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

03-NOV-2015
da pag. 25
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Gli aborti scendono sotto quota 100 mila

Erano 234 mila nel 1982. Tra le cause maggiore consapevolezza (e meno gravidanze)

di **Margherita De Bac**

Per la prima volta da quando esiste la legge 194 che garantisce alla donna il diritto di interrompere una gravidanza, gli aborti sono scesi sotto la soglia dei 100 mila. Per la precisione, risultano qualche unità più di 97 mila. Lo dice il rapporto con i dati definitivi del 2013 e preliminari del 2014, trasmesso al Parlamento dal ministero della Salute. Nel 1982 la curva raggiunse l'apice con 234.801 interventi.

a pagina 25

Perché calano gli aborti

Per la prima volta sono sotto i 100 mila all'anno: dimezzati rispetto ai 234.801 registrati nel 1982 La causa? Più consapevolezza (e meno gravidanze)

2,95

Milioni
Il numero di interruzioni di gravidanza dal 1982

ROMA Diminuisce ancora il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza. Per la prima volta da quando esiste la legge 194 che garantisce alla donna il diritto di abortire, gli interventi sono scesi sotto la soglia dei 100 mila.

Per la precisione, sono qualche unità più di 97 mila. Lo ha stabilito il rapporto con i dati definitivi del 2013 e preliminari del 2014, trasmesso al Parlamento dal ministero della Salute.

A giudicare dai risultati, un traguardo inimmaginabile nel 1982, quando la curva raggiunse l'apice con 234.801 interventi. Molto diverse erano allora le condizioni. C'era forse minor consapevolezza di come e quanto si potesse fare prevenzione con la pillola anticoncezionale. Meno timore di fare figli grazie alla situazione economica del Paese più incoraggiante. Oggi invece le coppie sono più attente nel programmare il concepimento e nell'evitare sorprese.

In ogni caso si tratta di una discesa notevole. Il ruolo dissuasivo dei consultori, principali prescrittori? Può darsi abbia inciso sebbene i vari piani di potenziamento annunciati in varie occasioni non pare siano stati realizzati.

Di crollo comunque si può parlare, parallelo a quello delle nascite che può aver determinato una minore incidenza di gravidanze indesiderate. «È la somma di una serie di fattori. La pillola? Credo abbia un ruolo marginale, a giudicare dalle vendite, immodificate da anni», è dubbioso Emilio Arisi, presidente della «Società di medicina italiana contraccezione» (Smic).

La relazione ministeriale indica un calo sensibile rispetto allo scorso anno, meno 5%. Un terzo dei ricoveri in *day hospital* riguardano le straniere che confermano un tasso di abortività tre volte superiore alle italiane. I ginecologi obiettori — che dopo l'assunzione chiedono di lavorare al di fuori dei servizi per l'Ivg — sono invece aumentati anche se di poco, dal 69,2% al 70%.

Difficile pensare che il lieve scarto sia stato sufficiente per determinare la diminuzione delle Ivg. Eugenia Roccella, parlamentare di Area popolare, esclude oltretutto che non ci siano abbastanza medici per rispondere alla richiesta delle donne: «Anche analizzando nei dettagli i dati di Asl e distretti territoriali si vede che i non obiettori in organico sono in numero adeguato».

È anche questa una prima volta. Non viene rilevata la criticità dei servizi. La media nazionale è di 1,6 aborti per medico con la Sardegna in difficoltà (0,5%) e il Molise di nuovo al primo posto con 4,7.

La situazione di alcuni centri però smentisce questo quadro. Carlo Bastianelli è l'unico non obiettore strutturato dell'Umberto I di Roma: «Abbiamo tutti superato la sessantina, apparteniamo agli anni eroici quando c'erano assunzioni. Non c'è ricambio. È un problema serio: se non intervengono, qualche servizio per l'aborto chiuderà».

E il crollo sotto la soglia dei 100 mila come si spiega? Alla domanda gli operatori rispondono alla stessa maniera. «Ce lo stiamo chiedendo tutti — riporta voci il ginecologo —. Il timore è che le donne risolvano con sistemi alternativi. È facile andare su Internet e ordinare farmaci che provocano l'espulsione del feto».

I servizi pubblici da cinque anni almeno possono utilizzare la pillola Ru486 che la donna può scegliere al posto dell'intervento chirurgico andando a ritirare il farmaco in ospedale, sotto controllo del medico. Secondo la relazione l'hanno richiesta il 10% delle pazienti, il 3% in più rispetto al 2011.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

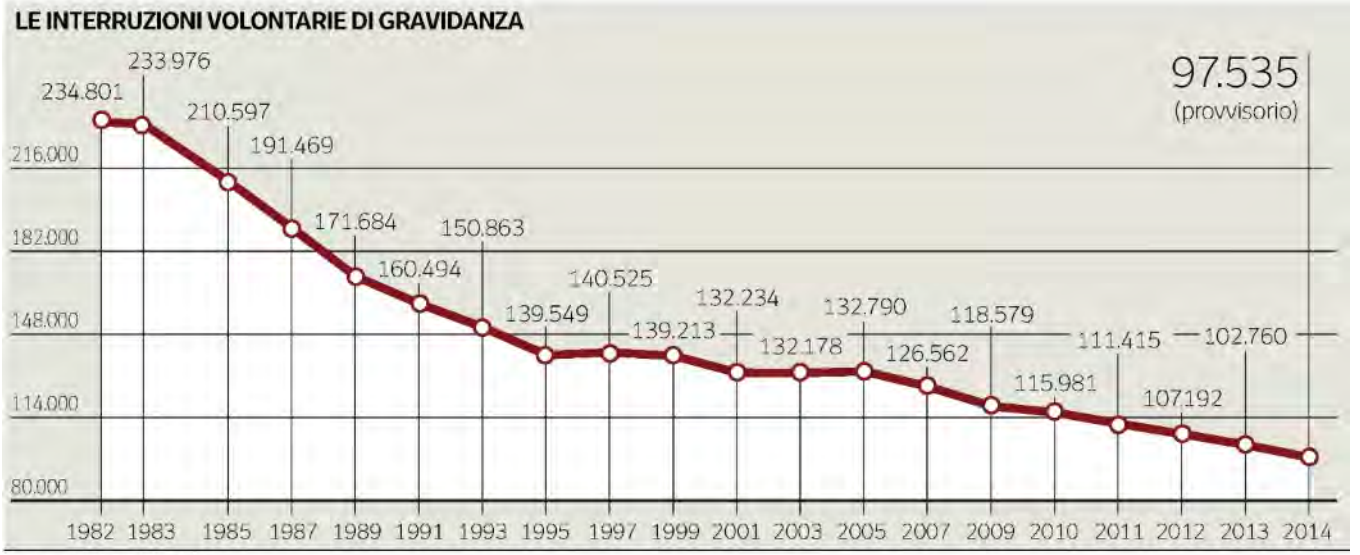
Dir. Resp.: Luciano Fontana

03-NOV-2015
da pag. 25
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

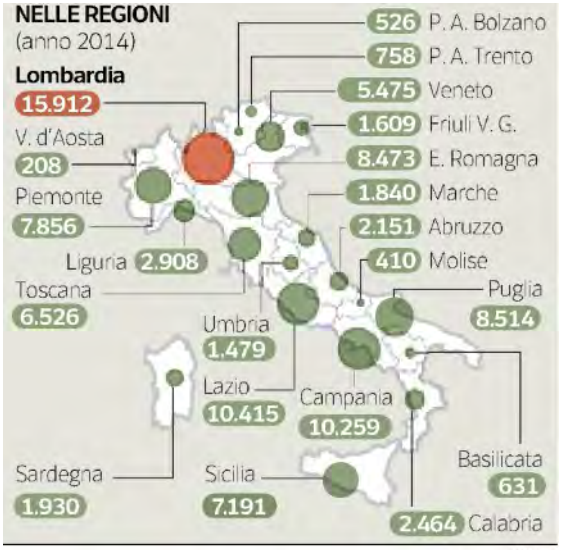
La vicenda

- Il ministero della Salute ha inviato al Parlamento la «Relazione sull'attuazione della Legge 194/78 tutela sociale maternità e interruzione volontaria di gravidanza»
- I dati presentano l'andamento definitivo nel 2013 e anticipano le cifre preliminari del 2014 fornite dalle regioni
- Il tasso di abortività (numero delle gravidanze interrotto per 1.000 donne fra 15-49 anni) nel 2014 è risultato pari a 7,2

Il dossier



Fonte: ministero della Salute



d'Arco

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

03-NOV-2015
da pag. 24
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il rapporto. I dati del ministero della Salute sulla legge 194: interruzioni dimezzate dal 1982. Oltre il 10% si fa con la Ru486 Obiettori 7 ginecologi su 10. "Ma l'assistenza è assicurata"

Il crollo degli aborti per la prima volta sotto i 100.000 l'anno

Uno su tre riguarda donne straniere, mentre sono in calo tra le minorenni

MICHELE BOCCI

UNA soglia simbolica abbattuta: in Italia si fanno meno di 100mila aborti l'anno. La continua discesa del numero delle interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), iniziata all'inizio degli anni Ottanta poco dopo l'approvazione della legge 194 del 1978, non accenna a fermarsi ed è collegata anche al calo delle nascite, che procede più o meno allo stesso ritmo. Per il 2014 gli aborti segnano un — 5,1% rispetto all'anno prima, e un totale di 97.535 interventi chirurgici e farmacologici. Dall'82 il dato è più che dimezzato.

