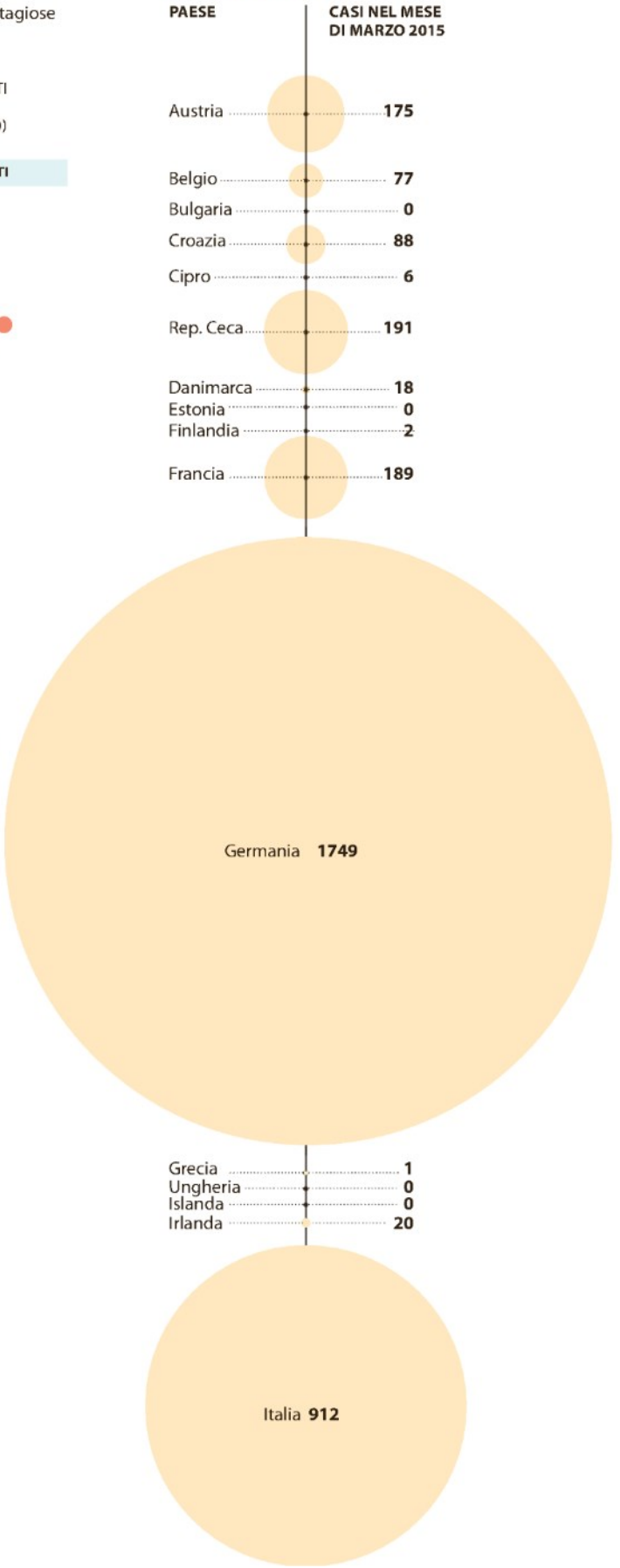
Il morbillo è una delle malattie infettive più contagiose



CIFRA MASSIMA E MINIMA DEI POSSIBILI CONTAGIATI



IL MORBILLO IN EUROPA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

27-OTT-2015
da pag. 35
foglio 1
www.datastampa.it

R SALUTE/

Le novità. Quello contro l'Hpv, esteso anche ai maschi. E quelli contro la varicella, i rotavirus, l'herpes

Più scudi per più malattie Gratis per tutti

Il Piano del governo è approvato. Ora servono 300 milioni

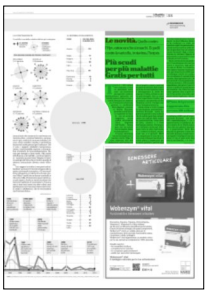
TROVATI i 300 milioni che mancano, il nuovo calendario vaccinale - con interventi per ogni età - sarà immediatamente operativo entrando a pieno titolo nei Lea, i livelli essenziali di assistenza. «Il contenuto è stato approvato in conferenza Stato-Regioni - premette Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di Sanità - con un accordo raggiunto anche grazie all'accelerazione impressa dall'Emilia Romagna, che ha coordinato le regioni. Adesso siamo pronti».

