Sanità24 Il Sole 24 ORE

04-11-2015

Lettori

402.957

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

I ginecologi: «Subito la legge sul rischio professionale, nostra categoria tra le più colpite»

di *Paolo Scollo (Presidente Sigo, Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia)*

Cinque miliardi di euro l'anno. È questa la cifra che si può recuperare eliminando del 50% l'eccessivo ricorso alla medicina difensiva. Secondo una ricerca dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali esami inutili, accertamenti superflui e prestazioni sanitarie evitabili, svolte dai clinici solo per evitare una possibile denuncia, costano 10 miliardi ogni 12 mesi all'intera collettività. È con questa proposta avanzata dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) in occasione del suo 90° congresso nazionale che si è svolto nei giorni scorsi a Milano e che ha visto la partecipazione di 2.500 specialisti provenienti da tutta la Penisola. In quell'occasione diverse sessioni sono state dedicate ad un grande problema che da troppi anni affligge i camici bianchi italiani: il contenzioso medico-legale. Per colpa delle troppe cause contro il personale sanitario ogni giorno perdiamo potenziali nuovi professionisti in aree ad altro rischio.

La ginecologia è una delle specialità più colpite

Ben il 10% delle cause è proprio a carico di uno specialista del benessere femminile. Oltre il 98% dei processi però termina con un'assoluzione o archiviazione da parte della magistratura. Tutto ciò comporta anche in questo caso spese enormi per sia per i professionisti che per contribuenti. E inoltre favorisce un deprezzamento sempre maggiore dell'immagine della professionalità medica. Infine c'è un terzo grande problema che rende difficile il lavoro dei ginecologi quello delle assicurazioni. I costi sono in costante crescita ed è possibile arrivare a pagare fino a 20mila euro per una polizza. Si tratta di una cifra insostenibile soprattutto per i giovani medici all'inizio della loro carriera. Da anni noi ginecologi denunciamo questa situazione ma finora non abbiamo ancora ottenuto risposte chiare da parte dell'istituzioni competenti.

Fare presto: è nell'interesse dei medici, ma anche delle pazienti

Invitiamo, quindi, il Parlamento e il Governo ad approvare e a mettere in pratica al più presto una legge sulla responsabilità professionale per adeguare il nostro ordinamento a quello di tutti

gli altri Paesi Europei. Da alcuni mesi un decreto è in discussione in Commissione Affari Sociali delle Camera. La nostra società scientifica ne condivide pienamente i contenuti perché fornisce risposte importanti su extracontrattualità tra medico-paziente, obbligo assicurativo per le strutture sanitarie, udienze preliminari prima di un processo penale e consulenze tecniche precedenti alle cause civili, fondo di solidarietà nazionale per area terapeutica, scelta dei consulenti tecnici di ufficio. Inoltre i provvedimenti in discussione stabiliscono l'istituzione di un osservatorio nazionale sul rischio clinico sia a livello regionale che nazionale. I ginecologi italiani hanno partecipato alla stesura del decreto con un loro rappresentate nella Commissione del Ministero della Salute. Ringraziamo il ministro Beatrice Lorenzin per averci coinvolto nell'iniziativa legislativa. Ma invitiamo però tutto l'Esecutivo ad accelerare sull'approvazione. Non c'è più tempo da perdere soprattutto nell'interesse della serena assistenza alle pazienti.

Prevenire per risparmiare

Infine dobbiamo ricordare che esiste un'altra fonte di sicuro risparmio con la quale è possibile recuperare risorse da rinvestire nel sistema sanitario nazionale: la prevenzione e gli stili di vita sani. Come è noto il nostro è il secondo Paese più anziano al mondo dopo il Giappone. Oltre 13 milioni e 800mila italiane hanno più 50 anni e stanno quindi affrontando la menopausa. Disturbi cardiovascolari, osteoporosi e tumori sono alcune delle conseguenze della fine delle mestruazioni. Ma solo un'italiana su due ne è a conoscenza. Se vogliamo evitare di dover curare domani sempre più pazienti afflitte da malattie croniche dobbiamo favorire oggi gli stili di vita sani. Il 58% delle italiane per esempio ammette di sentirsi peggio di prima della fine del ciclo mestruale. Per poi più della metà non svolge la consueta visita ginecologica annuale. Se vogliamo evitare di dover curare domani sempre più pazienti afflitte da malattie croniche dobbiamo favorire una condotta salutista. Per questo al congresso di Milano la Sigo ha lanciato la campagna Menopausa meno...male! (www.menopausamenomale.org) con l'obiettivo di aiutare le donne a vivere questa fase della vita con più consapevolezza e serenità. Vogliamo contribuire, attraverso numerose iniziative e progetti, a migliorare l'informazione per aiutare le donne a viverla con più consapevolezza e serenità e a combattere anche i piccoli disturbi, troppo spesso sottovalutati e ritenuti, in modo errato, inevitabili.

Salute H24

04-11-2015

http://www.saluteh24.com

Menopausa: non è “sinonimo d'invecchiamento”

Uno stile di vita sano e la terapia ormonale potrebbero aiutare ad affrontarla con serenità

Il sopraggiungere della menopausa non deve necessariamente alterare la qualità della vita di una persona. Le donne vivono, in media, 84,6 anni. Pertanto, dopo l'arrivo di questa delicata fase della vita, tra i 45 e i 55 anni, restano ancora quasi 30 anni di esistenza attiva. La menopausa, dunque, non può continuare a essere considerata soltanto un “sinonimo dell'invecchiamento”. Proprio contro questo stereotipo si rivolge la campagna: ***“Menopausa meno… male!”*** promossa dalla Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo). Lo scopo dell'iniziativa è quello di aiutare le donne a affrontare l'avvento della menopausa con più consapevolezza e serenità.

“Spossatezza, vampate di calore, irritabilità, ma anche alterazioni del metabolismo, disturbi cardiovascolari, osteoporosi e tumori sono alcune delle **conseguenze legate al calo degli ormoni femminili** (gli estrogeni), che esercitano un effetto protettivo sull’organismo femminile – spiega Paolo Scollo, Presidente Sigo –. Questi cambiamenti fisiologici fino a poco tempo fa spaventavano le donne; oggi invece sono controllabili: attraverso la**prevenzione primaria (stili di vita sani) e secondaria (screening e diagnosi precoce).** La menopausa può essere vissuta in piena serenità. Vogliamo diffondere una nuova cultura della menopausa e della prevenzione e abbattere i falsi miti legati a quest’importante fase delle vita di ogni donna”.

Durante la presentazione della campagna, la Sigo ha presentato i risultati di un sondaggio, realizzato nel settembre 2015, condotto su oltre 2 mila donne italiane d’età compresa tra 40 e 60 anni. L'indagine ha rilevato che il 58% ammette di sentirsi peggio di prima della fine del ciclo mestruale. Il 57% non svolge la consueta visita ginecologica annuale. **Sette su dieci lamentano un aumento di peso**, ma solo il 30% ammette di seguire una dieta corretta e una percentuale ancora inferiore, il 26%, pratica regolarmente sport. Gli esperti sottolineano, invece, l'importanza di uno**stile di vita corretto p**er vivere al meglio questa fase della vita. Seguire un regime alimentare equilibrato, praticare attività fisica, non fumare e non consumare alcolici in quantità eccessive aiuta a conservare uno stato ottimale di salute. Rappresenta, inoltre, una forma di prevenzione primaria contro le malattie che colpiscono le donne con il passare degli anni

L'iniziativa intende, inoltre, fare chiarezza sulla cosiddetta **“terapia ormonale sostitutiva” (Tos).** Si tratta di un trattamento farmacologico a base di ormoni estrogeni, associati anche a progestinici, diretto a ristabilire l’equilibrio ormonale che viene alterato durante la menopausa. La Tos serve ad alleviare, in parte o del tutto, i caratteristici sintomi della menopausa. In particolare, aiuta ad attenuare sia i sintomi a breve termine (come vampate di calore, variazioni di umore, problemi vaginali e urinari, calo del desiderio sessuale e disturbi del sonno), sia quelli a lungo termine (aumento del rischio cardiovascolare e di osteoporosi).

Per chi è consigliata? La terapia deve essere iniziata solo dopo averne discusso con il proprio medico di famiglia o con il ginecologo. In generale, deve essere seguita soltanto dalle donne con menopausa precoce (prima dei 45 anni) e da quelle che lamentano sintomi vasomotori e disturbi del sonno percepiti, come importanti e persistenti. Negli altri casi, la terapia deve essere valutata dal medico curante e non può essere soggetta a nessuna generalizzazione. La terapia andrebbe iniziata durante o subito dopo il periodo della menopausa, poiché potrebbe diventare rischiosa o inutile se cominciata tardivamente, quando molte patologie cardiovascolari o neurodegenerative sono già in stato avanzato. Anche dosaggi e tipi di ormoni inappropriati possono diventare dannosi, soprattutto nelle donne già a rischio di patologie tumorali o cardiovascolari (per esempio obese o fumatrici).

A chi potrebbe fare male? Le terapie ormonali non dovrebbero essere utilizzate dalle donne che non soffrono di sintomi gravi e che non presentano evidenti rischi cardiovascolari, osteoporotici o di Alzheimer, perché non ne trarrebbero beneficio. Inoltre, non andrebbero somministrate a persone che manifestano forti controindicazioni. Per esempio, la Tos è sconsigliata alle persone affette da tumori ormono-dipendenti (alla mammella, all’utero o all’ovaio), epatiti acute o croniche, ictus, infarti o trombosi, tromboflebiti pregresse o malattie autoimmuni, quali il Lupus eritematoso sistemico.

Per disturbi quali la secchezza vaginale e il dolore nei **rapporti sessuali** (dispareunia), sono efficaci dei preparati da applicare localmente. Se sintomi quali l’atrofia dell’apparato urogenitale dovessero manifestarsi più tardi, una terapia ormonale potrebbe essere somministrata ugualmente, dopo attente valutazioni da parte di uno specialista.

