Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-SET-2016
da pag. 54
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Percorso nascita (spesso) a ostacoli

Lunghe liste d'attesa e altre difficoltà rendono non di rado difficile per una futura mamma ottenere gratuitamente esami e altre prestazioni cui invece avrebbe diritto. E il problema in alcune zone del Paese è ancora maggiore, specie per taluni servizi, a causa delle forti differenze regionali

Due mesi per un'ecografia Un giorno se mamma paga

Molto spesso per riuscire a eseguire in tempo utile tutti gli esami necessari, o perlomeno consigliati dal ginecologo, le future madri sono costrette a ricorrere a strutture private. Anche quando le stesse prestazioni dovrebbero essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale

Non di rado, durante il percorso nascita le donne in attesa devono districarsi tra dubbi, imprevisti, scelte da fare come, per esempio, esami raccomandati dagli esperti ma per i quali occorre pagare (si veda articolo a fianco), o prestazioni "aggiuntive" prescritte ma non necessarie, quali ulteriori ecografie ed esami genetici, che costano cari. C'è di più: sebbene il Servizio sanitario nazionale garantisca l'assistenza gratuita in gravidanza e durante il parto, di fatto non sempre è così.

Riferisce Sabrina Nardi, vicecoordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva: «Le gestanti denunciano soprattutto la difficoltà nell'accesso a prestazioni che il Servizio sanitario pubblico deve garantire a tutte, per esempio, le tre ecografie necessarie per monitorare la salute del nascituro in caso di gravidanza fisiologica. A causa dei lunghi tempi d'attesa, non riescono a prenotarle nei tempi previsti, e allora sono costrette a farle *intramoenia* o in forma privata. E tra visite ed esami se ne vanno migliaia di euro, se si calcola che una visita da un ginecologo "privato" costa in media almeno cento euro, mentre per un'ecografia come la "morfologica" si possono spendere anche 150 euro».

«C'è una difformità dei servizi offerti anche all'interno di una stessa Regione — interviene Nicoletta Orthmann, coordinatrice medico-scientifica dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, Onda —. Molte donne ci segnalano che non riescono a fare tutti i controlli in ospedale nei tempi stabiliti e c'è chi lamenta che, nonostante avesse scelto una struttura dove era possibile partorire con l'analgesia epidurale, di fatto non ha potuto usufruirne».

Com'è possibile far valere i propri diritti in gravidanza? «Intanto, per le attese esistono tempi standard da rispettare per ogni prestazione e i medici possono indicare l'urgenza sulla ricetta rossa del Servizio sanitario — risponde Sabrina Nardi —. In tutte le Regioni sono riportati i codici di priorità sul ricettario. È comunque consigliabile chiedere subito al ginecologo il piano delle visite e degli esami in modo da poterli prenotare il prima possibile. Per accedere alla prestazione gratuitamente, poi, occorre accertarsi che sull'impegnativa sia indicato lo specifico codice

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-SET-2016
da pag. 54
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

di esenzione».

Un'altra carenza segnalata dalle donne in attesa è la mancata "presa in carico" da parte della struttura pubblica. «Nella maggior parte degli ambulatori ospedalieri — afferma Nardi — la gestante è visitata ogni volta da un medico diverso e perciò è complicato stabilire un rapporto di fiducia. Per essere seguite dallo stesso specialista durante tutta la gravidanza e anche durante il parto, le donne preferiscono scegliere un ginecologo privato, che di solito lavora nella struttura pubblica o convenzionata dove partoriranno».

E, secondo i dati dell'Istat, sono soprattutto i ginecologi privati a prescrivere alle future mamme più ecografie rispetto alle tre raccomandate dalle linee guida nazionali.

Laddove le strutture pubbliche prevedono però percorsi dedicati alle donne in attesa, riescono ad assicurare la continuità assistenziale e le prestazioni necessarie nei tempi giusti. In questi ambulatori la gestante viene "presa in carico" fin dalla prima visita, ha come riferimento sempre lo stesso ginecologo, le vengono fissati gli appuntamenti per i controlli successivi, e viene accompagnata fino al parto. Di solito funziona così anche nei consultori, anche se — denuncia la rappresentante del Tribunale per i diritti del malato — «sono sempre di meno e con personale ridotto». Eppure, aggiunge Serena Donati, responsabile del sistema di sorveglianza ostetrica dell'Istituto Superiore di Sanità: «Secondo le nostre indagini, le donne che si rivolgono ai consultori familiari pubblici sono soddisfatte e le loro gravidanze risultano in media meno medicalizzate di quelle che sono assistite nel privato». «Le donne — conclude Donati — devono essere consapevoli che fare esami in più rispetto a quelli raccomandati non è indice di maggiore sicurezza».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

150 euro

È il costo a cui può arrivare un' ecografia come la morfologica. Una visita da un ginecologo "privato" costa in media almeno cento euro

Per saperne di più
Rapporto sull'evento nascita in Italia, Ministero della Salute, 2015; ***www.salute.gov.it/***

Le «case»

Sul modello del Regno Unito e di altri Stati europei, le ostetriche assistono in autonomia le gravidanze e il parto fisiologico. «Iniziano a diffondersi anche da noi le "case del parto" all'interno dei presidi ospedalieri o in strutture indipendenti — dice Serena Donati dell'Istituto Superiore di Sanità —. Il vantaggio? «Minori interventi medici e maggiore gradimento da parte delle coppie».

Racconta Livia, che ha partorito quest'estate in un ospedale romano: «Il cesareo era programmato da qualche mese. A ridosso dell'intervento, il ginecologo del reparto mi ha detto di portare i risultati della visita anestesiologica e dell'elettrocardiogramma. Ma questi esami non si dovrebbero fare durante la pre-ospedalizzazione? Non è stato possibile prenotare la visita con l'anestesista nel servizio pubblico e ho dovuto farla privatamente, a pagamento».

Monica, della provincia di Napoli: «Al Cup non sono riusciti a trovare un appuntamento per l'ecografia se non dopo due mesi. Mi hanno consigliato di richiamare ma avevo l'ansia di non riuscire a farla in tempo, e allora ho preso appuntamento col mio ginecologo: l'ho fatta il giorno dopo nel suo studio, pagando 100 euro, senza ricevuta. E così anche le successive. Un salasso, ma per la salute di un figlio si fa questo e altro».