Il nuovo calendario ha novità importanti: il vaccino contro l'Hpv, finora riservato solo alle adolescenti, verrà esteso anche ai maschi, come in molti altri paesi del mondo. Sarà inserita anche la vaccinazione contro il meningococco B, molto frequente in Italia, e finora a carico delle famiglie. Con un costo anche importante. Inoltre, per gli anziani, sarà prevista la vaccinazione contro l'herpes zooster e l'antipneumococco.

«Sarà estesa a tutto il paese la vaccinazione antivaricella - continua Ricciardi - molto importante perché è una malattia che da adulto può dare complicanze non tipiche delle malattie esantematiche, come dolore forte, cicatrici e il virus dell'herpes zooster. Ovviamente si lavorerà anche per effettuare tutte le altre vaccinazioni, e i relativi richiami, senza i quali non si è protetti. Molti non completano il ciclo ed è come se non si fossero vaccinati. Il nuovo piano è importante per la salute pubblica, perché oggi di molte malattie non ci si ricorda più. La Asl di Monza e Brianza ha realizzato un video sui bambini colpiti da poliomielite, perché aveva ricevuto delle lettere da genitori che non volevano più vaccinare i figli, o rinunciavano ai richiami. Eppure di poliomielite ci sono stati 15 casi in Russia e 2 in Ucraina».

Altra novità attesa dai pediatri è l'introduzione del vaccino contro il rotavirus, oggi previsto solo in Sicilia. La malattia, che colpisce bambini molto piccoli, ogni anno fa circa 230 morti in Europa e tra 9 e 11 in Italia. Con la bellezza di quindicimila ricoveri. Basti pensare che il 30 per cento di tutte le gastroenteriti è da rotavirus, il 50 di quelle ospedaliere, più gravi. E poi c'è ancora l'obiettivo eradicazione del morbillo, che l'Oms ha man mano spostato fino a quest'anno. E che ancora una volta non potrà essere rispettato. «In Italia abbiamo 2000 casi all'anno - conclude Ricciardi - con circa 300 ospedalizzazioni e tre o quattro morti. In California, dopo la morte di un bimbo leucemico che non poteva vaccinarsi, il governatore Chris Brown,che da giovane è stato leader della protesta studentesca, ha imposto l'obbligo di vaccinazione. E non si può certo dire che sia antiliberale...». *(e. nas.)*

©RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Vacciniamo anche i media

Sale la febbre sul Piano vaccini. Alla vigilia della discussione in Stato-Regioni, il 5 novembre, montano le polemiche non tanto sul concretissimo problema della copertura delle spese (salite da 200 a 500 milioni), quanto sulle possibili sanzioni ai medici «negligenti» e il divieto di frequentare le scuole dell'obbligo per i bambini non in regola con la profilassi. Due notizie rilanciate dai mass media ma subito smentite dal ministero della Salute. Sulla deontologia dei medici sono responsabili gli Ordini professionali mentre per le scuole esiste già l'obbligo di allertare le Asl. Il diritto allo studio, dunque, non è compromesso. Il vero problema è che calano sempre di più le vaccinazioni dei nostri piccoli: sono circa 5mila i bambini che ogni anno non vengono vaccinati contro malattie come poliomielite, difterite e tetano mentre altri 10mila non ricevono nei tempi dovuti il vaccino per il morbillo e la rosolia. Un fenomeno preoccupante e con forti differenze tra regione e regione tanto che il ministro Lorenzin ha dovuto ribadire che anche sui vaccini si gioca «la sicurezza sanitaria nazionale». Accrescere la diffidenza è un doppio salto all'indietro, per usare le parole dei pediatri, di cui davvero non si avverte il bisogno. Per parte nostra aggiungiamo solo che in materia la responsabilità è di tanti. Anche di chi informa. Vaccinare per legge anche i media non sarebbe sbagliato.