ECONOMIA SANITARIA

Epatite C. Programmando bene si possono curare tutti i pazienti

03 Novembre 2015

E' tempo di sostituire gli attuali criteri di accesso ai nuovi farmaci con linee guida basate sull'urgenza clinica e sociale e istituire un modello semplificato di acquisto e gestione amministrativo-contabile dei farmaci innovativi che eviti ostacoli burocratici, legati ai bilanci delle Regioni. Riuscire a curare tutti i pazienti con epatite C, evitando discriminazioni nell'accesso ai farmaci e garantendo allo stesso tempo la sostenibilità del sistema. Questo l'obiettivo del I Forum Parlamentare HCV 'Epatite C: curare tutti i pazienti in modo sostenibile è possibile' svoltosi oggi in Senato, alla presenza del Ministro della Salute e dei parlamentari di tutte le forze politiche attivi nella lotta all'epatite, per fare il punto sullo stato dell'arte sull'epatite in Italia. "Le stime di EpaC ci dicono che possiamo nei prossimi cinque anni eradicare la malattia dal nostro Paese, e questa è una sfida entusiasmante per il Sistema Sanitario Nazionale e per il Parlamento che ha sostenuto fin da subito l'idea di un fondo per i farmaci innovativi" ha detto il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**. "L'Agenzia Italiana del Farmaco è al fianco dei pazienti con l'obiettivo di garantire la tutela della salute a cominciare da coloro che hanno una priorità di accesso ai nuovi farmaci innovativi non differibile. In questo percorso non semplice l'Agenzia è attenta a cogliere le evidenze scientifiche e le possibilità di ampliamento dei limiti di utilizzo di questi farmaci a coloro che possono beneficiare, anche compatibilmente con le risorse purtroppo limitate. Il Governo ha assunto un'iniziativa senza precedenti con l'istituzione del Fondo che rappresenta una possibilità di finanziamento altrimenti critica in un momento difficile per la sostenibilità del SSN", ha aggiunto il dottor **Pierluigi Russo**, Coordinatore Area Strategia e Politiche del Farmaco Aifa.

Sino ad oggi, mancava un dato fondamentale per avviare una programmazione di eradicazione nazionale dell'epatite C: una stima realistica del numero dei pazienti eleggibili ad un trattamento antivirale. L'Associazione EpaC Onlus ha quindi deciso con le sue forze ed in modo indipendente di avviare una ricerca lunga e complessa, durata un anno, basata sulle esenzioni per patologia da epatite C ottenendo i dati direttamente dalle singole Regioni e/o ASL, indagando successivamente altri aspetti come pazienti malati con esenzioni diverse, pazienti guariti ma con esenzione, ed altri elementi che concorrono a formare una stima complessiva realistica. Sono circa 160/180mila i pazienti con HCV eleggibili ad un trattamento antivirale con i farmaci innovativi, cifra di gran lunga inferiore rispetto a quella sinora stimata in Italia. Contestualmente, per capire l'impatto economico sul Servizio Sanitario Nazionale, EpaC ha chiesto all'Università di Roma 'Tor Vergata' (CEIS-EEHTA), partendo da uno studio precedentemente pubblicato sulla riduzione dei costi (Mennini et al., 2015), di stimare l'impatto economico usando questa popolazione e considerando i livelli di prezzo decrescente negli anni dei nuovi farmaci. Nell'ipotesi in cui si decidesse di trattare 30.000 pazienti ogni anno, al 2022 avremmo una spesa complessiva di 2.5/2.8 miliardi di

I SONDAGGI DEL GIORNO

Bambino curato con l'omeopatia, genitori accusati di omicidio. E' giusto?

VOTA SUBITO! →

Per voi la Yamaha chi vorrebbe veder vincere il mondiale?

VOTA SUBITO! →

27.10.2015
Il decano della moto umilia Marquez. La prova che nessuno aveva notato

27.10.2015
Insulti e scenata, Yamaha inferocita con Lorenzo: gli salta il contratto?

27.10.2015
Patto di Andorra, incontro segreto: Marc e Jorge contro Valentino Rossi

26.10.2015
Marc inguaiato dal suo manager: la prova che l'ha fatto apposta

27.10.2015
Clamoroso a Valencia. I piloti a Rossi: "Gareggia, poi noi..."

29.10.2015
Scandalo allo stadio: lei seduta per terra, lui davanti, fanno sesso orale... / Guarda

28.10.2015
"Omosessuale": vip (finalmente) beccato Colpo di Signorini: chi smaschera / Foto

26.10.2015
GF osceno, Marcuzzi nei guai: ora lo vogliono chiudere

27.10.2015
Hai capito la Hunziker? Look da brivido Non solo collant: sul lato B... / Foto

01.11.2015
A gambe aperte e con i collant di pizzo Justin Mattera incontenibile / Foto

28.10.2015
Marquez incastrato dalla sua moto: nuove immagini

25.10.2015
Il video che assolve Rossi: l'incidente è colpa di Marquez

29.10.2015
Pezzopane e il toyboy, video hot: "Prendimi così...

euro (con una spesa media per paziente trattato di circa € 15.000). Considerando un recente studio (Mennini et al., 2015) che ha stimato una riduzione di costo attribuibile ai livelli di efficacia dei nuovi farmaci anti-HCV pari a € 12.500 per paziente trattato già a partire dal 2018, l'investimento proposto sembra avere tutti i criteri di una sostenibilità economico-finanziaria.

"La nostra Associazione è riuscita a colmare un vuoto informativo sul quale si erano radicate numerose speculazioni e favoleggiati numeri inverosimili, alimentando una ingiustificata ipotesi di insostenibilità per la cura di tutti i pazienti con epatite C. A questo punto è fondamentale rifinanziare, ma anche scorporare e rendere indipendente il fondo per i farmaci innovativi dal fondo previsto per la spesa ospedaliera al fine di utilizzare il 100% delle risorse vincolate esclusivamente per l'acquisto di farmaci innovativi. Sento il dovere di ringraziare tutti coloro che hanno collaborato, comprese le regioni, pazienti, e centri ospedalieri. La giornata di oggi è stata da noi fortemente voluta, e ringrazio sentitamente tutti i parlamentari oggi presenti, che stanno sostenendo la nostra causa, e in particolar modo il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che ha da sempre considerato l'eradicazione dell'HCV una priorità per il nostro Paese", ha dichiarato **Ivan Gardini**, Presidente EpaC Onlus. "L'informazione rilevante rimane in ogni caso quella relativa alla quantificazione dei pazienti diagnosticati ed eleggibili al trattamento. Infatti, con una informazione più dettagliata rispetto al recente passato diviene più agevole per il decisore organizzare, da una parte, in maniera più efficiente il percorso assistenziale e, dall'altra, programmare la spesa e le conseguenti risorse da mettere a disposizione negli anni a venire (disponibilità a pagare). Nuovamente, grazie a questi dati il nostro studio potrebbe permettere ai decisori di programmare in maniera più precisa e consapevole, già a partire dal 2016-2017, il trattamento dei pazienti eleggibili, compresi quelli con gradi di fibrosi da F0 a F2 (sono anche quei pazienti caratterizzati da un miglior rapporto costo efficacia)", ha spiegato **Francesco Saverio Mennini**, *Research Director, Centre for Economic Evaluation and HTA* (EEHTA), Università di Roma 'Tor Vergata'. (**CARLOTTA DONNINI**)

Lascia il tuo commento

Testo

Caratteri rimanenti: 400

INVIA

28.10.2015
Pausini, il dramma in aereo: le strappano via la figlia

27.10.2015
Finestrini dell'auto sempre appannati? Mai più: il rimedio miracoloso / Video

31.10.2015
Meloni fa a pezzi Berlusconi "Non devi dirmi che cosa fare"

02.11.2015
Giletti, l'insulto in diretta ai napoletani E per il conduttore finisce malissimo...

27.10.2015
Il decano della moto umilia Marquez. La prova che nessuno aveva notato

02.11.2015
Tornano Gianfranco Fini e Alemanno. Un partito insieme: c'è già il nome

28.10.2015
Travaglio manettaro su due ruote: gode per Rossi, ecco come vorrebbe punirlo

28.10.2015
"Omosessuale": vip (finalmente) beccato Colpo di Signorini: chi smaschera / Foto

28.10.2015
Noi gli paghiamo il viaggio a Cuba e Renzi che fa? Se la spassa a L'Avana / Guarda

29.10.2015
Scandalo allo stadio: lei seduta per terra, lui davanti, fanno sesso orale... / Guarda

01.11.2015
Profanato il cimitero italiano in Libia. I vandali lo hanno devastato / Video

02.11.2015
L'aereo che spaventa Airbus e Boeing Il super-Jet "made in Cina" / Foto

29.10.2015
Friedman la spara: "Giorgio Napolitano? Un vecchio scor..." Terremoto e stupore in diretta tv / Video

29.10.2015
Pezzopane e il toyboy, video hot: "Prendimi così...

28.10.2015
Marquez incastrato dalla sua moto: nuove immagini

28.10.2015
"Grazie a tutti per il supporto". Marquez in video, lo insultano tutti: è delirio / Guarda

31.10.2015
Cav lumacone, passa una bionda sexy. E così...

media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 33.213
Lettori Ed. II 2014: 378.000
Quotidiano - Ed. Napoli

IL MATTINO Napoli

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

04-NOV-2015
da pag. 34
foglio 1
www.datastampa.it

La sanità, il caso

Influenza, avvio boom 200mila vaccini pronti

Le raccomandazioni dell'infettivologo Faella

«I pazienti a rischio, anziani ultrasessantacinquenni, cardiopatici, nefropatici e bambini con patologie devono fare subito la vaccinazione»

Il piano

Ogni medico di base dispone di 250 dosi per le fasce a rischio

Gli sbalzi di temperatura hanno agevolato la diffusione del virus dell'autunno 2015

Marisa La Penna

L'effetto caldo-freddo ha anticipato la sindrome influenzale. Già sono tantissimi i napoletani che, a causa dei repentini sbalzi di temperatura di questi giorni, sono costretti al letto, inchiodati da febbre alta, mal di gola, vomito. Tant'è che la Asl Napoli 1 centro già da qualche giorno ha scritto una mail a tutti i medici di famiglia per sollecitarli a ritirare i vaccini prima della data prevista.

L'epidemia influenzale, in città, si è dunque presentata in anticipo. Al punto che i medici di famiglia sono costretti a correre da un paziente all'altro per visite domiciliari e ad organizzarsi per approvvigionarsi, presso i distretti asl di appartenenza, dei "sieri" da iniettare ai loro pazienti a rischio.

Entra così nel vivo la campagna vaccinale antinfluenzale per l'anno 2015-2016, destinata ad immunizzare bambini fino a sei anni, ultra sessantacinquenni, pazienti affetti dalle patologie cronico degenerative (cardiopatici, broncopneumopatici, diabetici ecc.), pazienti oncologici, soggetti che vivono a contatto con pazienti fragili, nonchè le donne in gravidanza. «È bene sempre ricordare che le persone a rischio possono incorrere in serie complicazioni per la salute qualora venissero colpiti dall'influenza: il loro organismo non è in grado di reagire efficacemente contro l'infezione e potrebbero pertanto incorrere in gravi scompensi delle patologie di cui sono affetti» avverte Giuseppe Tortora, dirigente nazionale del Sumai di Medicina generale, il sindacato dei medici di famiglia. I circa 900 medici di famiglia napoletani sono, dunque, pronti a vaccinare mediamente 250 pazienti. Pertanto, in città, una popolazione di oltre duecentomila persone sta per sottoporsi a prevenzione contro l'influenza.