Ancora troppi cesarei, soprattutto al Sud

Siamo il Paese della Ue con il più alto numero di parti cesarei: nel 2013 il 35,5%: oltre il doppio di quanto raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Taglio cesareo non significa automaticamente parto più sicuro. Si tratta di un intervento chirurgico e come tale non è privo di rischi, ammonisce l'Istituto Superiore di Sanità. Va quindi eseguito solo se si verificano le condizioni mediche che lo rendono necessario. Eppure, si continua a farne troppi senza un reale motivo. Secondo un'indagine dei Nas del 2013 per conto del Ministero della Salute, il 43% dei primi parti cesarei sarebbe ingiustificato. Va detto che ogni prestazione ha una tariffa, e il cesareo prevede rimborsi quasi doppi rispetto al parto fisiologico. Notevoli sono anche le differenze sia tra Nord e Sud del Paese, sia tra strutture pubbliche e private. In quest'ultime più di un parto su due avviene con cesareo. L'eccessivo ricorso al parto chirurgico avviene soprattutto nel Meridione, dove nel 2014 i cesarei "primari" sono arrivati al 40%, in Campania si fanno in un caso su due. Ma nella stessa Regione ci sono anche strutture con una percentuale di cesarei del 15%.

M.G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Epidurale
Se lo desideri non partorirai con dolore

Finora l'analgesia epidurale, non essendo inserita nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza che il Servizio sanitario pubblico deve garantire a tutti i cittadini sul territorio nazionale, si è diffusa a macchia di leopardo negli ospedali pubblici. Alcune strutture la offrono gratuitamente nell'arco delle 24 ore, altre solo in determinate fasce orarie perché mancano gli anestesisti. Capita anche che, pur essendo programmata, l'epidurale "salti" se l'anestesista di turno deve occuparsi di un'emergenza. Ci sono, poi, strutture che ne sono del tutto sprovviste, in altre, invece, occorre pagare per averla. La novità è che l'analgesia epidurale è stata inserita nei nuovi Lea, ormai prossimi all'approvazione dopo anni di attesa. Il trattamento analgesico nel corso del travaglio e del parto sarà quindi garantito dal Servizio sanitario nazionale, anche se spetterà alle Regioni decidere in quali ospedali offrire il servizio.

M.G. F.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-SET-2016
da pag. 54
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

Regioni

Disparità d'accesso per la procreazione assistita

Secondo la relazione 2015 del Ministero della Salute sulla prestazioni di Procreazione medicalmente assistita (Pma), nel 2013 due terzi dei centri in cui era possibile usufruirne erano concentrati in Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Veneto, con forti squilibri nell'offerta dei servizi ma soprattutto tra strutture pubbliche, convenzionate e private (presenti soprattutto al Sud). Le coppie che desiderano utilizzare questo metodo, a seconda della Regione di residenza, possono accedervi gratuitamente o devono pagare. Coi nuovi Lea sarà garantita la possibilità di eseguire in regime ambulatoriale le procedure per la Pma, omologa ed eterologa, a tutte le coppie che si trovano nelle condizioni fissate dalla legge 40. Per la Pma omologa, riferisce il Ministero della Salute, le coppie dovranno pagare il ticket ordinario, per l'eterologa, invece, si prevede un ulteriore contributo (fissato dalla Regione).

M.G. F.

Un quarto dei punti nascita é sotto la soglia di sicurezza

In Italia un punto nascita su quattro andrebbe chiuso o "messo in sicurezza". Nel 2014, secondo i dati del *Piano nazionale esiti* 2015, redatto da Agenas-Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali per conto del Ministero della Salute, c'erano ancora 123 strutture ospedaliere (24% del totale) con meno di 500 parti l'anno, soglia minima di sicurezza per la mamma e il bambino secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sotto questo tetto mancano le condizioni per un'assistenza adeguata in caso di emergenze impreviste. Lo dicono le evidenze scientifiche sull'associazione tra numero di parti ed esiti di salute materno-infantile. Nel nostro Paese, già nel 2010, un accordo tra Stato e Regioni prevedeva la chiusura delle maternità con meno di 500 parti. Parametri ripresi dal Regolamento del Ministero della Salute sugli standard dell'assistenza ospedaliera approvato l'anno scorso (n. 70/2015). «A differenza di quelli piccoli, i punti nascita con un elevato numero di parti l'anno sono in grado di affrontare emergenze o complicazioni — spiega Claudio Crescini, vicesegretario nazionale di Aogoi (Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri) — . È una questione di sicurezza per la mamma e il bambino».

Il numero di parti non è però l'unico criterio di sicurezza previsto dal Decreto. «Le strutture con reparto di ostetricia devono rispondere a vari requisiti, tra cui: avere una "guardia attiva" con ginecologo, anestesista, ostetrica e neonatologo per l'arco delle 24 ore — precisa Serena Donati dell'Istituto Superiore di Sanità — . Se le Regioni garantiscono i livelli di sicurezza, possono ottenere una deroga per mantenere attivi presidi che assistono meno di 500 parti l'anno, come avviene in zone di montagna dove in inverno i trasporti sono difficili».

M.G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 33.675
Diffusione 07/2016: 23.153
Lettori Ed. I 2016: 493.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

25-SET-2016
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Epatite C, che calvario per chi ne soffre

Elevati costi dei farmaci, per ricevere i quali si è costretti a lunghe attese, complicato accesso alle cure e scarsa informazione sulle nuove terapie a disposizione. Sono questi i principali problemi con cui sono costretti a convivere i malati di Epatite C. A sottolinearlo è "Epatite, C siamo!", un rapporto pubblicato da Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato. Secondo l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), a soffrirne nel nostro Paese sono 30mila persone. Chi non versa in condizioni molto serie è poi costretto a pagare i medicinali di tasca propria.

SALUTE&BENESSERE
Fitness tracker: sono realmente efficaci?