DIFFIDENTI A PAG. **8**

PREVENZIONE/ Spesa a quota 500 mln: le Regioni aspettano risposte sulle coperture

Piano vaccini, sale la febbre

Smentite le sanzioni ai medici, nessun divieto scolastico ai bambini

Il Piano vaccini 2016-2018 ha dato precedenza alla legge di Stabilità e, dunque, sarà valutato nella Conferenza delle Regioni il 5 novembre prossimo. «Non ci sono problemi nel merito delle proposte - ha spiegato il coordinatore degli assessori alla Sanità, Sergio Venturi - ma occorre valutare il provvedimento nell'ambito della discussione sulla manovra».

Le Regioni, infatti, hanno già espresso parere positivo sul documento, ha ricordato Venturi, «ma ora serve una valutazione complessiva nel quadro delle risorse assegnate al piano sanitario nazionale». Con i nuovi vaccini raccomandati, infatti, la spesa complessiva salirebbe da 200 a 500 milioni. Dunque resta da chiarire da dove arriveranno i fondi aggiuntivi. In attesa di risposte il dibattito, anzi le polemiche, si sono concentrate su un'altra parte del piano: quella che conterrebbe sanzioni per i medici riluttanti a prescrivere le vaccinazioni. Sono bastate poche anticipazioni per spingere il ministero della Salute a una smentita ufficiale. Sanzioni escluse, dunque, anche perché ha ricordato lo stesso ministro Beatrice Lorenzin in un question time alla Camera «sarebbero di stretta pertinenza dell'Ordine professionale». Eppure qualcosa c'è: nel piano nazionale di prevenzione vaccinale 2016-2018 prevederebbe «la ricognizione continua delle possibili violazioni del supporto alla pratica vaccinale e dell'offerta attiva delle vaccinazioni da parte dei medici e del personale sanitario dipendente e convenzionato», che potrebbe portare «anche all'adozione di sanzioni disciplinari o contrattuali qualora ne venga ravvisata l'opportunità». Si tratta di bozze, comunque, sarà la Stato-Regioni a decidere la stesura originale.

Il nuovo piano nazionale di prevenzione vaccinale, in ogni caso, prevede anche l'ampliamento dell'offerta vaccinale da parte del Ssn ma anche l'adozione di un piano di comunicazione istituzionale con informazioni alla popolazione sui rischi delle complicanze delle malattie prevenibili con i vaccini e i benefici della vaccinazione. Anche perché se è vero che gli ultimi due Piani nazionali - quello 2005-2007 e quello 2012-2014 - hanno fornito indirizzi per le strategie vaccinali da applicare su tutto il territorio, è anche vero, ha aggiunto Lorenzin, che i dati

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 8
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

dell'Istituto superiore di sanità «descrivono situazioni che devono destare preoccupazione».

Insomma, la vaccinazioni sono una questione di «sicurezza nazionale» sulla quale il ministero non intende fare retromarcia.

«Vaccinare vuol dire investire sul benessere, soprattutto dei giovani e dei bambini - ha aggiunto il ministro - rafforzare il patrimonio della prevenzione ha valenza nazionale, proteggere le persone più fragili».

In ogni caso il Piano non conterrebbe il divieto ai bambini di frequentare la scuola dell'obbligo. «La normativa vigente - ha sottolineato Lorenzin - prevede che nei casi di mancata presentazione della certificazione comprovante la vaccinazione sia il dirigente scolastico a comunicare entro 5 giorni il nominativo all'Asl perché questa intervenga». Insomma, il sistema è finalizzato a far scattare l'allerta e consentire all'Asl di intervenire, senza limitare il diritto allo studio.