«La copertura della vaccinazione inizia dopo due settimane dalla somministrazione ed ha un'efficacia per sei-otto mesi» precisa Saverio Annunziata, leader dello stesso sindacato. E il soggetto adulto sano? Per i medici di famiglia non deve temere l'infezione influenzale, in quanto la sindrome quest'anno si manifesterà con disturbi fastidiosi ma benigni. Per esempio disturbi gastrointestinali (nausea, vomito e diarrea), cefalea, mal di gola, tosse, dolori articolari e muscolari per una durata media di tre giorno e con quattro-cinque giorni di convalescenza. Insomma per chi è sano e si becca l'influenza è necessario il riposo, una buona idratazione, qualche integratore salino, l'uso degli antipiretici, come consigliano i dottori.

La campagna vaccinale di quest'anno fa affidamento molto sulla buona informazione fornita dai medici di famiglia ai propri assistiti per scongiurare la debacle della campagna vaccinale dello scorso anno. Come si ricorderà alcuni casi di decesso ingiustamente attribuiti al vaccino (come poi è stato dimostrato) determinarono nei pazienti una diffidenza tale che evitarono in tanti di ricorrere alla prevenzione. Quest'anno molti medici di famiglia, per la stessa popolazione a rischio, stanno chiedendo anche un altro vaccino. Ovvero l'antipneumococcico 13 valente, anch'esso offerto gratuitamente dal Servizio sanitario e somministrabile, alla pari del vaccino antiinfluenzale, sempre presso lo studio del proprio medico di famiglia. Lo pneumococco è un batterio molto diffuso che si ritrova comunemente nel tratto respiratorio superiore (naso e gola) di bambini e adulti sani. Si valuta che il 30-70% delle persone sane sia portatore del batterio.

Per il professore Francesco Faella, infettivologo, già direttore del dipartimento di emergenza infettivologica del Cotugno-Azienda dei Colli è dimostrato che «l'esitazione nei confronti del vaccino dello scorso anno causato dall'allarme per la morte di alcune persone ha determinato il decesso sicuramente di un numero superiore di pazienti che non si erano voluti vaccinare e che avevano contratto l'influenza, morendo poi per le complicanze».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 113.587
Diffusione 08/2015: 53.330
Lettori Ed. II 2015: 273.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

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

Pioggia di ricorsi

Borse di studio negate ai camici bianchi Lo Stato rischia un buco da 4 miliardi

::: ANTONIO SPAMPINATO

■■■ Lo ha ammesso di recente lo stesso Matteo Renzi: una delle principali voci di spesa di Palazzo Chigi riguarda il pagamento ai medici italiani delle borse di studio prima negate e che ora lo Stato è costretto a saldare. Costretto dai tribunali, s'intende. Perché, come da consolidato (mal)costume, i governi tendono a fare orecchie da mercante agli ordini che arrivano da Bruxelles, in questo caso pagare uno stipendio, o borsa di studio che dir si voglia, ai medici specializzandi.

L'Italia si è messa in regola dal 2006 ma avrebbe dovuto farlo nel 1982. Così una valanga di ricorsi, circa 100.000, di cui 70.000 attraverso Consulcesi, team di legali specializzati in questioni che riguardano i camici bianchi, sui 160 mila aventi diritto, ha travolto i tribunali della Penisola. A oggi sono 470 milioni i risarcimenti che lo Stato ha dovuto pagare ai ricorrenti e oggi Consulcesi (che da sola ha fatto avere ai medici 402 milioni) consegnerà un'altra tranche di 15 milioni a centinaia di ex specializzandi lombardi. Non solo, comunicherà loro gli ultimi orientamenti in tema di sentenze. In particolare il fatto che la numero 17434 del 2015 ha ampliato la platea degli aventi diritto anche a chi ha iniziato la scuola di specializzazione dal 1978 (circa 50.000 persone).

«Per fermare l'emorragia dalle casse dello Stato, che rischia di dover pagare anche più dei 4 miliardi di euro già calcolati (se tutti gli aventi diritto facessero e vincessero le cause, ndr), è vicino l'accordo su tre Ddl che garantirà una transazione, ma solo per i medici che avranno fatto ricorso», avvisa Consulcesi.

Purtroppo ancora oggi le maniere forti sembrano essere le uniche a fare breccia nelle solide mura romane.

Contro i tagli arriva lo sciopero dei medici

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 03 NOVEMBRE 2015

Farmaci biotecnologici e biosimilari. Pazienti e aziende propongono un nuovo modello di gara d'acquisto. Risparmi per 500 mln l'anno su una spesa di 1,5 mld

Vincolare le centrali regionali ad acquistare il farmaco a un prezzo che non superi quello più basso negoziato con Aifa per lo stesso principio attivo, che quindi deve esser assunto come base d'asta. La proposta, basata sulla libera concorrenza senza quote vincolate all'originator e salvaguardando la libertà prescrittiva del medico, arriva da Donne in Rete e l'Italian Biosimilar Group di Assogenerici.

Un modello innovativo di gare regionali di acquisto dei farmaci biotecnologici a brevetto scaduto, con l'obiettivo primario di garantire l'effettiva concorrenza tra originator e biosimilari, spazzando via le differenze regole e prassi estremamente diversificate tra le Regioni e mantenendo la libertà di scelta del medico sul farmaco da prescrivere in base alle sue autonome valutazioni cliniche. E con risparmi importanti per il sistema sanitario.

Una disciplina armonizzata delle gare, che, oltre a prevedere la libera concorrenza senza quote vincolate all'originator, salvaguardi la libertà prescrittiva del medico, ma vincolando le centrali regionali ad acquistare il farmaco a un prezzo che in ogni caso, non superi quello più basso negoziato con Aifa per lo stesso principio attivo, che quindi deve esser assunto come base d'asta.

È questa la proposta di Donne in Rete e un'associazione industriale come Assogenerici nella sua componente dei farmaci biosimilari (Italian Biosimilar Group) presentata oggi al seminario "È libertà quando si può sciegliere" alla sala Nassyria in Senato. Pazienti e Aziende che - in un'alleanza probabilmente inedita in un settore come quello farmaceutico, dove ai pazienti viene riservato al massimo un ruolo di partner consapevole della scelta terapeutica - hanno rotto gli indugi e portato sul tavolo dei decisori istituzionali una soluzione per risolvere uno dei nodi del mercato dei biosimilari: ossia regole e prassi estremamente diversificate tra le regioni nelle gare di acquisto. Una diversificazione che ha prodotto ripercussioni negative sia per l'accessibilità a questi farmaci che per la garanzia di libertà prescrittiva dei medici

Ma vediamo qual è la proposta scaturita da un lavoro di analisi e dialogo con le diverse istituzioni interessate (Parlamento, Governo, Regioni, Aifa, Authority, Industria) e la comunità scientifica.

Innanzitutto gli scenari. I farmaci biotecnologici sono attualmente inseriti nella classe riservata alla dispensazione in ospedale e quindi soggetti a procedure d'acquisto pubbliche con gare regionali che prevedono una base di prezzo e determinate norme per la identificazione del fabbisogno da acquisire.

Secondo simulazioni statistiche su dati di mercato e sulla base degli indicatori contenuti nei bandi di gare già svolti nelle diverse regioni italiane si valuta che un sistema di gare dove la concorrenza sia garantita realmente gli ospedali del Ssn potrebbero risparmiare, già oggi, circa 100 milioni l'anno. Una cifra destinata a salire già a 500 milioni l'anno, nel prossimo futuro quando andranno a scadenza brevettuale numerosi biotecnologici in aree terapeutiche importanti come l'oncologia, la leucemia, il

diabete, le malattie autoimmuni. Per questi farmaci il Ssn spende ogni anno circa 1,5 miliardi: i risparmi a portata di mano ammontano quindi ad un terzo della spesa.

Campania e Toscana, dure regioni a confronto. Per capire meglio basta guardare alle esperienze di Campania e Toscana. Due casi agli antipodi.
La Campania ha riservato al biotecnologico con brevetto una quota riservata del 90% del fabbisogno riservando al biosimilare solo il 10%, rinunciando così a un potenziale risparmio di quasi il 30% sull'intero contingente acquistato.
Nel secondo caso, la Toscana, la gara si è invece svolta senza quote riservata, ma prevedendo comunque la possibilità per il medico di prescrivere l'originator da acquistare però al prezzo proposto in gara, quindi comunque calmierato rispetto al prezzo ex factory.

La gara toscana si è conclusa aggiudicando il lotto ad uno dei due biosimilari concorrenti al prezzo unitario di 282 euro (-15% rispetto alla base d'asta; -36% rispetto al prezzo unitario previsto dal contratto di fornitura precedente).

Tuttavia, in assenza di un'offerta valida da parte del titolare dell'originator, la Toscana si è vista costretta a mantenere attivo il vecchio contratto per la fornitura di quest'ultimo, sia pure limitatamente alle sole richieste di fornitura in deroga all'aggiudicazione.
Questo vuol dire che l'azienda che commercializza l'originator, scegliendo di non presentare offerta valida in gara, ha visto riconosciuto il diritto di continuare a vendere al Ssr il proprio farmaco allo stesso prezzo al quale lo vendeva prima della scadenza del brevetto (442,93 euro cioè il 36% in più del prezzo di aggiudicazione della gara!).

Come è evidente da questi due esempi nessuna delle procedure in atto (seppur diversissime tra loro) è riuscita a coniugare alla fine risparmio e copertura del bisogno terapeutico.

Da qui la proposta di Donne in Rete e Assogenerici-Italian Biosimilar Group di una disciplina armonizzata delle gare, che, oltre a prevedere la libera concorrenza senza quote vincolate all'originator, salvaguardi la libertà prescrittiva del medico, ma vincolando le centrali regionali ad acquistare il farmaco a un prezzo che in ogni caso, non superi quello più basso negoziato con Aifa per lo stesso principio attivo, che quindi deve esser assunto come base d'asta.

Anche nel caso di acquisto di un medicinale diverso da quello aggiudicato con gara, il prezzo di fornitura non deve comunque superare l'offerta fatta dal produttore in sede di gara (evidentemente anch'essa, se valida, non superiore alla base d'asta): questo principio risponde all'esigenza di scongiurare il rischio che l'originator continui ad essere acquistato al prezzo vigente prima della scadenza del brevetto, vanificando così i benefici della concorrenza (vedi l'esempio citato della Toscana).
Sono infine esclusi i confronti concorrenziali diretti tra farmaci a base di principi attivi diversi, ad eccezione di quelli dei quali Aifa abbia accertato l'equivalenza terapeutica.

Cosa sarebbe successo in Campania e in Toscana se si fosse adottata la proposta di pazienti e Aziende?
Toscana. Se fossero state vigenti le disposizioni normative che la coalizione ha proposto, la regione sarebbe stata tenuta ad acquistare l'originator ad un prezzo unitario comunque non superiore alla base d'asta, cioè a 332,30 euro (invece che a 442,93 euro come invece è avvenuto). Quindi la Toscana avrebbe conseguito un risparmio di 110,63 (25%) euro sul prezzo unitario anche sull'originator, rispetto al periodo precedente alla scadenza del brevetto.