Resta, soprattutto in certe aree del Paese, l'enorme problema dell'obiezione di coscienza dei ginecologi, assestata al 70% nel 2013. Nell'introduzione della relazione al Parlamento sull'applicazione della 194, il ministro della Sanità Beatrice Lorenzin affronta così il tema dei medici che si rifiutano di fare gli aborti. «Il numero di non obiettori risulta congruo — scrive — anche a livello subregionale, rispetto alle Ivg effettuate, e il carico di lavoro richiesto non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività». Come dire, sono tanti i professionisti a scegliere di non fare le interruzioni di gravidanza (nel 2012 erano il 69,6%), ma queste ultime diminuiscono e quindi la domanda delle pazienti troverebbe sempre risposta. È però un fatto che in alcune delle regioni del centro-sud dove i tassi di obiezione sono altissimi (Molise 93,3%, Basilicata 90,2%, Sicilia 87,6%, Puglia 86,1% e Lazio e Abruzzo 80,7%) quelli di abortività, calcolati sul totale delle donne, sono piuttosto bassi. Bisognerebbe sapere se lo scarso numero di medici disponibili influenza la domanda, dissuadendo le donne. Sempre dal ministero spiegano però che le Ivg sono effettuate nel 60% delle strutture ospedaliere disponibili, «con una copertura soddisfacente».

Il tasso di abortività in Italia è tra i più bassi di quelli dei Paesi industrializzati. Nel 2013 il contributo percentuale delle donne straniere è rimasto stabile, al 34%, mentre è diminuito per valore assoluto. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso nel 2013 è stato del 4,1 per mille contro il 4,3 del 2012. I dati più alti si registrano nell'Italia settentrionale e centrale. Gli interventi fatti sulle minorenni sono il 3,2% del totale. Anche in questo ambito l'Italia ha valori più bassi rispetto ad altri Paesi dell'Europa occidentale. Grazie all'Istituto superiore di sanità ogni anno viene fatta anche una stima degli aborti clandestini, che ovviamente sono impossibili da censire con precisione. Si ritiene che siano tra i 12 e i 15mila, un dato che sarebbe rimasto stabile in questi ultimi anni.

Se gli aborti in totale calano, aumentano quelli fatti utilizzando la pillola Ru486, che evidentemente non è stata uno strumento di "incentivo alle interruzioni di gravidanza" come a suo tempo dicevano i suoi detrattori. Il farmaco è usato nel 12,1% dei casi (in totale 10.120) ma con una grandissima variabilità tra le varie Regioni. In Liguria è usato addirittura nel 33,7% dei casi, in Valle d'Aosta nel 27%, in Piemonte nel 23,3% e in Emilia Romagna nel 22,5%. Piuttosto bassa, a 13,1%, la Toscana, la prima ad introdurre il farmaco, il cui uso poi non è decollato. Il Veneto sta intorno al 7% e il Lazio al 5%. Nel 96,9% dei casi, segnala sempre la relazione del ministero, non c'è stata nessuna complicazione per le donne che hanno assunto il farmaco, e il dato è simile a quanto rilevato in altri Paesi e a quanto riportato nella letteratura scientifica dedicata alla Ru486.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

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

03-NOV-2015
da pag. 24
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Le interruzioni volontarie di gravidanza in Italia

I NUMERI

-5%

GLI ABORTI
Nel 2014 sono scesi del 5% rispetto all'anno precedente

70%

GLI OBIETTORI
È stabile il numero dei ginecologi che non fanno aborti

34%

LE IMMIGRATE
Sono le immigrate che fanno ricorso all'Ivg

15.000

GLI ABORTI CLANDESTINI
Questa la cifra delle stime dell'Istituto superiore di sanità

12,1%

RU486
In crescita l'uso della pillola abortiva in quasi tutte le Regioni

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-NOV-2015
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

Le reazioni di Scienza & Vita e Mpv

«Sulle pillole del giorno dopo però è necessario fare chiarezza»

«La riduzione del numero totale delle interruzioni volontarie di gravidanza di cui dà conto il ministero della Salute non può che essere salutata come una buona notizia, anche se stimola altre riflessioni», commenta Paola Ricci Sindoni, presidente nazionale dell'Associazione Scienza & Vita. L'osservazione di Ricci Sindoni fa riferimento a elementi che nella Relazione restano sottotraccia: «Se il calo degli aborti rappresenta di per sé un'evidenza confortante, non possiamo non pensare al contributo non espresso – e certamente incisivo sul totale – dei cosiddetti "anticoncezionali di emergenza", sul cui reale meccanismo di funzionamento "preventivo" permangono molti dubbi». Un'analisi condivisa da Gian Luigi Gigli, parlamentare e presidente nazionale del Movimento per la Vita Italiano: «La riduzione progressiva del numero totale degli aborti e del tasso di abortività non possono che essere valutate positivamente – spiega –. Non è chiaro, tuttavia, quanto la riduzione sia dipesa da maggiore consapevolezza e rispetto della vita, quanto invece da altri fattori». Tra questi, ricorda il presidente del MpV, «giocano un possibile ruolo l'uso delle "pillole dei giorni dopo" che, impedendo l'annidamento dell'uovo fecondato in utero, sono causa di aborti molto precoci, e il ricorso all'aborto chimico "fai da te", attraverso l'impiego di farmaci antiulcera e antidolorifici con struttura e meccanismo d'azione simili a quelli della RU486». Mentre, per quanto riguarda l'obiezione di coscienza, Gigli sottolinea che la relazione «smaschera la pretestuosità degli attacchi agli obiettori».

Tra i segnali positivi c'è sicuramente la bassa percentuale di aborti tra le giovanissime rispetto a quanto registrato negli altri Paesi, dato che per Ricci Sindoni «ci fa ben sperare sulla consapevolezza del valore della vita nei nostri giovani, come ben constatiamo anche durante gli incontri di Scienza & Vita con le nostre associazioni locali». Gigli ricorda gli elementi non presenti, ma determinanti: «La mancanza di dati sull'opera di prevenzione dei consultori costituisce ancora una volta il limite maggiore della relazione. Il Movimento per la Vita Italiano può invece affermare che nel 2014 è stato possibile salvare oltre 10mila bambini».

Infine i due presidenti concordano sulla componente decisiva della denatalità complessiva. «Il minor numero di aborti è in parte legato anche alla riduzione della popolazione femminile in età fertile», osserva Gian Luigi Gigli e Paola Ricci Sindoni sollecita «necessari interventi politici e sociali non rinviabili. Ricordiamo che proprio Papa Francesco ha lanciato un duro monito riguardo le troppe donne che sono costrette a scegliere tra un figlio e un lavoro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Diffusione: 27.750

la Repubblica Milano

Quotidiano

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

Data 03-11-2015
Pagina 1+6
Foglio 1 / 2

LA SANITÀ/IN CALO DEL 5% LE INTERRUZIONI DI GRAVIDANZA

Sono obiettori due ginecologi su tre

In Lombardia due ginecologi su tre sono obiettori e quindi, secondo quanto previsto dalla legge 194, non praticano interruzioni di gravidanza. Una quota talmente elevata da far sì che in quasi tutti gli ospedali si ricorra, per effettuare le procedure, a medici con contratto co.co.co o pagati a gettone. Il dato emerge della relazione del ministero della Salute sull'andamento degli aborti volontari, che in Lombardia nel 2014 sono stati 15.912, contro i 16.778 del 2013. Di questi, solo il 3,3 per cento è stato fatto ricorrendo alla pillola abortiva.

