19-01-2016

http://www.adnkronos.com/salute/

Aborto: negato in Italia, medici obiettori finiscono su 'New York Times'

Il quotidiano racconta il calvario di una donna con una feto gravemente malato

|ADN KRONOS

Roma, 18 gen. (AdnKronos Salute) - Le difficoltà per le donne italiane di avere diritto all'aborto previsto dalla legge 194 finiscono sulle pagine del 'New York Times'. A far accendere i riflettori del giornale americano sulla questione dei medici obiettori, che nel nostro Paese possono rifiutarsi di eseguire un'interruzione di gravidanza nei

termini previsti dalla legge appellandosi appunto all'obiezione di coscienza, è il caso di Benedetta (35 anni) di Ascoli Piceno.

La donna ha scoperto all'undicesima settimana di gravidanza che il feto aveva una grave malattia genetica e - scrive il 'New York Times' - ha chiesto al proprio ginecologo di interrompere la gravidanza nei termini previsti dalla legge (90 giorni), ma il medico si è rifiutato appellandosi all'obiezione di coscienza. Così per Benedetta è iniziato una calvario alla ricerca di un dottore che potesse aiutarla.

In un ospedale - racconta il giornale della 'Grande mela' - alcuni medici hanno consigliato alla donna di farsi certificare, da uno psichiatra, di aver minacciato di uccidere il feto così da ottenere una proroga del termine legale previsto dalla legge 194. Benedetta, arrabbiata e incredula di fronte alle difficoltà di trovare un ginecologo che potesse aiutarla, ha affermato di sentirsi "come un contenitore, non un essere umano". Nell'articolo del 'New York Times' si ricorda che in Italia trovare un ginecologo non obiettore è un'impresa ardua: il 70% degli specialisti, ma si arriva all'83% in alcune Regioni del Sud, sceglie di astenersi dal praticare l'aborto "per motivi religiosi o personali, in un Paese - sottolinea il quotidiano - che culturalmente rimane a maggioranza cattolica".

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

19-GEN-2016
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA RELAZIONE DEL MINISTERO SUI DECESSI DI DONNE IN GRAVIDANZA

Gli ispettori della Lorenzin: si salva un ospedale su quattro

Nuove linee guida sanitarie per la gravidanza e il parto saranno emanate dal ministero della Salute anche in base ai primi risultati delle ispezioni inviate dalla ministra Lorenzin negli ospedali dove a fine dicembre 2015 sono decedute quattro donne in gravidanza e i loro bimbi.

Le nuove indicazioni potranno tenere conto, fra l'altro, delle criticità rilevate dalla task force nella gestione da parte degli ospedali dei casi in questione. Si salva soltanto l'ospedale Sant'Anna di Torino. E anche qui, il consiglio è di attivare al più presto percorsi diagnostico-terapeutici in grado di assistere la donna e la famiglia per tutta la gravidanza. Tanto più in caso di complicanze.

Per tutte le altre strutture, le morti sono riconducibili a gap di comunicazione, valutazione e gestione del rischio, appropriatezza e collegamento ospedale-territorio. La task force di esperti voluta dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** dopo i cinque casi di morti per parto in 7 giorni registrati a fine dicembre, chiamata a verificare eventuali criticità di carattere organizzativo e clinico, ha depositato le relazioni preliminari scaturite dalle ispezioni presso gli ospedali Sant'Anna di Torino, G. Fracastoro di San Bonifacio (Verona), San Bassiano di Bassano del Grappa e presso gli Spedali Civili di Brescia.

Osservazioni e valutazioni sono state effettuate in base all'analisi della documentazione immediatamente disponibile, alle testimonianze raccolte dal personale medico e dai racconti dei familiari delle persone decedute.

Di seguito, il report preliminare trasmesso dal ministero.

Al S. Anna di Torino, la gestione del caso della signora Angela Nesta e della piccola Elisa non sembra presentare, allo stato attuale delle conoscenze, elementi di inappropriatezza, relativamente alla gestione della complicanza, repentinamente occorsa, e che ha portato al decesso della signora e della neonata: pare infatti siano stati attuati tutti gli accertamenti necessari e tutte le manovre di emergenza sia per la rianimazione materna, sia neonatale.

La relazione degli ispettori sottolinea comunque la necessità che siano resi disponibili protocolli diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta) per la selezione delle donne da avviare al parto indotto e per la gestione delle donne con agitazione psico-motoria in prepartum. Un ulteriore aspetto da considerare - scrivono nella relazione - è l'integrazione tra l'ospedale e il territorio per la gestione delle donne con indice di massa corporea elevato e con significativo aumento di peso in gravidanza: pertanto, è necessario che siano elaborati specifici Pdta che devono essere condivisi tra Ospedale e consultorio, per la definizione e gestione delle situazioni di rischio.

In merito al decesso della signora Giovanna Lazzari, all'ottavo mese di gravidanza, morta giovedì 31 dicembre nel Presidio ospedaliero Spedali Civili di Brescia, l'esame della documentazione clinica resa immediatamente disponibile, ha mostrato un certo disallineamento rispetto ai colloqui intercorsi con il personale dell'ospedale coinvolto nei fatti e alla prima relazione sintetica (fornita dalla Direzione aziendale), e ha fatto emergere alcuni aspetti di criticità sia di carattere organizzativo, sia clinico. La comunicazione con i parenti, con i mezzi di informazione e tra i professionisti richiede azioni correttive, anche in base a quanto previsto dalle Linee guida del 2011 per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità.

Dal punto di vista organizzativo, in considerazione del fatto che il processo assistenziale travaglio/parto/nascita, anche in situazioni fisiologiche, è tempo dipendente, è necessario predisporre e diffondere procedure che permettano una chiara definizione del percorso assistenziale e delle responsabilità a esso connesso.

È emersa inoltre la necessità di migliorare la valutazione delle condizioni di rischio potenzialmente presenti in gravi-

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

19-GEN-2016
da pag. 2
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

danza e al momento del ricovero, con particolare riferimento alla problematica delle infezioni, nonché la necessità dell'aderenza a linee guida sul trattamento della sepsi, trattandosi di patologia a elevata letalità e le cui probabilità di sopravvivenza sono anche tempo-dipendenti.

In merito al caso di Marta Lazzarin, la donna deceduta il 29 dicembre all'ospedale San Bassiano di Bassano del Grappa, giunta alla ventisettesima settimana (settimo mese) della sua prima gravidanza, la gestione dell'emergenza, su un piano comunicativo, non è stata adeguata, creando forse delle aspettative nei familiari sull'esito delle cure. Da sottolineare la non adeguata gestione del dolore.

Da un punto di vista clinico, è emersa la necessità di aumentare negli operatori l'aderenza alle procedure relative alle condizioni di rischio che possono essere presenti in gravidanza, con particolare riferimento alla problematica delle infezioni. In particolare, la sepsi in gravidanza è una patologia ad elevata letalità e le cui probabilità di sopravvivenza sono tempo-dipendenti, per cui sono necessari identificazione precoce e monitoraggio continuo del quadro clinico; la letalità della patologia, anche a seguito di una corretta gestione terapeutica, rimane elevata. Peraltro è stata somministrata terapia antibiotica iniziale appropriata al quadro di infezione sospettato.

In merito al caso della signora Anna Massignan, sulla base della documentazione resa immediatamente disponibile e dei colloqui intercorsi con il personale dell'Ospedale G. Fracastoro di San Bonifacio, Azienda Ullss n. 20 di Verona coinvolto nei fatti, nonché dalla Epicrisi (fornita dal Direttore della Uoc di Ginecologia ed Ostetricia), analizzando a ritroso l'evento occorso, emergono alcuni aspetti di carattere organizzativo e clinico.

Dal punto di vista organizzativo, in considerazione del fatto che il processo assistenziale travaglio/parto/nascita, anche in situazioni fisiologiche, è tempo dipendente, è necessario predisporre e diffondere procedure che permettano una chiara definizione del percorso assistenziale e delle responsabilità a esso connesso.

Da un punto di vista clinico, è emersa la necessità di predisporre e diffondere procedure che permettano la valutazione delle condizioni di rischio potenzialmente presenti in gravidanza e al momento del ricovero, con particolare riferimento alla problematica delle infezioni e della sepsi: infatti, trattandosi di patologia a elevata letalità e le cui probabilità di sopravvivenza sono anche tempo-dipendenti, sono necessari identificazione precoce e monitoraggio continuo del quadro clinico, anche se l'esito positivo non è scontato.

Red.San.

© 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

19-GEN-2016
da pag. 19
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

CASSAZIONE/ Le Sezioni Unite mettono la parola fine su una vicenda sorta nel 2008

Nessun diritto a non nascere

I supremi giudici: «La "non vita" non può essere un bene della vita»

Bimba down: no al risarcimento

L'aborto non è «eugenetico»

«La non vita non può essere "un bene della vita" e di conseguenza non esiste il diritto "a non nascere se non sani". L'affermazione del diritto di "non nascere malati" se affermato, comporterebbe, quale simmetrico termine del rapporto giuridico, l'obbligo della madre di abortire. Il supposto interesse a non nascere, mette in scacco il concetto stesso di danno. Tanto più che di esso si farebbero interpreti unilaterali i genitori nell'attribuire alla volontà del nascituro il rifiuto di una vita segnata dalla malattia; come tale, indegna di essere vissuta (quasi un corollario estremo del c.d. diritto alla felicità)».

Questa è l'affermazione contenuta nell'importante sentenza delle **Sezioni Unite n. 25767** del 22 dicembre 2015 che ha deciso sull'ordinanza di rimessione per sanare sul contrasto a opera della terza sezione civile contenuta nell'**ordinanza n. 3569/2015** del 23 febbraio (già commentata in queste pagine e on line su Sanità24 de Il Sole 24 Ore) che ha accolto parzialmente il ricorso dei genitori con rimessione degli atti alla Corte d'appello di Firenze per una nuova valutazione delle prove.

Il caso. Una vicenda che occupa i tavoli giudiziari dal 15 maggio 2008 quando iniziò l'azione giudiziaria innanzi al tribunale di Lucca. Il bimbo nacque con una sindrome di Down della quale la madre non venne informata. Il giudizio civile coinvolse il primario, l'ostetrica e il direttore del laboratorio di analisi dell'Asl di Lucca, assolti dalle Corti di merito secondo le quali «anche a voler considerare provata la volontà della gestante di orientarsi verso l'aborto, non emergono indizi per ritenere che sussisteva il diritto di ricorrere alla interruzione della gravidanza, in presenza dei presupposti di legge, e cioè del grave pericolo per la salute fisica o psichica». Tesi contestata dai genitori, secondo i quali la prova della volontà di interrompere la gravidanza sarebbe stata possibile solo in presenza di corretta informazione. In caso contrario si chiederebbe alla donna una prova diabolica se non addirittura "impossibile".