Tenendo presente che il lotto era riferito alla fornitura di 17.727 unità per una durata di 19 mesi. Anche ipotizzando che la Regione, sulla base delle richieste dei centri prescrittori, si fosse trovata ad acquistare l'originator per l'80% del fabbisogno, se lo avesse acquistato a 332,30 euro avrebbe pagato circa 4.700.000 euro invece di 6.280.000 euro risparmiando più di 1 milione e mezzo di euro.

Campania. In questo caso applicando la normativa che la coalizione propone i risparmi rispetto alle attuali condizioni di fornitura sarebbero stati ancora maggiori, se pensiamo che in quella regione il 90%

del fabbisogno è stato aggiudicato a 442,93 euro.

Tenendo presente che il fabbisogno totale era di 29.716 unità per un periodo di fornitura di 18 mesi, la Regione acquisterà il 90% del fabbisogno a circa 11.850.000 euro. Se invece avesse assunto come base d'asta il prezzo unitario di 332,30 euro e a quel prezzo avesse acquistato (su richiesta dei centri prescrittori) il 90% del fabbisogno, avrebbe pagato circa 8.870.000 euro, conseguendo un risparmio di quasi 3 milioni di euro.

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

04-NOV-2015
da pag. 21
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

La scoperta

Tumori, più facile guarire: arriva l'esame che li svela in anticipo

Pierantozzi a pag. 21

Patrizia Paterlini, ricercatrice all'università Descartes di Parigi, racconta i 15 anni di lavoro che hanno portato la sua squadra a elaborare un test per la diagnosi precoce dei tumori, basato sull'analisi del sangue. «Se vengono individuate cellule cancerose, è possibile trattare il paziente prima che la malattia divenga ineluttabile, se è in remissione si rinnova la terapia»

«Cancro, lo sveliamo in anticipo»

L'ESAME SI PUO FARE A NAPOLI O IN FRANCIA IL COSTO È ANCORA ALTO: 486 EURO MA SPERIAMO A BREVE DI RIUSCIRE A RIDURLO

L'INTERVISTA

PARIGI

Patrizia Paterlini non si stanca. Nell'ufficio al sesto piano dell'università Descartes inondato da un sorprendente sole parigino, accanto al laboratorio dove lavora la sua squadra, spiega mostrando filtri e foto di cellule, come è arrivata all'Iset, un test realizzabile come una qualsiasi analisi del sangue, capace di rivoluzionare la lotta contro il cancro. Onco-ematologa, nata in un paesino emiliano e passata per le università dell'Aquila e Bologna, ha scelto Parigi per continuare a combattere i tumori. Con una sola idea in testa: i pazienti. Cominciamo dall'inizio.

«I tumori uccidono attraverso l'invasione tumorale: un processo lentissimo che consiste nel passaggio di cellule da un tumore primitivo, solido, al sangue, fino alla formazione di metastasi in altri organi. Quando si forma, a meno che non si trovi in zone molto sensibili, cosa rara, la massa tumorale può essere eliminata chirurgicamente. Invece se le cellule tumorali restano per anni indisturbate nel sangue, alla fine formeranno metastasi e la battaglia sarà molto più difficile».

Significa che per anni un individuo può avere un tumore, senza essere malato?

«Sì, è così. Le cellule cancerose nel sangue sono a lungo inefficienti. Ed è proprio in questa fase che interveniamo noi. All'inizio della ricerca, circa quindici anni fa, siamo partiti da questa constatazione: se riusciamo a isolare e riconoscere le cellule tumorali all'inizio, quando sono rarissime, potremo intervenire e trattare la persona prima che la malattia diventi ineluttabile, quando la massa è ancora operabile e le metastasi non si sono formate».

Come si è arrivati al test citopatologia sanguigna Iset?

«E' stata una vera sfida: in un millilitro di sangue, diciamo un quinto di un cucchiaio da minestra, ci sono in media dieci milioni di globuli bianchi, cinque miliardi di globuli rossi e, se sono presenti, una o due o tre cellule tumorali. E non è tutto: le cellule tumorali, se ci sono, non sono le uniche cellule non sanguigne, presenti nel sangue. Quindi una volta individuate le cellule rare nel sangue, bisogna anche essere sicuri che siano tumorali e non, per esempio, endoteliali o staminali».

Siete sicuri del risultato?

«Sicurissimi. Al contrario di altri gruppi di ricerca, in particolare uno molto grosso americano, abbiamo deciso di estrarre queste cellule basandoci solo sulla loro taglia: sono infatti tutte di dimensioni più grandi di quelle sanguigne. All'inizio nessuno ci avrebbe scommesso: tirare fuori una cellula su miliardi con un filtro? Non funzionerà mai, ci dicevano. Ma è qui che bisogna essere testardi nella ricerca. E noi siamo stati testardi. Sono andata da una ditta che faceva filtri per togliere i batteri dal latte. Con una giovane biologa italiana, Giovanna Vona, abbiamo lavorato per un anno su tutti i tipi di filtri, sui pori, sulle densità, e alla fine abbiamo trovato una combinazione di trenta parametri che ci consentiva di isolare dal sangue anche una sola cellula rara. Che gioia quando abbia avuto la nostra prima cellula. Siamo ancora gli unici a saperlo fare. Non si può andare oltre a livello di test. Per fare diagnosi senza errore poi, le cellule isolate vengono analizzate dal citopatologo, che, come nel caso del pap test, confermerà se sono tumorali o no. Per ora il test non dice da che organo le cellule derivano, bisogna cercare il tumore con l'imaging, in modo da poter localizzare il tumore solido e intervenire, ma prossimamente il test potrà dare anche questa risposta».

Se il test è positivo, ovvero se vengono individuate cellule tumorali nel sangue, che si fa?

«Dipende. Se il paziente ha già un tumore diagnosticato ed era considerato in remissione, si deve pensare a riprendere la terapia. Se il paziente con tumore è trattato, si deve considerare un cambiamento della terapia. Se

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

04-NOV-2015
da pag. 21
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

invece il paziente non ha un tumore già diagnosticato, si fanno indagini di imaging per identificarlo».

Il test è preventivo?

«Sì. Il test rientra nella cosiddetta prevenzione secondaria: è uno strumento di diagnosi precoce come appunto il pap test, la colonscopia, o la mammografia. Precisamente, Iset è basato su un prelievo di sangue, dunque identifica senza errori l'invasione tumorale nel sangue al momento del test».

In quali laboratori si può svolgere il test?

«Per ora uno a Parigi, e uno a Napoli, il laboratorio Sdn, l'Istituto di ricerca diagnostica e nucleare».

Quanto costa?

«Siamo agli inizi della commercializzazione di un'innovazione medica che appartiene all'Università Paris Descartes e ad altri Istituti pubblici francesi, e che ha richiesto più di 15 anni di lavoro e un alto costo in brevetti. Il costo del test è stato ridotto al massimo, ma è ancora alto, 486 euro. Noi speriamo che un uso più largo possibile faccia abbassare il costo e soprattutto che i poteri politici si rendano conto che questo test farà diminuire la mortalità dovuta a tumore e anche i costi legati alle terribili, lunghissime e costosissime terapie spesso inefficaci. Ci auguriamo che sia presto rimborsato e disponibile per tutti».

Lei consiglia uno screening generale?

«Penso che la "Citopatologia sanguigna Iset" dovrebbe diventare routine, come un esame classico del sangue. Si farà il test senza pensarci e i tumori, tutti i tumori solidi, saranno diagnosticati molto prima e così moltissimi pazienti saranno salvati con una spesa minima».

Francesca Pierantozzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ONCO-EMATOLOGA La dottoressa Patrizia Paterlini, emiliana, ha studiato all'Aquila e a Bologna e ora lavora a Parigi

Il test Iset si basa su un prelievo di sangue

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

04-NOV-2015
da pag. 14
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Patrizia Paterlini, ricercatrice all'università Descartes di Parigi, racconta i 15 anni di lavoro che hanno portato la sua squadra a elaborare un test per la diagnosi precoce dei tumori, basato sull'analisi del sangue. «Se vengono individuate cellule cancerose, è possibile trattare il paziente prima che la malattia divenga ineluttabile, se è in remissione si rinnova la terapia»

«Cancro, lo sveliamo in anticipo»

L'ESAME SI PUÒ FARE A NAPOLI O IN FRANCIA IL COSTO È ANCORA ALTO: 486 EURO MA SPERIAMO A BREVE DI RIUSCIRE A RIDURLO

L'INTERVISTA

PARIGI

Patrizia Paterlini non si stanca. Nell'ufficio al sesto piano dell'università Descartes inondato da un sorprendente sole parigino, accanto al laboratorio dove lavora la sua squadra, spiega mostrando filtri e foto di cellule, come è arrivata all'Iset, un test realizzabile come una qualsiasi analisi del sangue, capace di rivoluzionare la lotta contro il cancro. Onco-ematologa, nata in un paesino emiliano e passata per le università dell'Aquila e Bologna, ha scelto Parigi per continuare a combattere i tumori. Con una sola idea in testa: i pazienti. Cominciamo dall'inizio.

«I tumori uccidono attraverso l'invasione tumorale: un processo lentissimo che consiste nel passaggio di cellule da un tumore primitivo, solido, al sangue, fino alla formazione di metastasi in altri organi. Quando si forma, a meno che non si trovi in zone molto sensibili, cosa rara, la massa tumorale può essere eliminata chirurgicamente. Invece se le cellule tumorali restano per anni indisturbate nel sangue, alla fine formeranno metastasi e la battaglia sarà molto più difficile».

Significa che per anni un individuo può avere un tumore, senza essere malato?

«Sì, è così. Le cellule cancerose nel sangue sono a lungo inefficienti. Ed è proprio in questa fase che interveniamo noi. All'inizio della ricerca, circa quindici anni fa, siamo partiti da questa constatazione: se riusciamo a isolare e riconoscere le cellule tumorali all'inizio, quando sono rarissime, potremo intervenire e trattare la persona prima che la malattia diventi ineluttabile, quando la massa è ancora operabile e le metastasi non si sono formate».

Come si è arrivati al test citopatologia sanguigna Iset?

«E' stata una vera sfida: in un millilitro di sangue, diciamo un quinto di un cucchiaio da minestra, ci sono in media dieci milioni di globuli bianchi, cinque miliardi di globuli rossi e, se sono presenti, una o due o tre cellule tumorali. E non è tutto: le cellule tumorali, se ci sono, non sono le uniche cellule non sanguigne, presenti nel sangue. Quindi una volta individuate le cellule rare nel sangue, bisogna anche essere sicuri che siano tumorali e non, per esempio, endoteliali o staminali».