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-SET-2016
da pag. 55
foglio 1
www.datastampa.it

Le prestazioni gratuite previste dai nuovi Lea

Assistenza

Le donne in gravidanza hanno diritto ad alcune prestazioni specialistiche e diagnostiche gratuite, purché siano eseguite in strutture pubbliche o convenzionate col Servizio sanitario nazionale. L'elenco degli esami offerti in esenzione dal ticket è contenuto nel Decreto ministeriale "Bindi", che risale al 1998. Nel 2011 è stata aggiornata la Linea guida sulla Gravidanza fisiologica, realizzata, su mandato del Ministero della salute, dall'Istituto superiore di Sanità in collaborazione con esperti e Società scientifiche. A oggi, quindi, ci sono esami raccomandati dagli esperti ma non ancora offerti in regime di esenzione. A breve però non dovrebbe essere più così. Dopo 18 anni, infatti, il Decreto è stato aggiornato dal Ministero della Salute e inserito nei nuovi Livelli essenziali di assistenza, approvati il 7 settembre dalla Conferenza Stato-Regioni; ora il provvedimento è tornato in Parlamento e, dopo la pubblicazione in Gazzetta ufficiale, entrerà in vigore.

«Le novità rispettano quanto raccomandato nel 2011 dalla Linea guida» dice Serena Donati, responsabile del sistema di sorveglianza ostetrica dell'Istituto Superiore di Sanità.

«Bisognava adeguare l'offerta gratuita delle prestazioni alle nuove evidenze scientifiche — osserva Claudio Crescini, vicesegretario nazionale Aogoi (Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri) —. I nuovi Lea recepiscono i suggerimenti degli esperti aggiornando la lista delle prestazioni in esenzione: se un esame viene raccomandato dalle Linee guida la gestante deve poterlo fare senza pagare. In tempi di crisi — sottolinea il ginecologo — ridurre i costi per l'assistenza al percorso nascita è molto importante».

Quali saranno le nuove prestazioni escluse dalla compartecipazione al costo? «Innanzitutto è prevista una prima visita di genetica medica nel periodo pre-concezionale — illustra Serena Donati — . A tutte le gestanti, indipendentemente dall'età, sarà offerto gratuitamente uno screening nel primo trimestre di gravidanza, che consiste in un prelievo di sangue materno e un'ecografia per valutare la *translucenza nucale* del feto. Le donne con un rischio aumentato, per confermare il sospetto diagnostico potranno accedere gratuitamente a villocentesi o amniocentesi (ora, in base al Decreto del '98, i 2 esami sono gratuiti solo per le donne con più di 35 anni). Con lo screening gratuito per tutte — sottolinea la ricercatrice dell'ISS — s'intercetteranno casi di anomalia cromosomica anche nelle madri più giovani finora escluse dalla diagnosi prenatale; allo stesso tempo, si risparmierà alle donne che non ne hanno bisogno il ricorso a esami invasivi che comportano un rischio di aborto tra lo 0,5 e il 2%».

Col nuovo Decreto saranno due le ecografie di controllo gratuite: la terza, che si fa nell'ultimo trimestre, attualmente prevista per tutte le donne, sarà esente dal ticket solo se c'è un rischio di malattia per la mamma o il nascituro.

«È tra le novità che più fanno discutere, ma la scelta è stata fatta in base alle evidenze scientifiche disponibili — spiega Donati —. In altri Paesi europei con sistemi sanitari analoghi al nostro ed esiti di salute altrettanto buoni per mamme e neonati, le ecografie richieste in gravidanza sono solo due. L'importante è che siano eseguite da personale competente e con apparecchi di ultima generazione».

Un'altra novità sarà l'offerta, sempre in regime di esenzione, di un colloquio di psicologia clinica qualora emerga il sospetto di un disagio psicologico durante le visite periodiche o quando si frequentano i corsi di accompagnamento alla nascita (*col nuovo Decreto saranno gratuiti ndr*) o durante l'assistenza al puerperio.

M.G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CHE COSA SONO I LEA
Lea è un acronimo per *Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria*, i quali comprendono tutte le attività, servizi e prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo in cui vivono

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 241.998
Diffusione 07/2016: 163.662
Lettori Ed. I 2016: 1.241.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

25-SET-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità

Nuovi ticket per 60 milioni

In arrivo nuovi ticket sanitari per gli italiani, per un totale stimato di 60,4 milioni di euro. Con il varo dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) - varie prestazioni di piccola chirurgia finora gratuite, dall'intervento per la cataratta a quello per il tunnel carpale, diventeranno infatti a pagamento, oltre all'introduzione di altre prestazioni ambulatoriali sempre con ticket. A segnalarlo è la Cgil, sulla base dei dati del ministero della Salute.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 29.645
Diffusione 07/2016: 14.229
Lettori Ed. I 2016: 157.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

25-SET-2016
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il piano del governo sulla sanità

Ecco gli esami che pagheremo con il ticket

Sessanta milioni in più di ticket sanitari nel piano del governo. Sta per arrivare una mazzata per gli italiani sul fronte delle cure per la salute. A pagamento cataratte, tunnel carpale e altri venti interventi

Ventura → a pagina **14**

Ecco gli esami sanitari che pagheremo

60 milioni di ticket in più. Nel 2017 i nuovi «Livelli essenziali di assistenza» Cataratta, tunnel carpale e altri venti interventi non saranno più gratuiti

Fuga di notizie
La Cgil ha visionato il dossier del ministero sui nuovi Lea

Prestazioni non più gratis
Dall'ernia al dito a martello fino all'impianto del cristallino

4
Miliardi
La spesa annuale degli italiani per la sanità pubblica, tra ticket e visite in extramoenia

24
Prestazioni
Diventano a pagamento. Lo Stato ha stimato entrate supplementari per 60,4 milioni di euro

Leonardo Ventura

Sessanta milioni in più di ticket sanitari. Sta per arrivare una vera e propria mazzata per gli italiani sul fronte delle cure per la salute. Stando a quanto rivela la Cgil, che ha potuto visionare la relazione tecnica del ministero guidato da Beatrice Lorenzin, con il varo dei nuovi Livelli essenziali di Assistenza (Lea) una serie di prestazioni mediche che in passato erano gratuite del tutto o in parte, diventeranno a pagamento. E da questo provvedimento, che dovrebbe terminare l'iter legislativo nelle prossime settimane ed entrare in vigore con l'arrivo del nuovo anno, lo Stato punta a realizzare maggiori entrate per 60,4 milioni di euro.

Sono diverse le prestazioni che dal 2017 dovrebbero diventare a pagamento. Alcune anche piuttosto comuni: dal tunnel carpale alla cataratta, dall'ernia al dito a martello, oltre all'impianto e la ricostruzione del cristallino e a interventi di artroscopia e artroplastica. Come si può vedere, ha fatto notare la Cgil, si tratta il più delle volte di interventi che riguardano persone anziane (come la cataratta) e quindi vanno a incidere sul bilancio di categorie già pesantemente colpite dalla crisi.