ALESSANDRA CORICA A PAGINA VI

Sono obiettori due ginecologi su tre

Cala del 5,2% (sotto 16mila) il numero delle interruzioni di gravidanza, pochissime quelle con la pillola Ru486
I medici che rifiutano di praticare gli aborti sono il 63% del totale, gli ospedali ricorrono a collaboratori a gettone

ALESSANDRA CORICA

IL DATO è in leggero calo. Ma rimane alto visto che, calcolatrice alla mano, due ginecologi su tre sono obiettori, e quindi non praticano interruzioni di gravidanza. Sono i dati della relazione annuale del ministero della Salute sull'andamento degli aborti volontari. Che in Lombardia nel 2014 sono stati 15.912, contro i 16.778 del 2013. In diminuzione di 5,2 punti, e di oltre il 27 se si paragona la situazione a quella di 12 anni fa. «Il dato — spiega Enrico Ferrazzi, primario di Ginecologia al Buzzi, punto nascita da 3.500 parti l'anno — può essere spiegato grazie al ricorso più consapevole da parte della donna alla contraccezione, soprattutto per quanto riguarda le straniere».

La relazione è stata ultimata nei giorni scorsi dai tecnici del ministro Beatrice Lorenzin, e diffusa ieri. In generale, la situazione in Lombardia sembra abbastanza stazionaria. Con numeri minimi per quanto riguarda le procedure fatte ricorrendo a medicinali (a base di Mifepristone, la molecola della pillola abortiva Ru486, e Prostaglandine): solo il 3,3 per cento. Un numero basso, soprattutto se confrontato con quello di altre regioni: in Liguria il numero di aborti fatto ricorrendo a medicinali (che però allungano i tempi della procedura: in media tre giorni, contro le 24 ore richieste dall'intervento chirurgico) è al 30,5 per cento, in Emilia oltre il 21. Rimane poi alto il numero di medici lombardi che, per ragioni ideologiche e religiose, si rifiuta di praticare l'interruzione di gravidanza: il 63,6 per cento del totale. Anche in questo caso, in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti (nel 2006 era al 68 per cento), e in linea con il dato nazionale. «Il numero — ragiona la ginecologa, e primario della Mangiagalli, Alessandra Kustermann — in parte può essere spiegato anche pensando al mancato ricambio generazionale negli ospedali lombardi». Tradotto: a causa del blocco del turn over, è difficile avere l'assunzione di nuove leve che abbassino la quota degli obiettori.

Certo è che, come già due anni fa aveva dimostrato un'indagine del Pd, quasi due terzi dei ginecologi lombardi sono obiettori. Una quota tanto elevata da richiedere, in alcuni ospedali, il ricorso a soluzioni "alternative", come il reclutamento di medici con contratti di collaborazione, oppure pagati a gettone, se non volontari. «Negli anni — aggiunge Ferrazzi — in alcune strutture c'è stata effettivamente una concentrazione di medici obiettori, che può complicare la situazione». Tradotto: in alcune strutture, feudi di Cl, una cooptazione che ha fatto sì che il tasso superasse anche il 90 per cento dei medici.

La fotografia scattata da Roma sottolinea anche come in Lombardia nell'ultimo anno i tempi di attesa per le donne siano aumentati, «cioè sono peggiorati — scrivono dal ministero —. Diminuiscono le donne che aspettano meno tempo, aumentano quelle che aspettano più a lungo, dall'11,3 al 13,5 per cento». A scegliere di interrompere la gravidanza sono soprattutto donne residenti in Lombardia che, sei volte su dieci, sono cittadine italiane. Con istruzione medio alta e, nella metà dei casi., un lavoro stabile. In sei casi su dieci hanno tra i 25 e i 40 anni: le giovanissime e minorenni sono poco più dell'8 per cento dei casi.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

In peggioramento i tempi di attesa Le donne minorenni sono circa l'8% dei casi

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 41.924
Diffusione 08/2015: 25.893
Lettori Ed. II 2015: 137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

03-NOV-2015
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità

In trent'anni dimezzati gli aborti volontari

■ **ROMA** Nel 2014, per la prima volta, il numero di interruzioni volontarie della gravidanza in Italia è stato inferiore a 100.000. Sono stati notificati dalle Regioni 97.535 casi, con un calo del 5,1% rispetto al dato definitivo del 2013 (105.760), più che dimezzati rispetto ai 234.801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Risulta dalla Relazione sull'attuazione della legge 194 del 1978, appena trasmessa al Parlamento e che contiene i dati definitivi per il 2013 e quelli preliminari per il 2014. Anche gli altri indicatori confermano la continua diminuzione del ricorso all'aborto da parte delle gestanti: il tasso di gravidanze interrotte ogni mille donne fra i 15 e i 49 anni nel 2014 è risultato pari a 7,2, con un decremento del 5,9% rispetto al 2013 e un decremento del 58.1% rispetto al 1982.

Cronache
La rivolta contro il pizzo di Cosa nostra

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

03-11-2015

http://www.adnkronos.com

Nella classifica dei Paesi più sani del mondo redatta da 'Bloomberg' l'Italia è seconda dopo Singapore. La classifica è stilata usando i dati delle Nazioni Unite, dell'Oms e della Banca mondiale. Mentre il punteggio finale per certificare la buona salute della popolazione si basa su alcuni fattori tra cui l'aspettativa di vita alla nascita e le principali cause di morte. **Tra i fattori sono stati inseriti la percentuale di fumatori giovani, il numero di persone con il colesterolo alto e il livello di diffusione delle vaccinazioni.**

La percentuale di ogni singolo Paese - riporta l''Independent' - è stata calcolata sottraendo il valore del rischio dal punteggio totale raggiunto. Singapore ha ottenuto l'89,5% sul 92,5%, l'Italia l'89% su un totale di 94,6%. A seguire Australia, Svizzera, Giappone, Israele, Spagna, Olanda, Svezia e (decima) lGermania.

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

03-NOV-2015
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Regioni e governo allo scontro sulle tasse Renzi convoca i presidenti: ora ci divertiamo

Chiamparino lancia l'allarme: «I tagli dal 2017 al 2019 configurano una situazione che mette a rischio la sopravvivenza del sistema Regioni», dice in Senato come presidente della Conferenza Stato-Regioni. E chiede un incontro al premier. Renzi glielo concede già per domani, caustico: «Adesso con le Regioni ci divertiamo, ma sul serio». La sua idea è netta: le Regioni pensino a «eliminare gli sprechi».

alle pagine 8 e 9

Ducci, Guerzoni, L. Salvia

Sanità e tasse, lo scontro governo-Regioni

L'allarme di Chiamparino: troppi 4 miliardi di tagli, mancano i soldi anche per i medicinali salva-vita Renzi convoca i presidenti: ora ci divertiamo. «Con l'addio alla Tasi a rischio i bilanci dei Comuni»

Audizione

● Sergio Chiamparino, governatore del Piemonte e presidente dimissionario della Conferenza delle Regioni, durante un'audizione in Senato sulla manovra ha lanciato l'allarme

● Per Chiamparino la legge di Stabilità «nei fatti mette a rischio la sopravvivenza stessa del sistema Regioni» e mette in dubbio servizi fondamentali come l'erogazione di farmaci salvavita

Le addizionali

Oggi il vertice
Il nodo dell'aumento delle addizionali Irpef per gli enti in deficit

ROMA L'avvio della discussione della legge di Stabilità in Parlamento alimenta il *cahier de doléances* degli enti locali, dei sindacati e dei tecnici del servizio bilancio del Senato. L'allerta di Sergio Chiamparino, che parla in veste di governatore del Piemonte e di presidente della Conferenza Stato Regioni, testimonia la preoccupazione per la manovra. «I tagli dal 2017 al 2019 configurano una situazione che mette a rischio la sopravvivenza del sistema Regioni», dice Chiamparino durante l'audizione di ieri in Commissione Bilancio a Palazzo Madama. Tanto da chiedere con urgenza un incontro con l'esecutivo. Un appello che il premier Matteo Renzi raccoglie al volo convocando, con toni caustici, un incontro per domani: «Adesso con le Regioni ci divertiamo, ma sul serio».

