LO STUDIO

I nostri adolescenti tra sexting, cyberbullismo e azzardo on line

Un nuovo rapporto fotografa la condizione degli adolescenti nel nostro Paese: sempre attaccati allo smartphone e dunque esposti a rischi come cyberbullismo e gioco d'azzardo. Mentre non cala il livello di dispersione scolastica, tra i più alti d'Europa: circa il 15 per cento si ferma alla licenza media

DI GINEVRA NOZZOLI

08 giugno 2016

In simbiosi con lo smartphone tra app, whatsapp e social network, assidui scommettitori on line, sportivi sì ma attratti da alcol e droghe non meno delle generazioni passate, a rischio di abbandono scolastico ben oltre la media europea. Sono gli **adolescenti nati a cavallo del terzo millennio**, oggi tra i 14 e i 18 anni. Un universo tanto complesso da meritare il focus introduttivo del **nono rapporto** di monitoraggio del gruppo Crc , una rete di 90 soggetti del terzo settore, guidata da Save The Children, chiamata a verificare annualmente l'attuazione della Convenzione Onu su Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza nel nostro Paese.

Quali risposte dall'Italia sui **diritti fondamentali** a salute, istruzione, protezione da abusi e violenze? Con cifre raccolte da studi e ricerche dell'ultimo biennio, status quo delle politiche di prevenzione in atto e moniti su azioni mancate e progetti da attuare, **l'analisi racconta i giovanissimi italiani. E un Paese che forse non se ne cura a sufficienza**.

Sono **2 milioni e 293mila 778** secondo gli ultimi dati Istat. **Di questi il 92,6 per cento, si legge nel rapporto, dichiara di non separarsi quasi mai dal telefonino**. A scuola, a casa, a pranzo, a cena, lo smartphone per stare sempre connessi è un terzo braccio. Il 67,8 per cento lo utilizza

quotidianamente già tra gli 11 e i 13 anni. Il 69 è on line anche dal computer, il 23,6 tra le 2 e le 4 ore giornaliere. Le femmine più dei maschi. Vite off e on line si intrecciano in un processo inarrestabile, e **tutelare i minori nel mare magnum dell'etere** è un'urgenza che ancora non trova risposte adeguate.

Si parla di libertà, uguaglianza, dignità e diversità della persona, anche on line, nella Dichiarazione dei diritti in internet resa pubblica alla Camera a luglio 2015. Ma «senza alcuna misura o attenzione dedicata alla minore età», come specificato dai ricercatori. Esiste un Codice Media e Minori , che aspetta una **revisione** dal 2008, ma si occupa per lo più di protezioni legate alle programmazioni delle emittenti televisive. E anche l'ultima bozza da approvare nelle competenti **commissioni parlamentar**i, passaggio al digitale a parte, «non affronta, neppure in termini programmatici, le questioni connesse alla diffusione dei nuovi media».

Perché se è un errore demonizzare il virtuale per le enormi possibilità di crescita e sperimentazione che offre, sembra esserlo altrettanto sottovalutarne i **rischi legati a sicurezza e comportamento sociale**. Parlano i numeri. Secondo un'indagine **Istat** del 2014 citata nel rapporto, il 6 per cento di intervistati ha subito azioni vessatorie tramite sms, mail, chat o social network nei 12 mesi precedenti la rilevazione.

Vittime preferenziali degli **adescamenti on line** le ragazze, con il 7,1 per cento contro il 4,6 dei ragazzi. Due adolescenti su tre ritengono che il cyberbullismo sia un fenomeno in crescita, il 38 per cento lo percepisce come il primo dei pericoli.

Le Commissioni Giustizia e Affari sociali della **Camera** stanno esaminando alcune proposte di legge in materia, tra queste l'introduzione di norme penali per una fattispecie di reato relativa al solo **cyberbullismo**. Ma l'impianto punitivo non convince: i reati legati a condotte vessatorie già esistono, e così «si rischia di focalizzare l'attenzione sulla punizione, laddove la misura più efficace rimane la prevenzione».

VEDI ANCHE:

I ragazzi vivono on line. E noi dove siamo?

Comunicano con WhatsApp. Trascorrono le giornate su Facebook. Condividono ogni aspetto della loro vita sui social, spesso ignari delle possibili conseguenze. La cronaca riporta ogni giorno episodi di molestie, bullismo, ricatti sessuali. Ma per gli adolescenti e gli adulti manca l'educazione alle relazioni digitali

E dal **bullismo** in versione **digitale** si passa al **sexting** (combinazione inglese delle parole sex e texting), quando due o più minorenni di scambiano, consensualmente, foto, messaggi, video a esplicito contenuto sessuale. Da un'indagine del 2016 condotta da Censis e Polizia postale emerge che circa il 10 per cento dei **dirigenti scolastici** italiani ha dovuto gestire episodi simili. E il 25,5 per cento di loro ha riscontrato difficoltà nel «rendere i genitori consapevoli della gravità dell'accaduto». Se infatti non vi è intenzione di danneggiare o sfruttare l'altro, non è da escludere, spiega il rapporto, «che i comportamenti tipici del sexting possano configurare reati connessi con la **pedopornografia**».

IL NUMERO IN EDICOLA »

- ESPRESSO+
- L'ESPRESSO SU IPAD
- ABBONAMENTO CARTACEO
- NEWSLETTER

In Italia non esiste una legislazione a riguardo, salvo riferimenti impliciti nell'educazione alla parità di genere, materia di recenti interventi legislativi parlamentari, dove si accenna alla necessità di formazione del personale scolastico su questi temi. Da qui le **raccomandazioni** del gruppo di ricerca dirette al Miur per l'introduzione del tema dell'affettività e della sessualità come materia curriculare, «in particolare con l'adozione di percorsi formativi per gli insegnanti e moduli didattici strutturati, mutuando anche l'esperienza di altri Paesi europei».

Al pc per **chattare** e conoscere, ma anche per **giocare d'azzardo** o scommettere sulla squadra del cuore. La legge vieta la partecipazione dei minori a giochi con vincita di denaro, ma sul web tutto è possibile. E dai dati dell'Osservatorio su tendenze e comportamenti degli adolescenti, rilevati su un campione di circa 4mila giovani su tutto il territorio nazionale, emerge che tra i nativi digitali l'11,5 per cento dei ragazzi intervistati gioca regolarmente d'azzardo online, e il 13 scommette, per lo più sul calcio. La **Legge di Stabilità** prevede misure generiche per frenare la promozione del gioco, accolte con favore dai sostenitori delle campagne no slot, ma non si occupa di tutele per i minori. Anche qui, un vuoto da colmare.

E ai pericoli di ultimissima generazione, si sommano altri rischi ben noti. Gli adolescenti di oggi, come quelli di ieri, non si fanno mancare alcol e **sostanze psicoattive**, con trend di consumo in aumento. Le bevande alcoliche fanno da costante, insieme ad **hashish e marijuana**, le droghe più in voga secondo quanto rilevato da un'indagine del 2014 del Dipartimento politiche antidroga. Il 26,7 per cento degli studenti intervistati ne ha fatto uso almeno una volta nella vita, il 15 ammette l'assunzione nei 30 giorni precedenti la rilevazione. Significativo a riguardo anche il numero di "segnalati" delle forze dell'ordine, con il 34,5 per cento dei maschi e il 35 di femmine che non superano i vent'anni.

A marzo 2015 il **Dipartimento della Gioventù** e del **Servizio Civile Nazionale** ha siglato un protocollo per la promozione di interventi di prevenzione, con l'individuazione di risorse economiche destinate, (e indizione di bandi specifici), pari a 8 milioni e 500 mila euro. Ma il lavoro è appena cominciato. E al Ministero della Salute il gruppo Crc rivolge un chiaro sollecito a incentivare le campagne informative «rispetto ai danni derivanti dalle **sostanze psicotrope** e dal fumo e percorsi educativi indirizzati agli adolescenti».

Altro fronte critico che richiede un monitoraggio puntuale tocca scuola e abbandono dei percorsi formativi. **Nel 2014, spiega il rapporto, il 15 per cento dei ragazzi tra i 18 e i 24 anni ha conseguito al massimo il titolo di scuola media**. Cinque punti sopra quel 10 per cento fissato dall'Europa come soglia massima obiettivo per il 2020. Un dato in calo negli ultimi anni, ma

VEDI ANCHE:

Le giovani autrici nate su Wattpad

Sualla piattaforma si producono oltre 100mila testi al giorno. Ecco chi sono le giovanissime scrittrici italiane che, avendo cominciato a scrivere online, ora sbarcano in libreria

ancora consistente, specie nelle regioni del sud Italia. Molti dispersi poi finiscono per rientrare nella categoria dei **Neet**, (not in education, employment or training), i giovani che non studiano e non lavorano. L'Istat ne ha contati oltre due milioni, circa il 24 per cento dei giovani tra i 15 e i 29 anni, una quota significativamente superiore alla media Ue.