A determinare il cambiamento è stata la decisione del governo di spostare diverse prestazioni chirurgiche finora effettuate in Day Surgery al regime di prestazione ambulatoriale, che implica quindi il pagamento del ticket. In tutto le prestazioni diventate a pagamento sarebbero più di una ventina. «Dei 60,4 milioni di entrate stimati dal governo - ha spiegato all'Ansa Stefano Cecconi, responsabile Politiche Salute Cgil - circa 20 milioni si otterranno dai nuovi ticket derivati proprio dallo spostamento di prestazioni dal regime Day Surgery a quello ambulatoriale. Altri 40 mln deriveranno invece dalla introduzione di nuove prestazioni ambulatoriali nell'elenco dei Lea».

Stando ai dati di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, la spesa annuale degli italiani per i ticket sanitari si attesta intorno ai 4 miliardi di euro l'anno. Di questi tre riguardano, appunto, i ticket,

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 29.645
Diffusione 07/2016: 14.229
Lettori Ed. I 2016: 157.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

25-SET-2016
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

mentre il miliardo restante riguarda le visite effettuate in extramoenia. «Una situazione già pesante, che si aggraverà a seguito degli ulteriori ticket previsti con i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), con i quali alcune prestazioni chirurgiche prima gratuite diverranno a pagamento» spiegano da Cittadinanzattiva.

Nei giorni scorsi si era parlato diffusamente del rischio un taglio da parte del governo alla dotazione del fondo sanitario nazionale. Ma dal Pd erano arrivate immediate smentite. «Il presidente del consiglio Renzi ha detto che nella prossima stabilità il fondo sarà incrementato ci sarà, quindi partiamo da questo dato» aveva spiegato il deputato Democratico Federico Gelli, responsabile Sanità del partito. «È evidente - aveva continuato - che quanto previsto dal Def (Documento di programmazione economica finanziaria), con un incremento di 2 miliardi, è l'obiettivo che noi tutti ci diamo». Poi Gelli aveva rivendicato l'operato del governo sui Lea nel 2015: «L'incremento che abbiamo fatto lo scorso anno, di 800 milioni di euro - spiega Gelli- ci ha permesso di aggiornare dopo 16 anni i Livelli essenziali di assistenza, inserendo all'interno del sistema tutele e garanzie a copertura del sistema sanitario nazionale, 110 malattie rare che non venivano comprese in questo, oppure ad esempio malattie come l'endometriosi, che colpisce moltissime donne ed è fortemente invalidante, e ancora la procreazione medicalmente assistita. Insomma, grazie ai nuovi Lea diamo veramente un aggiornamento ma anche un segnale importante dell'allargamento della sfere delle tutele».

Ora, però, stando a quanto sostiene la Cgil, il governo avrebbe incominciato a cambiare il senso di marcia sulla Sanità. E d'altronde alcuni giorni fa era stato il ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie a lasciar trapelare che i conti sui Lea non erano stati eseguiti alla perfezione: «Al ritenuto onere di 1,5 miliardi, a fronte del quale il governo avrebbe stanziato solo 800 milioni di euro lasciando a carico dei bilanci regionali la differenza, non posso che ribadire come la valutazione dell'impatto economico-finanziario risulti pienamente coerente con la copertura di 800 milioni di euro prevista dalla legge di Stabilità 2016, confermata anche dalla conferenza Stato-Regioni lo scorso 7 settembre e di prossimo esame da parte delle commissioni parlamentari» aveva detto il ministro.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

25-SET-2016
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ

In arrivo ticket più salati per 60 milioni

■ **Nuovi ticket a carico dei cittadini pari ad un totale stimato di 60 milioni di euro verranno introdotti con i nuovi Livelli di assistenza (Lea). Lo segnala la Cgil, sulla base della relazione tecnica del ministero della Salute al decreto sui Lea. Circa 20 milioni si otterranno dai nuovi ticket derivati dallo spostamento di alcune prestazioni dal regime Day Surgery a quello ambulatoriale e 40 milioni dall'introduzione di nuove prestazioni ambulatoriali. L'intervento di cataratta, ad esempio, non sarà più gratuito. Così altre prestazioni chirurgiche che vanno dal tunnel carpale all'ernia, al dito a martello.**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 132.094
Diffusione 07/2016: 99.396
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

25-SET-2016
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

L'allarme. La Cgil: con i nuovi Lea batosta ticket da oltre 60 milioni di euro

Si pagheranno piccoli interventi finora gratuiti, come la cataratta o il tunnel carpale Cittadinanzattiva: già oggi gli italiani sborsano 3 miliardi l'anno

Roma. In arrivo nuovi ticket sanitari per gli italiani, per un totale stimato di 60,4 milioni di euro. Con il varo dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) - ovvero le cure e prestazioni garantite ai cittadini gratuitamente o con compartecipazione alla spesa - varie prestazioni di piccola chirurgia finora gratuite, dall'intervento per la cataratta a quello per il tunnel carpale, diventeranno infatti a pagamento, oltre all'introduzione di altre prestazioni ambulatoriali sempre con ticket. L'allarme è stato lanciato dalla Cgil, sulla base dei dati della relazione tecnica del ministero della Salute al decreto sui Lea.

«Sono in arrivo nuovi ticket - afferma Stefano Cecconi, responsabile Politiche della Salute del sindacato di Corso d'Italia - e questo anche perché, con i nuovi Lea, varie prestazioni chirurgiche finora effettuate in *day surgery*, e quindi gratuitamente, saranno trasferite in regime di prestazione ambulatoriale che implica il pagamento del ticket». Sono prestazioni chirurgiche che vanno dalla cataratta al tunnel carpale, dall'ernia al dito a martello, ed includono pure l'impianto e la ricostruzione del cristallino, interventi di artroscopia ed artroplastica. In tutto 24 prestazioni.

Secondo «le stime del ministero - spiega Cecconi - con i nuovi Lea si realizzeranno maggiori entrate per il Servizio sanitario nazionale pari appunto a 60,4 mln di euro: in particolare, circa 20 mln si otterranno dai nuovi ticket derivati proprio dallo spostamento di prestazioni dal regime d*day surgery* a quello ambulatoriale. Altri 40 mln deriveranno invece dalla introduzione di nuove prestazioni ambulatoriali nell'elenco dei Lea».