Secondo Chiamparino, c'è l'esigenza immediata di trovare più risorse per il fondo sanitario nazionale. Il nodo, ribadisce, resta quello sul capitolo sanità nel 2016 poiché: «Le esigenze sono circa il doppio, cioé un miliardo in più». Uno scenario che mette in discussione servizi fondamentali come l'erogazione di farmaci salvavita e che sarà toccato nel vertice con il governo, che vuole scongiurare nuove addizionali, pure nel caso di enti in deficit.

Ma in generale, secondo Chiamparino, sono i tagli a essere insostenibili: «Due terzi della *spending review* sono a carico delle regioni», ricorda il Governatore del Piemonte. Tradotto nel 2016 vuole dire circa 4 miliardi di euro di risparmi, su un totale di 5,9 miliardi, a carico del sistema regionale. Il servizio studi di Camera e Senato, d'altronde, stima in 19 miliardi la sforbiciata imposta nel periodo 2017-2019.

Le critiche arrivano anche dal fronte sindacale. Il segretario generale della Cgil, Susanna Camusso, rimprovera al governo una manovra che «favorisce solo chi ha di più». Aggiungendo che i tagli finiranno per mandare «in default le province». Alle valutazioni sulla finanziaria, espresse nelle audizioni a Palazzo Madama, vanno aggiunti i rilievi dei tecnici di

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

03-NOV-2015
da pag. 8
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Camera e Senato. Nel dossier dei servizi bilancio del Parlamento finiscono sotto esame le modalità di compensazione destinate ai comuni per la cancellazione delle tasse sulle prima casa. Riserve anche sui reali effetti derivanti dall'aumento dell'uso del contante fino a 3.000 euro sui saldi di finanza pubblica. E anche sul fatto che dal settore dei giochi si riesca davvero a incassare un miliardo di euro. Sul canone Rai, pagato in bolletta elettrica, i tecnici chiedono dati sulla platea dei contribuenti e sul numero di evasori, stante la stima di un maggiore gettito a fronte di un canone ridotto da 113 a 100 euro. Intanto il ministero dell'Economia rivendica il taglio al fabbisogno statale: nel 2015 la differenza tra entrate e uscite è calata di 21,5 miliardi di euro rispetto ad un anno fa.

Sul versante pensioni l'esecutivo esclude, infine, adeguamenti al ribasso per effetto dell'inflazione negativa.

Andrea Ducci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

03-NOV-2015
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

POLEMICA SUI NUOVI ORARI

I medici? Pochi e sfruttati: «Abbiamo turni massacranti»

Manila Alfano

L'Italia si adegua alla normativa europea che vieta turni extralarge, scoppia la polemica e i camici bianchi non ci stanno a passare per scansafatiche: «È cambiata l'età. Senza fare discorsi retorici. Quei turni li puoi fare se hai vent'anni. Se sei giovane prima di tutto. Oggi invece quegli stessi orari massacranti li fai anche se hai 50 anni».

a pagina 16

L'INTERVENTO I dottori sotto accusa

Stop ai turni senza fine «Non dite che noi medici siamo scansafatiche»

L'Italia si adegua alla normativa Ue e vieta i maxi orari «Il vero problema? È mancato il cambio generazionale»

POLEMICA

Molti i critici che temono che la novità vada a discapito dei malati

Manila Alfano

■ I medici non potranno più lavorare come prima. Lavoreranno meno per legge. Turni più brevi, più umani probabilmente. Comunque in linea con gli altri Paesi dell'Europa. L'Italia, dal 25 novembre infatti, si adeguerà a una direttiva europea del 2003. E cambierà tutto: per chi lavora in ospedale soprattutto, e a partire dalle norme che regolano il turno di notte, finito il quale si dovrà andare a casa a riposare. E non saranno ammesse eccezioni che spesso e volentieri si verificano ora quando molti medici restano fino a mezzogiorno e anche di più per contribuire alle attività del mattino. Regole che stanno dividendo i medici, che fanno discutere, indignare i reparti, tra le corsi e tra i pazienti. I sindacati da una parte, orari più degni e più umani dicono, dall'altra c'è chi vede la burocratizzazione del mestiere che deve essere fatto prima di tutto con passione e non con l'orologio alla mano. «Punti di vista certo, peccato che qui ci va di mezzo la salute delle persone», spiega il dottor Maurizio Bruni, medico condotto di Milano di 67 anni, professore all'Università degli Studi di Milano e specialista in urologia, medico dal 1972. «Sono anni che svolgo questa professione. So di cosa parlo, prima di fare il medico di famiglia, sono stato un medico ospedaliero, per anni al Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano. Erano gli anni Settanta e l'ultimo problema di noi medici era l'orario di lavoro». L'orario extra large era così frequente che probabilmente nessuno ci faceva neppure caso. «Era regola svolgere il "giro" di reparto dopo la notte, e nessuno se ne lamentava, anzi era l'entusiasmo che ci faceva muovere, che cancellava la stanchezza». E allora cosa è cambiato?

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

03-NOV-2015
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Possibile che oggi abbia vinto la burocrazia in ogni settore e campo? Che domini il cartellino da timbrare? Possibile che tutto il mondo lavorativo abbia perso il senso di quell'entusiasmo capace di spazzare via la stanchezza? «È cambiata l'età. Semplicemente. Senza fare discorsi retorici. Quei turni li puoi fare se hai vent'anni. Se sei giovane prima di tutto. Oggi invece quegli stessi orari massacranti li fai anche se sei un giovincello di cinquant'anni. E posso garantire che non è la stessa cosa. Un tempo era un periodo così, un turbinio, una giostra di novità, di sforzi massacranti. Ma a termine. Poi il famoso ciclo generazionale lasciava il posto ai nuovi e via così. Oggi questa fase si è interrotta». Assunzioni bloccate, spending review, tagli alla Sanità sono stati i motivi principali di questo stop. L'Italia è il Paese che spende 30 per cento in meno rispetto a Francia o Germania nella Sanità. Sono questi i nodi che vengono al pettine e la prospettiva è distorta. «Ora sembra che i diritti dei lavoratori siano un artificio a discapito dei malati che non potranno essere seguiti con efficienza perché questi "pigroni" dei medici vogliono addirittura riposare dopo dodici o quindici ore di lavoro ininterrotto o non vogliono svolgere turni prima di affrontare una notte di guardia». Le risorse da valorizzare e i fondi che non ci sono, nuove assunzioni che però non si possono fare perché le casse piangono, contenere i costi ormai sembra il motivo di fondo in ogni corsia, in ogni reparto di qualsiasi ospedale. «È il risultato di scelte sciagurate. Credere di guarire la sanità pubblica con formule economicistiche si è rivelato un errore. Pura follia. Perché invece non si riduce la pletora di amministrativi che non accenna a diminuire? O aspettiamo forse un altro commissario speciale anche per questo?».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

03-NOV-2015
da pag. 39
foglio 1
www.datastampa.it

Martedì I tempi degli animali

Carne sì, carne no: più che di salute è un problema di etica ambientale

CARLO GRANDE

Più carne, meno carne, no carne: forse la dieta del futuro sarà a base di insetti, come dice il libro di Carlo Spinelli *Carne di formica* (Baldini & Castoldi); è un problema di abitudine, la cultura plasma potentemente il modo di alimentarsi. E' necessario trovare soluzioni che salvino il macroambiente (la Terra) e il nostro stomaco, ovvero nutrire il pianeta per non morire di fame noi stessi. Spunti interessanti sulla rivista *Internazionale*, che scrive così: «I francesi mangiano 89 chili di carne all'anno a testa, due volte più dei loro nonni e tre volte più dei bisnonni. Gli italiani 80 kg, gli statunitensi 125. Nel mondo sono uccisi ogni anno 65 miliardi di animali per l'industria alimentare. La produzione di carne è quintuplicata tra il 1950 e il 2000. I lavoratori del settore della carne sono spesso sfruttati, sottopagati ed esposti a rischi fisici e psicologici. Negli Stati Uniti ogni anno il 25% dei lavoratori del settore della carne si ferisce o ammala, con un tasso di infortuni doppio della media del settore manifatturiero del paese. Il numero di maiali venduti in media da un allevamento statunitense è passato da 945 nel 1992 a 8.400 nel 2009, il peso medio di un maiale abbattuto è passato da 67 chili nel 1970 a 100 oggi. In Francia, l'83% degli 800 milioni di polli d'allevamento vive senza vedere la luce del sole. Per produrre un chilo di manzo servono 15.500 litri d'acqua, per un chilo di maiale 4.900 litri, per un chilo di pollo 4.000 (per un kg di mele servono 700 litri d'acqua, 184 per un kg di pomodori e 131 per un kg di carote). L'allevamento di carne è responsabile del 14,5% delle emissioni di gas a effetto serra, più dell'intero settore dei trasporti.