Due posizioni opposte che trovano proprio nella contrastante giurisprudenza i propri appigli. In particolare, il collegio poneva in evidenza che la tematica della *c.d. nascita indesiderata* aveva dato luogo, in ordine alla questione dell'onere probatorio a un primo e più risalente orientamento, secondo cui corrisponde a regolarità causale che la gestante interrompa la gravidanza, se informata di gravi malformazioni del feto (Cass. n. 6735/2002; Cass., sez. 3, 29 luglio 2004 n. 14488; Cass., sez. 3, 4 gennaio 2010 n. 13; Cass., sez. 3, 10 novembre 2010 n. 22837; Cass., sez. 3, 13 luglio 2011 n. 15386; cui si era contrapposta una giurisprudenza più recente, che aveva escluso tale presunzione semplice, ponendo a carico della parte attrice di allegare e dimostrare che, se informata delle malformazioni del concepito, avrebbe interrotto la gravidanza (Cass., sez. 3, 2 ottobre 2012 n. 16754; Cass., sez. 3, 22 marzo 2013 n. 7269; Cass., sez. 3, 10 dicembre 2013 n. 27528; Cass., sez. 3, 30 maggio 2014 n. 12264). Un contrasto ancora più marcato sulla questione della legittimazione del nato a pretendere il risarcimento del danno a carico del medico e della struttura sanitaria: alla tesi negativa sostenuta da Cass., sez. 3, 29 luglio 2004 n. 14488; Cass., sez. 3, 14 luglio 2006 n. 16123, Cass., sez. 3, 11 maggio 2009 n. 10741 faceva riscontro la contraria opinione che escludeva il requisito della soggettività giuridica del concepito e la sua legittimazione, dopo la nascita, a far valere la violazione del diritto all'autodeterminazione della madre, causa del proprio stato di infermità, che sarebbe mancato se egli non fosse nato (Cass., sez. 3, 3 maggio 2011 n. 9700; Cass., sez. 3 2 ottobre 2012 n. 16754).

Le questioni risolte. L'aborto non è mezzo di controllo delle nascite in chiave eugenetica. Punto di partenza della relativa disamina, afferma la sentenza, è l'interpretazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza). Il diniego, in linea di principio, dell'interruzione di gravidanza come strumento di programmazione familiare, o mezzo di controllo delle nascite, e "a fortiori" in funzione eugenica, emerge, infatti, inequivoco già dall'articolo 1, fuori delle quali l'aborto resta un delitto (Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio). L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata solo in due circostanze precise previste dall'articolo 6 della medesima legge:

«a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna».

L'onere della prova ricade sulla donna. Sotto questo profilo, il "thema probandum" è costituito da un fatto complesso; e cioè, da un accadimento composto da molteplici circostanze e comportamenti proiettati nel tempo: la rilevante anomalia del nascituro, l'omessa informazione da parte del medico, il grave pericolo per la salute psicofisica della donna, la probabile scelta abortiva di quest'ultima. Una prova scivolosa e diabolica che richiede tecniche di valutazione altrettanto difficili e che, secondo i giudici, possono essere focalizzati in tre punti:

a) Esistenza di circostanze che dimostrino il rischio di compromissione psichica della donna. Del fatto psichico non si può fornire rappresentazione immediata e diretta. In tal caso, l'onere probatorio - senza dubbio gravoso, vertendo su un'ipotesi, e non su un fatto storico - può essere assolto tramite dimostrazione di altre circostanze, dalle quali si possa ragionevolmente risalire, per via induttiva, all'esistenza del fatto psichico.

b) Applicazione del criterio del "più probabile che non": ciò implica un impervio accertamento induttivo anche delle convinzioni di ordine umano, etico ed eventualmente religioso, oltre che delle condizioni di salute psico-fisica esistenti all'epoca, che avrebbero concorso a determinare l'incoercibile decisione di interrompere, o no, la gravidanza.

Valutazione senz'altro difficile ma

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

19-GEN-2016
da pag. 19
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

che deve essere fatta. L'assenza di motivazione dei gudici fiorentini è la ragione per la quale la loro decisione è stata rinviata per la nuova valutazione.

c) Valutazione dei temi di prova presentati dalle parti: possono essere tratte, al fine di attribuire gradi variabili di conferma delle ipotesi vertenti sui fatti che si tratta di accertare, secondo un criterio di regolarità causale: restando sui professionista la prova contraria che la donna non si sarebbe determinata comunque all'aborto, per qualsivoglia ragione a lei personale.

Paola Ferrari
avvocato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 371.646
Diffusione 11/2015: 262.053
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

19-GEN-2016
da pag. 43
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Maternità. Molti esami sono spesso inutili, perché non cancellano il rischio di embolia e trombosi. E possono danneggiare madre e bambino

Troppi test non salvano il parto

Alcuni stili di vita aumentano le probabilità di un evento avverso: fumo e sovrappeso

ELVIRA NASELLI

IL RISCHIO zero purtroppo non esiste. E non c'è modo per prevenire l'imprevedibile. Lo sanno i medici, e dovremmo mettercelo in testa anche noi. L'Italia, insieme a Francia e Gran Bretagna, ha il più basso indice di mortalità al mondo in gravidanza, dieci donne su centomila. Che in numeri, su circa cinquecentomila parti all'anno, fa 50 donne. Un numero altissimo e bassissimo insieme, se si pensa che negli Stati Uniti la percentuale è doppia. La trombosi e l'embolia polmonare sono tra i principali rischi di morte materna. E i casi recenti hanno spinto alcuni a chiedersi se qualche test in più possa essere un salvavita.

Contro l'imprevisto, però, c'è poco da fare. E pensare di sottoporre tutte le donne in gravidanza ad ogni esame serve solo ad aumentare i costi per il sistema sanitario, a tutelare il medico, ma non sortirebbe i risultati sperati. «E soprattutto non avrebbe senso scientifico - premette Sergio Ferrazzani, da 37 anni nel reparto gravidanze ad alto rischio del policlinico Gemelli di Roma - perché l'eccesso di esami che oggi si fa quasi di routine non serve. Le gravidanze sono ad alto o basso rischio, non a rischio zero. Per fortuna quelle a basso rischio sono in maggioranza, circa l'80 per cento, ma proprio per i maggiori numeri gli eventi avversi riguardano spesso queste donne. E non c'è modo di intercettarle prima. Fare più esami può essere pure dannoso perché la positività ad una predisposizione non vuol dire che si sviluppi la malattia. E invece magari si sottopone una donna a terapia con eparina a basso peso molecolare per mesi, senza utilità. Essere positive a questi test non implica che ci sia un rischio maggiore perché alcune trombofilie sono ad alto rischio, altre meno. Bisogna differenziare il risultato. Lo stesso per l'esame MTHFR, che individua un enzima che favorisce il metabolismo dell'omocisteina che, se è in eccesso, può danneggiare i vasi. Nel 40 per cento dei casi, però, l'enzima è aumentato ma non l'omocisteina. E invece vengono trattate tutte le donne». Posizione condivisa sia dalla Siset (società italiana di Emostasi e Trombosi) che da Fadoi (società scientifica di medicina interna) che spinge per una appropriatezza delle cure e non per l'uso indiscriminato di test.

Posto che una buona anamnesi dovrebbe essere fatta addirittura prima del concepimento, all'inizio della gravidanza a ogni donna dovrebbe essere attribuito un profilo di rischio. «Le donne ad altissimo rischio sono quelle con una precedente trombosi non legata ad un intervento chirurgico maggiore - continua Ferrazzani - e per queste è indicata la profilassi con eparina a basso peso molecolare dall'inizio della gravidanza e per sei settimane dopo il parto. Chi ha familiarità, ovvero un parente di primo grado sotto i 50 anni con trombosi, deve essere sottoposta a test che studi tutte le trombofilie, congenite e acquisite. Solo queste donne, però, non tutte».

E se il risultato fosse una positività per una trombofilia a basso rischio non basterebbe per cominciare la terapia. Come da linee guida del Royal College of Obstetricians & Gynaecologists di aprile scorso, la profilassi nelle donne a rischio intermedio va fatta se la trombofilia è associata ad altri tre fattori di rischio. E tra questi ce ne sono molti modificabili, come l'eccesso di peso o il fumo. Detto questo, «anche una donna a basso rischio può sviluppare trombosi ma non saremmo in grado di prevenirla con nessun esame. Anche perché persino la terapia con eparina funziona solo al 60-70 per cento. Purtroppo non del tutto».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 18 GENNNAIO 2016

Farmaci oncologici. Innovazione e sostenibilità: scenari e proposte nel convegno al Senato. “Necessario rivedere la governance”

All'evento promosso da Motore Sanità con Federsanità Anci e Msd, radiografato il tema dell'innovazione: vettore che garantisce un avanzamento delle terapie, ma anche fonte di un'impennata della spesa farmaceutica ospedaliera. La proposta Aiom: istituire Fondo autonomo dedicato ai farmaci oncologici innovativi che potrebbe essere finanziato proprio con il gettito derivante dal tabacco, un centesimo in più a sigaretta. IL DOSSIER

In Italia il miglioramento delle terapie oncologiche, legato soprattutto all’impatto dei farmaci innovativi, sta garantendo un incremento costante e progressivo nella sopravvivenza nei tumori per le oltre 363mila persone che ogni anno ricevono una diagnosi. Tuttavia questa dinamica ha determinato anche un’impennata della spesa farmaceutica, in particolare quella ospedaliera: il rapporto Osmed 2014 indica che i farmaci antineoplastici ed immunomodulatori sono le molecole a maggior spesa pubblica, pari a quasi 3 miliardi di euro (48,7 euro pro capite), superando i farmaci per il sistema cardiovascolare (45 euro pro capite). Questo il tema al centro del workshop **'Il governo dell’innovazione farmaceutica: modelli di governance equa e sostenibile dei farmaci oncologici innovativi ad alto costo'**, organizzato a Roma presso il Senato da Motore Sanità con la collaborazione di Federsanità Anci e Msd Italia.

Sulla base di questi elementi, “occorre affrontare il tema della separazione delle voci di spesa, dei tetti, tra farmaceutica territoriale e ospedaliera – ha aperto i lavori **Mario Marazziti,** presidente della Commissione Affari Sociali alla Camera - Se i farmaci innovativi permetteranno di guarire e non finire più in ospedale, dovrà cambiare anche il modello ospedaliero e quello di spesa”. Il primo trimestre del 2016 sarà di particolare importanza in quanto “è calendarizzato in Parlamento un ddl che si occuperà del Registro Tumori e che dovrebbe approdare in aula a marzo. E’ infatti uno strumento essenziale per raggiungere omogeneità di cure su tutto il territorio, rimuovendo le troppe sperequazioni che ancora caratterizzano il nostro Paese”.