Le ripercussioni sui cittadini «sono chiare: il provvedimento per la revisione dei Lea, che dopo il finale iter parlamentare nelle commissioni competenti e la firma del decreto da parte del premier dovrebbe essere operativo presumibilmente dal prossimo anno, è ovviamente positivo, ma è grave che nuovi ticket si scarichino sui cittadini. Anche considerando che, soprattutto per il tipo di interventi che diventeranno a pagamento come la cataratta, ad essere colpita sarà soprattutto la fascia della popolazione anziana».

Già oggi, secondo i calcoli di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, i ticket costano alle famiglie italiane circa 3 miliardi l'anno, ai quali va aggiunto un altro miliardo per le visite effettuate in *extramoenia*. Con i nuovi Lea arriverà «un'ulteriore batosta», commenta il coordinatore del Tribunale per i diritti del malato, Tonino Aceti.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-SET-2016
da pag. 53
foglio 1
www.datastampa.it

Il numero

Cresce la qualità dei trapianti ma occorrono più donazioni

3mila

È il numero di trapianti d'organo eseguiti ogni anno in Italia

L'Italia è prima in Europa per qualità dei trapianti e terza per numero (tremila all'anno, contro i mille degli anni '90). Nel nostro Paese si sta sempre più diffondendo la consapevolezza che donare gli organi significa salvare vite.

La necessità d'organi e tessuti però continua a crescere in maniera costante ed è quindi indispensabile una presa di coscienza di tutta la società sull'importanza della donazione.

A questo scopo l'A.I.D.O. (Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule) organizza l'1 e 2 ottobre la campagna «Un Anthurium per l'informazione» in 1.500 piazze lungo la penisola: a fronte di un'offerta, si riceverà dai volontari una piantina.

Il ricavato servirà a sostenere progetti di sensibilizzazione sul territorio e attività nelle scuole. Per informazioni: www.aido.it o numero verde 800.736.745.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 234.041
Diffusione 07/2016: 176.150
Lettori Ed. I 2016: 1.462.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Tommaso Cerno

25-SET-2016
da pag. 57
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Questa legge s'ha da fare

In Parlamento c'è una proposta condivisa e fondata su solide ragioni etiche, economiche e mediche. Bloccarla sarebbe una sciocchezza

di **Luca Sappino**

DOVREBBE BASTARE la relazione annuale della Direzione nazionale antimafia, del febbraio 2015. «Senza alcun pregiudizio ideologico, proibizionista o antiproibizionista che sia», scrive la Dna, «si deve registrare il totale fallimento dell'azione repressiva». Ma ci sono anche i dati del Cnr e anche questi dovrebbero essere noti ai deputati perché l'epidemiologa Sabrina Molinaro li ha illustrati durante un'audizione in Commissione giustizia. «Le politiche proibizioniste», sintetizza la ricercatrice a "l'Espresso", «sono concepite per scoraggiare, oltre alla sperimentazione, soprattutto il consumo. Ma, guardando gli ultimi 10 anni, non si può individuare un'associazione tra pene più severe e diminuzione dei consumi così come tra pene meno severe e aumento dei consumi». Non si tratta insomma di esser o meno antiproibizionisti - non è il ruolo di una scienziata - sono i dati a indicare l'opportunità di una legalizzazione. L'esempio che Molinaro ha fatto ai deputati riguarda tre paesi, con diverse gradazioni di severità. L'Italia - tra le più severe in Europa, superata solo dalla Francia - la Polonia, e poi il Portogallo (vedi riquadro a pagina 58) che nel 2001 ha depenalizzato l'uso personale di tutte le droghe (non lo spaccio né la produzione, però). L'utilizzo occasionale di cannabis nella fascia dei consumatori più giovani, ad esempio, in Portogallo è del 12,6 per cento mentre in Italia del 31,2.

Se la preoccupazione è dunque la salute pubblica, la scelta sembrerebbe obbligata. Oltre a non ridurre la diffusione delle droghe, il proibizionismo peggiora anche la qualità del prodotto disponibile sul mercato. La rivista "Il Test-Salvagente", negli stessi giorni in cui la Dna scriveva al parlamento, ha acquistato e fatto analizzare alcune dosi nelle principali piazze di spaccio. «Le foglie hanno spesso un aspetto "pompato"», è il verdetto del dottor Oscar Ghizzoni, del Csf, laboratorio di scienze foren-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 234.041
Diffusione 07/2016: 176.150
Lettori Ed. I 2016: 1.462.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Tommaso Cerno

25-SET-2016
da pag. 57
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

si: «Sono quasi fosforescenti, molto grasse». Insomma: considerare la cannabis al pari delle droghe pesanti l'ha progressivamente resa - sul mercato illegale gestito dalla malavita - una droga più pesante, cioè con il livello di Thc, la molecola psicotropa, ormai costantemente al 10 per cento, cinque volte più potente di quella che si fumava anche solo dieci anni fa.

La legalizzazione poi, ha il vantaggio di limitare il passaggio dal consumo di droghe leggere a quello di altre sostanze, molto frequente in Italia: «In Italia», dice Carla Rossi, professoressa di statistica medica a Tor Vergata, «sono frequenti gli spacciatori che forniscono altre sostanze; cioè è più diffuso che altrove il cosiddetto "poli-spaccio", che ha portato l'Italia a una frequenza di "poli-uso" maggiore che negli altri paesi».

Ci sono poi gli effetti sulla giustizia, tutt'altro che marginali, in caso di legalizzazione o depenalizzazione. Non è un caso che per la depenalizzazione siano già arrivate le voci di magistrati solitamente molto ascoltati come Raffaele Cantone: «Una legalizzazione intelligente possa evitare il danno peggiore per i ragazzi, cioè entrare in contatto con ambienti della criminalità», ha detto il presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione. «I soldi che spendiamo in processi e repressione, nell'attuazione del proibizionismo, sarebbero spesi molto meglio nella prevenzione», è la constatazione di Giovanni Maria Flick presidente emerito della Corte Costituzionale, che con "l'Espresso" si dice favorevole a una legalizzazione seppur con regole ben definite. «Vale la pena impegnare risorse per il contrasto alle droghe leggere sottraendole alla lotta al traffico delle letali droghe pesanti?», si chiede poi giustamente anche il procuratore nazionale antimafia, Franco Roberti.