Ernesto Diffidenti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli obiettivi del Piano vaccini 2016-2018

1. Mantenere lo stato polio-free

2. Raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free

3. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio indicate anche attraverso forme di revisione e di miglioramento dell'efficienza dell'approvvigionamento e della logistica del sistema vaccinale aventi come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento delle coperture descritte più oltre

4. Aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale anche attraverso la conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale

5. Contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili

6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente e assistiti)

7. Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione

8. Promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del presente Piano, descritti come "10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia"

9. Sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza

10. Attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, ai sensi della legge 210/1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (ministero della Difesa)

11. Favorire, attraverso una collaborazione tra le istituzioni nazionali e le società scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini

Il decalogo delle vaccinazioni in Italia

1. Sicurezza

I vaccini sono una delle tecnologie biomediche più sicure, perché vengono sperimentati e testati prima, durante e dopo la loro introduzione nella pratica clinica. La loro scoperta e il loro impiego hanno contribuito a proteggere milioni di persone in tutto il mondo

2. Efficacia

I vaccini consentono di preservare la salute delle persone stimolando un'efficace protezione contro numerose malattie, evitando sintomi ed effetti dannosi, alcuni potenzialmente mortali

3. Efficienza

I vaccini sono tra le tecnologie più efficienti per il rapporto favorevole tra il loro costo e quelli degli effetti sia diretti che indiretti delle malattie evitate

4. Organizzazione

I programmi di vaccinazione devono essere oggetto di attenta programmazione, organizzazione e gestione da parte delle strutture sanitarie. Devono essere altresì monitorati attraverso l'istituzione di un'anagrafe vaccinale che alimenti il relativo sistema informativo e di sorveglianza. Ogni individuo è tenuto a vaccinarsi in accordo alle strategie condivise a livello nazionale al fine di contribuire al mantenimento della propria salute e alla riduzione della circolazione delle malattie infettive e del carico di malattia a queste associato. La vaccinazione è particolarmente raccomandata per il personale sanitario e tutti coloro che abbiano una funzione di pubblica utilità o svolgano attività a contatto con altri individui, al fine di assicurare la massima protezione nei confronti delle fasce di popolazione più fragili (pazienti, bambini, anziani)

5. Etica

Ogni operatore sanitario, e a maggior ragione chi svolge a qualsiasi titolo incarichi per conto del Servizio sanitario nazionale, è eticamente obbligato a informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo alle più aggiornate evidenze scientifiche e alle strategie condivise a livello nazionale. La diffusione di informazioni non basate su prove scientifiche da parte di operatori sanitari è moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltreché essere contrattualmente e legalmente perseguibile

6. Formazione

Il personale sanitario e gli studenti in medicina e delle professioni sanitarie devono essere formati e aggiornati relativamente alla vaccinologia e alle strategie vaccinali in essere sulla base delle migliori evidenze condivise dalla comunità scientifica, pertanto appositi corsi destinati alla vaccinologia devono essere all'interno dei corsi universitari e la vaccinologia va inserita fra gli obiettivi formativi della formazione continua per tutta l'area sanitaria

7. Informazione

I Servizi sanitari sono ovunque chiamati a informare i cittadini e a proporre attivamente strategie vaccinali che, tenendo in considerazione l'epidemiologia, la storia naturale delle malattie e i fattori di rischio della popolazione, impattino significativamente su patologie gravose per la salute e la sicurezza dei singoli cittadini e della popolazione in considerazione della loro gravità, onerosità e contagiosità

8. Investimento

In considerazione del loro valore, alle vaccinazioni sono dedicate risorse economiche e organizzative stabili, programmate attraverso un'attenta e periodica pianificazione nazionale che identifichi le vaccinazioni prioritarie da inserire nel Piano nazionale Prevenzione vaccinale che è un Livello essenziale di assistenza. Le decisioni sulle priorità vaccinali devono nascere da valutazioni di Health tecnology assessment condotte a livello nazionale, in grado di offrire dimostrazione epidemiologica di efficacia, utilità e sicurezza, nonché possibilità di ottenere i risultati previsti

9. Valutazione

L'impatto di un intervento vaccinale in termini di salute di una popolazione deve essere periodicamente valutato, anche da studi indipendenti, con la collaborazione dell'Istituto superiore di Sanità e delle Società scientifiche

10. Futuro

Al fine di incrementare continuamente le conoscenze sulla sicurezza, efficacia, utilità ed equità di accesso in merito alle vaccinazioni ed orientare conseguentemente le strategie vaccinali, deve essere favorita, con la collaborazione delle massime Istituzioni nazionali e delle Società scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Una spending review sovrastimata

MOLINARI A PAG. 3

LUCI E OMBRE DELLA STRETTA SULLA SPESA

Spending review sovrastimata

Quanto è stabile una legge che finanzia le spese con risparmi improbabili come quelli previsti dalla spending review e dalle Centrali di committenza?