In tutto il mondo il 70% dei terreni agricoli è usato per nutrire gli animali. Per produrre un kg di carne servono tra i 7 e i 12 kg di cereali. Gli animali sono allevati in condizioni crudeli, sono maltrattati e hanno una vita sempre più breve. Nel tempo impiegato a leggere questo articolo, sono stati uccisi 190mila animali in tutto il mondo. Ogni volta che mangiamo una bistecca dovremmo ricordare quanta sofferenza e violenza ci mettiamo in bocca. Più che per la nostra salute, è innanzitutto per ragioni ambientali, economiche ed etiche che dovremmo smettere di consumare carne. O comunque mangiarne assai meno.

www.lastampa.it/grande

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

la Repubblica

Lunedì 27/07/2015

SELPRESS
www.selpress.com

Direttore Responsabile
Ezio Mauro

Diffusione Testata
311.406

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA

L'INTERVISTA/ COSTANTINO TROISE, SEGRETARIO DI ANAAO-ASSOMED (MEDICI DIRIGENTI)

"Un superticket per intimidirci"

ROSARIA AMATO

ROMA. Chi stabilirà se una prescrizione o un ricovero sono inappropriati e quindi il medico va sanzionato? Secondo Costantino Troise, segretario di Anaao-Assomed, l'associazione dei medici dirigenti, il compito non può certo essere affidato a «un gruppo di tecnocrati», a meno che il vero obiettivo del governo non sia quello di introdurre un nuovo, esoso «superticket» sulla sanità.

Non ci sono margini di razionalizzazione delle prescrizioni secondo voi?

«Esistono sicuramente molte prescrizioni inutili per quel determinato malato in quel determinato momento, ma il metodo per rivederle non è quello di intimidire il medico. Dubito che si possa fare senza i professionisti e contro i professionisti. La strada è quella della legge sulla responsabilità professionale, che invece giace da anni in Parlamento. Dubito fortemente che protocolli o linee guida di Stato messi a punto entro 30 giorni dal decreto possano avere una validità scientifica.».

Eppure anche le Regioni hanno dato il via libera.

«E' curioso che Regioni e Stato di giorno litighino e di notte si accordino. L 'obiettivo vero di questa norma è quello di fare cassa, introdurre un superticket neanche tanto mascherato che porrà a carico dei cittadini una serie di prestazioni, con conseguente arretramento e impoverimento della sanità pubblica. Già adesso la spesa privata è a 30 miliardi, tra le più alte ».

Il governo calcola risparmi per 100 milioni.

«Non so come si possa dire che si risparmiano 100 o 200 milioni, c'è molta demagogia. È un atteggiamento di controllo dell'operato dei professionisti e sostanzialmente lancia un messaggio: da ora in poi è lo Stato che decide quanto si fa. Aumenteranno la diffidenza verso i medici, il contenzioso e le disuguaglianze, che sono già enormi».

Sarà ancora possibile fare prevenzione?

«La prevenzione porta sicuramente risparmi, ma in un orizzonte molto più lungo di quello elettorale».

ANAAO-ASSOMED
Costantino Troise è il presidente dell'associazione che raggruppa i medici e i dirigenti del servizio sanitario nazionale

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

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

03-NOV-2015
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

AFFARI SOCIALI/ Le modifiche del relatore Gelli al testo unificato sulla responsabilità

Penale solo per colpa grave

Medico "salvo" se rispetta le linee guida - Dentisti, resta la "contrattuale"

Il professionista che «a causa di imperizia» provochi la morte o una lesione personale al paziente, risponderà dei reati di omicidio colposo o di lesione colposa solo in caso di colpa grave. Che sarà esclusa quando, «salvo le rilevanti specificità del caso concreto», siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida scritte e aggiornate da società scientifiche selezionate e inserite dal ministero della Salute in un apposito elenco istituito con decreto.

Le modifiche proposte dal relatore Federico Gelli al testo unificato sulla responsabilità professionale all'esame della commissione Affari sociali della Camera aggiornano il codice penale, che si arricchirà di conseguenza dell'articolo 590-ter. «Abbiamo lavorato in stretto contatto con il ministero della Giustizia - avverte Gelli nell'illustrare le ultime limature agli articoli 6 e 7 del provvedimento, che saranno sottoposti a votazione questa settimana -. La conseguenza che queste norme avranno è di estremo rilievo, non soltanto sotto il profilo penale ma anche ovviamente sotto quello civile».

Ma le novità non sono tutte qui: l'articolo 6 prevede infatti, in attesa che le nuove norme entrino a regime, una fase-traghetto in cui si possa transitare dall'applicazione della "Balduzzi" - «dove c'è un riferimento generico alla "colpa", che di fatto rende ardua l'applicazione di quella legge», spiega Gelli - a un dettato normativo puntuale e concretamente traducibile nella pratica quotidiana e giudiziaria. Mano mano che le linee guida saranno adottate da quella parte delle ben 500 società scientifiche oggi esistenti che sarà stata certificata dalla Salute, infatti, la legge 189/2012 andrà gradualmente affievolendosi.

Il relatore ha presentato anche una nuova versione dell'articolo 7: viene ribadita la novità del doppio binario, con la distinzione tra responsabilità contrattuale della struttura (anche per prestazioni svolte in regime intramurario o attraverso la telemedicina) ed extracontrattuale dell'esercente la professione sanitaria, fatti salvi i casi in cui quest'ultimo operi come libero professionista (il dentista che eroga la prestazione nel suo studio privato, ad esempio).

La legge sulla responsabilità professionale, di cui sono in corso di revisione anche le norme su conciliazione e rivalsa, secondo il relatore dovrebbe essere "chiusa" entro una quindicina di giorni e potrebbe essere iscritta in Aula tra la metà e la fine di novembre. Resta nel frattempo in piedi l'ipotesi di stralciare parte degli articoli inserendoli nel "pacchetto legge di Stabilità". Intanto, tra i nodi ancora da sciogliere e di cui si occuperanno in questi giorni i deputati, quelli dell'impatto che le nuove norme potrebbero avere sul comparto assicurativo (articolo 8 del testo).

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

03-NOV-2015
da pag. 6
foglio 1 / 5
www.datastampa.it

Malattie rare in ordine sparso

A PAG. 6-7

XI RAPPORTO CREA/ Focus sull'attuazione del Pnmr nelle aziende sanitarie di 4 Regioni

In ordine sparso sulle «rare»

Brescia, Arezzo, Cagliari e Taranto: ecco i modelli di approccio al paziente

Scelte gestionali coerenti con l'impianto dei singoli Ssr

Registri fai-da-te ma passi avanti sugli screening pre e neonatali

Scarso passaggio di consegne tra il pediatra e il Mmg

Il collegamento tra i presidi e il territorio è una chimera

Il Piano nazionale delle malattie rare 2013-2016 (Pnmr) esplicita le attività che dovranno essere implementate, o comunque rafforzate, per ridurre e limitare le discrasie presenti nella qualità dei servizi offerti e nella loro accessibilità; differenze originate, secondo gli estensori, soprattutto dal diverso livello di conoscenza ed esperienza sulle singole malattie.

Scendendo a un livello maggiore di dettaglio, il Piano indica le azioni da implementare su specifiche aree tematiche quali la rete, i sistemi di monitoraggio (i registri epidemiologici), l'unificazione e standardizzazione della codifica delle malattie, i relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta), il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e dei loro familiari, la ricerca, la formazione, l'informazione e, infine, la prevenzione (primaria e secondaria).

Appare, quindi, evidente come il Piano, rappresentando un documento di indirizzo, rimanga a un livello necessariamente "alto", demandando alle Regioni le modalità implementative delle linee di indirizzo generali raccomandate.

Appare, altresì, evidente come l'implementazione del Piano richieda, oltre alla individuazione dei Centri di riferimento e la loro messa in rete, una presa in carico globale e senza soluzione di continuità che coinvolge direttamente le singole Aziende sanitarie.

Risulta, quindi, particolarmente interessante rilevare come le Aziende sanitarie si stiano organizzando per rispondere agli stimoli/solleciti del Pnmr.