«Tutte criticità ripetutamente segnalate al Miur» spiegano i ricercatori. Nel 2005, con il Decreto Legislativo 75, era stata prevista la costituzione di un'**Anagrafe nazionale degli studenti**, ma gli ultimi dati disponibili risalgono all'anno accademico 2011-2012. Da qui la difficoltà di monitorare l'abbandono in tempo reale (assenze, interruzioni di percorso, bocciature) e individuare così le corrette politiche da applicare.

Certo non mancano le spinte positive, quelle che chiedono al mondo adulto riconoscimento e valorizzazione. Dalle indagini sull'associazionismo risulta che, nel 2015, l'8,4 per cento degli adolescenti tra i 14 e i 17 anni ha partecipato ad associazioni culturali, ricreative o di altro tipo. Il 9,7 ha svolto attività di **volontariato** (nel 2014 erano l'8,6). E lo sport, i numeri confortano, mantiene un ruolo cardine nella vita dell'adolescente: il 67,2 per cento dei ragazzi e il 51,5 delle ragazze svolge lo pratica regolarmente nel tempo libero, anche in forma agonistica.

E se in Italia si **legge poco**, sono le fasce d'età 11-14 e 15-17 a mostrare le migliori percentuali rispetto al resto della popolazione. Rispettivamente il 52 e il 54 per cento ha letto almeno un libro nel 2015, rispetto al 42 della popolazione dai 6 anni in su. Anche la quota di adolescenti che sono andati almeno una volta in un anno a teatro, al cinema, a una mostra, a un concerto è molto più elevata della media, seppur ridotta rispetto agli altri paesi europei. Buone pratiche dalle quali partire per potenziare l'impianto di politiche a tutela della popolazione adolescente del Paese.

Lo sottolinea **Arianna Saulini**, di Save the Children e coordinatrice di Crc. «Ragionare sulle politiche per gli adolescenti, considerandole come parte integrante delle politiche rivolte in senso più ampio ai giovani, è fondamentale». L'Europa lo sta facendo, con la promozione di «iniziative che mettano definitivamente da parte la visione dei giovani come problema, riconoscendoli pienamente come risorsa, da rilanciare mediante politiche di **empowerment**». Servono interventi educativi qualificati, «che coinvolgano in sinergia famiglia, scuola, istituzioni, Terzo Settore e, allo stesso tempo, attivino le risorse dei ragazzi e delle ragazze valorizzandone il protagonismo». Perché «**investire** adeguatamente sugli adolescenti significa permettere loro di progettare percorsi di vita, rafforzati da un forte senso di appartenenza e di cittadinanza, e di vivere fuori dalla marginalità». Protagonisti attivi, reali più che **virtuali**, del nostro tessuto sociale.

Tag ADOLESCENTI

© Riproduzione riservata

quotidianosanità.it

Mercoledì 08 GIUGNO 2016

Sifilide. Allarme negli Usa, in dieci anni quasi quadruplicati i casi

Erano poco meno di 6mila nel 2005 e sono diventati 20mila nel 2014. Secondo un panel di esperti della Preventive Services Task Force (USPSTF) i medici di base dovrebbero offrire il test per lo screening della sifilide agli uomini omosessuali, alle persone HIV positive e a tutti i giovani che sono esposti a un aumento del rischio di malattie sessualmente trasmesse.

(Reuters Health) - Secondo quanto riportano su JAMA gli esperti della USPSTF, la situazione attuale è preoccupante negli Stati Uniti. Nel 2014, il numero di nuove infezioni da sifilide ha raggiunto quasi 20.000 casi, rispetto ai 5.979 del 2005, secondo i dati dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC). La USPSTF sostiene che la maggior parte delle infezioni sifilitiche negli Stati Uniti nel 2014 sono state diffuse tra gli uomini che hanno avuto rapporti sessuali con altri uomini, e che sono esposte a rischio elevato anche le persone con HIV e alcuni gruppi minoritari di persone da diverse aree geografiche, nonché gli uomini più giovani. Pertanto, la USPSTF raccomanda la diffusione dello screening per la sifilide da parte dei servizi assistenziali della medicina primaria, sebbene sia ancora impossibile stabilire la tempistica ottimale dell'esecuzione dei test e dei controlli.

Test ogni tre mesi?
In proposito, alcuni studi suggeriscono che negli omosessuali maschi i test andrebbero ripetuti ogni 3 mesi, a fronte di altri che li propongono una volta l'anno. Va ricordato che il test consiste di due fasi e che richiede due risultati positivi prima di iniziare il trattamento con penicillina G benzatina che i CDC raccomandano come trattamento di prima scelta. La USPSTF caldeggia questo trattamento non solo per la cura dei malati, ma anche per la prevenzione di nuove infezioni. Infine, gli esperti sottolineano che gli eventuali danni riportati dal test di screening sono minimi e lo stesso vale per la probabilità di rilevamento di falsi positivi che induce a ripetere il test. In ogni caso attualmente è possibile migliorare questa recrudescenza della sifilide proprio fornendo ai servizi di assistenza sanitaria tutto ciò che è già disponibile e a costi contenuti.

Fonte: *JAMA 2016*
Andrew Seaman
(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

09-GIU-2016
da pag. 58
foglio 1
www.datastampa.it

IL CASO/LA SCELTA DEL CAMPIONE OLIMPICO DI SALTO IN LUNGO RUTHERFORD IN VISTA DEI GIOCHI: "VOGLIO AVERE UN ALTRO FIGLIO"

"Contro il rischio Zika congelo il mio sperma"

ROMA. La risposta di Greg Rutherford, fulvo campione olimpico in carica del salto in lungo, alla domanda del momento è stata meno tranchant di altre, però, ecco, Zika fa paura anche a lui. «Congelerò il mio sperma, io e Susie abbiamo il desiderio di avere altri bambini». A Rio ci sarà, l'inglese Rutherford, e salterà con la paura addosso. Susie Verrill, la compagna, ha spiegato così la decisione: «Dopo che 100 medici hanno chiesto di spostare i Giochi per prevenire la diffusione dell'epidemia, abbiamo deciso per questa strada. Non voglio che la mia famiglia non sfrutti le vie di prevenzione disponibili. Il fatto di non seguire Greg e di tenere Milo (il primo e finora unico figlio della coppia) lontano dal Brasile forse può sembrare eccessivo, ma gli scienziati ancora non sono certi di tutte le conseguenze del contagio da Zika».

Nessuno è ancora certo di nulla, allora continua a ingrossarsi il partito della paura. Il sì con distinguo di Rutherford segue i no di altri, il ciclista Van Garderen («mia moglie è incinta»), i golfisti Singh e Leishman, e il quasi no del cestista Pau Gasol: «Ho parlato con alcuni esperti spagnoli e americani, il virus Zika è un problema assai più grande di quanto si dica, sto valutando». Altri ne arriveranno, nonostante le rassicurazioni del governo brasiliano: «Tutti i dati provano come i tassi di incidenza di dengue e altre malattie trasmesse dalle zanzare siano storicamente bassi a luglio e agosto, e la riduzione sarà ancora più accentuata dalle misure preventive che adotteremo». L'Oms discuterà della questione il 14 giugno, nell'ambito della riunione periodica del comitato d'Emergenza, un organismo ad hoc istituito sin dalle prime evidenze di comparsa del virus provocato dalla puntura della zanzara aedes Aegypti che causerebbe gravi malformazioni al feto nelle donne in gravidanza e la sindrome di Guillain-Barré, una malattia che colpisce gli adulti portando in alcuni casi alla paralisi o anche alla morte.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Greg Rutherford, 29 anni, oro a Londra '12

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 58.145
Diffusione 03/2016: 42.144
Lettori Ed. I 2016: 716.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

09-GIU-2016
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Rinunciano alle cure undici milioni di italiani

Sanità, il rapporto Censis: pesano costi alti e liste d'attesa

La fasce più colpite sono gli anziani e i giovani nati tra il 1980 e il 2000

Sud
Il servizio pubblico è inadeguato per il 69% contro il 33% del Nordest

Inutili
Sono 5 milioni ad aver ricevuto prescrizioni non necessarie

Marco Esposito

Io speriamo che me la cavo. Sono undici milioni gli italiani che rinunciano a curarsi e si affidano alla speranza di cavarsela senza ricorrere alle trafile (e alle spese) del sistema sanitario pubblico o privato. Il drammatico rapporto sulla sanità italiana è firmato dal Censis e corregge al rialzo il già pesante dato del 2012, quando gli italiani che avevano rinunciato a curarsi erano 9 milioni.