E per rispondere alle esigenze di salute dei nostri cittadini “nelle due ultime leggi di stabilità è stato istituito un Fondo ad hoc. Per il prossimo futuro, sarà necessario avviare una riflessione più ampia che preveda risposte strutturali al tema dell’innovazione. Dobbiamo – ha sottolineato - innanzitutto capire, come Paese, quali livello di costo-efficacia possiamo sostenere per poi dare mandato agli enti regolatori di trattare il prezzo di questi farmaci”.

Numerose criticità sono prodotte dall’attuale modello di regolamentazione che “fino ad oggi è stato in grado di governare la spesa farmaceutica territoriale – ha osservato **Nicoletta Luppi**, presidente e amministratore delegato di Msd Italia - ma ora si sta dimostrando sempre più incoerente con le dinamiche della spesa farmaceutica a livello ospedaliero ed emerge in modo sempre più chiaro l’esigenza di un nuovo approccio che consenta di valutare in termini olistici la spesa sanitaria”. Proprio per questo “è venuto meno il senso di mantenere un tetto rigido per la spesa farmaceutica ospedaliera ponendo in capo alle aziende la responsabilità del suo sforamento senza tenere in conto i risparmi prodotti in altre voci della spesa sanitaria o l’aumento dell’aspettativa e della qualità di vita dei pazienti”. Si potrebbe quindi “prendere la spesa farmaceutica per l’oncologia e inserirla in quella ospedaliera, ma

anche reinvestire i proventi del gettito fiscale generato dal tabacco appositamente nella lotta ai tumori”.

A livello sistemico è comunque fondamentale “distinguere quali siano i prodotti innovativi che, a fronte di un alto costo, non offrano invece benefici modesti – ha ragionato **Walter Ricciardi**, presidente dell’Istituto superiore di sanità - Questo può essere un criterio con cui costruire l’eventuale istituzione di un Fondo pubblico per i prodotti innovativi”. Allo stesso tempo “affinché i tassi di sopravvivenza non siano strettamente correlati, come sempre più spesso accade, al reddito economico e, come mostrano anche recenti analisi, al grado di istruzione, è necessario far interagire diversi nodi del sistema e metterli in rete: oltre al welfare, è necessario che alla produzione di innovazione concorrano il sistema di ricerca pubblica, sostenuto e affiancato da quello privato, in particolare nella fase di sviluppo di nuove ed efficaci molecole, e riflettere però anche su nuovi sistemi brevettuali che proteggano gli investimenti delle aziende ma rendano possibile alla ricerca pubblica di collaborare nell’interesse della collettività”.

Un vettore fondamentale per un miglioramento del sistema “risiede indubbiamente dell’Health technology assessment, già implementato grazie alla cabina di regia istituita con l’ultimo Patto per la Salute – ha evidenziato **Marcella Marletta**, Direttore Generale della Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute – Ottimizzare è infatti indispensabile ma ottenere risparmi in termini di spesa e questa è una delle sfide principali che ci attende. L’idea può essere anche quella di spendere di più in una fase iniziale per poi migliorare la terapia e abbattere i costi per le cronicità e la farmaceutica. Senza dimenticare le numerose giornate che perdiamo in termini di occupazione a causa dei tumori”.

È inoltre fondamentale “giungere ad una chiara e strutturata definizione di innovazione – ha suggerito **Antonio Gaudioso**, segretario generale di Cittadinanzattiva - in modo da quantificarne l'impatto e il beneficio ottenibile dalle cure farmacologiche innovative da un lato e dall'altro promuovere una capillare attività di informazione e comunicazione rivolta ai pazienti sulle diverse opportunità terapeutiche a disposizione operando nella rimozione di tutte quelle condizioni che mettono in discussione il principio di uguaglianza ed universalismo nell'accesso alle cure”.

Forti criticità sono causate “dagli ingenti ritardi che derivano dall’interferenza di Commissioni regionali, locali e aziendali che rallenta ulteriormente l’accesso ai farmaci – ha riferito **Francesco De Lorenzo**, presidente di Aimac e di Favo - configgendo talvolta competenze specifiche di Ema ed Aifa, come nel caso della modifica e/o cancellazione di alcune indicazioni terapeutiche. Il complesso di queste procedure costituisce un vero e proprio razionamento dei farmaci effettivamente accessibili ai cittadini, determinando gravi disparità sul territorio, e negando, nei casi in cui ciò avviene, il diritto di tutti i malati di avere accesso ai nuovi farmaci autorizzati in tempo utile. È questa una potenziale forma occulta di razionamento, poco conosciuta e poco monitorata, che crea disuguaglianze territoriali e penalizza larghe fasce di cittadini”.

Un’opzione per sostenere la ricerca indipendente, fattore imprescindibile per alimentare l’innovazione, “potrebbe consistere nella convergenza di fondi pubblici e con la compartecipazione delle imprese del settore e delle charities impegnate in questo campo, organizzando un sistema compartecipato e coordinato lungo le traiettorieprioritarie per il Paese – ha riflettuto **Paolo Bonaretti,** Consigliere per le Politiche industriali del Gabinetto del Ministro dello Sviluppo Economico e Responsabile del Tavolo sulla Farmaceutica - Un sistema che, tra l’altro, garantirebbe una riduzione del rischio della ricerca farmaceutica, favorirebbe un sensibile incremento della sperimentazione clinica ed un rapido aumento dell’accesso alle cure e ai farmaci innovativi per una larga fetta della popolazione”.

Ma non si possono dimenticare le implicazioni etiche, “dato che la definizione delle risorse necessarie per il loro acquisto limita la disponibilità di opportunità terapeutiche per altre patologie – ha fatto notare **Angelo Del Favero**, direttore generale dell’Iss e presidente di federsanità Anci - Proprio la disponibilità di farmaci innovativi in diverse aree terapeutiche rappresenta una delle maggiori speranze nella cura di malattie a elevato impatto sanitario, sociale ed economico. Per queste ragioni l’accesso a questi farmaci è oggetto di un nuovo report della sezione europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, dove si afferma il concetto che il prezzo dei nuovi farmaci dovrebbe essere legato al loro valore aggiunto rispetto ai trattamenti disponibili e all’impatto sanitario”.

I farmaci oncologici, per le loro caratteristiche, “sono il crocevia delle trasformazioni dei sistemi sanitari – ha sottolineato **Enzo Chilelli**, direttore generale di Federsanità Anci - Si tratta di prodotti innovativi, a elevato valore terapeutico (spesso la differenza tra il decesso e la sopravvivenza) e altrettanto elevato costo. Il loro utilizzo deve necessariamente confrontarsi con i problemi di sostenibilità della spesa sanitaria che in ogni sistema, sia con finanziamento a prevalenza pubblica che privata, diventano sempre più evidenti. Nel caso dell’Italia, queste difficoltà trovano due fattori di amplificazione, di natura strutturale: da un lato le condizioni della finanza pubblica, sulle quali pesano il debito pubblico e la bassa crescita dell’economia; dall’altro, il “cantiere” federalista che si stenta a chiudere e che implica, per la sanità, la mancanza di una governance unitaria, in particolare su quei capitoli di spesa, come i prodotti oncologici, che avrebbero urgenza di punti di riferimento chiari su come articolare il trade-off tra sostenibilità e adeguatezza delle cure”.

Una proposta concreta, immediatamente operativa, è stata presentata da **Carmine Pinto**, Presidente Nazionale dell’Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom). “Lo Stato ricava circa 11 miliardi di euro dalle accise del tabacco e impiega queste risorse in vario modo, ne basterebbe una piccolissima parte, anche solo il 5%, per garantire pieno accesso a tutti i malati italiani ai tanti farmaci innovativi che arriveranno sul mercato e che potrebbero cambiare le loro aspettative di vita”. L’Aiom infatti, insieme alle associazione dei pazienti, ha proposto al Governo l’istituzione di questo Fondo autonomo dedicato ai farmaci oncologici innovativi che potrebbe essere finanziato proprio con il gettito derivante dal tabacco, un centesimo in più a sigaretta.

L’idea di un Fondo nazionale per i farmaci innovativi, nel complesso, “interroga a vari livelli le diverse istituzioni grazie al mio emendamento – ricorda **Emilia Grazia De Biasi,** presidente della Commissione Igiene e sanità al Senato - che svincola il fondo dei farmaci innovativi dal tetto territoriale e lo rende indipendente per il 2015 e il 2016 e che può liberare risorse dando respiro alla Regioni che, con una attenta programmazione, potranno in modo più ampio rispettare il diritto alla salute. Un fondo che si potrà implementare e sarà autonomo all’interno del Fondo sanitario nazionale, quindi non soggetto alle stesse regole di mercato vigenti per gli altri farmaci. Naturalmente è impensabile che il Fondo aumenti più di tanto ma bisogna riconvertire la spesa sulle esigenze della popolazione”.

Il punto, ha concluso, “è come far arrivare questi soldi, questione che riguarda anche la governance del sistema. Si potrebbero mettere in atto diverse azioni; una per esempio è quella di intervenire sul prontuario. Insomma, dobbiamo scegliere se siamo uguali davanti al cancro o davanti all’aspirina, ricordiamo che quello italiano è un sistema universalistico, equo e solidale e tale va mantenuto, particolarmente per l’oncologia. Questo comporta una revisione della politica del farmaco se si vuole evitare sofferenza su sofferenza a certe fasce della popolazione”.

adnkronos salute

19 gennaio 2016
NUMERO 7 | ANNO 10

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Nel periodo 2014-2016 il settore farmaceutico registrerà un nuovo splafonamento