Nel giro di qualche mese i risparmi previsti della spending review sono stati praticamente dimezzati passando da 10 miliardi a 5 miliardi. Invece quelli derivanti dagli acquisti centralizzati sono rimasti invariati essendo stati ormai assunti a postulato. Eppure è difficile trovare qualcuno disposto a scommettere che nel 2015 i risparmi derivanti dalla revisione della spesa e dalla centralizzazioni degli acquisti possano arrivare a 2 miliardi. Ciò nonostante migliaia di stazioni appaltanti, con un impegno non indifferente, hanno inviato ai loro fornitori di beni e servizi rientranti nella Tabella A, le lettere attuative delle disposizioni del Dl 78/2015, convertito in legge 125/2015, al fine di ridurre la spesa corrente su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti in essere. Le Aziende sanitarie le hanno inviate anche ai fornitori di dispositivi medici per abbassare i relativi prezzi unitari del 3 per cento. Altrettante migliaia di operatori economici stanno rispondendo alle suddette sollecitazioni con non minor dispendio di tempo e di lavoro.

Nel caso di mancato accordo sulla riduzione dei prezzi unitari e/o sui volumi di acquisto di beni e servizi entro 30 giorni dalla proposta, le stazioni appaltanti possono recedere unilateralmente dal contratto passando a un altro fornitore che applica prezzi contrattuali più vantaggiosi.

Ma quale risparmio si può pensare di ottenere da fornitori che sono stati già oggetto di almeno un'altra precedente spending review con conseguenti tagli di prezzi e di prestazioni, visto che i contratti di appalto vengono normalmente aggiudicati per un triennio, con possibilità di rinnovo? Per di più, non va dimenticato che trattasi in buona parte di appalti aggiudicati avendo come base d'asta al ribasso i prezzi di riferimento di Consip, dell'Anac, delle Centrali di acquisto e/o degli Osservatori regionali... Inoltre, a fronte di un probabile comprensibile diniego a rinegoziare da parte dei fornitori, per quali e quanti contratti le stazioni appaltanti potranno permettersi di recedere, avendone trovato un altro a condizioni più vantaggiose, alla luce della sentenza del CdS sez. III, n. 4133 del 7 settembre 2015, che sembra fatta apposta per rendere impraticabile la spending review?

Infatti la suddetta sentenza ritiene possibile l'utilizzo di altri contratti più convenienti sotto il profilo economico, solo qualora prevedano la sostanziale omogeneità delle prestazioni richieste, poiché si tratta di una norma derogatoria che pertanto va applicata nei limiti ristretti indicati dal legislatore senza possibilità di interpretazioni estensive che sarebbero in contrasto con i precetti della normativa comunitaria per cui l'affidamento degli appalti deve avvenire solo a mezzo di apposite gare a procedura aperta. Pertanto, «il servizio che viene affidato senza gara deve essere identificabile con quello già messo a gara in altre stazioni appaltanti e non trattarsi di un servizio con caratteristiche diverse e aggiuntive tali da snaturarne l'essenza, in violazione della par condicio e dell'evidenza pubblica». Appare quindi evidente che difficilmente un tale affidamento risulterà in concreto fattibile, soprattutto nel settore dei servizi dove non ci sono pressoché mai due appalti eseguiti nello stesso modo.