Siete sicuri del risultato?

«Sicurissimi. Al contrario di altri gruppi di ricerca, in particolare uno molto grosso americano, abbiamo deciso di estrarre queste cellule basandoci solo sulla loro taglia: sono infatti tutte di dimensioni più grandi di quelle sanguigne. All'inizio nessuno ci avrebbe scommesso: tirare fuori una cellula su miliardi con un filtro? Non funzionerà mai, ci dicevano. Ma è qui che bisogna essere testardi nella ricerca. E noi siamo stati testardi. Sono andata da una ditta che faceva filtri per togliere i batteri dal latte. Con una giovane biologa italiana, Giovanna Vona, abbiamo lavorato per un anno su tutti i tipi di filtri, sui pori, sulle densità, e alla fine abbiamo trovato una combinazione di trenta parametri che ci consentiva di isolare dal sangue anche una sola cellula rara. Che gioia quando abbia avuto la nostra prima cellula. Siamo ancora gli unici a saperlo fare. Non si può andare oltre a livello di test. Per fare diagnosi senza errore poi, le cellule isolate vengono analizzate dal citopatologo, che, come nel caso del pap test, confermerà se sono tumorali o no. Per ora il test non dice da che organo le cellule derivano, bisogna cercare il tumore con l'imaging, in modo da poter localizzare il tumore solido e in-

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

04-NOV-2015
da pag. 14
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

tervenire, ma prossimamente il test potrà dare anche questa risposta».

Se il test è positivo, ovvero se vengono individuate cellule tumorali nel sangue, che si fa?

«Dipende. Se il paziente ha già un tumore diagnosticato ed era considerato in remissione, si deve pensare a riprendere la terapia. Se il paziente con tumore è trattato, si deve considerare un cambiamento della terapia. Se invece il paziente non ha un tumore già diagnosticato, si fanno indagini di imaging per identificarlo».

Il test è preventivo?

«Sì. Il test rientra nella cosiddetta prevenzione secondaria: è uno strumento di diagnosi precoce come appunto il pap test, la colonscopia, o la mammografia. Precisamente, Iset è basato su un prelievo di sangue, dunque identifica senza errori l'invasione tumorale nel sangue al momento del test».

In quali laboratori si può svolgere il test?

«Per ora uno a Parigi, e uno a Napoli, il laboratorio Sdn, l'Istituto di ricerca diagnostica e nucleare».

Quanto costa?

«Siamo agli inizi della commercializzazione di un'innovazione medica che appartiene all'Università Paris Descartes e ad altri Istituti pubblici francesi, e che ha richiesto più di 15 anni di lavoro e un alto costo in brevetti. Il costo del test è stato ridotto al massimo, ma è ancora alto, 486 euro. Noi speriamo che un uso più largo possibile faccia abbassare il costo e soprattutto che i poteri politici si rendano conto che questo test farà diminuire la mortalità dovuta a tumore e anche i costi legati alle terribili, lunghissime e costosissime terapie spesso inefficaci. Ci auguriamo che sia presto rimborsato e disponibile per tutti».

Lei consiglia uno screening generale?

«Penso che la "Citopatologia sanguigna Iset" dovrebbe diventare routine, come un esame classico del sangue. Si farà il test senza pensarci e i tumori, tutti i tumori solidi, saranno diagnosticati molto prima e così moltissimi pazienti saranno salvati con una spesa minima».

Francesca Pierantozzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Neuos

Airc, cioccolatini per la ricerca

Rai e Airc insieme "Contro il cancro, io ci sono". Fino a domenica appuntamenti dell'Associazione per la ricerca: raccolta fondi in tv, e «Cioccolatini della ricerca» che Airc con Lindt, distribuirà sabato 7 in 740 piazze (www.airc.it)

Epatite C: in 5 anni malattia eradicata

«Le stime ci dicono che entro 5 anni si può eradicare l'epatite C. Una sfida per la sanità e per il Parlamento che ha sostenuto il fondo farmaci». Lo ha assicurato il ministro della Salute Lorenzin, al forum sull' epatite C.

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

04-NOV-2015
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

Lo scaricabarile sulle spese per la Sanità

STEFANO LEPRI

Nel braccio di ferro tra governo e Regioni sulla Sanità si possono citare buone ragioni a favore di entrambe le parti. Ma il fatto stesso che avvenga in queste forme, e con questa asprezza, mostra in modo esemplare il disordine del nostro sistema istituzionale ed amministrativo. In parole povere: se i cittadini sono insoddisfatti delle cure ricevute, non sanno a chi dare la colpa.

La Sanità è gestita dalle Regioni, ma la gran parte del denaro viene dallo Stato centrale.

I tributi regionali, Irap e addizionale Irpef, coprono poco più di un terzo dei costi, i ticket meno del 5%. Quando i soldi finiscono, è arduo capire se si è sprecato o se dal centro non ne arrivano abbastanza. Ogni anno il totale dei fondi è stabilito per negoziato, poco trasparente, fra Stato e Regioni.

E poiché invece la Sanità assorbe il 70% dei bilanci regionali, accade spesso che le campagne elettorali delle Regioni si giochino soprattutto su di essa. Lo schieramento uscente scarica le colpe sul governo centrale e l'opposizione accusa promettendo una svolta. Di rado poi la svolta avviene, perché le clientele locali si attrezzano per sopravvivere all'alternanza politica.

Non solo nel nostro Paese, ma anche in altri, la Sanità pubblica è luogo anche di sprechi. Facile che lo sia, perché quando si tratta della salute è molto meglio errare per eccesso, piuttosto che per difetto. Però occorre domandarsi se si sia fatto bene a regionalizzare così tanto – assai più di uno Stato davvero federale come la Germania – quello che chiamiamo Servizio sanitario nazionale.

La prova è che confrontando le Regioni tra loro non si trova corrispondenza alcuna tra il livello della spesa per persona, molto variabile, e le condizioni sanitarie più o meno buone della popolazione. Mentre in alcune Regioni meridionali la Sanità fa e disfa carriere politiche, le lobby del settore sono tra le più potenti sulla piazza.

Avremo nel futuro altri bracci di ferro come quello in corso, se continuiamo così. Non è tanto questione di ridurre il numero delle Regioni, come qualcuno propone, quanto di rivederne a fondo i compiti e le responsabilità. Si possono ipotizzare soluzioni diverse, ma il principio guida dev'essere avvicinare le responsabilità di spesa e di tassazione.

Quando si va al voto gli elettori dovrebbero poter capire chi ha sbagliato. Oggi non ci si riesce, in questo come in tanti altri casi. Un paradosso rilevato nelle audizioni parlamentari sulla legge di stabilità è che abolire la Tasi rifondendo per intero i Comuni premierà i sindaci che ne avevano aumentato di più le aliquote, darà meno a quelli che avevano scelto di tassare meno.

Alle insufficienze della politica si intrecciano fenomeni autodistruttivi all'interno delle istituzioni. Ieri la Corte dei conti, che dovrebbe essere un tirchio guardiano del denaro pubblico, ha suggerito un aggravio fiscale in sostituzione di tagli alle spese. In sé l'idea di ridurre le agevolazioni Iva è sensata; è fuor di luogo ascoltarla da quella parte.

Demolire i meccanismi dell'irresponsabilità, questa sarebbe la vera rottamazione. Il governo Renzi probabilmente otterrà dall'Europa via libera per allentare al massimo le regole di bilancio, peraltro ormai inadeguate ai tempi. Ma il rischio che l'Italia usi male lo spazio di manovra riconquistato – come temono i tedeschi – è sempre presente.

Con un po' di fortuna, e prendendo in prestito a tasso zero grazie a Draghi, i conti dello Stato nel 2016 torneranno. Sono invece campati in aria quelli dei due anni successivi, come ieri hanno fatto capire la Banca d'Italia e l'Ufficio parlamentare di bilancio. In concreto, il rischio che nel 2017 le tasse tornino ad aumentare è al momento abbastanza alto.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 23.848
Diffusione 08/2015: 11.515
Lettori Ed. II 2015: 378.000
Quotidiano - Ed. Umbria

CORRIERE DELL'UMBRIA

Dir. Resp.: Anna Mossuto

04-NOV-2015
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il vademecum per il 2016 per effettuare i calcoli degli importi che si possono scalare dall'Irpef da pagare

TUTTE LE DETRAZIONI POSSIBILI SUI PAGAMENTI PER LE SPESE MEDICHE

PERUGIA

Le spese sanitarie sostenute dal contribuente e dai suoi familiari possono essere detratte ai fini del calcolo dell'Irpef in modo da ridurne l'importo da versare. Le spese detraibili, infatti, sono quelle che possono essere sottratte, nella percentuale stabilita di volta in volta dalla legge in base alla tipologia di spesa, dall' Irpef dovuta.

Le spese mediche e sanitarie godono di una detrazione pari al 19% Irpef quando vengono effettuate dal contribuente sia per proprio conto, sia per conto del coniuge o familiare a carico, ma solo se tali prestazioni o esami sono regolarmente documentati con relativa fattura, ricevuta fiscale, parcella o scontrino parlante. Su tali documenti fiscali, ai fini della detrazione della spesa sostenuta, devono essere obbligatoriamente indicati il codice fiscale, il tipo o la natura della prestazione, la qualità e la quantità dei prodotti acquistati.

Le attestazioni nominative di spesa possono essere intestate al dichiarante oppure ad un suo familiare a carico, indicato nel prospetto tra i familiari a carico presente all'interno della dichiarazione dei redditi.

Per quanto riguarda le spese sostenute nell'interesse di un figlio a carico, queste vanno attribuite al genitore al quale è intestata la ricevuta. Se la ricevuta è intestata al figlio a carico di entrambi i genitori, si può attribuire metà della spesa a ciascun genitore o effettuare una diversa ripartizione, annotandolo sulla ricevuta. Risultano inoltre detraibili anche le spese sanitarie intestate al deceduto, anche non a carico, sostenute dall'erede dopo il decesso. Il limite massimo di detrazione per le spesa sanitarie per i familiari a carico è pari a 6.197,48 euro; se tale soglia viene superata ma non eccede i 15.493,71 euro, è possibile rateizzare l'importo in 4 quote annuali di pari importo nelle successive quattro dichiarazioni. In qualunque caso, la detrazione spetta sulla parte di spesa che eccede 129,11 euro; pertanto le spese sostenute nel corso dell'anno che non superano l'importo di tale franchigia non danno diritto a nessuna detrazione.

Analizziamo sinteticamente le principali spese sanitarie.