Che si tratti di una carie, di un mal di schiena o di un controllo dal dermatologo, sempre più italiani, per motivi economici, rinunciano a curarsi o rimandano interventi e visite. Le ragioni che portano alla rinuncia alle cure mediche sono due: le liste d'attesa sono lunghe e la spesa per le soluzioni alternative è eccessiva. «Decolla la sanità a pagamento - si legge nella sintesi del rapporto - chi può e ha bisogno ricorre massicciamente al privato». Ormai la sanità gratuita «è un ricordo» e «pagare per acquistare prestazioni sanitarie diventa un gesto quotidiano, ordinario, così come si amplia la fascia di cittadini che non avendo disponibilità economica adeguata di fatto rinuncia o rinvia prestazioni». In pratica «sanità a pagamento e sanità negata sono due facce della stessa crisi sanitaria del nostro Paese».

Una crisi che però è più acuta - decisamente - nel Mezzogiorno. La metà degli italiani (il 52% per l'esattezza) giudica inadeguato il servizio sanitario nella propria regione; ma tale valore medio ha un picco del 68,9% nel Mezzogiorno, contro il 56,1% del centro, il 41,3% del Nordovest e il 32,8% del Nordest. Al Sud è anche più alta la quota di persone convinta che la situazione sia peggiorata negli ultimi due anni: il 53% contro il 37% del Nord.

Il rapporto del Censis (commissionato dalla Rbm assicurazione) prova anche a delineare qualche soluzione. Gli italiani, infatti, di fronte all'esperienza quotidiana di spese sanitarie crescenti (tra ticket su servizi pubblici e costi per prestazioni private) cominciano a valutare con favore le polizze sanitarie integrative. Sono ormai 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a soluzioni simili. E sono 10,2 milioni quelli che dichiarano di aver fatto maggiore ricorso al privato, soprattutto (72,6%) per «l'incubo delle liste d'attesa troppo lunghe». Sono 7,1 milioni gli italiani che hanno fatto ricorso all'intramoenia nell'ultimo anno, il 66,4% dei quali per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2%, invece, perché laboratori, ambulatori e studi medici a pagamento sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. La spesa sanitaria privata nel 2015 è cresciuta del 3,2% rispetto al 2013 a 34,5 miliardi di euro, nonostante le tariffe nel settore siano in calo. A testa sono 569 euro annui, in media.

Ma la soluzione della polizza sanitaria integrativa è percorribile per chi ha un reddito adeguato o lavora in settori nei quali l'opzione c'è per contratto, mentre taglia fuori le fasce sociali più deboli: «Ampia - sottolinea il Censis - è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno». E quindi non si cura.

Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di cosiddetti millennial, cioè persone nate tra il 1980 e il 2000 e che non hanno ancora raggiunto una posizione lavorativa tale da garantire un reddito adeguato. «L'universo della sanità negata tende a dilatarsi», tra «nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie», spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche «meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia».

La ricerca tocca anche un altro aspetto interessante: gli italiani ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visi-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 58.145
Diffusione 03/2016: 42.144
Lettori Ed. I 2016: 716.000
Quotidiano - Ed. nazionale

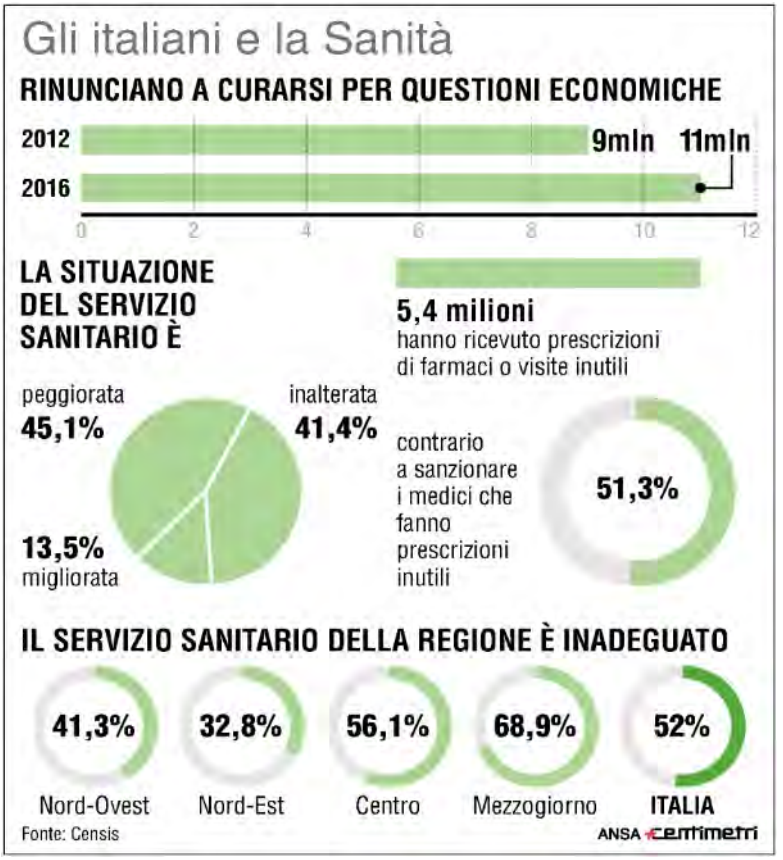
IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

09-GIU-2016
da pag. 9
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

te o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, si legge nel rapporto, «incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico». Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate soltanto dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come «uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lorenzin

«Non si fanno le nozze con i fichi secchi»

«È chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi». Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano a cure.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 387.811
Diffusione 03/2016: 305.863
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

09-GIU-2016
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

La ricerca

Gli 11 milioni di italiani che rinunciano a curarsi

Le file d'attesa per certi esami sono insostenibili e chi può li fa in privato, a spese proprie. Oppure rinuncia a cure e controlli perché non può pagare. Fenomeno in continua crescita. Secondo una ricerca svolta da Censis e Rbm (Assicurazione salute) sono 11 milioni gli italiani che non hanno trovato risposta nel servizio sanitario pubblico, i cui ticket sono diventati per molti cittadini inaccessibili, equiparabili ai tariffari del privato. Nel 2012 erano 9 milioni. I dati presentati nel *Welfare day* di ieri scendono nei dettagli. I più colpiti sono gli anziani, 2,4 milioni, seguiti dai *millennials*, nati tra il 1980 e il 2000. In due anni la spesa privata è aumentata di 80 euro a persona. La popolazione invecchia, i bisogni aumentano, la sanità pubblica malgrado costituisca tuttora un bene prezioso, con un budget di 110 miliardi, sempre a rischio tagli, non riesce più a configurarsi come «universale». Permane il problema delle liste di attesa. Secondo il ministro della Salute Beatrice Lorenzin un intervento efficace sarebbe valutare i manager delle aziende sanitarie anche in base alla capacità di eliminare le code. Un'idea rimbalzata più volte nelle passate amministrazioni ma che ha funzionato poco. Secondo Isabella Mastrobuono, docente di organizzazione sanitaria alla Luiss, la forbice continuerà ad allargarsi e aumenterà il ricorso a pacchetti assistenziali integrativi. Oggi 10 milioni di cittadini sono iscritti a fondi e casse professionali e utilizzano prestazioni pari a 4-5 miliardi all'anno sui 32 di spesa per cure private. Più richiesti gli esami radiologici, visite specialistiche e analisi di laboratorio. Per la Mastrobuono «il servizio pubblico è un patrimonio da tutelare ma sarebbe bene avviare un dialogo con l'assistenza integrata».