È in questa ottica che si colloca la seconda annualità di ricerca dell'Osservatorio nazionale sui modelli organizzativi e gestionali delle reti di assistenza ai malati rari, che è nata con lo scopo precipuo di rilevare i percorsi organizzativi in atto e di ricercare indicazioni tratte dall'esperienza del management delle Aziende sanitarie (Direzione generale, sanitaria, amministrativa, Direzione di distretto e di Unità operative ospedaliere), utili per guidare l'implementazione delle azioni previste dal Pnmr.

Per soddisfare l'obiettivo della ricerca si è, quindi, proceduto a condurre una rilevazione, articolata in due distinti momenti, in quattro Regioni (Lombardia, Toscana, Sardegna e Puglia): in una prima fase sono stati indagati alcuni aspetti caratterizzanti l'organizzazione regionale; in un secondo momento, l'analisi si è poi spostata sulla rilevazione delle esperienze di fattiva implementazione a livello aziendale. Operativamente, è stata effettuata una rilevazione on site dei modelli organizzativi implementati in alcune Aziende sanitarie aderenti a Federsanità-Anci operanti con modelli e contesti di politica regionale diversi: la Asl Brescia, l'Ausl 8 Arezzo, l'Asl 8 Cagliari, l'Asl Taranto.

La rilevazione dei dati e delle informazioni di interesse è stata guidata da un protocollo, predisposto da un board scientifico, a cui hanno partecipato Cittadinanzattiva, Farmindustria, Fimmg, Istituto superiore di Sanità, ministero della Salute, Orphanet Italia e Orphan Europe, Federazione Uniamo, finalizzato a rilevare gli aspetti organizzativi, nonché il percorso del paziente con malattia rara.

La rilevazione si è concentrata sui seguenti aspetti:

- organizzazione della rete e gestione del soggetto con malattia rara;
- adozione, più o meno formalizzata, di Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta);
- promozione e realizzazione di attività formative per tutti gli attori coinvolti nel processo di cura della persona con malattia rara;
- promozione ed implementazione delle attività per la prevenzione secondaria con particolare riguardo agli screening prenatali e neonatali.

L'analisi è stata, infine, finalizzata all'elaborazione di una tassonomia delle politiche aziendali rilevate, evidenziandone punti di forza e di debolezza, sempre alla luce delle indicazioni del Pnmr.

Infine è stata analizzata la prospettiva dei pazienti in merito ai modelli organizzativi in essere e le eventuali criticità ancora presenti.

In questa prospettiva, il lavoro dell'Osservatorio, oltre a offrire un contributo scientifico per una possibile implementazione del Piano nazionale malattie rare (Pnmr), vuole proporsi come un facilitatore nella circolazione delle esperienze aziendali e dei modelli organizzativi adottati, con l'obiettivo di promuo-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

vere una governance efficace del fenomeno MR a livello aziendale.

La rilevazione ha permesso, anzitutto, di mettere in rilievo il sostanziale avanzamento dello sviluppo della rete: questo implica come sotto il profilo degli aspetti clinici le strategie di sviluppo delle organizzazioni regionali analizzate, Lombardia, Toscana, Puglia e Sardegna (ma il dato è ragionevolmente estensibile ad altre Regioni) si stiano dimostrando tendenzialmente efficaci: la crescita dell'offerta dei Prn (Presidi della rete nazionale), sebbene ancora diversa per consistenza numerica e per tipologia di patologie trattate nelle diverse Regioni, può essere ritenuta complessivamente soddisfacente; sempre da questo punto di vista, anche la raccolta di dati epidemiologici che vanno ad alimentare, in primis, i vari Registri regionali e, successivamente, quello nazionale, sebbene con tempi e modalità diverse, ha registrato una netta accelerazione. In tale contesto, alla luce anche dei recenti (2014) provvedimenti adottati dal Consiglio europeo, sarebbe anche opportuno un allineamento alle nuove disposizioni europee e quindi una verifica del possesso da parte dei Prn dei nuovi requisiti richiesti per qualificare una struttura come centro di riferimento per le malattie rare e, quindi, deputata a entrate a far parte della European reference network (Ern).

Occorre, però, sottolineare come le scelte delle Regioni in tema di Registro siano state assolutamente non omogenee: mentre Lombardia e Toscana hanno optato per realizzarne uno proprio, Puglia e Sardegna, analogamente a quanto fatto da altre da altre Regioni (tra le quali ricordiamo Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria), hanno stipulato una convenzione con la Regione Veneto per l'implementazione sul loro territorio del Registro già adottato e sperimentato in quest'ultima Regione.

Differenze nelle soluzioni organizzative, pur non essendo incentivate, sono previste dal Pnmr che, come abbiamo già evidenziato, disegna un quadro di riferimento generale, lasciando poi alle Regioni la facoltà di adattarlo ai propri modelli organizzativi, ovvero alle proprie caratteristiche socio-economiche. Non di meno sul tema specifico si delinea una dicotomia che sarà in prospettiva utile monitorare.

Inoltre, come era lecito aspettarsi, le differenze nei modelli istituzionali dei Ssr impattano significativamente sulla presa in carico del malato raro sul territorio (a livello di Asl/Distretto).

Infatti, dallo studio emerge come le Asl coinvolte nelle analisi abbiamo già provveduto ad affrontare numerosi punti chiave dell'implementazione del Pnmr, nel rispetto delle indicazioni da esso fornite, ma tanto con adattamenti alle esigenze e peculiarità locali, quanto garantendo una coerenza di fondo con l'assetto istituzionale dei Ssr in cui operano.

In particolare, se si considera che una delle maggiori criticità connesse alla gestione delle MR è la parcellizzazione dei percorsi assistenziali generata dalla difficile comunicazione tra i servizi coinvolti nel processo di cura (Prn, Presidi aziendali, servizi territoriali etc.), appare d'immediata evidenza che la condivisione delle informazioni fra Prn e i Dss (Distretti socio sanitario) di residenza dei pazienti più o meno formalizzata attuata sia dalla Asl di Brescia che da quella di Taranto e di Arezzo, rappresenta un innegabile punto di forza ed una leva per il superamento della citata frammentazione delle informazioni e, dunque, del percorso di cura. Di contro, il mancato passaggio di informazioni tra la Asl 8 di Cagliari e il Dds di residenza del paziente lascia trasparire un punto di potenziale debolezza nell'organizzazione regionale.

Un ulteriore punto critico per tutte le Asl (escludendo forse quella di Arezzo), confermato anche dai rappresentanti dei pazienti, è rappresentato dalla mancanza di un sistema formalizzato di "passaggio di consegne" dal Pls al Mmg nel momento della transizione del paziente dall'età pediatrica a quella adulta: questo potrebbe generare una mancanza di continuità assistenziale, impattando fortemente sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate, oltre a produrre nel paziente la percezione di "vuoto assistenziale" e determinare, con buona probabilità, costi più alti e un'efficacia minore dei trattamenti. Processo questo che necessita evidentemente di una standardizzazione.

Sempre in tema di presa in carico a livello aziendale, segnaliamo come la Asl di Brescia abbia implementato il Ctmr (Centro territoriale MR), configurandolo come un servizio di collegamento ed integrazione tra i diversi snodi di una rete sanitario assistenziale articolata e complessa. In particolare, il Ctmr svolge un ruolo di coordinamento locale per gli operatori socio sanitari sulle diverse tematiche relative alla diagnosi, cura e assistenza delle MR, agevolando la comunicazione tra il Presidio di riferimento e la rimanente realtà socio sanitaria.

Similmente nel modello pugliese è prevista una Task force distrettuale, di recente approvazione, di cui sarà interessante monitorare se in prospettiva avrà maggiore o minore efficacia.

La citata Azienda sanitaria aretina non si è invece dotata, così come esortato nel Piano, di un ambulatorio dedicato ai pazienti adulti con malattia rara, ritenendo che perseguire una buona presa in carico dei pazienti sia una sfida trasversale che, se vinta, garantisce anche la presa in carico del paziente con MR: questa filosofia ha l'innegabile pregio di essere estensibile a qualsiasi forma di malattia rara, in quanto il malato raro è ritenuto un malato cronico, e come tale trattabile nei medesimi circuiti del malato "non raro". Conseguenza indesiderata di questo modus operandi, tuttavia, potrebbe essere una minore attenzione alla definizione di percorsi assistenziali predefiniti, con il rischio di una non completa tracciabilità del percorso di cura effettuato: ovviamente questo sarebbe superabile con efficace monitoraggio realizzabile integrando le varie basi dati amministrative aziendali.

Medesimo rischio riguarda anche la Asl di Taranto e quella di Cagliari poiché, a oggi, al pari dell'Azienda ospedaliera aretina, non hanno adottato protocolli e percorsi assistenziali formali.