- Spese mediche. In riferimento alla tipologia di spesa medica non esiste un elenco "ufficiale" delle specialità mediche classificabili come "farmaco". Si ritiene possa trattarsi di prodotti acquistabili esclusivamente presso le farmacie e punti vendita autorizzati all'interno dei supermercati ed in particolare:

- specialità medicali vendibili solo dietro prescrizione medica (ripetibile, riconsegnata al cliente per un successivo acquisito, oppure non ripetibile, trattenuta dalla farmacia);
- farmaci "da banco", acquistabili liberamente anche senza prescrizione medica;
- preparazioni galeniche (elaborate direttamente dalla farmacia);
- medicine omeopatiche, acquistate in farmacia con o senza prescrizione medica;
- ticket pagati sui farmaci in parte a carico del SSN;
- spese per medicali fisioterapici purché approvati dall'Agenzia Italiana del Farmaco e venduti in farmacia;
- non sono detraibili gli integratori alimentari, neppure se prescritti da un medico specialista, in quanto non hanno natura di farmaco.

Lo scontrino parlante, o la fattura se la farmacia non è in grado di rilasciarlo, sono sufficienti per documentare la spesa per farmaci.

Non va quindi né conservata la prescrizione medica, né richiesta documentazione supplementare in farmacia, né fatta autocertificazione per l'acquisto di farmaci da banco.

- Dispositivi. Per i dispositivi (DM) ed i dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD) l'elenco predisposto dal Ministero della Salute non risulta essere esaustivo e per tale motivo lo scontrino o la fattura devono indicare la descrizione del dispositivo, non essendo sufficiente la semplice dicitura "dispositivo medico". Per tali prodotti, risulta infatti fondamentale, ai fini della detraibilità, la presenza della marcatura CE o nel documento fiscale che attesta l'acquisto, o direttamente sulla confezione del prodotto; in quest'ultimo caso risulta obbligatorio conservare anche l'involucro. A tal riguardo è opportuno comunque sottolineare che se un identico prodotto è stato acquistato più volte nel corso dell'anno, basterà conservare soltanto una confezione a titolo rappresentativo.

- Prestazioni mediche, terapie e prestazioni sanitarie riabilitative. In merito alle prestazioni mediche, siano esse rese da un medico generico, ovvero sprovvisto di una specializzazione, o da un medico specialista, basterà la fattura o la ricevuta fiscale. Rientrano in tale casistica anche le prestazioni chirurgiche di ogni genere (ad eccezione delle spese chirurgiche con finalità puramente estetiche e non funzionali) e gli esami da laboratorio e terapie quali ad esempio TAC, ecografie, elettrocardiogrammi, inseminazione artificiale, ecc..

Per le terapie e le prestazioni sanitarie riabilitative effettuate da professionisti quali ad esempio

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 23.848
Diffusione 08/2015: 11.515
Lettori Ed. II 2015: 378.000
Quotidiano - Ed. Umbria

CORRIERE DELL'UMBRIA

Dir. Resp.: Anna Mossuto

04-NOV-2015
da pag. 13
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

il podologo, il fisioterapista ed il logopedista, occorre, ai fini della detrazione, la fattura o la ricevuta con indicazione della qualifica professionale e la descrizione della prestazione praticata. Sono escluse tutte quelle spese sostenute per servizi ricevuti da soggetti che svolgono una professione non riconosciuta a livello sanitario quali, a titolo esemplificativo, le spese dell'osteopata, del massaggiatore e del trainer.

Non sono ammesse in detrazione tutte quelle spese extra eventualmente effettuate durante i ricoveri, atte a rendere la degenza più confortevole.

- Protesi sanitarie. Le spese relative a protesi sanitarie (ad esempio apparecchi ortodontici, protesi dentarie, occhiali, lenti a contatto e relativi liquidi, apparecchi acustici di qualsiasi tipo e modello compreso il costo delle batterie, apparecchi ortopedici, ecc.) devono essere rappresentate da fattura più prescrizione medica, da fattura emessa direttamente dal soggetto autorizzato all'esercizio dell'arte ausiliaria della professione medica, o da scontrino più attestazione del soggetto ausiliario autorizzato dalla quale risulti che l'acquisto della protesi è necessario a sopperire ad una patologia.

- Novità 730 precompilato. A partire dal 2016, e salvo eventuali proroghe, la legge di Stabilità 2016 ha dato vita alla seconda fase della dichiarazione dei redditi precompilata (solo per i soggetti che presentano il modello 730) obbligando i medici, gli ospedali, le strutture mediche convenzionate, gli studi privati, i dentisti, in sintesi tutti i soggetti esercenti servizi inclusi nelle fattispecie sopra richiamate, a trasmettere, entro il 28 febbraio di ciascun anno, i dati delle spese sanitarie all'Agenzia delle Entrate tramite l'accesso al Sistema Tessera Sanitaria.

I dati che varranno trasmessi (dal codice fiscale del contribuente o del familiare a carico al tipo di spesa sostenuta) si riferiranno a tutti i contribuenti, quindi anche a coloro che non usufruiscono del 730 precompilato.

In considerazione della delicatezza dei dati trattati, sono state previste misure di tutela della privacy quali:

- l'Agenzia delle Entrate e gli intermediari abilitati come Caf o professionisti non potranno accedere al dettaglio delle singole spese, ma solo visualizzare i dati aggregati predisposti;
- i dati potranno essere utilizzati solo su base volontaria;
- a partire dal 2016 l'utente potrà accedere al sito internet del Sistema Tessera Sanitaria per chiedere la cancellazione di singole voci affinché non siano inserite nel 730 precompilato.

La conservazione dei documenti attestanti la spesa sanitaria sostenuta rimane comunque di competenza del contribuente (così come la verifica degli importi inseriti), che però viene liberato dalla possibilità di errore nell'inserimento di una spesa indetraibile.

Ci auguriamo che la strada intrapresa porti realmente verso un processo di semplificazione fiscale.

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

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

Scontro sulla sanità, rischio aumento di tasse e ticket

▶Per le Regioni in deficit restano possibili gli incrementi automatici di Irpef e Irap

▶I presidenti vogliono limitare l'impatto ma paventano la riduzione dei servizi

OGGI L'INCONTRO CON IL PREMIER A PALAZZO CHIGI CHIAMPARINO: UNA SOLUZIONE SI PUÒ TROVARE

LA PARTITA

ROMA Più Irpef e più ticket sanitari da pagare. Sono questi i rischi per i cittadini, sullo sfondo della partita tra governo e Regioni sulla legge di Stabilità. Una partita che sta per entrare nel vivo: oggi si svolgerà a Palazzo Chigi l'incontro a cui aveva fatto riferimento lo stesso presidente del Consiglio, con toni non propriamente distensivi. Toni a cui replicato indirettamente Sergio Chiamparino, presidente sebbene dimissionario della Conferenza Regioni, spiegando che lui andrà alla riunione «non con spirito di divertimento ma di lavoro». La convocazione è arrivata dal sottosegretario alla Presidenza De Vincenti ma Renzi ha fatto sapere che sarà presente di persona.

TEMPI STRETTI

I tempi sono comunque stretti, visto che già domani, in sede di Conferenza Stato-Regioni, i governatori dovranno dare il proprio parere ufficiale sulla legge di Stabilità: un parere che in assenza di qualche impegno dell'esecutivo quanto meno ad ammorbidire la manovra, difficilmente potrebbe essere favorevole. Anche se il fronte dei presidenti, nel quale numericamente prevale il Pd, non si può dire compatto. Per di più quest'anno il confronto tra enti territoriali e governo è asimmetrico, perché i Comuni, che non hanno subito decurtazioni, si sono detti sostanzialmente soddisfatti.

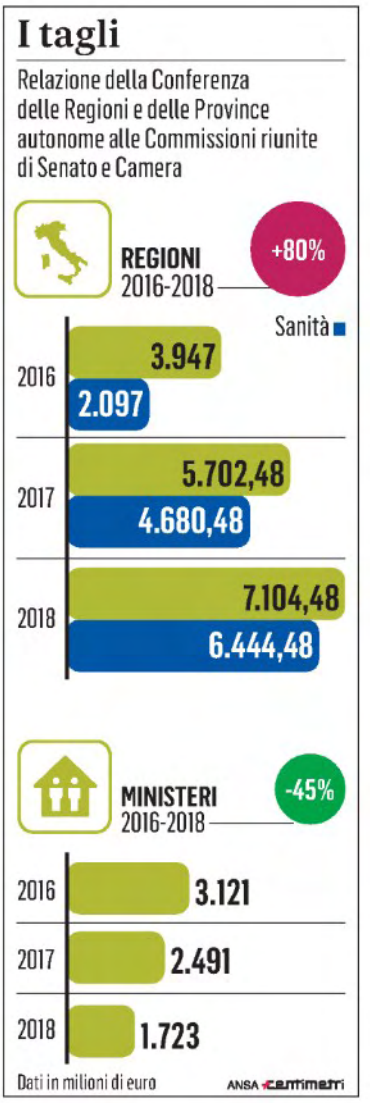
Da parte del presidente Chiamparino c'è certamente la volontà di trovare una soluzione. Il punto di partenza però sono i numeri. Non solo i quasi 4 miliardi di tagli di questa manovra, divisi quasi alla pari tra fondo sanitario nazionale e altri risparmi legati al pareggio di bilancio; ma anche, dal punto di vista delle Regioni, la proiezione di questo intervento, che porta il conto 5 miliardi nel 2017 e a 7 nel 2018. E, guardando indietro, anche i quasi 15 miliardi in meno sul Fondo sanitario, come risultato di tutte le riduzioni rispetto alle intese.

LE MAGGIIORAZIONI

Secondo i governatori tutti questi interventi passati hanno praticamente azzerato i margini, per cui è concreto il rischio che le minori disponibilità si trasformino in minori servizi per i cittadini. Il problema poi è particolarmente delicato nelle Regioni in disavanzo sanitario, che non ricadono nel divieto di rialzo delle aliquote Irpef ed Irap disposto con la stessa manovra, perché questi aumenti sono automatici per legge in caso il deficit non venga risanato. Tra gli strumenti per risanare c'è naturalmente il ticket a carico dei cittadini. Attualmente solo il Molise si trova al livello massimo di Irpef. Per le altre nove Regioni le maggiorazioni dello 0,30 per cento sull'Irpef e dello 0,15 sull'Irap possono ancora essere applicate: l'effetto i contribuenti sarebbe pesante.

Luca Cifoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2015: 100.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Erasmo D'Angelis

04-NOV-2015
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

L'INTERVISTA

Ricciardi: «In Sanità si possono risparmiare 10 miliardi subito»

C'è una caterva di esami, ricoveri, radiografie, inutili e costose

Il sistema è complesso, c'è bisogno di molti interventi coordinati dal centro

Il presidente dell'Istituto superiore di Sanità elenca le possibili voci da ridurre

Bianca Di Giovanni

I risparmi in Sanità sono possibili, e anche nell'arco di poco tempo. Secondo Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore della Sanità, si può «facilmente» arrivare a recuperare il 10% dell'attuale fondo sanitario nazionale, ovvero 10-11 miliardi. Cosa manca per arrivare a questo obiettivo, se è già tutto così chiaro ed evidente nei numeri? «Il fatto è che il sistema sanitario è complesso, e l'Italia è un Paese molto variegato – spiega Ricciardi – Ma se facciamo gli interventi legislativi necessari, se organizziamo linee guida appropriate, se lavoriamo assieme alle Regioni e ai medici, possiamo raggiungere l'obiettivo».