M. D. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 144.747
Diffusione 03/2016: 112.705
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

09-GIU-2016
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Censis-Rbm

Oltre 11 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi

ALESSIA GUERRIERI

C'era da aspettarselo. Anche perché il passaggio è semplice. Meno risorse a disposizione in famiglia e, per tirare la cinghia, si taglia per prima cosa in cure e prevenzione. Non bastasse la crisi economica, e la conseguente disoccupazione crescente, anche le lunghe liste d'attesa nel sistema sanitario pubblico contribuiscono ad allontanare dall'ospedale i cittadini (72%), che invece – quando possono – si rivolgono di più alle prestazioni sanitarie nel privato (+3%). Sempre le liste di attesa spiegano il ricorso all'*intramoenia* da parte di 7 milioni di italiani ogni anno. Sta di fatto che alla fine comunque 11 milioni di italiani nel 2016 hanno rinunciato a curarsi, cioè 2 milioni in più di quattro anni fa. E, tra loro, a soffrire sono soprattutto 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di *millennials*, ovvero i nati tra gli anni 80 e il 2000. Va meglio a chi ha assicurazioni sanitarie integrative (57%) o le disponibilità finanziarie per rivolgersi al privato, che ormai ha attuato la politica della prestazione "a prezzo di ticket", facendo così crescere i propri introiti fino a 34,5 miliardi di euro (in crescita al ritmo di 2 miliardi all'anno).

Numeri che il premier Matteo Renzi «non sa valutare», anche se ammette che «c'è un'emergenza economica perché solo in Italia chi guadagna di più guadagna sempre di più». Certo è ovvio che «non si fanno le nozze con i fichi secchi», come ricorda il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, e perciò diventa essenziale «difendere l'aumento previsto del Fondo sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il *turn over*». La replica del capo del dicastero alla ricerca Censis-Rbm, redatta in occasione del *Welfare day*, serve sì a confermare «la priorità» del governo per creare una sanità con «elevati standard su tutto il territorio nazionale». Ma pure l'impegno a «una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni italiane». Ecco perché il ministro Lorenzin ha intenzione di proporre l'inserimento, nel decreto legislativo sulla nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie, di «una norma che imponga di valutare i manager anche in relazione agli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa». Per evitarle, 26 milioni di italiani sono propensi anche a sottoscrivere una polizza integrativa, per poter ricorrere con maggiore tranquillità alla sanità privata.

Vero è che però, denuncia il sindacato dei dirigenti medici Anaao Assomed, che «il taglio alla sanità non si è mai interrotto» e che il processo di privatizzazione del settore andrà ad aumentare le iniquità. In più, la rinuncia alle cure dei cittadini oggi, «sarà un costo aggiuntivo sul Ssn del futuro», perché senza prevenzione ci si ammalerà di più. Ora, comunque, bisogna guardare al presente. E nella sanità italiana di oggi c'è un problema di spechi e inappropriatezza, anche secondo i cittadini, che nel 45% dei casi (+2,4% rispetto al 2015) percepisce un peggioramento del sistema sanitario della propria regione. Inoltre, 5,4 milioni di italiani in un anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati poi inutili. Tuttavia, la metà dei cittadini è contraria a sanzionare i medici che fanno prescrizioni alla fine risultate superflue; un'ipotesi «che non c'è», ripete senza sosta il ministro Lorenzin.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 84.752
Diffusione 03/2016: 35.683
Lettori Ed. I 2016: 422.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

09-GIU-2016
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LO STUDIO CENSIS

Diritto alla salute addio: 11 milioni di italiani costretti a non farsi curare

■ Tanti sono coloro che, nel 2015, hanno rinunciato a prestazioni sanitarie o le hanno rinviate: 2 milioni in più del 2012. Intanto la spesa per la sanità privata sale da 30 a 34,5 miliardi e i fondi pubblici sono in calc

A PAG. 1

TUTTI I NUMERI Una ricerca del Censis racconta l'Italia della sanità: chi non può permettersi il costo resta senza copertura, esplode la spesa privata (nel 2015 è arrivata a 34,5 miliardi)

La salute è un diritto se paghi In 11 milioni rinviano le cure

Sei anni di tagli

I fondi statali arrivati al Servizio sanitario nel 2016 sono inferiori a quelli del 2010

MARCO PALOMBI

La salute, per l'articolo 32 della nostra Costituzione, è "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". È dunque tutelata anche dall'articolo 2, quello che in generale riconosce i "diritti inviolabili" collegandone la garanzia ai "doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale". Se ne può dedurre, come vedremo, che la Repubblica italiana sta violando la sua stessa Costituzione.

Privata o negata: due facce della stessa crisi

Gli italiani che nel 2015 hanno rinviato o rinunciato a una prestazione sanitaria, infatti, sono stati 11 milioni: soprattutto giovani senza lavoro e pensionati. L'ultima volta che erano stati contati, nel 2012, erano 9 milioni: qualcosa che cresce in Italia, dunque, c'è. Il dato è contenuto in una ricerca del Censis commissionata da Rbm Assicurazione Salute, società che - *et pour cause* - vende polizze assicurative a copertura delle spese sanitarie.

Non ci sono solo quelli che rinunciano alle cure, infatti: gli altri se le pagano di tasca loro. Lo dimostra la dinamica della spesa sanitaria privata, esplosa negli ultimi anni nonostante un calo del reddito disponibile delle famiglie: era 30 miliardi nel 2012, l'anno scorso era già salita a 34,5 miliardi, all'ingrosso si tratta di una crescita del 15% in un periodo di inflazione non proprio galoppante. Il motivo, ci dice il Censis, per cui le persone si rivolgono al privato o all'intramoenia (che è quasi uguale e in ogni caso è un mercato residuale) sono in sostanza due: le liste d'attesa pressoché eterne e il costo dei ticket, che spesso equivale a quello di una prestazione privata ma con un servizio peggiore (e tempi più lunghe).

Conclude il Censis: "*Sanità negata* e *sanità a pagamento* sono due facce della stessa crisi sanitaria nel nostro Paese". Corollario di interesse del committente: "Ideologicamente la sanità integrativa (le polizze assicurative, *ndr*) è largamente sdoganata dagli italiani". Tradotto significa che finché abbiamo avuto un Sistema sanitario nazionale (Ssn) che - con tutti i suoi difetti - garantiva prestazioni universali e di livello almeno decente, agli italiani non passava neanche per la testa di farsi un'assicurazione sanitaria, mentre adesso ci pensano e parecchi lo fanno pure.

L'esito inevitabile di scelte politiche

Quel che vediamo accadere non deve essere una sorpresa per nessuno: si tratta, infatti, del risultato scontato di scelte politiche e culturali realizzate alla luce del sole. Quando si accetta l'idea del "pareggio di bilancio" rigido realizzato in un sistema in cui la Banca centrale è indi-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 84.752
Diffusione 03/2016: 35.683
Lettori Ed. I 2016: 422.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

09-GIU-2016
da pag. 12
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

pendente (in sostanza, non monetizza il deficit) si accetta l'idea che siano i famosi mercati a stabilire quanto può spendere uno Stato (ora lo decidono a Bruxelles e Berlino, ma il meccanismo è lo stesso): da quel momento ogni diritto sociale garantito dalla Costituzione è sottoposto a contrattazione di mercato. La salute, essendo un settore in cui si spende molto, è uno dei territori di caccia preferiti del mercato. La scelta di spingere gli italiani verso il privato è contenuta nei numeri del Bilancio dello Stato. Basta leggerli e leggere quello che scriveva la Camera in un'indagine conoscitiva a fine 2014 (relazione approvata all'unanimità).

Andiamo con ordine. Il Servizio sanitario nazionale è stato tagliato per complessivi 30 miliardi da sei anni a questa parte: il finanziamento statale ammontava 112, 6 miliardi nel 2010, poi scesi a 109 e spiccioli nel 2012 e 2013, saliti a 110 miliardi nel 2014 e a 111,2 miliardi l'anno scorso e quest'anno. Il livello di finanziamento è ancora sotto quello di sei anni fa e tenendo conto dell'aumento dei prezzi si tratta di un taglio mostruoso: "La *spending review* non tiene conto dell'incremento, stimato attorno al 2% annuo e considerato inevitabile nei sistemi sanitari, determinato dall'introduzione di nuove tecnologie e dall'invecchiamento della popolazione", ha scritto la Camera nella sua relazione. La spesa sanitaria italiana, ci dice invece la Ragioneria generale, è calata in ogni settore ad eccezione dei farmaci ospedalieri (settore in cui è difficile incidere troppo, pena la morte dei pazienti).