Spesa ospedaliera sfora di 3,8 mld, serve nuovo sistema

Nel periodo 2014-2016 il settore farmaceutico registrerà uno sforamento del tetto programmato di spesa ospedaliera pari a 3,8 miliardi di euro. Per arginare questo splafonamento, già in atto da anni e previsto in continua crescita, è necessario u cambio di paradigma, una nuova gestione del sistema su cui si sono confrontati a Roma attori del settore, istituzioni e pazienti, in un workshop organizzato da Motore Sanità con la collaborazione di Federsanità Anci (Associazione nazionale comuni italiani) e Msd Italia. Focus, in particolare, sui farmaci oncologici. Secondo il rapporto Osmed 2014, infatti, i farmaci antineoplastici e immunomodulatori sono le molecole a maggior spesa pubblica, pari a quasi 3 miliardi di euro (48,7 euro pro capite) superando i farmaci per il sistema cardiovascolare (45 euro pro capite). Medicinali che hanno dato i loro risultati: la mortalità per tumori è in costante diminuzione e la percentuale di sopravvivenza relativa a 5 anni è elevata ed è aumentata dal 1990 al 2007 del 18% negli uomini e del 10% nelle donne. Genomica, terapie sempre più efficaci e selettive, avvento dell'immunoterapia stanno contribuendo in modo determinante alla riduzione dei tassi di mortalità e a un incremento dell'aspettativa di vita per gli oltre 363.000 italiani che ogni anno ricevono una diagnosi di tumore. "Si prevede - ha detto Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di sanità - che la spesa sanitaria crescerà del 20% l'anno, il 10% a causa dell'invecchiamento della popolazione e il 10% per l'arrivo di nuove cure innovative. Ma se pensiamo che in Europa solo per le prime 6 principali malattie si spende 1 trilione di euro, è impensabile che fra 10 anni si possa arrivare a 6 trilioni. Non è fiscalmente sostenibile. Bisogna rivedere il sistema e l'Iss lavorerà con l'Aifa per definire cosa significi veramente innovazione terapeutica, basandosi sui vantaggi per malati, medici e per lo Stato. E su questo temo sarà importante anche la riforma della Costituzione". "Occorre mettere mano, con saggezza - ha aggiunto Mario Marazziti, presidente della XII commissione Affari sociali della Camera - al tema della separazione delle voci di spesa, dei tetti, tra farmaceutica territoriale e ospedaliera. Se i farmaci innovativi permetteranno di guarire e non finire più in ospedale, dovrà cambiare anche il modello ospedaliero e quello di spesa". Il tema fondamentale è quello delle risorse disponibili: il Governo ha previsto l'istituzione di un Fondo per i farmaci innovativi, con una copertura finanziaria complessiva, per il biennio 2015-2016, di un miliardo di euro, destinati in particolare alla cura dell'epatite C. E secondo Marazziti ingenti risparmi "arriveranno anche dall'approvazione del Ddl sul rischio clinico, in aula a Montecitorio a marzo". "Nella legge di Stabilità - ha ricordato Emilia De Biasi, presidente della commissione Sanità del Senato - è stato approvato un mio emendamento che svincola il fondo dei farmaci innovativi dal tetto territoriale. Ma è impensabile che il Fondo aumenti più di tanto. A mio parere si dovrebbe rivedere tutto il sistema di rimborso e una parte del payback potrebbe essere stornato a destinato al Fondo, così come i risparmi che si avranno dall'applicazione del Patto della Salute e delle nuove norme sulla medicina difensiva.

Barbara Di Chiara

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 371.646
Diffusione 11/2015: 262.053
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

19-GEN-2016
da pag. 40
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Niente soldi niente cure

RSALUTE/

Sanità. A lanciare l'allarme è il Parlamento. Un cittadino su sei rinuncia alle terapie. E tra i poveri va ancora peggio. Colpa dei reparti chiusi, dei medici che mancano. E dei ticket cresciuti del 20 per cento in pochi anni

Costi molto alti gli italiani non si curano più

ROBERTO PETRINI

GLI ITALIANI, CHE SECONDO un comune clichè sarebbero ipocondriaci e ansiosi, stanno cambiando atteggiamento e hanno cominciato a trascurare la propria salute. Colpa dei costi troppo alti dei ticket, dell'eccessiva distanza dei presidi sanitari e delle liste d'attesa. Esasperati dalla crisi e con sempre meno soldi in tasca rinunciano al dentista. Tra le fasce più povere della popolazione fino al 15 per cento degli italiani si priva delle cure.

A lanciare l'allarme non è un semplice centro di studi sociologici e di monitoraggio delle tendenze degli italiani, ma l'Ufficio parlamentare di bilancio, il ferreo presidio di ricerca che ha il compito di fare da cane da guardia ai conti pubblici sulla scorta delle regole europee. I dati riguardano il 2013, prima dell'esecutivo Renzi, e risentono soprattutto delle politiche di austerità messe in atto da Monti tra il 2011 e il 2012, ma suonano comunque come un monito rispetto ai potenziali effetti dei tagli al Fondo sanitario nazionale praticati con la nuova legge di Stabilità 2016.

Dalle statistiche fornite dall'Upb, e firmate Eurostat, si scopre che il 7,1 per cento degli italiani rinuncia a farsi visitare perché – queste le motivazioni addotte – il costo della prestazione è troppo alto, la lista d'attesa è troppo lunga oppure l'ospedale è troppo distante. Con il diminuire del reddito il disagio cresce: la rinuncia alla cura sale al 14,6 per cento nel caso in cui gli interpellati appartengano al 20 per cento più povero della popolazione italiana.

Non è sempre stato così. Prima della Grande crisi del 2007-2009 e della Grande austerità europea del 2011-2012, gli italiani che facevano a meno di curarsi erano in numero assai inferiore: nel 2004, ad esempio, solo il 3,6 per cento rinunciava per eccesso di costi e si arrivava al 5,2 per cento considerando anche gli altri elementi di disagio, come la distanza o la lista d'attesa. A preoccupare è anche il dato delle cure dentistiche: il 18,6 per cento, circa un quinto dei più poveri, ha dovuto scartare l'idea di farsi curare i denti.

Le spiegazioni che gli italiani danno del proprio comportamento sono realistiche? Purtroppo sì, e gli economisti dell'Upb confermano la correlazione tra tagli alla sanità e aumento dei tassi di trascuratezza nei confronti della salute. Già in termini generali la spesa corrente per la sanità non è alta come comunemente si crede: siamo a due terzi di quella tedesca, a tre quarti di quella francese e addirittura il 60 per cento di quella Usa. Il rigore degli ultimi anni è stato pesante: la spesa sanitaria corrente, che tra il 2003 e il 2006 cresceva in media del 5,8 per cento, tra il 2007 e il 2010 è salita solo del 2,8 e addirittura nel periodo 2011-2014 è cresciuta a tasso "zero" (dati della Ragioneria generale dello Stato).

A fare le spese dei tagli e della caccia alle risorse ci sono proprio le voci che sembrano stare a monte del disagio denunciato dai cittadini. Ad esempio il numero dei posti letto negli ospedali è diminuito dal 4 per

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 371.646
Diffusione 11/2015: 262.053
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

19-GEN-2016
da pag. 40
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

mille nel 2005 al 3,4 nel 2012 contro una media europea di 5,3 per mille. La riduzione delle degenze avrebbe dovuto essere compensata dai day hospital, ma – come segnala il rapporto Upb – è sempre di più la gente che si affida al pronto soccorso per superare file e risparmiare. Contribuisce a limitare l'offerta anche la riduzione del personale: è stata dell'1,8 per cento tra il 2007 e il 2013 e di un ulteriore 0,6 nei primi mesi del 2014. Vale la pena citare le parole dell'Upb che sintetizzano il senso dello studio diffuso nei giorni scorsi: «Emergono alcuni segni di limitazione dell'accesso fisico (razionamento) ed economico (compartecipazioni) e tracce di una tensione nell'organizzazione dei servizi, legata alla limitatezza delle risorse finanziarie e umane, che potrebbero rive-larsi insostenibili se prolungate nel tempo». Linguaggio tecnico, ma inequivocabile.

Gli ampi passaggi dello studio degli uffici del Parlamento italiano, che riguardano i ticket, confermano la situazione di allarme. L'Upb spiega che per molte prestazioni l'aumento delle compartecipazioni ha «reso conveniente optare per il settore privato». Del resto il rincaro c'è stato ed è evidente: i ticket sono aumentati del 33 per cento tra il 2010 e il 2014. Se si guarda alla sola spesa per ticket farmaceutici l'aumento è stato del 50 per cento, mentre sulla specialista ambulatoriale, a seguito del superticket da 10 euro per ricetta, è salito al 19 per cento nel biennio 2001-2012.

Tagliare ulteriormente e in modo indiscriminato può portare conseguenze disastrose, se non si interviene sull'obiettivo principale: gli sprechi che, come segnala opportunamente l'Ocse, non a caso citata nel rapporto Upb. Basta guardare alla spesa per beni e servizi, prodotti farmaceutici compresi, che è l'unica a continuare a correre. La spending review dovrà servire anche per reindirizzare verso i servizi quello che oggi ingrassa spesso rendita e malcostume.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Meno medici, meno infermieri e servizi agli anziani Reparti ospedalieri ristretti Mentre aumentano i ticket E gli italiani rinunciano alle terapie. A partire da quelli che hanno sofferto di più la crisi

LA LEGGE

Primo, non sprecare

La parola chiave resta «sprechi». Lo dice l'Ocse che calcola la dimensione delle risorse che si perdono tra inefficienza e corruzione nella sanità pubblica tra il 20 e 40 per cento della spesa. Secondo alcuni studi citati dal rapporto dell'Upb in Italia le Regioni meno efficienti costano fino a 15 miliardi in più rispetto a quelle dove si riescono a raggiungere livelli più alti di buona amministrazione. Come agire? Secondo il rapporto l'intervento sull'appropriatezza delle cure offerte, per quanto utile ad evitare pratiche di eccesso di prescrizione da parte dei medici, non abbatte i costi più di tanto: il recente decreto sulla diagnostica ha consentito di risparmiare, tra mille polemiche, appena 106 milioni. Al contrario il bersaglio, suggerito dal rapporto parlamentare, è quello delle inefficenze di gestione vere e proprie. L'elenco è lungo: contratti di appalto, affidamenti senza gara, irregolarità nell'accreditamento di strutture, selezione del personale, promozioni, assenteismo e, in generale, mancanze nell'attività di controllo e vigilanza. Un passo in avanti è stato fatto dalle norme introdotte nella legge di Stabilità 2016 che prevedono una maggiore responsabilità dei centri di spesa a partire dalle Asl, passando per gli ospedali, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura. Chi va in rosso dovrà sottostare, come avviene oggi per le Regioni, a piani di rientro. I bilanci andranno su Internet ed eventuali inadempienze dei direttori generali saranno essere sanzionate con la decadenza.

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

19-GEN-2016
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il Report Ocse fa il punto sulle politiche dell'area per affrontare il nodo invecchiamento

La sfida possibile dell'ageing

Sistemi sanitari impreparati: big data e modelli assistenziali alla svolta

Over 80 verso il raddoppio

Donne anziane più povere e sole

DI ROSANNA MAGNANO

Il mondo sta ingrigendo e nel 2050 almeno una persona su quattro avrà più di 65 anni in circa due terzi dei paesi Ocse. E gli over 80 si avviano a superare il raddoppio, dal 4% del totale della popolazione nel 2010 al 10% nel 2050. Un processo ancora più accelerato in Giappone, Spagna e Germania e drammatico in alcuni Paesi emergenti come la Cina.

Un fenomeno con impatti su più livelli. La forza lavoro si svuota progressivamente mettendo a dura prova i diritti e soglie pensionistiche e prolungando l'età lavorativa. Esperienza e istruzione crescenti degli anziani ancora in attività aiuteranno la produttività e lo sviluppo. Ma i sistemi sanitari mondiali restano impreparati ad affrontare i nodi della cronicità e le necessarie riforme procedono al ralenti. A fare il punto il recente Report dell'Ocse: «Ageing: debate the issues».