In ogni caso, i primi dati sull'andamento della procedura di revisione della spesa non risultano in linea con le aspettative del legislatore. Infatti:

a) circa il 15% delle Ditte non rispondono o rispondono di vantare un credito in conseguenza del diritto alla revisione dei prezzi dovuta loro ai sensi dell'articolo 115 del Dlgs 163/2006 (strategia di bassa lega per proporre pari e patta alla richiesta di revisione);

b) oltre il 40%, dopo aver evidenziato l'illegittimità della norma ed il suo contrasto con i principi del diritto nazionale ed europeo, dichiarano l'indisponibilità a tagliare i prezzi perché gli ordinativi di fornitura e i servizi risultano già notevolmente tagliati rispetto ai volumi previsti originariamente (alcuni per principio, altri per aver già subito una o due spending review), concludendo poi con un perentorio corale invito, presumibilmente suggerito dalle associazioni di categoria: «Pertanto, anche al fine di evitare inutili contenziosi, Vi invitiamo a soprassedere nella richiesta»;

c) circa il 30% è disponibile a tagliare i quantitativi di fornitura e la spesa conseguente, ma solo decorrenza dalla data di perfezionamento della rinegoziazione. Quindi solo per gli ultimi 2 o 3 mesi del 2015;

d) circa il 10% è disponibile a tagliare i prezzi ma con percentuali irrisorie e comunque decorrenti dalla data di perfezionamento della rinegoziazione. Quindi solo per gli ultimi 2 o 3 mesi del 2015;

e) meno del 5% concede una riduzione dei prezzi per tutto il 2015, ma con percentuali e importi poco significativi.

Eppure, dopo ben 3 revisioni della spesa questo risultato non sarebbe neanche da buttare...

Certo è che se non si cambia logica, c'è da aspettarsi che con la prossima spending review per raggiungere il risultato ci si possa basare sul postulato: «Il volume degli acquisti delle 35 Centrali di committenza determinerà un abbattimento dei costi di beni e servizi del 5%».

Non a caso anche con l'articolo 41 del Ddl di Stabilità il legislatore attribuisce alle Centrali di committenza una funzione salvifica. Ma di questo se ne parlerà alla prossima puntata.

Marco Molinari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 20.558
Diffusione 08/2015: 14.166
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. Venezia

la Nuova Venezia

Dir. Resp.: Pierangela Fiorani

27-OTT-2015
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

La spesa farmaceutica è calata del 26%

Caccia agli sprechi, acquisti centralizzati, appropriatezza delle ricette. Aifa: è la gestione più virtuosa tra le regioni italiane

di Filippo Tosatto
VENEZIA

L'abuso e il consumo improprio di medicinali hanno un duplice effetto negativo: sull'organismo del paziente (l'etimo greco *pharmakos* indica sia il rimedio curativo che il veleno) e sui bilanci del sistema sanitario, già afflitto da tagli statali ripetuti e cospicui.

Circostanza, quest'ultima, che ha indotto il Veneto ad attuare un piano di riduzione della spesa articolato su più versanti: l'appropriatezza nelle prescrizioni, perseguita con la collaborazione dei medici; la centralizzazione delle gare d'acquisto finalizzata a spuntare prezzi più vantaggiosi; la caccia agli sprechi con verifica annuale del rapporto tra forniture e consumi. Tant'è: dal 2010 ad oggi la spesa farmaceutica del Veneto è scesa da 160 a 118 euro annui pro capite (-26,25%) collocandosi a quota 840 milioni nell'anno in corso (554 la frazione "territoriale" derivante dalle ricette dei medici di famiglia, 285 quella ospedaliera) nel pieno rispetto del tetto fissato dal ministero della salute che fissa all'11,35% la percentuale del budget sanitario regionale destinato ai farmaci. Una performance che colloca il Veneto in testa alla classifica delle regioni virtuose: soltanto le piccole province autonome di Trento e Bolzano vantano standard migliori.

Lo rivela il rapporto fresco di stampa di Aifa, l'Agenzia nazionale del farmaco, che fotografa l'andamento della spesa, documentando come ben 13 regioni italiane (le meridionali al gran completo ma anche Toscana, Liguria e Friuli-Venezia Giulia) superino i parametri stabiliti. Ma non si tratta di un mero esercizio contabile. Il contenimento "strutturale" della spesa consente di investire i risparmi nell'acquisto dei prodotti salvavita più onerosi: gli oncologici ad alto costo, il nuovo farmaco contro l'epatite C, i medicinali innovativi da utilizzare in fase di terapia post-operatorie. Ma come è stata attuata, concretamente, questa spending review? Privilegiando, in particolare, l'accentramento delle procedure di gara, dapprima atomizzate nel circuito di 24 tra Ulss, Aziende ospedaliere-universitarie e Istituti. Qualche esempio extrafarmaceutico? La gestione unica del brokeraggio assicurativo ha abbattuto l'aggio dal 14 all'1%; la gestione informatizzata del personale ha fruttato un risparmio annuale di 2,41 milioni proiettato nel quinquennio; la spesa annuale per le forniture di stent coronarici è calata di 2,10 milioni, quella degli ausili per incontinenti di 7,98; minori esborsi (nell'ordine del milione di euro) anche per le reti chirurgiche e le protesi oculistiche.