I confronti internazionali aiutano a capire meglio la situazione. L'ultimo elaborato dall'Ocse riguarda il 2013 (la situazione è dunque peggiorata): la spesa sanitaria complessiva italiana - pubblica e privata - era l'8,8% del Pil, quella tedesca l'11, quella francese il 10,9%, quella greca e portoghese il 9%. Se volessimo spendere, in percentuale, quanto la Germania, la quota statale del Fondo del Ssn dovrebbe aumentare di 30 miliardi. La nostra spesa sanitaria pro-capite (3.077 dollari contro i 3.453 della media Ocse) tra il 2009 e il 2013 è calata in media dell'1,6% l'anno, come quella spagnola. Peggio di noi solo Portogallo (-3,3%), Irlanda (-4) e Grecia (-7,2%), Paesi in cui c'era la Troika.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

11
milioni: gli italiani che l'anno scorso hanno rinunciato a una prestazione sanitaria (erano 9 milioni nel 2012)

34,5
miliardi: l'aumento della spesa sanitaria privata nel 2015. Crescita del 15%

30
miliardi: i tagl alla sanità pubblica in sei anni

Il San Carlo di Potenza e Beatrice Lorenzin *Ansa*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 152.577
Diffusione 03/2016: 113.520
Lettori Ed. I 2016: 1.136.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

09-GIU-2016
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Costi e liste di attesa infinite 11 milioni non si curano più

▶L'allarme in uno studio del Censis: «Si sta allargando l'universo della sanità negata»

▶In difficoltà oltre due milioni di anziani Lorenzin: si sente il peso della crisi economica

IL MINISTRO: «QUESTA ANALISI CONFERMA LA NECESSITÀ DI AUMENTARE I FONDI PER IL 2017 E IL 2018»

IL CASO

ROMA Il dato è allarmante: 11 milioni di italiani nella prima metà di quest'anno, ben 2 milioni in più rispetto al 2012, hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche o sono ricorsi al privato per ovviare alle lunghe liste di attesa. A denunciarlo è una ricerca Censis-Rbm, presentata ieri in occasione del Welfare Day, alla quale replica prontamente il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin: «È un problema che abbiamo presente e trovare una soluzione per noi rappresenta una priorità». Ma, avverte, «deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi».

CRISI ECONOMICA

«È chiaro - spiega il ministro - che il Sistema sanitario nazionale deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie italiane stanno vivendo, e questa indagine del Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018, che intendiamo utilizzare per sbloccare il turn over e stabilizzare il personale sanitario precario, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure».

LISTE DI ATTESA

Ma il ministro individua al contempo una soluzione al problema, che passa, spiega, «da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni italiane». L'obiettivo è cioè quello di «uniformare l'intero territorio nazionale su standard elevati» e a tal fine, annuncia, «ho intenzione di proporre l'inserimento nel mio decreto legislativo sulla nomina dei Direttori Generali delle aziende sanitarie di una norma che imponga di valutare i manager anche in relazione agli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa». Intanto, afferma, «una prima svolta verrà a breve introdotta con i nuovi livelli essenziali di assistenza, con l'ingresso nel Servizio sanitario nazionale di nuove prestazioni gratuite attese da 15 anni».

Lo studio Censis ha suscitato anche la forte critica del segretario generale della Cgil Susanna Camusso, secondo la quale questi dati «sono la dimostrazione che aver progressivamente ridotto gli investimenti nel Ssn mette le persone in condizione di non curarsi. È la logica dei commissariamenti e dei tagli». E per il Movimento 5 Stelle «la frana del nostro sistema sanitario si è già trasformata in una valanga, e a essere responsabili, intenzionalmente, di questa demolizione sono il ministro della Salute e tutto il governo. Le conseguenze dei continui tagli inflitti alla sanità ora sono stati evidenziati dalla ricerca Censis-Rbm».

L'ANAAO

Critico pure il sindacato dei medici dirigenti Anaao, che denuncia come «il taglio dei fondi alla Sanità non si sia mai interrotto». E se il Codacons parla di «dati vergognosi per un paese civile», la segretaria nazionale della Fp Cgil, Cecilia Taranto, e il segretario nazionale della Fp Cgil Medici, Massimo Cozza, commentano: «Ha ragione il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, quando afferma che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Ma questa affermazione dovrebbe essere rivolta al suo governo che, attraverso precise scelte politiche, continua a destinare più risorse ad altri settori: dagli imprenditori alle banche».

Valeria Arnaldi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 211.650
Diffusione 03/2016: 155.874
Lettori Ed. I 2016: 833.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

09-GIU-2016
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Sanità, 11 milioni rinunciano alle cure

Il Censis: corsa al privato, spesa a 34,5 miliardi, 80 euro a testa in più in due anni

Fuga dal servizio sanitario nazionale

Sotto accusa liste di attesa troppo lunghe e la scarsa qualità dei servizi

La ministra

Lorenzin: non si fanno le nozze con i fichi secchi, servono più fondi per la salute

LA VIA ALTERNATIVA

Per il Censis, con la sanità integrativa le liste d'attesa si riducono e la spesa sanitaria a carico diretto dei cittadini è migliore e meno cara

Roberto Turno

ROMA

Undici milioni di italiani – erano 9 milioni nel 2012 - che rinviano le cure o vi rinunciano del tutto perché non ce la fanno a pagarsele. E una spesa privata per la salute pagata di tasca propria dagli assistiti che ha ormai toccato quota 34,5 mld, il 3,2% e 80 euro a testa in più nel giro di soli due anni. Due dati apparentemente in contrasto, in realtà due facce della stessa medaglia. Perché è insieme l'immagine della crisi e quasi la cronaca di una disfatta per la sanità pubblica in Italia quella che emerge dal rapporto di Censis-Rbm Salute presentato ieri a Roma al Welfare Day sulla sanità integrativa.

Una foto di gruppo impietosa, quella scattata dal Censis, che tocca tutti i (tanti) nervi scoperti del Servizio sanitario nazionale. A partire dalla vergogna delle liste d'attesa che poi sono una delle cause principali provocano la fuga dal Ssn e così la ricerca di un riparo presso le strutture e gli ambulatori privati, più rapidi nei servizi e non di rado più convenienti per via dei maxi ticket per la salute. Per non parlare del vizietto delle cure (a pagamento) e degli interventi in intramoenia con i medici pubblici che riguardano 7 milioni di assistiti. Per arrivare a una qualità via via più scadente dei servizi e delle prestazioni e un gradimento degli italiani che va sempre più scolorando, soprattutto da Roma in giù.

Ecco così dal Censis il check di un Ssn e di un Italia della salute pubblica con tutti i suoi tic spesso anche difficili da comprendere. Un esempio tra i tanti: nonostante 5,4 milioni di assistiti ammettano di aver ricevuto nell'ultimo anno prescrizioni inutili (di farmaci, visite, analisi) dal loro medico - spese sprecate insomma - oltre la metà della popolazione non accetta però che il suo dottore sia sanzionato per quelle ricette evitabili. E che dunque lo spreco sia evitato. Tutto questo mentre cresce tra gli italiani la consapevolezza della necessità di trovare strade alternative per la copertura delle proprie spese per la salute e per avere accesso alla qualità: tra sistema pubblico in crisi e sanità privata che cresce, avanza così non a caso la voglia di sanità integrativa tra chi oggi ne è escluso. O perché non può permettersela o perché non ha opportunità di Fondi contrattuali di categoria. Una strada, la sanità integrativa, che secondo il Censis libererebbe anche le liste d'attesa e consentirebbe di canalizzare meglio e a costi minori quella spesa privata per la salute pagata di tasca propria dagli italiani: in 26 milioni non a caso si dicono propensi ad aderire alla sanità integrativa.

La ricerca del Censis ci dice intanto che 10 milioni di cittadini ricorrono sempre di più alla sanità privata e ben 7 milioni alle prestazioni in attività intramoenia dei medici. Non possono aspettare e stare in coda per potersi curare nel Ssn: così almeno afferma il 72% degli assistiti. Il boom dei 34,5 mld di spesa sanitaria privata si spiega in grandissima parte così. Mentre al contrario, sotto i colpi di scure della crisi e dei tagli al Ssn, cresce l'esercito di chi rimanda le cure, o addirittura vi rinuncia: tra gli 11 milioni di chi ha desistito dal curarsi o prende tempo, 2,4 milioni sono anziani e 2,2 milioni sono i millennials. I più deboli, insieme a chi ha redditi più bassi. Una coperta sempre troppo corta o troppo stretta, fa lo stesso. Sempre di un fallimento, o quasi, si tratta.