«Il modello di erogazione di assistenza sanitaria oggi prevalente - si legge nel capitolo curato da **Francesca Colombo**, Oecd Employment, Labour and Social Affairs Directorate - non è al passo con la mutevole epidemiologia e le esigenze di salute della popolazione. Il focus rimane spesso concentrato sulla costruzione di nuovi ospedali e sull'acquisto di costose attrezzature. E la gestione dei processi di cura resta in gran parte incentrata attorno alle necessità di assitenza episodiche».

Ma l'approccio, come è noto, va cambiato. Con altre priorità: continuità di cura ospedale-territorio, rafforzamento dell'assistenza primaria, gestione della cronicità.

I numeri della polimorbidità sono già critici. In molti paesi Ocse, più della metà degli over 65 ha più di una patologia cronica. E da 75 anni in poi ne avranno più di tre.

L'esempio più illuminante della sfida che attende i sitemi sanitari è la demenza, che colpisce un numero crescente di persone in tutto il mondo. Attualmente, si legge nel Report Ocse, i casi sono stimati in 47 milioni, ma dovrebbero salire a 76 milioni entro il 2030. Tra i Paesi Ocse l'Italia ha il tasso di prevalenza più alto con valori che vanno dal 6,3% al 6,5% della popolazione con più di 60 anni. Una condizione analoga è presente in Francia, Svizzera, Spagna, Svezia e Norvegia. Le cure di fatto non esistono e nonostante gli incentivi alla ricerca pubblica e privata, la vittoria è ancora lontana.

Sul nodo demenze, sostiene l'Ocse, una questione chiave da affrontare è quella dell'accesso ai big data. Una rivoluzione silenziosa è infatti in corso. «Medici, infermieri, ricercatori e pazienti - spiega **Elettra Ronchi**, Oecd Science, Technology and Innovation Directorate - producono ogni giorno enormi quantità di dati, provenienti da una serie di fonti, come cartelle cliniche elettroniche, sequenziamento genomico, imaging, dispositivi di rilevamento, applicazioni smarthphone che monitorano la salute del paziente».

Questa rivoluzione potrebbe rivelarsi particolarmente utile per malattie neurodegenerative come la demenza. «A causa della complessità clinica e biologica della demenza - continua l'esperta Ocse - gli studi necessari per sostenere la scoperta di nuovi farmaci e lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche volte a rallentare la progressione della malattia richiederà dati di massa».

Dai laboratori di tutto il mondo arrivano informazioni comportamentali, genetiche, ambientali, epigenetiche, cliniche, amministrative e altro ancora. Sfruttando questi dati, sostengono in molti, si otterrebbero vantaggi su tutta la linea: per

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

19-GEN-2016
da pag. 10
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

la ricerca, per la cura del paziente, per la gestione del sistema sanitario e la salute pubblica.

Ma i ricercatori sono frenati dalle incertezze normative. Il consenso informato per l'uso dei dati del paziente si limita spesso alle domande di ricerca relative al focus principale degli studi. Questo significa automaticamente escludere indagini potenzialmente indipendenti che potrebbero nascere da una condivisione più aperta di questi dati nell'ambito di una comunità di ricerca più ampia. La proposta dell'esperta Ocse sarebbe quindi quella di creare modelli dinamici di consenso che potrebbero da un lato soddisfare le esigenze etiche di tutela del paziente e allo stesso tempo offrire nuovi spazi per la ricerca.

Un'apertura necessaria che dovrebbe riguardare anche i risultati delle stesse indagini dei ricercatori, per evitare inutili doppioni. Ma la diffidenza prevale, soprattutto in fase di prepubblicazione. Ogni ricercatore infatti tende a salvaguardare la propria carriera all'interno delle istituzioni per le quali lavora.

Un ulteriore ostacolo non secondario alla condivisione dei big data è rappresentato anche dagli investimenti necessari per la loro raccolta, conservazione, collegamento, organizzazione e analisi.

Naturalmente per vincere la battaglia contro le demenze i big data non bastano. E l'esplosione tecnologica non si tradurrebbe certo automaticamente in nuovi prodotti e soluzioni per la cura della demenza o altre malattie neurodegenerative. I nuovi sviluppi, avverte l'Ocse, dovranno essere accompagnati da cambiamenti organizzativi, infrastrutturali e di governo di tutto il sistema salute. L'attuale frammentazione del processo di ricerca e sviluppo non aiuta.

Rappresenta anzi una zavorra che si traduce in aumento di costi e inefficenza. E gli investimenti sulla demenza sono al palo: i finanziamenti per le malattie neurodegenerative rappresentano meno dell'1% dei budget R&S nei Paesi del G7. Per vincere la principale sfida della salute del futuro è decisamente poco.

Un altro fattore cruciale per la qualità della vita degli anziani è ovviamente il reddito. Su questo fronte le condizioni sono migliorate. Il tasso medio di povertà tra gli anziani è sceso dal 15,1% nel 2007 al 12,8% nel 2010, nonostante l'aumento dei tassi di povertà sofferto dal resto della popolazione a causa della crisi.

I redditi degli over 65 nei paesi Ocse raggiungono circa l'86% del livello di reddito disponibile per il totale della popolazione. Ma proprio come per altre questioni, c'è un divario di genere anche tra gli anziani. Le donne vivono più a lungo, ma ci sono maggiori probabilità di finire la propia vita in solitudine e in povertà.

I costi dell'assistenza a lungo termine sono d'altra parte spesso proibitivi e superano del 60% il reddito disponibile. E in alcuni casi si adottano provvedimenti drastici e discutibili. In Svizzera, si legge nel report Ocse, i prezzi per la cura sono così alti (tra 5mila e 10mila dollari al mese) che alcune famiglie hanno fatto ricorso alla controversa soluzione di «esportare nonna e nonno all'estero» in case di riposo a prezzi accessibili, in Paesi lontani come la Thailandia.

In Corea, dove la popolazione sta invecchiando rapidamente, le famiglie hanno trovato invece un'alternativa meno estrema. Riescono infatti a prendersi cura dei loro parenti più anziani utilizzando il nuovo sistema di *Ubiquitous Health House (Uhouse)*. Un sistema che si basa sulla tecnologia Internet per monitorare la salute del proprio caro. Questo permette alle famiglie e agli anziani di mantenere la privacy e l'indipendenza agevolando nel contempo la cura da parte della famiglia, ed è progettato per sostituirsi il più possibile al servizio ospedaliero.

In Italia la «nuova» ricetta si chiama telemedicina e cure domiciliari. Un'alternativa attuata ancora in poche regioni, che raggiunge solo il 5% della popolazione anziana. Una soluzione sostenibile economicamente e umanamente, che potrebbe contribuire a far quadrare i bilanci delle long term care.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 198.099
Diffusione 11/2015: 92.984
Lettori Ed. II 2015: 1.462.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Corriere dello Sport STADIO

Dir. Resp.: Alessandro Vocalelli

19-GEN-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

RICERCA

Le sfide sanitarie per un mondo migliore

> A PAGINA III

DALL'AIDS ALLA TUBERCOLOSI EMERGENZE DEL NUOVO ANNO

Fra i timori anche un'Africa senza medici locali. Il professor Morrone: «In un continente destinato a vedere aumentare la popolazione mancheranno i pediatri, figure fondamentali»

Sulla rivista scientifica Plos Medicine anche le previsioni sulle possibili scoperte nei Paesi in via di sviluppo

L'esperto di medicina delle migrazioni: «Mancano risorse e formazione per i tirocinanti»

Il nuovo anno porta con sè buoni propositi e nuove sfide da affrontare. Anche per il mondo della scienza e della ricerca medica di fatto è lo stesso. Almeno secondo alcuni medici e scienziati a cui la prestigiosa rivista di divulgazione scientifica Plos Medicine ha chiesto di elaborare le loro previsioni di sviluppo e le possibili scoperte nei rispettivi ambiti, sulla base di quanto accaduto nel 2015. Molti di loro sono medici operanti in quel contesto di medicina delle migrazioni che rappresenta ad oggi il terreno delle più grandi sfide del futuro, sfide che riguardano ad oggi non solo i Paesi in via di sviluppo.

TBC. Philipp du Cros di Medici Senza Frontiere guarda alla tubercolosi come sfida dell'anno. In modo particolare contro le forme farmacoresistenti. I casi sono in aumento e l'emergenza non è più solo un problema dei Paesi in via di sviluppo. Secondo l'esperto i trattamenti attualmente impiegati risultano troppo lunghi (due anni in media) e troppo costosi oltre che eccessivamente tossici. «Nel 2016 sarà necessario migliorare la disponibilità e l'accesso ai nuovi farmaci, come la bedaquilina e il delamanid. Più a lungo termine le priorità riguardano l'organizzazione di nuovi trial clinici per definire quali sono le più efficaci combinazioni di farmaci che consentano regimi di più breve durata e più efficaci».

CARENZE. James Tumwine, professore di Pediatria alla Makerere University in Uganda teme di vedere presto un'Africa senza medici africani. Una riflessione generata dalla scarsità di risorse e dall'iniquità di un sistema sanitario, quello africano, che rende praticamente impossibile alle famiglie a basso reddito, la maggior parte di quelle residenti in Uganda, accedere alla formazione universitaria. L'aspetto clinico e sanitario è segnato, sempre secondo il professor Tumwine, dalla mancanza di strumentazioni, di kit diagnostici e di farmaci. A tal proposito è d'accordo anche il professor Aldo Morrone, fra i massimi esperti italiani di medicina delle migrazioni, che ai microfoni di Radio Cusano Campus, la radio dell'Università Niccolò Cusano ha commentato come: «Le affermazioni di Tumwine sono drammaticamente vere. In diversi Paesi africani è garantito agli studenti meritevoli l'accesso alla facoltà di medicina e quindi la possibilità di laurearsi. Il problema è più complesso quando si tratta della scelta della specializzazione. Il paradosso è che in Africa, che è un paese destinato a vedere un aumento della popolazione di oltre un miliardo di abitanti nei prossimi 50 anni, vede mancare una figura fondamentale quella del pediatra. E' una figura che non c'è un po' perché le famiglie non hanno risorse per pagare un pediatra, un po' perché manca la possibilità che i tirocinanti possano svolgere delle ore di formazione con figure formate in pediatria. Si potrà dunque vedere nel giro di pochi anni un continente, con la più alta natalità del mondo, privo della figura dello specialista in pediatria».

MALATTIE SESSUALI. Infine, il dottor Nicola Low, dell'Institute of Social and Preventive Medicine, dell'Università di Berna, convinto che anche per questo 2016 una grossa sfida sarà rappresentata dalla lotta all'Aids e al ritorno della sifilide. Le malattie a trasmissione sessuale restano, per il medico svizzero, una delle grandi piaghe del nostro secolo. In particolare la sifilide rappresenterebbe la maggiore patologia a trasmissione materno-fetale.