È tutto? Non proprio. La flessione di spesa sul versante dei medicinali non risponde soltanto a criteri amministrativi più virtuosi del passato. È anche il frutto dell'impoverimento di una frangia della società non più in grado di accedere ai farmaci più costosi, quelli di fascia C, prescritti soprattutto dai medici specialisti, gravati da ticket onerosi con scarse opportunità di esenzione. Testimoni di questo fenomeno sociale sono i medici di famiglia, a contatto diretto e quotidiano con i pazienti, come emerge nell'intervista che segue.

Dal 2010 la spesa farmaceutica procapite dei veneti è scesa da 160 a 118 euro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

A PAG. 10-11

Audioprotesisti

Professione sanitaria in crescita tra aumento dell'età media e prevenzione

TOUR DELLE PROFESSIONI/ Ruolo in crescita tra allungamento della vita e prevenzione

L'audioprotesista del futuro

Ipoacusia sottovalutata: apparecchi protesici solo per l'11% dei casi

In pole position la sanità privata

Le competenze psicologiche

Adeguate competenze, un'alta tecnologia in continua evoluzione, oggi digitale, e un elevato grado di specializzazione per fornire soluzioni assolutamente individuali e personalizzate. Sono questi gli elementi caratterizzanti dell'audioprotesista, un professionista laureato che svolge in prevalenza la propria attività nella sanità privata. La figura è stata regolamentata nell'ambito della riforma delle professioni sanitarie del 1994 con il compito di rimediare con appropriatezza e massima efficacia la complessa patologia della sordità.

Fra le peculiarità e le specificità della professione rilevante è l'assunto che «nessuna persona è uguale a un'altra, nessuna ipoacusia o sordità è uguale a un'altra, nessuna soluzione uditiva è uguale a un'altra».

Spettano all'audioprotesista abilitato l'individuazione della soluzione protesica idonea, l'adattamento e la fornitura del dispositivo appropriato per l'ottenimento del risultato atteso e il follow up durante e post fornitura, ovvero la verifica e il controllo periodici dei parametri audiologici utilizzati e del corretto funzionamento dell'ausilio uditivo, nonché l'educazione al buon uso per tutta la sua durata.

Ne discende che una prestazione appropriata in audioprotesi può essere soltanto *ad personam* e condotta in autonomia e conseguente responsabilità. Ciò implica, con il diritto di partecipazione alla scelta e il consenso informato dell'utente, che ogni prestazione preveda anche un'assistenza programmata all'uso e follow up periodici che rendono rilevante e fondamentale il rapporto di fiducia professionista/utente, rapporto che non si conclude, ma inizia nel momento della fornitura.

A distanza di vent'anni, la Riforma che prevedeva l'istituzione del profilo della nostra professione ha centrato tutti gli obiettivi allora fissati.

Lo certificano molte ricerche, una per tutte quella del Censis che in una indagine sull'importanza sempre maggiore dei dispositivi medici *("Non solo farmaci e ospedali")* assegna all'audioprotesista il ruolo di gold standard e attesta che l'87% dei portatori di apparecchi acustici dichiarano, con un'alta soddisfazione personale, un notevole aumento della propria "qualità di vita".

Altre indagini hanno misurato positivamente il comportamento professionale. Per po-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-OTT-2015
da pag. 10
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

tenziare e valorizzare la propria funzione sanitaria e sociale, oltre il Codice deontologico obbligatorio per legge, gli audioprotesisti si sono dotati di una propria Carta etica e dei valori, che ha ottenuto il riconoscimento del ministero della Salute e, sul fronte del potenziamento e della qualificazione del ruolo imprenditoriale degli operatori e della "responsabilità sociale d'impresa", gli audioprotesisti sono impegnati a promuovere il Bilancio sociale d'impresa per un'imprenditorialità civilmente e socialmente responsabile con apposite Linee guida e corsi specifici di formazione.