«Non si fanno le nozze con i fichi secchi», ha commentato la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, ricordando la crisi e i tagli miliardari di questi anni e rilanciando la richiesta di un aumento dei fondi per la salute. I famosi 2 mld in più, legati però all'aumento del Pil. E alle esigenze delle casse pubbliche, che sotto manovra finiscono sempre per ridursi. Non nega, insomma, Lorenzin che la partita è tutta da giocare. Ma «i fichi secchi sono una scelta politica del Governo», ha ribattuto la Cgil alla ministra. Che nega però l'esistenza di un malessere diffuso e anzi l'esistenza di diffuse eccellenze regionali, che sono il traguardo da centrare per tutti. Una contaminazione di qualità Nord-Sud che troppo spesso suona però purtroppo ancora come una scommessa. Che non si può più perdere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 325.219
Diffusione 03/2016: 242.696
Lettori Ed. I 2016: 2.071.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

09-GIU-2016
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Lorenzin: liste d'attesa da abbattere «Ma niente nozze con i fichi secchi»

Il ministro: manager Asl premiati se garantiranno accessi più rapidi

Famiglie in difficoltà

Anche il sistema sanitario deve fare i conti con le difficoltà che le famiglie stanno vivendo

L'OBIETTIVO
«Lotta a sprechi e corruzione per recuperare fondi»

Sabrina Pignedoli
■ ROMA

«VALUTARE i manager della sanità anche in relazione agli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa». Lo ha annunciato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando il rapporto del Censis, in cui si evidenzia come oltre 10 milioni di italiani facciano ricorso a prestazioni private; il 72,6% a causa delle liste d'attesa pubbliche troppo lunghe. Il provvedimento dovrebbe arrivare nel decreto legislativo relativo alla nomina dei direttori sanitari, in cui Lorenzin ha annunciato l'intenzione «di proporre l'inserimento di una norma» appunto sulla valutazione dei manager in base alle attese. Una questione importante, considerando che i cittadini sono particolarmente sensibili alle tempistiche delle prestazioni sanitarie: «Il fenomeno delle liste d'attesa – si legge dal ministero – rappresenta uno dei punti più critici dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare».

LA NECESSITÀ di fare ricorso al settore privato per ottenere prestazioni sanitarie rapide, infatti, esclude di fatto coloro che non possono pagarle, con gli 11 milioni gli italiani, secondo il Censis, che rinunciano alle cure per difficoltà economiche. «Si tratta di un problema conosciuto – spiega Lorenzin –. Per risolverlo stiamo operando da tempo con il ministero dell'Economia e delle finanze, le Regioni e i professionisti del Servizio sanitario nazionale»
«È chiaro – ha aggiunto il ministro – che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Il Sistema sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e l'indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del fondo sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turnover e per stabilizzare il personale sanitario precario, per rifinanziare il fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure».
La disparità nell'accesso alla prestazioni si concretizza, oltre che sul piano economico, anche su quello territoriale: ci sono Regioni che garantiscono cure d'eccellenza in tempi rapidi, altre che faticano a tenere il passo con i livelli minimi. L'obiettivo delle nuove norme per la sanità è proprio quello «di uniformare l'intero territorio nazionale su standard elevati – spiega il ministro – così da permettere a ciascun cittadino di ottenere in tempi rapidi prestazioni sanitarie di qualità».

UN'ALTRA questione fondamentale riguarda la gestione dei fondi. Lorenzin ha sottolineato l'importanza di «eliminare tutti gli sprechi e i fenomeni di corruzione contro i quali abbiamo lavorato insieme al presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione Anac, Raffaele Cantone. Il nostro obiettivo – ha precisato – rimane quello di reinvestire in sanità tutto quanto recuperiamo. E i provvedimenti assunti daranno grandi risultati».

Camusso (Cgil)
«Aver ridotto gli investimenti nella sanità mette le persone in condizioni di non curarsi»

Rienzi (Codacons)
«Dati vergognosi e indegni di un Paese civile. La colpa non è solo della crisi, liste d'attesa insostenibili»

Gelli (Pd)
«È un problema ormai noto che le Regioni, di concerto con il Mef stanno affrontando da tempo»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 325.219
Diffusione 03/2016: 242.696
Lettori Ed. I 2016: 2.071.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

09-GIU-2016
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

I medici scaricano il governo «Sempre meno finanziamenti»

■ ROMA

«NON si è mai interrotto il definanziamento della sanità pubblica, a dispetto dei giochi di parole del Governo». È quanto afferma il sindacato dei medici dirigenti Anaao-Assomed, a commento della ricerca del Censis, riferendosi in particolare all'aumento del numero di italiani che hanno rinunciato a curarsi per motivi economici. «Se meno sanità, e magari meno sociale, vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o vive in determinate aree – prosegue Anaao-Assomed – significa che non ci si riconosce più negli stessi princìpi di giustizia sociale». La ricerca, conclude il sindacato, «non dice niente di nuovo a chi da tempo va denunciando la progressiva diminuzione del perimetro della tutela pubblica della salute».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 144.747
Diffusione 03/2016: 112.705
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

09-GIU-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Melazzini (Aifa): terapie innovative Servizio sanitario alla sfida sostenibilità

«Arriveranno nel prossimo futuro molecole sempre più evolute, innovative e sofisticate. Basti pensare alle nuove terapie per l'epatite C, agli anticorpi monoclonali per l'Alzheimer e per le demenze, ai farmaci antitumorali e antiretrovirali e a tutto il mondo nuovo dell'editing genetico, della terapia genica, dell'immunoterapia e dei farmaci stampati in 3D. Gli sforzi delle istituzioni dovranno essere mirati a garantire che il Servizio sanitario nazionale sia in grado di sostenere queste nuove terapie, perché quando un farmaco c'è ma non è economicamente disponibile si realizza il paradosso del diritto alla salute. È realmente innovativo solo ciò che è sostenibile». L'ha detto il nuovo presidente dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) Mario Melazzini, intervenendo in audizione presso la Commissione Sanità del Senato. «Il nostro Ssn – ha aggiunto – è il baluardo che garantisce a tutti, a partire dagli indigenti, l'accesso alle cure primarie, ma si trova oggi, come in tutto il mondo, ad affrontare sfide poste dalla crescente domanda di assistenza».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Melazzini (Alfa), audizione al Senato sulla sostenibilità del Ssn

07 giugno 2016

Il Presidente dell'AIFA Mario Melazzini è intervenuto oggi in audizione presso la Commissione 12a (Igiene e Sanità) del Senato della Repubblica nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

"Il nostro Servizio Sanitario Nazionale è il baluardo che tutela la salute dei cittadini e garantisce a tutti, a partire dagli indigenti, l'accesso alle cure primarie anche tramite la dispensazione di farmaci essenziali. Si trova oggi, come la maggior parte degli altri sistemi sanitari europei, ad affrontare una serie di sfide poste dalla crescente domanda di assistenza, legata in particolare alla cronicità, dalle novità farmacologiche in arrivo (anti-neoplastici, anti-infettivi, ecc) e dalla difficoltà di liberare risorse e rendere più efficiente la macchina organizzativa della Sanità".

"Arriveranno nel prossimo futuro molecole sempre più evolute, innovative e sofisticate. Basti pensare alle nuove terapie per l'Epatite C, gli anticorpi monoclonali per l'Alzheimer e per le demenze, ai farmaci antitumorali e antiretrovirali e a tutto il mondo nuovo dell'editing genetico, della terapia genica, dell'immunoterapia e dei farmaci stampati in 3D. Gli sforzi delle istituzioni dovranno essere mirati a garantire che il SSN sia in grado di sostenere queste nuove terapie, perché quando un farmaco c'è ma non è economicamente disponibile si realizza il paradosso del diritto alla salute che viene garantito ma non può essere rispettato per carenza di risorse. È realmente innovativo solo ciò che è sostenibile".

"Occorre pertanto sostenere l'innovazione, eliminando ogni barriera e individuando modelli nuovi ad esempio un Value-based Pricing per i nuovi farmaci, ossia un prezzo medio per tutti i pazienti. Alla base vi deve essere una indispensabile collaborazione sinergica tra le Agenzie regolatorie europee e, in ambito nazionale, un'interazione coordinata tra innovazione, ricerca clinica, pratica clinica e politica sanitaria al fine di promuovere il nostro SSN solidaristico e universale e soddisfare i reali bisogni di salute dei cittadini. Bisognerà inoltre saper ragionare in un'ottica di omogeneità del Sistema Farmaco, anche con percorsi di confronto e condivisione con le Regioni, per garantire a ogni paziente il farmaco più appropriato e sostenibile".