© COPYRIGHT UNIVERSITÀ NICCOLÒ CUSANO

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 248.061
Diffusione 11/2015: 175.698
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

19-GEN-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

LA SCOPERTA A TORINO

Diabete, gene protegge da complicanze

TORINO

Un gene mutato "scudo" contro le complicanze del diabete. Ricercatori torinesi della Città della Salute, con colleghi finlandesi e americani, hanno scoperto una mutazione associata al gene SLC19A3 del trasportatore hTHTR2 della vitamina B1 (tiamina), che protegge dallo sviluppo di retinopatia e nefropatia, gravi complicanze del diabete. La scoperta è stata pubblicata su "Diabetes". Il diabete mellito, sia il tipo 1 (la forma giovanile che richiede insulina per sopravvivere) sia il tipo 2 (dell'età più avanzata), è in rapido aumento nel mondo.

Nel nostro Paese, secondo Diabete Italia, il 4,9% della popolazione (3 milioni di persone) ha una diagnosi di diabete e un altro milione (1,6%) ha già il diabete senza aver ricevuto una diagnosi. Il problema più importante del diabete è costituito dalle sue complicanze croniche: la retinopatia è la prima causa di perdita della vista in età lavorativa e una delle prime cause di cecità in assoluto; la nefropatia è oggi la prima causa di dialisi e trapianto renale. Inoltre, il diabete aumenta di 2-3 volte il rischio di infarto e ictus e più di 20 volte le probabilità di subire un'amputazione agli arti inferiori nel corso della vita.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 371.646
Diffusione 11/2015: 262.053
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

19-GEN-2016
da pag. 42
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Clinica e hi-tech. Il cardinale Martini le ha chiamate derive utopiche

Quelle di scienza e genetica che promettono l'immortalità. Ma dimenticano le persone

Dal cancro all'autismo, quattro incontri spiegano la nuova alleanza tra dottore e paziente

La dolce illusione della medicina

C'è un' oncologia aggressiva che devasta la vita dei malati per allungarla solo di qualche mese

CRISTIANA PULCINELLI

LA MEDICINA promette una vita sempre più lunga e una convivenza possibile con patologie disabilitanti e anche gravi. Eppure, quella stessa medicina è in crisi perché sta dimenticando i principi dell'alleanza terapeutica che sono alla base del rapporto tra medico e paziente. Il paziente, sentendosi poco considerato, spesso si rifugia altrove, magari nelle braccia della medicina alternativa che non ha fondamenti scientifici, ma sa come accogliere le persone. Sulla base di queste considerazioni, lo psicoanalista Marco Garzonio, e l'ematologo Giorgio Lambertenghi Deliliers, hanno organizzato per la fondazione Ambrosianeum di Milano, di cui Garzonio è presidente, un ciclo di quattro incontri dal titolo: *Le derive utopiche della tecno-medicina*.

A parlare per primo di "derive utopiche" è stato il cardinale Carlo Maria Martini. Ora il tema viene ripreso dagli invitati alle conferenze. Due i fili conduttori della discussione: cercare di capire come si è affermata l'illusione secondo la quale la medicina, sostenuta dalle nuove tecnologie, potrà risolvere tutti i problemi dell'essere umano e, contemporaneamente, immaginare come abbandonare questa illusione per costruire, invece, un nuovo umanesimo che recuperi i principi di solidarietà e di giustizia. Perché scienza e umanesimo non sono due strade che corrono parallele, ma possono trovare un punto di incontro.

Il primo appuntamento è previsto per mercoledì 20 gennaio alle 17,30 presso la sala Falk dell'Ambrosianeum e il tema sarà l'invecchiamento. «Tutti vogliono restare giovani – dice Lambertenghi – e la nuova ricerca gerontologica effettivamente propone varie tecniche per combattere l'invecchiamento. Ma c'è il rovescio della medaglia». Ed è a questo rovescio che guardano, per la prima volta in maniera così completa e articolata, gli incontri dell'Ambriosaneum. In particolare, aggiunge Lambertenghi, «noi ci occuperemo di due problematiche: la polifarmacoterapia e la mancata cura. Da un lato, gli anziani sono assillati dal dover prendere un numero considerevole di medicine, alcune delle quali non hanno effetti positivi e anzi fanno male alla salute e al portafoglio. D'altro lato, quegli stessi anziani, che spesso soffrono di decadimento cognitivo, avrebbero bisogno di qualcuno che si prenda cura di loro e invece soffrono di solitudine e di abbandono». La vecchiaia è diventata un grosso business per le case farmaceutiche: i farmaci destinati alla terza età di solito sono molto costosi e spesso non sono coperti dal Sistema Sanitario Nazionale. Purtroppo non tutti sanno che si tratta per lo più di farmaci inutili: ad esempio non esistono oggi farmaci in grado di prevenire le malattie neurologiche come le demenze. Se si dovesse sintetizzare, dunque, il messaggio potrebbe essere: limitare i farmaci a quelli essenziali e investire di più nella "umanizzazione della vecchiaia".

Un'altra "deriva utopica" riguarda la cosiddetta "medicina di precisione" e, più in generale, l'uso della genetica. Identificare nel Dna i geni che caratterizzano i singoli individui e le malattie di cui potrebbero essere portatori può essere fonte di grandi dilemmi etici, oggetto dell'incontro del 10 febbraio.

Il 16 marzo è la volta dell'autismo. I bambini affetti da questa patologia, come gli anziani, hanno bisogno di cure e attenzioni particolari. Le loro capacità di comunicazione sono in vario modo compromesse e questo significa che c'è bisogno, prima di tutto il resto, di una rete di servizi psicoeducativi che li aiuti a vivere meglio e che sia di supporto alle famiglie.

Infine, nell'incontro del 20 aprile si parlerà di "vivere con il cancro". «Oggi i pazienti oncologici si possono curare e spesso anche guarire – continua Lambertenghi – ma questo non vuol dire farne delle cavie e sottoporli a procedure che diminuiscono la qualità della vita. Sul mercato si trovano farmaci che allungano la vita di 2-3 mesi a fronte di costi elevatissimi sia in termini economici che di effetti collaterali: attenzione quindi all'oncologia aggressiva».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 371.646
Diffusione 11/2015: 262.053
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

19-GEN-2016
da pag. 41
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

> PERISCOPIO

DANIELA MINERVA

Un centesimo di buone intenzioni

QUARANTUNO MILA nuovi casi di tumore di polmone l'anno sono un'enormità. Perché le possibilità di sopravvivere non sono tante, e perché la prima causa di queste morti è indiscutibile, quindi la prevenzione è davvero molto concreta. Basterebbe non fumare. Già, facile a dirsi; molto meno a farsi. Non basta una decisione a tavolino, che magari per eccesso di realismo molti nemmeno abbozzano. C'è di mezzo una dipendenza che, come tutte, si porta dietro stress, emotività, bisogni. Insomma, roba che non è certo facile spazzare via. Non solo: gli anticancro costano un fiume di soldi, destinato a ingrossarsi perché arrivano ogni anno nuovi prodotti, spesso davvero più potenti; e sempre più costosi. Nessuno può negarli ai malati. E allora? L'Aiom, l'associazione degli oncologi medici, ha avuto un'idea: un centesimo a sigaretta vada a finanziare un fondo speciale. E visto che il gettito delle accise sul tabacco è di 11 miliardi, ne basterebbe il 5% per assicurare tutti i farmaci a tutti i malati. Col vantaggio di palesare che quella sigaretta accesa è legata indissolubilmente al cancro. Philip Morris permettendo.

periscopio@repubblica.it

ANSAit

19-01-2016

http://www.ansa.it/saluteebenessere/notizie/rubriche/salute/

Farmaco anti-overdose 'a casa' per salvare vite

Agenzia europea droghe, 6-8mila morti l'anno prevenibili

Ue, farmaco anti-overdose 'a casa' per salvare vite

Sono tra 6mila e 8mila ogni anno in Europa le morti per overdose da droghe oppioidi, come l'eroina: eppure, con un "intervento adeguato", e cioè rendendo possibile ai tossicodipendenti o alle loro famiglie il tenere a casa il farmaco-antidoto per le overdose, il naloxone, queste morti potrebbero essere prevenute. E' questa la conclusione dell'Agenzia europea per il monitoraggio delle sostanze stupefacenti (Emcdda), che ha pubblicato un Rapporto sul tema. Il naloxone è un farmaco utilizzato per contrastare le crisi respiratorie causate dalle overdose da oppioidi ed è classificato come 'farmaco essenziale' dall'Organizzazione mondiale della sanità. Secondo il Rapporto, molti casi di overdose avvengono in presenza di testimoni che, se preparati a reagire prontamente, utilizzando il farmaco, potrebbero potenzialmente salvare delle vite, in attesa dell'arrivo dei soccorsi.

Esistono però delle barriere legali: in molti Paesi, infatti, il naloxone è un farmaco che necessita la prescrizione medica ed il suo utilizzo è ristretto al

personale medico o al paziente al quale è prescritto. L'introduzione dell'opzione per il naloxone 'a casa', rileva il Rapporto, "richiederebbe dunque delle modifiche alle regole attuali".

Attualmente, alcune iniziative che permettono la disponibilità a cada del naloxone sono attive in alcune città o regioni in Germania, Danimarca, Gran Bretagna, Spagna ed anche in Italia. Il farmaco è oggi disponibile in forma iniettabile, ma nuove formulazioni si stanno approntando per rendere la sua somministrazione più semplice e immediata: lo scorso novembre, ad esempio, l'ente regolatorio per i farmaci statunitense Fda ha approvato una formulazione concentrata in spray nasale, mentre in Gran Bretagna è allo studio una formulazione in compresse. "Sono necessarie misure urgenti - afferma l'Agenzia Ue - per incrementare la disponibilità a domicilio del naloxone", considerando che oggi questo farmaco è disponibile in tale modalità in meno di un terzo dei 28 Paesi Ue. Ridurre i casi letali di overdose resta, infatti, ""un'importante sfida nelle politiche di salute pubblica".

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

19-GEN-2016
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Dove va il risk all'italiana

Il punto sui modelli regionali, la voce delle aziende, le criticità sollevate dalle norme in Stabilità e nel Ddl Gelli.

VENNERI, RIPA DI MEANA, GALLONE, TARTAGLIA E BELLANDI A PAG. 4-5

CINEAS/ Modelli in pista per promuovere la sicurezza delle cure ottimizzando le gestioni

Regioni in campo sul «risk»

I casi Emilia Romagna, Lombardia e Toscana - Le priorità dei manager

Il Ssn è un sistema complesso per diverse variabili (specificità dei pazienti, complessità degli interventi, esperienze professionali multiple, modelli gestionali diversi), al pari di altri sistemi quali le centrali nucleari, l'aviazione, la difesa militare. Poiché in ogni organizzazione complessa l'errore e la possibilità di un incidente non sono eliminabili, devono essere utilizzati tutti gli interventi possibili perché siano, per lo meno, controllabili.