Già, le risorse. In tempi di austerity l'argomento di bilancio è molto efficace. Piero David, dottore di ricerca in Economia ed Istituzioni ha disegnato una forbice di gettito fiscale da legalizzazione che va dai 5,2 miliardi ai 7,9 miliardi. Non è molto se si pensa che la Dna, considerando la cannabis consumata 10-20 volte quella sequestrata, stima fra i 1,5 e 3 milioni di Kg il mercato interno. Il professor Marco Rossi, della Sapienza, aggiunge un interessante dato occupazionale: «La coltivazione della cannabis necessaria a soddisfare la domanda interna richiederebbe l'impiego stagionale di almeno 55 mila lavoratori, e la sua distribuzione, tramite coffee-shop, circa 300mila addetti».

Bisogna però dire che un mercato illegale fisiologicamente sopravvive alle legalizzazioni. Secondo uno studio commissionato dai big del tabacco in Italia si fumano ancora 4,7 miliardi di sigarette illegali ogni anno: con la marijuana il fenomeno sarebbe simile. È un problema con cui fanno i conti anche in America. Negli Stati di Washington e del Colorado, che hanno legalizzato, il mercato illegale continua a pesare, rispettivamente, il 30 e 40 il per cento del consumo totale. E il Colorado, comunque, ha previsto, nel 2016, 160 milioni di euro dalla legalizzazione e Washington 270 milioni.

Le ragioni per legalizzare sono dunque tante. Ma il parlamento, come detto, sembra non esser pronto. E questo nonostante per la prima volta la Camera si sia trovata con una proposta di legge arrivata in aula. La proposta di legge è quella scritta dall'intergruppo parlamentare "Cannabis Legale", coordinato dal sottosegretario Benedetto Della Vedova. Un intergruppo bipartisan, con deputati di Sinistra Italiana, Possibile e 5 stelle, che hanno firmato in 87 su 90: «Abbiamo discusso sulla nostra piattaforma ed erano tutti favorevoli», ci dice Vittorio Ferraresi, convinto che il Movimento dovrebbe risparmiarsi, questa volta, le polemiche che ha vissuto invece sul voto sulle unioni gay. Ci sono anche due forzisti e 85 eletti del Pd. Sarebbe consentita l'autoproduzione di cannabis per uso personale, coltivando un massimo di 5 piante a casa o 50 se associati in un Cannabis social club. Consentita sarebbe

400 mila

I "frequent user", che fumano cannabis venti o più volte nel mese

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 234.041
Diffusione 07/2016: 176.150
Lettori Ed. I 2016: 1.462.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Tommaso Cerno

25-SET-2016
da pag. 57
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

Contro le dipendenze, il Portogallo depenalizza

Anche copiare il Portogallo è una buona idea. In Europa non c'è caso più citato, anche se nel 2001 il Portogallo non ha liberalizzato le droghe ma le ha solo depenalizzate. Il consumo di droghe, cioè, in Portogallo è ancora proibito ma non è più un reato bensì un illecito amministrativo. Restano invece un reato lo spaccio e il traffico. Chi viene trovato in possesso di droga non viene dunque arrestato, ma deve presentarsi davanti a una commissione che valuterà se è necessario o meno un percorso riabilitativo, che in genere scatta se la segnalazione è recidiva. Il quantitativo consentito è calcolato su dieci giorni di consumo personale, ed è fissato in un grammo di eroina, ecstasy o anfetamina, due grammi di cocaina e 25 grammi di cannabis o derivati. La commissione è significativamente chiamata "per la dissuasione dell'uso di droghe", perché la legge punta a risolvere soprattutto gli aspetti sanitari legati al consumo di droghe. «Abbiamo deciso di depenalizzare perché volevamo pensare alle condizioni di salute piuttosto che a quelle penali», spiega infatti Joao Goulao, medico e coordinatore delle politiche portoghesi in materia di droga, che dagli anni Settanta si batte per questa soluzione. Negli anni Novanta il Portogallo viveva una vera emergenza di salute pubblica: nel 1995 c'era un tossicodipendente grave ogni cento abitanti e il Portogallo era il Paese d'Europa con il più alto tasso

anche la produzione per fini commerciali, dietro concessione del Monopolio, e la vendita in negozi autorizzati. In tasca si potrebbero portare fino a 5 grammi di erba, in casa tenerne fino a 15.

Appena depositata, la legge è stata però sommersa da 1.239 emendamenti.

I contrari alla legge sono le appassionate Paola Binetti («Penso che uno Stato democratico non si possa permette il lusso di liberalizzare ciò che provoca danni alla salute dei cittadini») e Eugenia Roccella. I centristi dell'Ncd. Molti forzisti. I leghisti, ovviamente, con il deputato Marco Rondin che in aula ha detto: «Quanto male farà lo Stato ai suoi giovani, offrendo loro lo sballo legale?». Poi però ci sono i 216 deputati Pd che non hanno firmato la legge, anche se in pochi pubblicamente la bocciano. Come fa Anna Margherita Miotto, che della legge era la relatrice designata dalla commissione Affari sociali, ma che a "l'Espresso" dice: «Più che avanzata, direi che la proposta è contraddittoria». Walter Verini traduce in numeri le timidezze dei dem: «I deputati che hanno sottoscritto la legge sono più di 200 e quelli del Pd sono più di 80. Segnalo però che i deputati sono in tutto 630 e quelli del Pd 301, e che poi al Senato i numeri sono ancora più sfavorevoli». Verini e Miotto propongono lo spacchettamento della legge, facendo proseguire l'iter al solo uso terapeutico, e sono in questo caso fiduciosi. «Sarebbe il minimo», dice a "l'Espresso" Pippo Civati: «Si tratterebbe solo di armonizzare norme già esistenti e leggi regionali. Anche per risolvere casi come quello di Fabrizio Pellegrini»: pianista di 47 anni affetto da fibromalgia, Pellegrini è finito in carcere, a Chieti, e poi ai domiciliari per cinque piantine sul davanzale: i farmaci prescritti dalla Asl costano troppo, 500 euro. «Resta curioso», continua Civati, che contro il proibizionismo ha appena scritto un libro ("Cannabis. Dal proibizionismo alla legalizzazione". Fandango), «il fatto che mentre negli Usa altri nove stati, che faranno un referendum nel giorno delle presidenziali, vanno verso la legalizzazione, noi siamo qui a frenare».