Presidente Ricciardi, per le Regioni il fondo sanitario nazionale subisce un taglio. Vero?

«No, il fondo aumenta, e questo è un fatto. Non c'è dubbio che negli ultimi 10 anni la Sanità ha contribuito al risanamento dei conti in modo importante. Non c'è altrettanto dubbio che da due anni lo stanziamento aumenta. Sappiamo che l'aumento è limitato, ma la possibilità che avremo deriva dalla capacità di recuperare risorse dalla riduzione degli sprechi. Questo è il vero segno più nella Sanità».

Possibile quantificare gli sprechi?

«Il primo spreco è legato alla cosiddetta medicina difensiva. C'è una caterva di esami, ricoveri, radiografie, che potrebbe essere evitata. I medici li richiedono perché da noi esiste una legge che codifica l'errore medico nel codice penale, una cosa che accade solo in Italia e in Messico».

Non si può cambiare la legge?

«So che ci sono diverse proposte di legge in Parlamento».

Quanto sprechiamo per la medicina difensiva?

«Il caso dei ricoveri inutili costa un miliardo e mezzo l'anno. Ci sono diversi casi in cui si allunga inutilmente il periodo di degenza. Per esempio quando si fanno gli esami pre-operatori in ospedale e si dispone un ricovero di tre giorni per un'operazione che ne richiede uno. In generale su tutta la medicina difensiva si possono risparmiare 10-11 miliardi l'anno».

Tuttavia c'è una polemica con i medici, che rivendicano il diritto esclusivo di definire inappropriato un esame.

«Una volta fatta la legge, potremo lavorare con i medici per stabilire i nuovi parametri. Certo non possiamo continuare con 43 milioni di esami radiologici all'anno, che equivale in media a uno per cittadino, bambini esclusi. Si può affermare che tra il 40 e il 60% di questi esami sono inappropriati».

In quanto tempo si potrà passare ai risparmi concreti?

«In pochissimo tempo. La Francia lo ha già fatto, e il risparmio è stato immediato».

Questo però non dipende dalle Regioni.

«Ci sono molte altre cose che dipoendono dalle Regioni. Per esempio i punti nascita: per un accordo Stato-Regioni dovrebbero restare solo quelli in cui si fanno più di mille parti l'anno, più efficienti e più sicuri perché meglio equipaggiati. Ebbene, il 20% degli italiani continua a nascere in ospedali che fanno meno di mille parti l'anno».

In alcune Regioni montuose è difficile raggiungere ospedali lontani.

«Le eccezioni non sono mai dovute da ragioni orografiche, ma solo da mancanza di organizzazione. Nei casi di difficoltà è meglio prendere un elicottero che lasciare aperto un punto nascita con una bassa efficienza: è anche più sicuro per le madri. Un altro esempio riguarda l'intervento alla cataratta: alcune Regioni lo fanno in day hospital, altre ancora con il regime di degenza».

Per quale ragione alcune Regioni ancora non si adeguano a standard più efficienti?

«Le Regioni più grandi hanno iniziato prima a riorganizzare il sistema. Il fatto è che in Italia c'è molta eterogeneità. Se solo si arrivasse alla media tra tutte, si otterrebbero risparmi importanti. Si pensi solo che in alcune Regioni, come Lazio e Campania, c'è ancora il 60-70% degli ospedali con meno di 120 posti letto, con il risultato che lì non si fanno interventi importanti, visto che i cittadini di solito si riuvolgono a strutture più importanti, e nemmeno vengono riconvertiti in strutture per l'assistenza agli anziani o la lungodegenza».

Perché non si fa?

«Perché il sistema è complesso, c'è bisogno di molti interventi, coordinati dal centro».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 101.186
Diffusione 08/2015: 41.829
Lettori Ed. I 2015: 424.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

04-NOV-2015
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

LA MANOVRA Nel 2016 le Regioni si troveranno 14 miliardi in meno. Quelle coi conti in rosso si rifaranno con balzelli e ticket

Grazie ai tagli, +270 euro di tasse a testa

■ Mentre gli enti locali si ribellano al peso che l'esecutivo ha scaricato su di loro, i tecnici di Bankitalia, Ufficio parlamentare di bilancio e Corte dei conti smontano la manovra: le coperture non esistono, le stime sul Pil troppo ottimistiche. Oggi il premier incontra i governatori in rivolta

DI FOGGIA, MARRA, PALOMBI A PAG. 4 - 5

Regioni, meno 14 miliardi A noi salasso fino a 270 euro

Medici in sciopero, ma il premier non molla sulla Sanità: coi tagli sempre più enti andranno "in rosso" e quindi potranno alzare ticket e tributi locali

Rischio stangata

Tra il 2010 e il 2019 tolti 45 miliardi. La Uil: "Così blocco delle imposte verrà di fatto aggirato"

» CARLO DI FOGGIA

A guardare i numeri sembra incredibile che le Regioni si siano svegliate solo ora, protestando contro i tagli della manovra. E rischiano un risveglio amaro anche i contribuenti: una mazzata da 220 euro in media a testa, che il prossimo anno si potrebbe abbattere su di loro in almeno 8 Regioni (Piemonte, Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia, Lazio, Calabria, Molise) in extra-deficit sanitario. A questi vanno aggiunti i Ticket sanitari: nel 2015 sono costati mediamente 24 euro a testa (con punte di 30-44 euro in molte Regioni del Centro Nord) e su cui potranno però rifarsi tutti i governatori, anche quelli che non hanno piani di rientro.

"Renzi vuole privatizzare la Sanità", ha spiegato ieri il presidente del Comitato di settore Regioni-Sanità, e assessore in Lombardia, Massimo Garavaglia. Il governo ha deciso infatti il blocco dei tributi per evitare aumenti d'imposte, ma non per i ticket (che non sono tributi) e non per le Regioni in "rosso": "Ma con questi tagli c'è il rischio che molte altre ci finiscano", e così potranno alzare le addizionali Irpef. Se tutte le portassero al massimo - ha calcolato la Uil - l'aumento medio sarebbe di 221 euro pro-capite (+47%), dai 367 euro della Puglia, ai 52 del Lazio. Alla lista potrebbero aggiungersi anche le Regioni alle prese con le anticipazioni di liquidità per il pagamento dei fornitori. "Con due miliardi di tagli alla Sanità - spiegano dalla Uil - si rischia potenzialmente anche il raddoppio dei ticket", portando la media 2016 "a 48 euro a testa". Totale: 269 euro.

"Ora ci divertiamo, taglino gli sprechi e non aumentino le imposte", ha risposto Renzi al grido d'allarme di Sergio Chiamparino ("così moriamo"), che sarà al tavolo col governo. I medici pubblici, invece, si sono stufati: il 16 dicembre sciopereranno per l'intera giornata.

I NUMERI fanno paura. A luglio, le Regioni rinunciarono a 2,3 miliardi di aumento del Fondo sanitario, fidandosi della promessa che era l'ultimo taglio. La manovra ne toglie invece altri 2 nel 2016. Ma è l'aggregato - riportato in un dossier presentato alle Camere - che fa impressione: dei 5,8 miliardi di *spending review* del 2016, 3,9 sono in capo alle Regioni, 1,8 dei quali per il "pareggio di bilancio", il blocco statico tra entrate e uscite previsto dal governo Monti che l'esecutivo ha deciso di far partire dal prossimo gennaio. Poi ci sono i tagli delle manovre del passato, anche di Renzi (tipo gli 80 euro: meno un miliardo), che impattano nel 2016. Totale: 11,7 miliardi. Il cumulato sul 2016 "vale una scure per 14,7 miliardi, 4,3 nel solo 2015-2016". Poi c'è il futuro: nel 2017-2019 i tagli ammontano a 17 miliardi e si scaricheranno tutti sulla Sanità che vale il 75% dei bilanci.

I governatori hanno chiesto almeno 1 miliardo in più per il Ssn, così da pagare anche il rinnovo dei contratti, i vaccini, gli emotrasfusi e i farmaci salvavita innovativi. Nel 2010-2019 il salasso per le Regioni vale 45 miliardi.

© 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

04-NOV-2015
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

INTERVISTA RIPA DI MEANA, PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE: INUTILE ATTACCARE I MANAGER

«Tanti ospedali spendono male, risparmiare si può»

Lorenzo Bianchi

«DUE ANNI fa abbiamo sottolineato che in fin dei conti non ci si era mai liberati della spesa storica come punto di riferimento. Quindi gli squilibri originari si erano trascinati negli anni». A Francesco Ripa di Meana, direttore generale della Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere, la legge di Stabilità non piace.

Spesa storica, ossia chi ha sprecato di più prende di più. Cosa si dovrebbe fare invece?

«Ci sono anche forti differenze fra le varie aziende. Ora dovremo andare tutti verso il piano di rientro. Ma si dovrà rimettere in discussione questa benedetta spesa storica. Mettere il management con le spalle al muro è inutile. Non si risolve un problema che è più complesso, una complessità che deve essere rispettata. In sanità c'è un management che in questi anni ha lottato per la tenuta del sistema e ha garantito gli stessi servizi con un aumento delle risorse pari a zero. Ci sono sempre margini, ma non si deve arrivare all'osso».

Quali servizi possono essere tagliati?

«Quelli che sono fuori dai Lea (Livelli essenziali di assistenza). Ci sono ospedali che fanno cose che non dovrebbero fare. Per questa ragione è stato fatto il piano di riordino ospedaliero. Se lei vuole che riduca la complessità a una battuta, lo sa fare bene chi lancia i tweet…».

Può fare qualche esempio?

«Si debbono concentrare le prestazioni ad alta complessità e non lasciarle decentrate. A questo punto gli ospedali accorpati non dovrebbero essere obbligati ad assicurare le prestazioni di primo livello. Ci sono già norme buone che poi però debbono essere applicate dai manager. Il management ha già prodotto la tenuta di un sistema che ha visto ridursi le risorse».

Quindi la chiave di volta è differenziare i tagli?

«Con l'idea che tutti sono uguali si può arrivare a mettere mano alla carne, non alla ciccia. E poi non si possono prevedere nuove spese per un miliardo e mezzo di euro per i nuovi farmaci, i nuovi vaccini e i nuovi Lea restando però fermi a qualche centinaio di milioni di aumento del fondo sanitario nazionale. Si può fare molto ancora, però è anche vero che bisogna valutare situazioni diverse con provvedimenti diversi».