Il risk management in sanità è l'insieme di azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, avente come finalità la sicurezza della persona, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore. Il rapido aumento della complessità delle strutture sanitarie e dei percorsi assistenziali, l'uso di strumenti tecnologici sempre più avanzati, farmaci sempre più potenti, il crescente numero di atti medici per unità di tempo, pazienti sempre più consapevoli ed esigenti, le aspettative di cura più elevate, sono cambiamenti avvenuti nel settore sanitario nell'arco di poco tempo. Ciò ha comportato ad un aumento degli eventi avversi, aumento delle richieste di risarcimento per danni ai pazienti, aumento dei costi legati al rischio sanitario. Non si deve però pensare che la questione riguardi esclusivamente l'ambito sanitario e la classe sanitaria del nostro Paese: la responsabilità sanitaria è diventata una questione rilevante in molti ordinamenti europei, con un esagerato numero di casi di malpractice in carico ai vari organi giudiziari. Negli Stati Uniti, ad esempio, la crescita esponenziale delle azioni nei confronti dei medici ha ormai da tempo indotto asistemi assicurativi con il trasferimento del rischio su soggetti preparati ad affrontarlo.

Il panorama italiano. Benché con strutture e modelli molto diversificati, almeno agli inizi degli anni 2000, il quadro sta assumendo una connotazione univoca, con modelli organizzativi che hanno una ben definita articolazione. Il tutto è stato reso possibile grazie anche alla rivisitazione di norme e regolamenti nelle singole Regioni. Il ministero della Salute, il 5 marzo 2003, ha avviato la Commissione tecnica sul Rischio clinico, avente come finalità lo studio della prevalenza e delle cause del rischio clinico, la formulazione di indicazioni generali e l'individuazione di tecniche per la riduzione e gestione del problema. La Commissione ha elaborato il documento "Risk management in Sanità. Il problema degli errori" che, soffermandosi e analizzando il tema del rischio clinico, fornisce riflessioni e raccomandazioni agli operatori.

Emilia Romagna. L'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna è stata uno dei primi enti italiani che hanno sviluppato politiche orientate alla gestione del rischio clinico, l'attenzione è stata dedicata all'aggiornamento rispetto agli avanzamenti della ricerca scientifica sull'argomento e ai programmi di formazione degli operatori. Per quanto riguarda l'aspetto della valutazione e dei sistemi di misura collegati al rischio in sanità e alla sicurezza del paziente, le sperimentazioni più significative sono quelle che fanno riferimento alle linee di ricerca sulla Root cause analysis e sull'Incident reporting. Lo scopo della sperimentazione di Rca è quello di validare la metodologia attraverso il progetto pilota che ha coinvolto struttura di Qualità e Accreditamento Regione Emilia Romagna e l'Agenzia di Sanità regionale (che hanno fatto una joint venture) per diffonderne l'utilizzo su tutto il territorio con particolare attenzione alla segnalazione e all'analisi degli eventi sentinella. Il sistema di incident reporting si basa sulla segnalazione spontanea di evento, inteso come accadimento connesso a un insuccesso rilevato dagli operatori attraverso una scheda di segnalazione.

Lombardia. A partire dall'emanazione della Circolare 46/SAN del 2004, le attività in materia di gestione del rischio in sanità hanno conosciuto una rapida e notevole evoluzione. La Dg Sanità di Regione Lombardia è stimolata soprattutto dal problema della crescita continua dei costi assicurativi contro il rischio sanitario. La definizione di un gruppo di lavoro regionale e delle compagnie assicuratrici ha portato alla creazione di un flusso informativo volto alla mappatura dei rischi Rct/O, alla funzione di risk management e al miglioramento dei rapporti tra ospedali e pazienti, attraverso l'utilizzo di customer satisfaction e al richiamo alla massima attenzione al consenso informato. La Dg Sanità programma e verifica il raggiungimento di obiettivi in tema di gestione del rischio attraverso il monitoraggio dei sinistri Rct/O e il piano annuale di attività di risk management con relativi progetti operativi. Il monitoraggio dei sinistri Rct/O ha la duplice ottica di prevenzione dei rischi e di migliore gestione delle politiche assicurative; i dati di contenzioso sono oggetto di un report annuale. Attraverso l'attività istruttoria del gruppo di lavoro viene fissato un insieme di azioni che si traducono in obiettivi dei manager. Nel piano annuale delle attività di risk management devono essere esplicitati la strategia che l'azienda intende perseguire, gli obiettivi generali e le linee di intervento, l'elenco e la descrizione dei progetti specifici e il cronoprogramma. L'evoluzione delle attività di gestione fa emergere l'esigenza di una attenta analisi dei flussi disponibile per individuare un possibile set di indicatori "key risk indicators" i quali possono far riferimento a eventi avversi o sentinella, misure di outcome derivanti dalle Sdo, misure di processo e analisi condotte sulle customer satisfaction.

Toscana. La Regione, nel 2004, istituisce il Centro Regionale per la Gestione del Rischio clinico e della Sicurezza del Paziente, organo di governo clinico, con proiezione nelle varie realtà organizzative sia ospedaliere che territoriali. L'organizzazione in Toscana segue un indirizzo clinico-assistenziale con la definizione dei manager del rischio: clinici appartenenti a tutte le aree mediche e specialisti-

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

19-GEN-2016
da pag. 4
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

che, ma provenienti anche dall'ambito delle professioni sanitarie. Tali figure attraverso un'opportuna formazione di base e avanzata, acquisiscono competenze nei settori della ergonomia, technology assessment, total quality management, gestione degli audit clinici e delle Morbidity and Mortality reviews (M&Ms) con un forte coinvolgimento degli operatori di prima linea e recentemente con un impegno importante da parte delle istituzione dei cittadini (rappresentati dall'Accademia del Cittadino). Ogni azienda sanitaria sia territoriale che ospedaliera-universitaria ha l'obbligo di individuare un referente aziendale per la gestione del rischio, definito come Clinical risk manager, che a sua volta costituirà un gruppo di lavoro molto ristretto rappresentato dai referenti delle branche specialistiche cliniche e delle professioni sanitarie. Il modello Toscana di recente ha avuto notevoli riconoscimenti sia in ambito nazionale che internazionale; in particolare, esperti a livello mondiale hanno apprezzato il forte coinvolgimento culturale degli operatori e il supporto dalle realtà politiche locali.

Le più recenti iniziative in tema di risk management. Uno degli aspetti molto peculiari del sistema italiano di gestione del rischio clinico è il coinvolgimento attivo delle società scientifiche che attraverso iniziative regionali e nazionali hanno confermato che la pratica clinica e l'organizzazione manageriale devono andare di pari passo e non possono prescindere dalle forti evidenze scientifiche prodotte in contesti come la gestione delle infezioni correlate all'assistenza e alle comuni pratiche cliniche, la gestione dei percorsi di passaggio delle informazioni tra setting assistenziali diversi e tra professionisti diversi (handover) e la tracciabilità delle informazioni come supporto alle decisioni intraprese (digitalizzazione dei processi di cura).

Il valore aggiunto del contributo fornito dalle società scientifiche e del loro ruolo all'interno del risk management rende molto più credibile la metodologia e l'approccio e avvicina sempre di più istituzioni politiche e sanità con un unico fine: la sicurezza e qualità delle cure.

Oltre alla diffusione delle best practice standard e alle Raccomandazioni ministeriali per la Qualità e Sicurezza delle cure molte altre iniziative, sia locali che nazionali, sono state intraprese e definite recentemente nel 1° Convegno nazionale dei Clinical risk managers (Bari, luglio 2015), cui hanno partecipato le figure professionali che si occupano di gestione del rischio clinico delle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private del territorio italiano, con numerosi interventi da parte di esperti stranieri tra cui membri dell'Oms che si occupano di ricerca in ambito della patient safety. Tra i temi affrontati - dai quali sono state tratte alcune iniziative in via di promozione - ci sono:

- la sicurezza in sala operatoria e per l'intero percorso chirurgico;
- la sicurezza in ambito materno-infantile con la promozione di progetti di ricerca e sperimentazione della checklist di sala parto promossa dall'Oms stessa;
- l'analisi dei percorsi specialistici come l'ictus cerebri, l'infarto miocardico acuto e la gestione del trauma maggiore;
- l'analisi della qualità della documentazione sanitaria, informatizzazione dei processi assistenziali e clinici;
- l'analisi del contenzioso medico-legale in funzione dell'adozione di modelli di gestione dei sinistri diversi rispetto al tradizionale affidamento alle compagnie assicurative. Infatti, ogni realtà regionale ha adottato via via un modello di gestione dei sinistri che per le strutture sanitarie pubbliche ha visto il passaggio da un sistema totalmente affidato alle compagnie di assicurazione alla gestione in proprio, totale o parziale, dei sinistri.

Francesco Venneri
docente del master Cineas in Hospital risk management e clinical risk manager azienda sanitaria Toscana Centro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Che cosa è la malpractice sanitaria (o medica)

Con questa espressione si possono intendere i concetti di abuso, di illecito, di negligenza, di imperizia. La malpractice sanitaria si verifica nel momento in cui un soggetto erogatore di servizio (azienda sanitaria, medico, ecc.) - non rispettando le linee guida minime per l'assistenza specializzata - provoca danni o lesioni gravi e permanenti (o morte) al paziente. Questi eventi, che spesso sono esclusivamente conseguenza della natura della patologia da cui il paziente è affetto, in alcuni casi possono dipendere da una diagnosi non corretta o da una scelta terapeutica sbagliata/azzardata da parte del professionista sanitario. La malpractice può infatti essere conseguenza di un disprezzo per l'etica e per l'adozione di serie e accurate misure di assistenza sanitaria, e si configura quando l'errore determina un effettivo danno al paziente. Tale concetto ha pertanto un'accezione notevolmente differente da quella di negligenza medica, che è invece definita come il mancato rispetto di determinati standard, spesso dovuto a disattenzione.