"Oggi la vera sfida per i Regulators è quella di bilanciare la garanzia di un rapido accesso a una terapia promettente con la difficoltà a ottenere evidenze scientifiche appropriate, conciliando l'incertezza dei costi e

degli outcomes dei trattamenti con l'esigenza di accesso dei pazienti alle cure".

"Importante strumento introdotto da AIFA per tutelare la salute dei pazienti, monitorare, garantire la massima appropriatezza e favorire al contempo la corretta allocazione delle risorse sono i Registri di monitoraggio (più di 824.000 pazienti monitorati), fondamentali per la presa in carico del paziente e lo svolgimento del processo di Health Technology Assessment attraverso cui l'Agenzia coniuga la valutazione del profilo beneficio/rischio di un medicinale con quella del rapporto costo/efficacia. Essi coinvolgono decine di aree terapeutiche e diversi stakeholders (medici, farmacisti, Aziende farmaceutiche e Regioni), favorendo sempre più l'appropriatezza delle prescrizioni".

"Altri strumenti AIFA volti a limitare l'impatto dei nuovi farmaci sulla spesa sanitaria e garantire l'appropriatezza d'uso", ha concluso il Presidente Melazzini, "sono i Manages Entry Agreements (accordi finanziari con le Aziende farmaceutiche basati sull'outcome, quali il cost sharing, il risk sharing, il payment by result e il payback), i Piani Terapeutici, le Note, il Prontuario Farmaceutico, gli Algoritmi Terapeutici (HCV, Diabete di tipo 2 e Ipertensione), gli accordi di volume e tetti di spesa, la promozione dei farmaci equivalenti e biosimilari, il dialogo costante con le Regioni e il massimo supporto alla ricerca indipendente".

[chiudi questa finestra]

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 387.811
Diffusione 03/2016: 305.863
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

09-GIU-2016
da pag. 27
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il tempio dei 100 ricercatori (richiamati anche dall'estero) che studia nuovi farmaci

Rottapharm Biotech
Lucio Rovati: «La nostra sfida è contro l'artrosi e le malattie neurovegetative»

Monza

Daniele Dallera

Il professor Lucio Rovati si allontana un attimo, scambia poche parole con uno dei suoi più stretti collaboratori, sono immersi in provette, moderni alambicchi, robot che trattano e lavorano molecole, al loro fianco ricercatori chinati e concentrati su studi che potranno, chissà, cambiare la nostra vita, quella del malato. Rovati e il capo della farmacologia parlano fitto, le loro parole devono essere importanti, non a caso abbassano il tono della voce. Cerchiamo di curiosare, il professore ci confida: «Siamo nel momento più importante di una ricerca di altissimo livello, un farmaco che potrebbe bloccare l'evoluzione degenerativa della malattia, in questo caso l'artrosi. Siamo nel punto della verità, quello in cui o c'è la svolta oppure, ahimè, dobbiamo cambiare strada...».

Detta così può sembrare facile, ma qui ci troviamo in un tempio della ricerca scientifica farmacologica a livello mondiale, la Rottapharm Biotech, là dove Milano diventa Brianza, San Fruttuoso, isola appartata di Monza. Cinquemila metri quadri di laboratori dedicati alla scienza, alla ricerca, dove incontri eccellenze che studiano, trovando ispirazione, lontana ma ancora presente, in chi ha inventato Rottapharm nel 1961, il professore Luigi Rovati, e una leadership scientifica attuale nel figlio Lucio, medico, farmacologo stimato nel mondo, e una guida economica finanziaria nell'altro figlio Luca. Una seconda generazione, Lucio e Luca, che porta avanti, rilancia, crea e ricrea.

Il professor Lucio Rovati combina bene sogno e concretezza. La concretezza ha portato a cedere nel 2014 la Rottapharm al gruppo svedese Meda, «un passaggio finanziario (da più di due miliardi di euro) necessario per continuare a crescere, perché eravamo arrivati a un livello tale che nuove risorse, sotto il piano finanziario, erano fondamentali per spingere ancora più forte nella direzione della ricerca scientifica farmacologica». Difatti se il portafoglio è diventato svedese, la ricerca, la cellula, la molecola, la testa insomma è rimasta italiana, quella dei Rovati che sono alla guida della Rottapharm Biotech. È qui che si imposta e si crea il farmaco. Un cammino difficilissimo, maledettamente lungo, ben raccontato dal professor Lucio Rovati: «Dall'idea al farmaco passano dai 10 ai 15 anni». Il bello, anzi il brutto arriva adesso: «Un processo che contempla un investimento di circa due miliardi di euro». Si tira un sospiro di sollievo quando Rovati svela il mestiere del ricercatore: «Abbandoniamo l'idea un po' romantica dello scienziato pazzo, di quello che ha la scintilla e si mette a manipolare cellule. No, si rischia il disastro. Abbiamo ragazzi (termine che Rovati usa spesso, con affetto) fantastici: nel mio settore conosco tutti, ma i nostri ricercatori italiani sono i migliori al mondo». D'accordo professore ma poi scappano all'estero. «È vero, perché qui incontrano troppe difficoltà. Ma ora sta cambiando qualcosa, c'è più attenzione». La sua per esempio. Il piano della Rottapharm Biotech, del professor Rovati, è decollato: «Stiamo creando un gruppo di 100 ricercatori, addirittura stiamo superando il numero, eccellenze nella farmacologia medica. Abbiamo allo studio un farmaco che può dare esiti importanti sull'artrosi, che è un po' il mio campo. Avviatissimo un piano rivolto alle malattie neurovegetative». In questo settore, Alzheimer e Parkinson, Rovati ha fatto rientrare due ricercatori dal grande futuro. «Erano ben inseriti e lavoravano alla Columbia University, a New York, in un centro guidato da un premio Nobel». Ha messo a loro disposizione un laboratorio e un team. «È mia intenzione fare la Biotech più grande in Italia». Fiducia nel Paese quindi? «Sono animato dalla visione e dall'ottimismo, ma anche dalla concretezza: caratteristiche del ricercatore. Io non pretendo grandi finanziamenti, non sono mica convinto che lo stato ci debba finanziare, quello che chiedo con forza è che non ci mettano ostacoli. Ci lascino lavorare e fare ricerca». Quanto guadagna uno scienziato? «Dipende dalla sua voglia di crescere: si arriva a superare il centinaio di migliaia di euro...». Il problema della sperimentazione animale. «Lo studio e l'applicazione sull'animale sono indispensabili. Ma attenzione: non tanto per testare l'efficacia del farmaco, ma la sua sicurezza di impiego. Proibirlo sugli animali, si rivelerebbe una sciocchezza madornale, non possiamo portare farmaci non sicuri sull'uomo».

Non lo sostiene solo un purista della scienza, Rovati è un uomo di cultura, ama leggere, esperto d'arte e d'archeologia, con sua moglie Giovanna, anche lei medico, impegnata nella comunicazione della Rottapharm Biotech e nel crescere la figlia Lucrezia, studentessa ovviamente in medicina, hanno un progetto ambiziosissimo per la Milano culturale che sarà presto svelato. «Perché il medico-scienziato non è un tecnico, macché, deve essere un uomo di cultura. Anche questo l'ho imparato da mio papà...».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 144.747
Diffusione 03/2016: 112.705
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

09-GIU-2016
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Funzionano le staminali su pazienti colpiti da ictus

Il trattamento testato su persone in un periodo da 6 mesi a 3 anni dopo l'attacco offre risultati confortanti per i «cronici»

di Alessandra Turchetti

Uno studio molto significativo, quello condotto dalla Stanford University School of Medicine su un gruppo di 18 pazienti colpiti da ictus, effettuato a distanza di un minimo di 6 mesi e un massimo di 3 anni dall'attacco. I pazienti sono stati trattati con staminali di tipo mesenchimale provenienti da donatori e modificate in laboratorio, predisponendole alla rigenerazione specifica del tessuto nervoso. La procedura ha previsto l'esecuzione di un piccolo foro nel cranio per l'infusione delle cellule, registrando assenza di effetti collaterali imputabili al trattamento. Il metodo, oltreché sicuro, si è rivelato estremamente efficace: parte della funzionalità motoria persa nei pazienti è stata recuperata. Sta ora per partire una sperimentazione su 156 persone, un numero più esteso visto il successo riscontrato dalla terapia. «È veramente importante questo *trial* clinico sebbene eseguito su un numero molto basso di pazienti», commenta Antonio Uccelli, responsabile dell'Unità di neuroimmunologia del Dipartimento di neuroscienze dell'Ospedale San Martino di Genova, che indaga da anni il ruolo delle staminali mesenchimali in malattie neurodegenerative come la sclerosi multipla coordinando la prima sperimentazione clinica di fase 2 nel mondo sull'uomo. «Essendo un test condotto sugli esiti post-ictus ormai cronici – aggiunge – si presume che le staminali impiegate abbiano favorito la riparazione del tessuto neurale anziché apportare benefici, come invece vediamo nei trattamenti immediatamente successivi all'evento, prevalentemente mediante un'azione neuroprotettiva e antinfiammatoria. Tutto questo è molto incoraggiante ed è uno dei primi risultati ottenuti sull'uomo grazie ai buoni dati preclinici che da tempo si conoscono negli animali». La ricerca è stata pubblicata su *Stroke* mentre si progettano nuovi studi per capire la modalità con cui le staminali infuse hanno riparato il danno cerebrale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 08 GIUGNO 2016