Fra gli altri aspetti più di dettaglio che vale la pena segnalare segnaliamo che in tutte le Asl analizzate sarebbe prevista l'erogazione di benefici economici e/o in natura a favore delle famiglie e dei caregiver che si prendono cura di malati particolarmente complessi. Ma nel momento in cui l'Azienda sanitaria non riesce sempre, per mancanza di fondi, a dar seguito alle sperimentazioni intraprese (come nel caso della Asl di Brescia che attraverso il Ctmr, ha sperimentato nel 2010 e poi nel 2012 l'erogazione di una dote economica per le famiglie dei pazienti con MR), tali iniziative rischiano di diventare punti di vulnerabilità del sistema.

Sul fronte della formazione, poi, se quanto fino a oggi realizzato nelle Asl di Brescia, Cagliari e Arezzo può essere ritenuto soddisfacente, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo, solo la definitiva attuazione delle raccomandazioni del Pnmr in tema di formazione del medico, permetterà un indirizzamento del paziente allo specialista del Ssn in grado di formulare la diagnosi nel minor tempo possibile ed orientarlo, conseguentemente, verso lo specifico Presidio di riferimento.

Registriamo anche un potenziamento dell'offerta delle attività di scre-

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

03-NOV-2015
da pag. 6
foglio 3 / 5
www.datastampa.it

ening, tanto neonatale quanto pre natale, ritenuti di primaria importanza per il riconoscimento precoce sia dei feti che dei neonati affetti da MR allo scopo di indirizzare i genitori, in tempi assolutamente celeri, verso le strutture competenti per il trattamento di quella specifica patologia.

Nelle Aziende prese in analisi, l'attività di prevenzione secondaria, con particolare riferimento ai citati screening, sta ricevendo un forte impulso. In ogni caso, ad oggi, lo sviluppo delle attività di screening è già a un livello soddisfacente nella Asl di Cagliari, mentre in quella di Taranto è ancora in fase embrionale e, dunque, apprezzabile solo in prospettiva. Si ricorda che tale attività non è svolta nella Asl di Brescia poiché su questa non insistono strutture ospedaliere.

Volendo riassumere, ci sembra possano essere evidenziati tre diversi modelli/approcci.

Il primo, identificabile con la Asl di Brescia, prevede un canale "preferenziale" per il malato raro. Ne è riprova la costituzione del Centro territoriale per le malattie rare (Ctmr), come riferimento unico per pazienti e famiglie, e con funzioni di coordinamento locale per gli operatori socio sanitari sulle diverse tematiche relative alla diagnosi, cura e assistenza delle MR, e di agevolatore della comunicazione tra Prn e realtà socio sanitaria.

Un secondo modello, a cui possiamo assegnare l'esperienza della Ausl 8 di Arezzo, prevede la non separazione dei percorsi assistenziali tra malati cronici affetti da patologia "non rara" e malati rari. L'approccio si basa sulla assunzione che un sistema efficace ed efficiente di risposta alla cronicità sia un riscontro di per sé adeguato alle problematiche dei malati rari.

Un terzo modello è quello che prevede una attivazione di risposte specifiche, gestite tanto a livello regionale che aziendale. A questo possono essere assegnate sia la Asl di Taranto che quella di Cagliari, sebbene la prima - con il modello delineato dalla Dgr 158/2015 in tema di "Linee guida regionali e Istruzioni operative in materia di assistenza ai pazienti affetti da malattie rare" sia ancora in divenire e caratterizzata dall'istituzione di vari centri con funzioni di cerniera/coordinamento (Centro di Assistenza e ricerca sovraziendale, e Task force del Distretto socio sanitario). Si tratta di un modello aziendale che prevede la convocazione dell'Unità di valutazione multidisciplinare per ogni nuovo caso di paziente con zmalattia rara, finalizzata alla definizione del percorso socio assistenziale individuale.

Si noti che tali modelli risultano evidentemente coerenti con i modelli organizzativi e istituzionali in cui le realtà analizzate si situano:

- il primo approccio è chiaramente coerente con il modello lombardo che prevede una chiara separazione fra ruoli di produzione e committenza;
- il secondo si lega all'adozione generalizzata in Toscana dell'approccio del cosiddetto Chronic care model;
- nelle due Regioni del Sud/Isole analizzate, che possiamo affermare si trovano in una fase di sviluppo embrionale del modello di risposta per le MR, si intravede un modello misto, con una presenza di "corpi intermedi", che regolano i rapporti fra produttori e committenti.

Scelte, quindi, coerenti con gli assetti regionali dei singoli Ssr, tutte a priori valide, e per questo tutte da monitorare per valutarne ex post l'efficacia e l'efficienza.

Questa non uniformità ci sembra, in definitiva, una logica e attesa conseguenza delle logiche federaliste a cui si ispira il Ssn, e in ossequio alle quali il Pnmr si ferma alle indicazioni generali lasciando ampio spazio implementativo alle Regioni. Non di meno solo il monitoraggio delle performance potrà dirimere la questione di quale (se poi ce ne sarà mai uno solo...) modello sia preferibile. Monitoraggio nel quale la customer satisfaction dei pazienti e delle loro famiglie assume una importanza assolutamente strategica.

Passando a questioni più puntuali, un aspetto di generale criticità sembra, invece, riscontrarsi nella mancanza di formalizzazione dei rapporti medicina di base e pediatria di libera scelta, come anche in una qualche empasse sulla attivazione dei flussi informativi tra Prn e Dss di afferenza del paziente.

Le soluzioni tecnologiche in grado di assicurare il passaggio delle competenze dai Prn alle strutture che hanno in carico il paziente, come anche i contatti e la condivisione delle informazioni tra Prn e Dss di afferenza del paziente, sono ancora limitate.

Anche in questo caso l'empasse non stupisce, essendo il riflesso di quello che si ritiene essere il problema centrale nel riassetto in corso dell'assistenza territoriale: evidentemente ruoli, funzioni e canali di interrelazione, dovranno progressivamente calarsi in un nuovo modello generale di assistenza territoriale che è ancora in larga misura in fieri in molte Regioni.

Altro punto prospetticamente dolente sono i sistemi informativi/amministrativi idonei a rilevare le prestazioni di consulenza extra Asl, ovvero le prestazioni e i beni erogati ai pazienti al di fuori del territorio di residenza: tematiche che pur richiamate dal Pnmr, non sembrano ancora avere trovato una strategia efficace di risoluzione.

In merito a questi due ultimi aspetti, la Convenzione con il Registro del Veneto, adottata da Puglia e Sardegna, dovrebbe peraltro favorire un recupero del ritardo accumulato in queste Regioni, consentendo a regime, oltre alla raccolta dei dati epidemiologici, anche di quelli relativi alla presa in carico del malato raro sul territorio.

Non si può però omettere che, pur disponendo di uno strumento informativo con notevoli funzionalità (il Registro), è necessario un process reingineering finalizzato alla corretta alimentazione dei suoi diversi moduli: in particolare andrebbero individuate le figure professionali che devono alimentare il flusso informativo e le modalità e fasi in cui farlo.

Allo stato attuale, la comunicazione (tipo di informazioni, ma anche modalità di comunicazione) tra i Prn e le strutture dedite alla presa in carico del malato raro sul territorio, rimane una delle principali criticità riscontrate.

In questo quadro un contributo importante potrebbe essere rappresentato dall'implementazione di attività formative, peraltro anch'esse previste dal Pnmr ma ancora poco standardizzate sia in termini di contenuti che di destinatari, come anche in termini di responsabilità (regionale o aziendale). Si delinea, pertanto, l'esigenza di un percorso formativo dedicato ai soli aspetti clinici (diagnosi, terapia etc.), implementato a livello regionale (specialisti ospedalieri, Mmg/Pls), e finalizzato alla creazione di competenze avanzate nella individuazione dei soggetti portatori di malattia rara. A livello di Azienda potrebbero, invece, essere sviluppati dei percorsi formativi riguardanti la presa in carico del soggetto sul territorio (fuori dal Prn), destinato a clinici, ma anche infermieri, operatori socio sanitari, psicologi, caregiver, ovvero familiari dei malati rari.