Gli strumenti per gestire l'errore in sanità. Il Clinical risk management non è solo una metodologia ma rappresenta anche un "pensiero", "un modo di approccio" alle tematiche della qualità e sicurezza con pragmatismo e con un forte coinvolgimento di tutti gli attori del "sistema sanitario", pazienti compresi. Il coinvolgimento delle strutture di risk management e quindi dei risk manager a supporto delle decisioni e valutazioni dei top manager, potrebbe ridurre incidenti di percorso difficilmente intercettabili con una politica solo del risparmio economico. Ad esempio, un coinvolgimento del clinical risk management nella valutazione delle tecnologie informatiche potrebbe supportare l'organizzazione nella scelta di strumenti che rispettino l'ergonomia e limitino la ridondanza delle informazioni con notevole risparmio di tempo e migliore utilizzo delle risorse.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

19-01-2016

http://www.corriere.it/salute/cardiologia/16_gennaio_18/vivere-un-grattacielo-ai-piani-alti

Vivere in un grattacielo (ai piani alti) può essere un rischio per il cuore

Le probabilità di sopravvivenza per chi va incontro a un arresto cardiaco sono inversamente proporzionali al piano abitato. L'importanza dei defibrillatori

Certo, si può anche godere di panorami impagabili sulle città, ma vivere ai piani alti può essere un handicap, nel caso si vada incontro a un arresto cardiaco. Le probabilità di sopravvivenza, in queste condizioni, sono inversamente proporzionali all'altezza del palazzo. Il problema è quello dei soccorsi: quanto più si abita in alto, tanto più tempo ci metteranno i soccorsi del "991" a raggiungere chi ha bisogno di un'assistenza immediata. Parliamo del "991", il numero dell'emergenza sanitaria canadese (e americana), dal momento che lo studio (che ha valutato i tempi di soccorso in varie situazioni) è stato condotto proprio da quelle parti ed è pubblicato sul *Canadian Medical Association Journal*.

Ritardo nei soccorsi

Dice Ian Drennan, un paramedico ricercatore del gruppo Rescu con base al St Michael's Hospital di

Toronto e primo autore della ricerca: «I palazzi con molti piani pongono problemi di accesso non indifferenti ai soccorritori. Per esempio i ritardi degli ascensori. E la distanza di chi ha bisogno di aiuto, rispetto all'ambulanza, possono interferire negativamente con la prima assistenza». Lo studio ha preso in considerazione oltre 8mila adulti che sono andati incontro ad arresto cardiaco, soccorsi dal 911 nella città di Toronto (capoluogo dell'Ontario) e nella Regione di Peel, sempre in Ontario, dal gennaio 2007 al dicembre 2012 . Il tasso di sopravvivenza complessivo, dopo le cure in ospedale, è risultato complessivamente del 3,8 per cento. Più nel dettaglio, però, risultava del 4,2 per cento per le persone che vivevano dal terzo piano in giù e del 2,6 per cento per chi viveva più in alto.

Rianimazione cardiopolmonare

Ancora più precisamente, testimonia Drennan: la sopravvivenza al 19mo piano risultava dello 0,9 per cento, sopra il 25mo tutti sono deceduti. «I pazienti che sono sopravvissuti - continua Drennan - erano i più giovani, e quelli sottoposti, da parte dei presenti, a manovre di rianimazione (respirazione cardiopolmonare), anche se queste ultime vengono messe in atto in pochissimi casi, purtroppo. Perché la rianimazione cardiopolmonare immediata ed eventualmente l'uso di un defibrillatore, se disponibile, fa la differenza fra la via e la morte». Le tecniche di rianimazione, dopo un arresto cardiaco, possono raddoppiare le probabilità di sopravvivenza di una persona, ma vengono utilizzate solo nel 30 per cento dei casi.

Più defibrillatori

Gli autori dello studio elencano una serie di raccomandazioni per rendere più efficaci i soccorsi. Intanto suggeriscono di collocare defibrillatori nei palazzi a ogni piano o, almeno, nelle *lobbies* (atri all'ingresso). Poi raccomandano di fornire ai paramedici le chiavi degli ascensori per un accesso privilegiato (come già hanno, almeno in Canada, i pompieri), soprattutto perché a Toronto sta aumentando il numero degli inquilini di una certa età che vivono in stabili a più piani.

La situazione in Italia

Riflessione: la realtà canadese di una città come Toronto è un po' lontana da quella delle nostre città italiane. Da noi non sono moltissimi i grattacieli (tranne che a Milano, dove ne sono cresciuti alcuni in questi ultimi anni, e in pochissime altre aree). Si spera che i super-architetti dei nuovi palazzi abbiano preso in considerazione anche le necessità di tipo sanitario (arresti cardiaci e altre emergenze), ma anche l'accessibilità, per esempio, ai portatori di handicap, cosa che Santiago Calatrava non ha affatto preso in considerazione progettando il Ponte della Costituzione a Venezia, vicino alla Stazione Santa Lucia. Da noi, dunque, la questione della rapidità dei soccorsi è un po' diversa. Città storiche, vecchi palazzi, strade strette e traffico convulso. Ecco i problemi più diffusi. Allora: bene lo studio canadese che mette il dito nella piaga, ma deve essere reinterpretato da chi si occupa di sanità pubblica nelle nostre realtà quotidiane.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 158.674
Diffusione 11/2015: 125.505
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

19-GEN-2016
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Al Gemelli nuovo centro per malati di web

Inaugurato il polo multidisciplinare in collaborazione con la Cattolica, per aiutare genitori e adolescenti "preda della rete"

ALESSIA GUERRIERI
ROMA

Troppe ore davanti allo schermo chiusi tra quattro pareti, dentro un mondo – non sempre tenero con loro – che si trasforma spesso in un incubo da cui non sanno più uscire. Così l'allegria di ragazzo si fa silenzio, poi rabbia ed isolamento. Questi sono solo alcuni dei campanelli d'allarme per riconoscere le vittime dei cyberbulli, così come stanchezza cronica, disturbi alimentari e del sonno rimangono i più comuni comportamenti degli adolescenti dipendenti dal web. Da oggi per aiutare genitori preoccupati a riconoscere l'uso scorretto delle nuove tecnologie, così come gli adolescenti a comprendere i rischi della rete, nasce al Policlinico Gemelli il nuovo centro pediatrico interdisciplinare per la psicopatologia da web.

Una struttura inaugurata ieri a Roma, frutto della collaborazione tra l'ospedale capitolino e la facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica, primo caso in Italia di approccio integrato alle "dipendenze da connessione" dei giovanissimi. Per come è stato ideato, si potranno coprire «non solo gli elementi psicologici legati alla dipendenza – precisa il direttore dell'istituto di Psichiatria e direttore dell'Uoc di Neuropsichiatria infantile del Gemelli, Eugenio Mercuri – ma anche le ripercussioni a livello fisico e cognitivo».

Psicologi, neuropsichiatri e pediatri infatti opereranno insieme per accompagnare e sostenere adulti e ragazzi, ampliando il lavoro che già dal 2009 il centro per le dipendenze giovanili del nosocomio ha iniziato, con un bilancio di interventi che al 2015 ha superato le 1200 visite. Tra i ragazzi «l'isolamento sociale frutto dell'abuso di queste nuove tecnologie – spiega perciò Federico Tonioni, responsabile del centro dipendenze del policlinico universitario – ma sono i genitori a commettere l'errore più grande». Perché preferiscono dare fin da piccoli ai figli in mano un tablet o uno smartphone per farli stare buoni, «invece che dialogare con loro o giocarci». E così sin dalle elementari si sta oltre sette ore davanti a tv o computer, quando la media sarebbe al massimo di 2-3 ore giornaliere. Oltre ai bulli a scuola, aggiunge Pietro Ferrara dell'università Cattolica e referente per gli abusi della Società italiana di pediatria, ci sono le persecuzioni via internet «accentuate dall'anonimato, dalla pervasività del mezzo e dal *feedback* emotivo minore del male causato». La chiave, per tutti, resta tornare a dialogare in famiglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 11/2015: 371.646
Diffusione 11/2015: 262.053
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

19-GEN-2016
da pag. 44
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

R SALUTE/

Sclerosi multipla. Il training cognitivo e motorio funziona. Perché i neuroni reagiscono E le risonanze fotografano la ripresa della plasticità

Il cervello riabilitato

Tenere in allenamento mente e corpo. Col lavoro, lo studio, il gioco rallenta il declino dovuto alla SM

LETIZIA GABAGLIO

ALLENARSI, COL CORPO e con la mente, per rallentare la progressione della malattia. La riabilitazione nella sclerosi multipla - malattia degenerativa che colpisce i giovani e in media viene diagnosticata fra i 20 e i 40 anni – sta dimostrando, dati alla mano, di non essere solo un rimedio per alleviare alcuni sintomi, ma di poter incidere sulla progressiva perdita di abilità fisiche e cognitive a cui vanno incontro le persone che ne sono colpite. «Lo dimostrano almeno 16 ricerche diverse: la riabilitazione motoria e cognitiva innesca un cambiamento funzionale e strutturale della plasticità cerebrale, con una correlazione diretta tra quanto una persona migliora funzionalmente dopo il trattamento e quanto migliora anche la funzionalità e la struttura cerebrale misurata attraverso risonanza magnetica», spiega Luca Prosperini, del dipartimento di Neurologia e Psichiatria del Sant'Andrea a Roma.

Che la riabilitazione aiuti le persone con SM i medici lo vedono nella pratica, ma è solo grazie alle tecniche di imaging che questo beneficio è stato quantificato. Per questo l'Associazione italiana sclerosi multipla (AISM) chiede che in tutti i centri SM sia garantita questa terapia per un tempo adeguato a garantire benefici tangibili. «Ogni training riabilitativo – continua Prosperini - è utile se viene ripetuto con costanza e trova il giusto equilibrio di intensità e fatica: se è troppo facile non serve, se è troppo difficile è frustrante e la persona si ferma. In ogni caso: ogni persona con SM dovrebbe poter seguire un percorso costante».

Corpo e mente, entrambi dovrebbero essere tenuti in allenamento per contrastare la malattia. Diversi studi hanno messo in evidenza che la riserva cognitiva gioca un ruolo positivo nella sclerosi multipla: più si è studiato, letto, giocato con numeri e parole durante la vita, più lento sarà il declino delle facoltà mentali. Ma anche una volta arrivata la diagnosi è fondamentale continuare a mantenere la mente allenata. «L'atrofia cerebrale, uno degli effetti di questa malattia, può essere contrastata se il paziente ha un livello alto di riserva cognitiva e soprattutto se continua, anche una volta avuta la diagnosi, a svolgere attività complesse di organizzazione e pianificazione», spiega Francesco Patti, responsabile del centro SM del Policlinico di Catania. Per mantenere costante l'allenamento, le nuove tecnologie sono un valido aiuto. I ricercatori dell'Area di Ricerca Scientifica di AISM hanno sviluppato Cognitive Training Kit (COGNI-TRAcK), un'app che tiene in allenamento la memoria di lavoro, capace di adattare la difficoltà dei compiti proposti in base alle prestazioni dell'utente e, quindi, di personalizzare il trattamento rendendolo il più possibile intenso. «La riserva cognitiva si mantiene e si coltiva anche con attività manuali. Per questo sarebbe importante che le persone con SM non abbandonassero il lavoro ma continuassero a mantenersi attive», aggiunge l'esperto. Ma spesso non accade: uno studio condotto da AISM ha infatti mostrato che il 30% dei malati intervistati ha dovuto ridimensionare il suo impegno lavorativo ed è stato relegato a mansioni meno impegnative. Colpa dell'avanzare della malattia, è vero, ma anche dei tanti, troppi pregiudizi.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media