Dialisi: testato in Usa rene artificiale portatile

Un rene portatile, che esegue una dialisi continuativa, è stato testato su un piccolo numero di pazienti negli Stati Uniti. La sperimentazione, che ha dato buoni risultati pur evidenziando problemi dell'apparecchio a livello tecnico, è stata coordinata da Jonathan Himmelfarb dell'Università di Washington a Seattle. I dati sono stati pubblicati su JCI Insight.

(Reuters Health) - Più di due milioni di persone nel mondo con insufficienza renale, si sottopongono a dialisi e per questo devono fare molta attenzione a quel che mangiano e bevono. Più frequentemente viene fatta la dialisi e maggiori sono i vantaggi per i pazienti. Purtroppo, però, gli apparecchi non sono trasportabili e limitano la libertà di movimento dei pazienti e la capacità di portare avanti le normali attività quotidiane.

"Come medico che si occupa di pazienti con problemi ai reni spero che nel futuro potremo offrire qualcosa di meglio dell'attuale dialisi", ha dichiarato Jonathan Himmelfarb. Il ricercatore vorrebbe vedere "una terapia che migliori la qualità di vita, consenta ai pazienti maggiore autonomia e allungamento dell'aspettativa di vita, rispetto alle opzioni terapeutiche ad oggi disponibili".

Lo studio

Himmelfarb e colleghi hanno creato un rene artificiale che funziona in continuo, che si era mostrato efficace in un primo studio pilota che aveva valutato il funzionamento di questo apparecchio per otto ore. Ora i ricercatori americani hanno riportato i risultati di un test di 24 ore del rene portatile su 11 pazienti che erano stati in dialisi per almeno 15 mesi. Cinque pazienti hanno completato le 24 ore di trattamento, durante le quali l'apparecchio ha funzionato come i ricercatori si aspettavano.

Tuttavia ci sono stati dei problemi. Un paziente ha dovuto sospendere il trattamento per la coagulazione nel sangue. In due pazienti gli apparecchi hanno avuto bisogno della sostituzione delle batterie, mentre tre pazienti hanno dovuto interrompere la terapia per la presenza di bolle di gas nel circolo sanguigno. In seguito a una serie di problemi tecnici legati all'apparecchio, il trial è stato interrotto prima, hanno dichiarato gli autori.

Le evidenze

In ogni caso non sono state registrate complicanze serie e tutti i pazienti sono stati in grado di camminare liberamente durante il trattamento. I malati hanno detto di essere soddisfatti per i pochi effetti collaterali, per la convenienza e la flessibilità del trattamento e per il minimo disagio associato all'uso del rene artificiale portatile. Secondo i ricercatori, tuttavia, i problemi tecnici dovranno essere affrontati prima di proseguire la sperimentazione. "Speriamo di poter condurre un trial di follow-up nei prossimi anni – ha spiegato Himmelfarb – e comunque passeranno molti anni prima che questo apparecchio si dimostri sicuro ed efficace e sarà disponibile per i pazienti con problemi renali".

"Reni artificiali portatili sono sicuramente il futuro – hanno dichiarato a Karin Gerritsen e Jaap Joles dell'University Medical Center di Utrecht, in Olanda, che hanno recentemente rivisto gli studi in questo campo -, ma passeranno ancora degli anni prima che saranno disponibili in larga misura". L'apparecchio sarà così "una valida alternativa all'attuale emodialisi che si esegue per tre volte a settimana", hanno concluso gli esperti olandesi.

Fonte: JCI Insight 2016

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 76.141
Diffusione 03/2016: 37.200
Lettori Ed. I 2016: 115.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

09-GIU-2016
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

DIBATTITO

Farmaci, bollini taroccati e furti in aumento

DI ANTONIO GIANCANE

Esiste ancora in Italia un sistema anti-contraffazione dei farmaci? La domanda è legittima: l'anno scorso sono stati bloccati dalle autorità 70 milioni di farmaci a causa di bollini difettosi. Ma il fenomeno è più vasto. In realtà oggi su qualunque medicinale di fascia C, tolto il bollino anticontraffazione, compare un numero di codice che risulterebbe facilmente cancellabile. Ed i farmaci senza codice possono essere associati a bollini inutilizzati su ricette di comodo per il rimborso del Servizio sanitario nazionale.

Al ministero della Sanità scaricano le responsabilità sul Poligrafico dello Stato, che nella stampa dei bollini farmaceutici non avrebbe rispettato il protocollo di sicurezza. Il ministro della salute Beatrice Lorenzin ha dichiarato alla Camera che in Lombardia è già operativo un nuovo modello di controllo della rendicontazione sui rimborsi alle farmacie, che renderà impossibili le truffe.Tuttavia senza il codice, l'intero sistema va a pallino: in pratica i farmaci possono essere venduti in nero, senza essere rintracciabili.

Si spiega allora l'attuale boom di furti di farmaci: la criminalità organizzata fa scomparire interi tir di medicinali, mentre le farmacie ospedaliere sono svaligiate a ripetizione. I farmaci rubati possono essere esportati all'estero in paesi dove il riconfezionamento è permesso (Germania, Olanda, Gran Bretagna), oppure nei paesi dell'Est.

©Riproduzione riservata

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 148.954
Diffusione 03/2016: 76.956
Lettori Ed. I 2016: 500.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

09-GIU-2016
da pag. 32
foglio 1
www.datastampa.it

A CHICAGO 24MILA SPECIALISTI PER IL 52° CONGRESSO ASCO

In Italia ci sono 132 farmaci anticancro Cresciute le guarigioni del 15 per cento

EFFICACIA

Il 70% dei pazienti ha superato la grave patologia

■ Nel mondo nel 2014 sono stati spesi circa 100 miliardi di dollari per i farmaci anti-cancro, il 33% in più rispetto alla fine degli anni Novanta. La spesa globale per queste terapie è cresciuta a un tasso annuo del 6,5% fino al 2013 e del 10,4% nel 2014. A fronte di questi cifre, che mettono a rischio la sostenibilità dei sistemi sanitari, la sopravvivenza è migliorata in modo significativo: in Italia le guarigioni sono aumentate del 15% in 10 anni, oggi infatti il 70% dei pazienti colpiti dai tumori più frequenti può affermare di aver superato la malattia. E per la prima volta nel nostro Paese si è registrata una diminuzione dei nuovi casi, 363.300 nel 2015 rispetto ai 365.500 nel 2014, dovuta soprattutto al minor numero di diagnosi fra gli uomini. Il tema della sostenibilità dei sistemi sanitari è al centro dell'agenda del 52° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO), il più importante appuntamento mondiale di oncologia concluso a Chicago il 7 giugno, con la partecipazione di oltre 25.000 specialisti. La spesa sanitaria totale nel nostro Paese è pari all'8,9% del Prodotto interno lordo, inferiore rispetto alla media (9,8%) degli altri Big UE (Germania, Francia, Regno Unito e Spagna). Numeri molto distanti da quelli degli USA, dove il costo per la salute costituisce il 16,5% del PIL. Investiamo meno risorse rispetto ad altri Paesi, però otteniamo risultati migliori perché il nostro sistema, basato sul principio di universalità, è efficiente. Oggi in Italia sono disponibili 132 farmaci antitumorali, 63 sono stati immessi sul mercato negli ultimi 15 anni. Sono tre milioni gli italiani che combattono contro il cancro, molti riescono efficacemente a convivere con la malattia.

LC

data stampa
dal 1980 monitoraggio media