L'ipoacusia un problema sociale sottovalutato e una professione sanitaria giovane e di successo (ancora) poco conosciuta. In uno scenario in cui il futuro professionale dei giovani è incerto e poco incoraggiante, emerge un settore in netta controtendenza che offre alte prospettive occupazionali, di carriera e in cui la domanda di figure specializzate è in costante crescita: il mondo dell'audioprotesi.

L'ipoacusia, ovvero la perdita uditiva, è infatti un fenomeno molto diffuso: in Italia ne soffrono circa 8 milioni di persone, pari al 13% della popolazione (dato Istat).

L'allungamento della vita media, l'inquinamento acustico sempre maggiore e la sottovalutazione del disturbo lo rendono un problema significativo e ad alto impatto sociale, destinato a diffondersi sempre di più. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità l'ipoacusia è tra le maggiori cause di riduzione della "qualità della vita", essendo un disagio con importanti risvolti dal punto di vista sia economico che sanitario. Un problema molto diffuso, a cui però corrisponde, soprattutto in Italia, una sottovalutazione dell'impatto socio-sanitario e una significativa carenza di figure qualificate, nonostante l'alta domanda da parte di aziende che operano nel settore della sanità privata.

Solo con una forte spinta alla cultura della prevenzione oggi carente, e un numero adeguato di tecnici del settore si potrà aumentare il rapporto tra sordità e portatori di apparecchi acustici, che a oggi in Italia è dell'11%, contro un 30% di altri Paesi europei con cui dobbiamo/vogliamo confrontarci.

In questo contesto si colloca il tecnico audioprotesista laureato, figura sanitaria altamente specializzata e riconosciuta ufficialmente 20 anni fa con il Dm 668/1999, diventata rapidamente il punto di riferimento per l'intero settore e le persone ipoacusiche.

L'audioprotesista si occupa della gestione globale dei presidi protesici, cioè di tutti i dispositivi progettati e realizzati per correggere i deficit uditivi. In piena autonomia si occupa dell'accertamento del problema, proponendo soluzioni uditive e di riabilitazione basandosi sui compiti assegnati dalle norme sanitarie vigenti, sulle sue conoscenze tecniche, sull'esperienza acquisita sul campo e sul costante aggiornamento Ecm.

Oltre a ricoprire un ruolo sanitario, l'audioprotesista deve utilizzare le sue competenze nella sfera della psicologia e della comunicazione per cercare di abbattere gli ostacoli e le resistenze del paziente ipoacusico. La perdita di udito, infatti, è vissuta ancora come una condizione inaccettabile e invalidante che rende il paziente insicuro e diffidente. Solo con una solida preparazione e con l'instaurazione di una relazione empatica si potrà diventare un professionista completo e di successo.

Per ricoprire questo ruolo occorre conseguire una laurea triennale in Tecniche audioprotesiche, che fa capo alla Facoltà di Medicina e chirurgia. L'obiettivo del corso è far acquisire competenze nei campi biologico, fisico, clinico, tecnologico, psicologico e sociale. Sono previsti corsi teorico-pratici con un tirocinio audiologico e audioprotesico presso strutture clinico ospedaliere pubbliche e private: ciò permette di osservare da vicino e mettere in pratica le procedure che caratterizzeranno la futura attività professionale. In Italia, in cui operano circa 3.400 audioprotesisti, il rapporto audioprotesisti/popolazione è nettamente al di sotto della media di altri Paesi europei. La situazione del mercato, l'ottima formazione offerta dal sistema universitario italiano e le tecnologie avanzate rendono il nostro Paese di grande interesse anche per investimenti internazionali su questa figura professionale: la domanda di audioprotesisti nei prossimi anni sarà di almeno 500 professionisti l'anno, quota di gran lunga superiore agli attuali numeri di laureati.

Gianni Gruppioni
presidente Anap

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media