Ma è così: i capigruppo dei cari schieramenti non hanno trovato il modo di fissare per settembre il voto lasciato in sospeso prima dell'estate, con cui l'aula dovrebbe rispedire in commissione la legge, così che almeno si possano valutare con calma gli emendamenti. «Mi pare evidente che questo testo, per come è adesso, non abbia i voti in aula» ci dice il deputato Daniele Farina, di Sinistra italiana, un po' dispiaciuto. «Ma vuol dire che non abbiamo preparato il terreno», è la chiusa speranzosa: «Il prossimo parlamento approverà una legge».

E pensare che la proposta dell'intergruppo è comunque un testo moderato. Parla solo e esclusivamente di cannabis, senza legalizzare né depenalizzare le altre sostanze. A differenza della proposta su cui stanno raccogliendo le firme i Radicali e il comitato Legalizziamo. Un testo più libertario, come prevedibile. «Per evitare che il compromesso in parlamento sia troppo al ribasso, come è stato per le Unioni civili», spiega a "l'Espresso" Riccardo Magi, segretario dei Radicali, «noi indichiamo dei limiti più alti per l'autocoltivazione domestica, fino a dieci piante, e che la produzione per il commercio sia invece libera, regolata ma non soggetta a monopolio». «Proponiamo poi la depenalizzazione dell'uso personale di tutte le altre sostanze», conferma infine Magi, «perché, come insegna il caso portoghese, è depenalizzando che dai più fastidio alla criminalità e tuteli la salute dei tossicodipendenti». ■

147.132

I chili di cannabis sequestrata in Italia nel 2014, di cui 109 mila kg di hashish, 37 mila kg di marijuana, 900 kg di piante

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 234.041
Diffusione 07/2016: 176.150
Lettori Ed. I 2016: 1.462.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Tommaso Cerno

25-SET-2016
da pag. 57
foglio 4 / 4
www.datastampa.it

di Hiv tra i consumatori di eroina, droga diffusissima. Ora è nella media europea. La depenalizzazione facilita i tossicodipendenti, ad esempio, nell'accesso volontario alle cure garantite dallo Stato, alle terapie di metadone, alla distribuzione di siringhe sterili. «Il principio», spiega ancora Goulao, «è che stiamo parlando di dipendenza, di una malattia cronica, di un problema di salute, e tenere il consumo fuori del sistema penale ci aiuta ad intervenire meglio». L.S.

Tutti produttori: la campagna dei radicali

Una mobilitazione fuori dal parlamento per convincere deputati e senatori.
A questo serve la campagna Legalizziamo!, che raccoglie firme su una proposta molto avanzata di legalizzazione della cannabis, che prevede l'autocoltivazione e un mercato libero senza monopolio statale.
A promuovere l'iniziativa è l'associazione Luca Coscioni, legata ai Radicali italiani, che al tema delle libertà e della scienza dedica il suo congresso, a Napoli dal 30 settembre al 2 ottobre. «Se la politica ha perso credibilità», spiega Marco Cappato, «è anche perché spesso prescinde dai dati di realtà e limita libertà individuali. Rimuovendo proibizioni inutili, che peraltro diminuiscono la capacità dello Stato di garantire diritti, la politica può tornare credibile.
E vale per la cannabis come per la fecondazione assistita», continua Cappato. «Solo l'ideologia ti può spingere a trattare la cannabis come l'eroina: i dati e la scienza, sono il miglior antidoto al populismo».

Come si coltiva in casa o in balcone

1. Il kit
On line o in un "grow shop" bisogna acquistare dei semi autofiorenti che, se esposti alla luce per 12 ore al giorno, fioriscono da soli entro 2-4 settimane. Serve poi un kit di germinazione, della terra e una luce ogni 4 piante, se non si può coltivare all'aperto.

2. La germinazione
Utilizzando uno dei diversi kit per germinazione in commercio, o dei semplici vasi di piccole dimensioni, spunteranno le prime foglie dal vostro seme.
Normalmente ci vuole circa una settimana, se l'umidità è giusta e il seme è posizionato correttamente a circa 5 millimetri di profondità.

3. La crescita
Quando la piantina ha raggiunto i tre o quattro centimetri si deve travasarla, delicatamente, nel vaso che avete preparato con il terreno e un po' di argilla. Se coltivate dentro casa, dovrete fare attenzione al posizionamento delle lampade, che non bruci, e al ciclo di illuminazione: indoor si hanno i risultati migliori, e si può impostare un ciclo anche di 18 ore di luce e 6 di buio. In terrazzo o in giardino bisogna attendere i mesi più caldi, come maggio, per piantare il germoglio. Sono numerosi i prodotti fertilizzanti che si possono trovare.

4. Il raccolto
L'attesa è lunga, ma dopo circa 12 settimane dalla germinazione, avendo tenuto sotto controllo il ph del terreno (tra il 5,8 e il 6,5) e innaffiato il giusto, i semi saranno ben cresciuti e le piante saranno fiorite, e perlate di resina. È il momento del raccolto. Liberate dalle foglie, le cime andranno poi essiccate facendo attenzione che l'umidità dell'aria non le faccia ammuffire.

Da 1,5 a 3 milioni
I chili di cannabis spacciati in Italia nel 2014, corrispondenti a circa 25-50 grammi pro capite

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 335.856
Diffusione 07/2016: 228.474
Lettori Ed. I 2016: 2.071.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

25-SET-2016
da pag. 31
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Zero alcol in gravidanza o il feto rischia»

Esposti 7 neonati su 100

I numeri

In Italia più di metà delle future mamme beve almeno due bicchieri di alcol in gravidanza

L'errore

Circa la metà dei medici italiani permette a donne incinte un bicchiere di vino in alcune occasioni

di FIAMMETTA TRALLO

«ZERO alcol in gravidanza». Un messaggio chiaro, lanciato dall'Istituto Superiore di Sanità in occasione della Giornata Mondiale di sensibilizzazione sulla Sindrome feto-alcolica. Emanuele Scafato, dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Iss, afferma che «In Italia più del 50 per cento delle future mamme beve almeno due bicchieri di alcol durante la gravidanza, mentre nel resto d'Europa i dati vanno dal 6 per cento della Svezia all'82 percento dell'Irlanda. Tante donne italiane non smettono di bere anche quando sanno di essere incinte e soprattutto se la gravidanza non è programmata. Per cui, circa 7 neonati su 100 subiscono l'esposizione all'alcol nel grembo materno».