Non sta succedendo?

«Il commissario alla *spending review* Yoram Gutgeld concede un maggior ascolto che però non si riflette nei provvedimenti. Continuano sempre ad avere il sapore del taglio orizzontale. Quelli di quest'anno sono più variegati, ma è ovvio che una legge di Stabilità ha sempre un contorno un po' generico che rischia di non produrre grandi risultati, specie se non si riconosce alle Regioni e alle aziende sanitarie la possibilità di dire la loro sulle cose che poi debbono applicare».

Altrimenti che pericoli si corrono?

«Senza emettere nuove tasse, rischiamo di non comprare più».

IN PRIMA LINEA Francesco Ripa di Meana *(Fotoschicchi)*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

LA STAMPA.it

04-11-2015

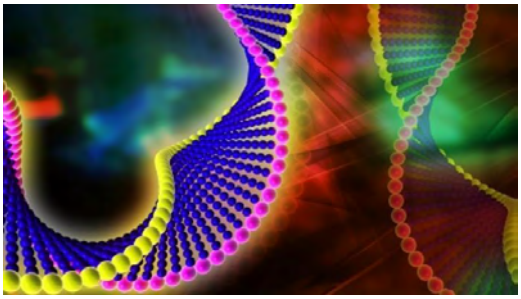
Lettori

170.000

http://www.lastampa.it/

Fotografato il replisoma, la macchina che fotocopia il Dna

È un blocco di proteine responsabili di sciogliere le eliche del Dna e crearne duplicati per la divisione cellulare



Si chiama replisoma e funziona come una macchina fotocopiatrice di Dna. Finora per la scienza è stato quasi una leggenda. Ora un team di ricercatori ha svelato la sua vera architettura molecolare e, «con sorpresa», ha scoperto che il suo aspetto non è quello immaginato in decenni di disegni sui manuali scientifici.

La replicazione del Dna è essenziale per la vita, spiegano dagli Usa gli esperti della Rockfeller University, del Brookhaven National Laboratory e della Stony Brook University che firmano lo studio pubblicato su *Nature Structural and Molecular Biology*. Ma molti meccanismi di base di questo processo rimangono sconosciuti. Come misteriosa era la struttura del replisoma, un blocco di proteine responsabili di sciogliere le eliche del Dna e crearne duplicati per la divisione cellulare.

La scoperta come spesso capita rivoluziona le ipotesi formulate in precedenza, sottolinea l'autore senior della ricerca, Michael O'Donnell, in forze nel Laboratorio sulla replicazione del Dna della Rockefeller University e nell'Howard Hughes Medical Institute. Sotto la lente degli esperti è finito il replisoma trovato negli organismi eucarioti, una categoria che include una vasta gamma di esseri viventi, compresi gli umani e altri organismi pluricellulari. O'Donnell e colleghi avevano prima studiato a lungo il replisoma in semplici batteri unicellulari: la versione più complessa ha oltre 30 meccanismi diversi, proteine, e ha richiesto un lavoro di ricostruzione lungo circa 15 anni. Ma finora non c'erano immagini che mostrassero come ogni singola parte si incastra a formare il replisoma eucariotico nel suo

insieme.

Per creare queste immagini il team ha iniziato a ricostruire la struttura completa pezzetto per pezzetto, esaminando la sua forma al microscopio elettronico - potente dispositivo che si usa per studiare le strutture delle proteine - una specialità del coautore dello studio, il biologo molecolare Huilin Li (Brookhaven National Laboratory e Stony Brook University). Gli scatti così ottenuti sono i primi mai realizzati di un replisoma completo. L'elica del Dna ha due filamenti, e ognuno di questi viene duplicato da una diversa Dna-polimerasi, un enzima che crea molecole di Dna accoppiando singoli nucelotidi, le unità di base, con i partner corrispondenti. Un altro enzima attivo nel replisoma è l'elicasi che, come una cerniera, ha il compito di separare il Dna in due singoli filamenti preparandolo per la replicazione, per la fotocopia. Il nuovo studio, fra le altre cose, ha permesso agli autori di capire come questi due enzimi sono posizionati l'uno rispetto all'altro.

Perché mai il replisoma eucariotico abbia sviluppato una tale struttura non è noto. O'Donnell e colleghi sospettano che possa avere qualcosa a che fare con l'evoluzione della pluricellularità. «Le modifiche ai nucleosomi trasportano informazioni epigenetiche che istruiscono le cellule a diventare i diversi tessuti del corpo, dal cuore al cervello e altri organi durante lo sviluppo embrionale», spiega O'Donnell. Le interazioni osservate dagli esperti, conclude, «potrebbero svolgere un ruolo nell'assegnazione di diverse identità epigenetiche alle due nuove cellule figlie dopo la divisione cellulare. Un passaggio che le mette in grado di formare organi diversi durante lo sviluppo di un animale pluricellulare».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 443.177
Diffusione 08/2015: 285.582
Lettori Ed. II 2015: 2.095.000
Settimanale - Ed. nazionale

OGGI

Dir. Resp.: Umberto Brindani

11-NOV-2015
da pag. 48
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

L'ALLARME DEGLI ONCOLOGI SULLE BISTECCHE E I SALUMI

Anche a tavola si può dimezzare il rischio cancro

È UNA VERITÀ SCIENTIFICA: LA DIETA CORRETTA PREVIENE I TUMORI. E PER LA CARNE ROSSA? **MANGIARLA UNA O DUE VOLTE ALLA SETTIMANA È RAGIONEVOLE.** MA OCCHIO A COME COME LA SI CUOCE

di Vera Martinella

UN SANDWICH... MINACCIOSO
Lo chef britannico Tristan Welch e il suo record: un panino con 40 differenti tagli di carne, realizzato per il programma tv *Man vs Food Nation*.

Dopo che lo Iarc, l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro di Lione, massima autorità in materia di studio in fatto di agenti cancerogeni dell'Organizzazione mondiale della Sanità, ha inserito le carni rosse e lavorate fra le sostanze che possono causare il cancro, quanto dobbiamo preoccuparci?
Spiega Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana di Oncologia medica. «Il team dello Iarc (22 esperti provenienti da dieci Paesi) ha deciso di catalogare fra i cancerogeni certi le carni rosse lavorate, ovvero quelle salate, essiccate, fermentate, affumicate, trattate con conservanti per migliorarne il sapore o la conservazione. Il consumo di carne rossa (per esempio: manzo, maiale, vitello, agnello, montone, cavallo o capra) è stato invece inserito nella lista dei "probabili carcinogeni" per l'uomo».
Insomma: würstel, prosciutti, salsicce, carne in scatola o sotto sale, così come i preparati o i sughi a base di carne appartengono alle carni lavorate e sono, diciamo, un po' più pericolosi di una semplice bistecca.
«Non siamo di fronte a una novità sconvolgente», aggiunge Antonio Moschetta, professore di Medicina interna all'Università di Bari «Aldo Moro».

LE SOSTANZE IN CAUSA

«Oncologi, istituzioni e associazioni di ricerca e di pazienti da anni ribadiscono che con una sana alimentazione e stili di vita corretti si potrebbe evitare quasi metà dei casi di cancro. E

Da leggere: *Il mito vegetariano - Cibo, giustizia, sostenibilità: non bastano le buone intenzioni*, di Lierre Keith (Sonzogno)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 443.177
Diffusione 08/2015: 285.582
Lettori Ed. II 2015: 2.095.000
Settimanale - Ed. nazionale

OGGI

Dir. Resp.: Umberto Brindani

11-NOV-2015
da pag. 48
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

nelle indicazioni su che cosa mettere in tavola», continua l'esperto, che è anche titolare di un progetto di ricerca Airc in materia, «da tempo ripetiamo che serve moderazione nel consumo delle carni rosse, soprattutto per via di nitrati, nitriti, conservanti e grassi animali, che diversi studi scientifici negli ultimi anni hanno indicato come

● I capi di Stato della Ue si sono riuniti a Milano nel 1985 per avviare il primo programma europeo contro il cancro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 443.177
Diffusione 08/2015: 285.582
Lettori Ed. II 2015: 2.095.000
Settimanale - Ed. nazionale

OGGI

Dir. Resp.: Umberto Brindani

11-NOV-2015
da pag. 48
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

fattori capaci di favorire l'insorgenza di un tumore all'apparato digerente. Soprattutto al colon, ma anche allo stomaco e al pancreas».

LA PREPARAZIONE CONTA

Niente messa al bando della carne rossa, dunque. Ma allora che bisogna fare? «Moderarne il consumo», risponde Pinto, che dirige l'Oncologia dell'Irccs Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. «Magiare carne rossa una o due volte alla settimana è ragionevole. E fare attenzione a come la si cuoce, perché un altro fatto noto da tempo è che determinati tipi di preparazione (come le alte temperature, grigliate, essiccazione, affumicamento e fritture) possono portare alla formazione di agenti chimici a loro volta cancerogeni. In fondo», prosegue Pinto, «la decisione della Iarc va presa come un invito a tornare alla dieta mediterranea che, come è stato scientificamente dimostrato, riduce il rischio di ammalarsi di tumore e malattie cardiovascolari». Quindi, meglio abbondare con frutta e verdura e variare gli altri alimenti (latte, formaggi, pollame, uova, pesce) senza esagerare con nessuno, condire con olio d'oliva e pasteggiare con acqua, oppure con il classico bicchiere di vino (sempre senza eccessi).

INTERVENTO PRECOCE

E per quello che ci siamo mangiati finora? «Inutile cadere nel panico», conclude Moschetta. «Il rischio maggiore legato alle carni rosse e lavorate è quello di cancro al colon, di cui si ammalano circa 52 mila italiani ogni anno. Sappiamo che circa l'80 per cento di questi tumori insorge a partire da lesioni precancerose, che possono essere scoperte per tempo e asportate. Per questo è importante intorno ai 50 anni fare una colonscopia, che può individuare (ed eliminare) eventuali adenomi o polipi che potrebbero in seguito trasformarsi in neoplasia. Inoltre è fondamentale partecipare allo *screening* con il test del sangue occulto nelle feci: è semplice, indolore, offerto gratuitamente ogni due anni a tutti i cittadini fra i 50 e i 69 anni. Basta prelevare un campione di feci e consegnarlo alla farmacia più vicina». Senza dimenticare che fra i fattori di rischio noti per questa malattia, oltre all'elevato consumo di carni rosse ed insaccati, farine e zuccheri raffinati, ci sono fumo, eccesso di alcolici, sovrappeso, obesità e la poca attività fisica.

Vera Martinella

PER IL TUMORE AL COLON **È IMPORTANTE ADERIRE ALLE CAMPAGNE DI SCREENING**

Da consultare: Efsa, Autorità europea per la sicurezza alimentare, *www.efsa.europa.eu*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media