Conclusivamente, l'implementazione del Pnmr è in qualche modo ormai entrata nella sua fase operativa, con modalità regionali spesso difformi che necessitano di un monitoraggio nel corso del tempo; alcune soluzioni, poi, appaiono dotate di un grande potenziale e, quindi, assolutamente degne di approfondimento. A ogni buon conto, in linea generale, lo stato ancora embrionale di molte delle soluzioni adottate non permette di trarre conclusioni, e

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

03-NOV-2015
da pag. 6
foglio 4 / 5
www.datastampa.it

questo pone l'esigenza di porsi alcuni interrogativi, tra cui, senza pretesa di esaustività, segnaliamo:

1. l'utilità, e di conseguenza le eventuali funzioni, di una struttura di raccordo tra Regione e Aziende sanitarie, come riscontrato ad esempio in Lombardia con il Gruppo di lavoro, che rappresenta un organismo trasversale con funzioni di coordinamento;

2. la assimilazione dei percorsi di presa in carico sul territorio dei malati rari, con quelli dei malati cronici, secondo le logiche del Chronic care model;

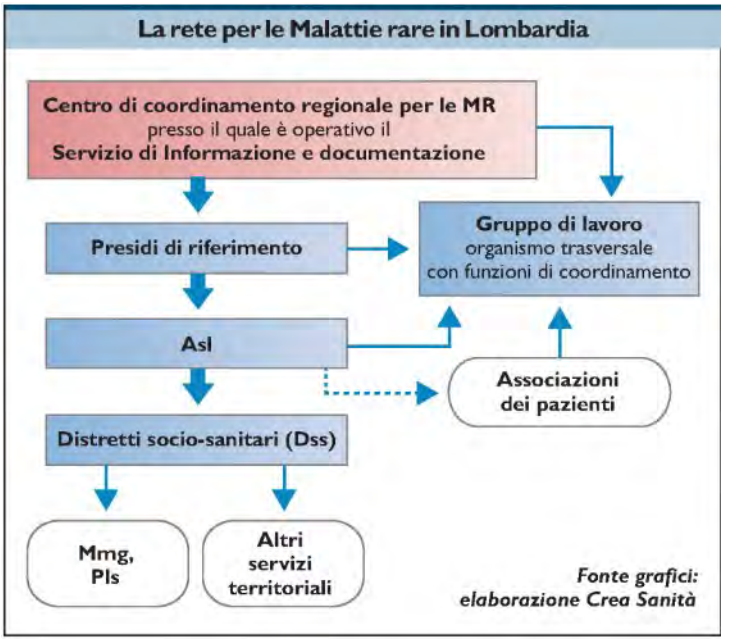
3. la definizione delle responsabilità di presa in carico sul territorio del paziente e della sua famiglia, oggi divise fra Distretti socio sanitari, Ucp, singoli Mmg o Pls, etc.;

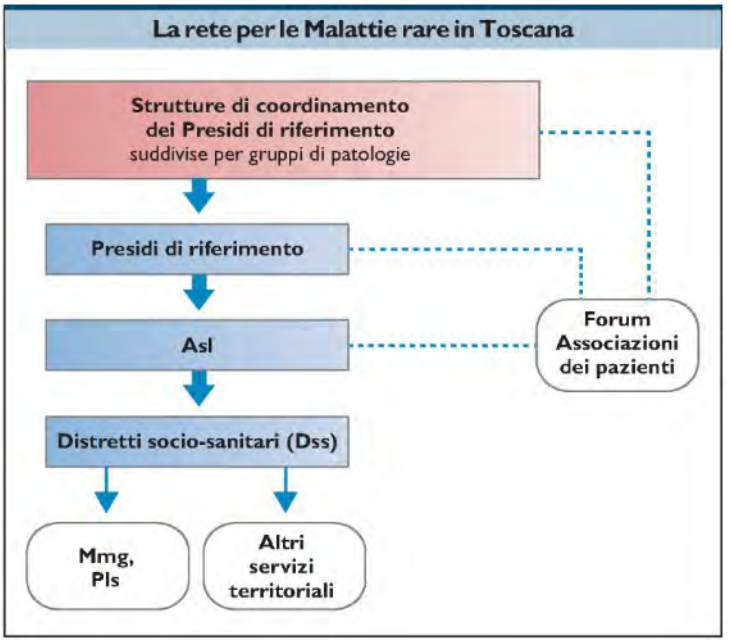
4. il grado di interoperabilità dei sistemi informativi epidemiologici, di competenza dei Prn, con quelli amministrativi finalizzati alla tracciabilità di quanto erogato al paziente nel suo percorso di cura;

5. estensione e numerosità dei Pdta per le MR, e compensazione fra standardizzazione dei percorsi e loro adattamento individuale sulla base delle risultanze delle unità di valutazione multi-disciplinare.

Osservatorio nazionale sui modelli organizzativi e gestionali delle reti di assistenza ai malati rari - Crea Sanità, Federsanità-Anci, Recordati

© RIPRODUZIONE RISERVATA





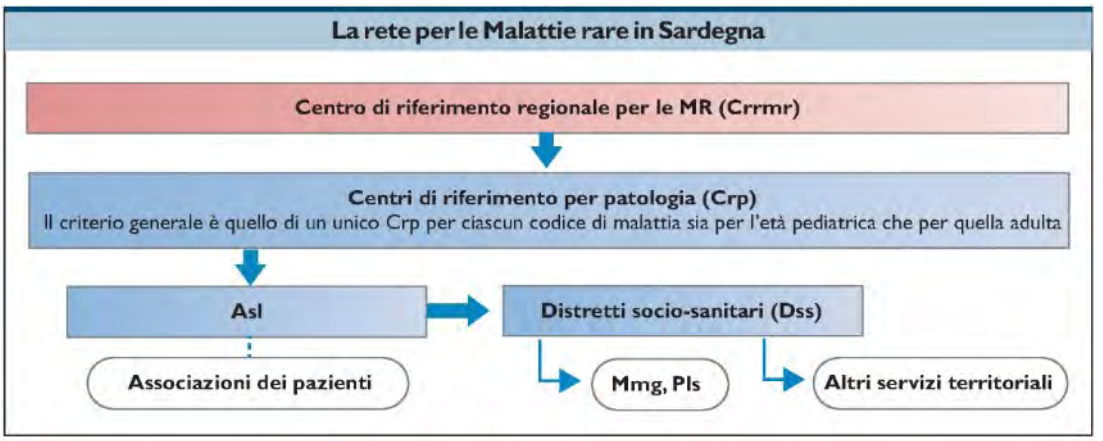
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

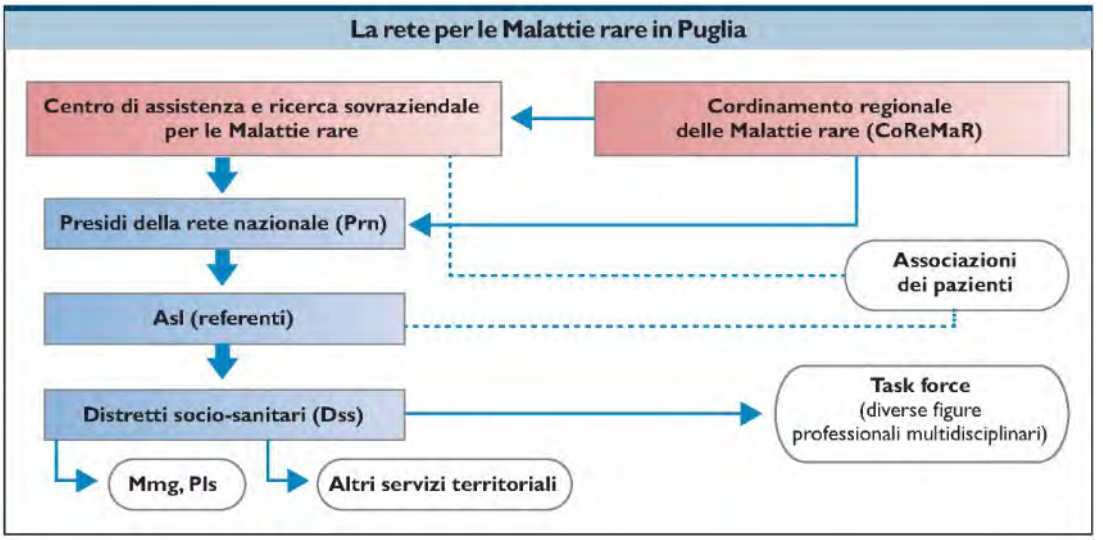
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

03-NOV-2015
da pag. 6
foglio 5 / 5
www.datastampa.it





data stampa
dal 1980 monitoraggio media