Molte donne non sanno che anche minime dosi di alcol durante la gestazione e nei mesi che la precedono, possono compromettere lo sviluppo del feto e poi la salute del neonato. Donne di tutti gli strati sociali sono più propense al bere se risultano anche fumatrici. In una indagine Doxa dello scorso anno è emerso che solo i due terzi delle intervistate era a conoscenza del fatto che bere alcolici in gravidanza può compromettere la salute del nascituro. Dall'inchiesta, su oltre 800 donne tra 18 e 44 anni (412 donne incinta e/o con figli piccoli e 425 senza figli) il dato più significativo è stato che il 67 per cento delle intervistate riteneva che l'assunzione saltuaria di alcol in gravidanza non fosse rischiosa. Una donna su tre non smette del tutto di bere e nelle restanti due su tre, non sempre viene adottato il comportamento migliore. Si smette eventualmente di bere dopo il test positivo mentre bisognerebbe farlo quando si inizia a programmare la gravidanza.

«Ma organi vitali, come cuore e cervello, si formano nei primi 10-15 giorni dal concepimento quando ancora una donna non sa di essere incinta. A livello cerebrale, l'alcol assunto anche in fase preconcezionale può distruggere i neuroni ancor prima che si sviluppino» spiega Scafato e conclude dicendo che «gli effetti sul bambino, una volta nato non si vedono subito, ma nell'età evolutiva, quando iniziano ad apparire evidenti alterazioni delle capacità cognitive e disturbi nella crescita. I genitori vedono che in attività normali i figli non sono reattivi come dovrebbero».

DURANTE tutta la gravidanza l'alcol, tramite la placenta, giunge dopo pochi minuti nel sangue del feto, che non può metabolizzarlo perché privo degli enzimi adatti. L'accumulo di alcol nei tessuti del feto li danneggia. Un recente studio italo spagnolo su 168 coppie mamma-neonato condotto da Simona Pichini dell'Iss, dimostra che, anche in chi beve poco ma spesso, tracce di alcol sono rilevabili sia nel capello materno che nelle prime feci (meconio) neonatali. Non esiste quindi una soglia di sicurezza in gravidanza. Lo stesso studio ha indagato anche la consapevolezza di neonatologi e pediatri sui pericoli dell'alcol in gravidanza e ha appurato che, sebbene oltre il 60 per cento dei medici italiani e l'80 di quelli spagnoli siano consapevoli al riguardo, circa la metà dei primi e il 40 per cento dei secondi ammettono di aver permesso a donne in gravidanza un bicchiere di vino o di birra in alcune occasioni. A tutt'oggi la scienza non ha ancora individuato qual è il livello di consumo di alcol al di sotto del quale si può bere senza rischi per il feto. Quindi zero alcol se si aspetta un bambino: no anche alla birra analcolica, dove la presenza di alcol è meno dell'1 per cento ma non è zero.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-SET-2016
da pag. 59
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il mal di testa tormenta un ragazzo su due

Effetti
La cefalea costringe il 20% dei giovanissimi a interrompere le attività o a coricarsi

Il mal di testa è il disturbo più frequente tra gli adolescenti italiani

A dirlo, al di là degli studi clinici, sono anche i genitori, gli insegnanti e i ragazzi stessi.

E se qualche mal di testa lamentato dai ragazzi può certamente essere derubricato dalla voce *patologia* e iscritto tra le classiche giustificazioni scolastiche dell'ultimo momento, la diffusione del fenomeno resta significativa.

Tanto che il Dipartimento di Scienze clinico-chirurgiche diagnostiche e pediatriche dell'Università di Pavia, la Clinica pediatrica dell'Università dell'Aquila e l'Associazione Laboratorio Adolescenza hanno realizzato un'indagine sul tema utilizzando basandosi su un campione nazionale rappresentativo di 2 mila studenti di terza media (fascia d'età 12-14 anni).

«Uno studio — spiega Gianluigi Marseglia, direttore del Dipartimento di pediatria di Pavia — che ha avuto come obiettivo quello di raccogliere informazioni direttamente dagli adolescenti sul modo in cui vengono vissuti e affrontati gli episodi di cefalea e a quali cause vengono maggiormente associati.

«Una sorta di "autocertificazione" del proprio mal di testa — prosegue Gianluigi Marsiglia— importante da registrare, anche considerando quando sia, purtroppo, poco frequente il ricorso al pediatra (o anche solo al medico di famiglia) per affrontare questo problema, che viene invece di solito gestito in totale autonomia o, al più, coinvolgendo i genitori per la scelta del farmaco da prendere».

Venendo ai risultati dell'indagine, emerge che a soffrire di mal di testa in modo non episodico (almeno una volta al mese) è il 50 per cento del campione (con una notevole prevalenza delle femmine rispetto ai maschi) e che, quando il mal di testa arriva è considerato "forte" o "molto forte" dal 53 per cento degli adolescenti intervistati.

Circa la durata del singolo episodio per i due terzi del campione il tutto si risolve tra meno di mezz'ora e circa un'ora, mentre per il restante terzo il mal di testa si protrae generalmente oltre l'ora e può durarne anche molte.

E se il 44 per cento riesce più o meno a "convivere" con il disturbo senza che questo abbia un impatto significativo sull'attività che sta svolgendo, il 20 per cento deve smettere di fare ciò che sta facendo e attendere che il mal di testa passi o, addirittura, andare a letto.

Sulle cause scatenanti (non si tratta di diagnosi mediche ma di associazioni fatte dagli stessi ragazzi), al primo posto c'è il binomio studio-scuola, seguito da "stress emotivi" (più tra le ragazze) e da "stress fisici" (prevalenti tra i maschi).

Inoltre, per quasi la metà delle ragazze a provocare mal di testa è il ciclo mestruale.

«Alcune evidenze emerse dall'indagine — commenta Alberto Verrotti, direttore della Clinica pediatrica dell'Università dell'Aquila — le ritroviamo negli studi clinici effettuati sia su adolescenti sia su adulti (è il caso, ad esempio, della forte prevalenza femminile tra chi soffre di cefalea), mentre è certamente maggiore, tra gli adolescenti, la percentuale di chi attribuisce il mal di testa a stress psicologici, tra in quali, ovviamente, rientra la scuola.

«Tra scuola-studio e mal di testa non ci può essere alcun rapporto clinico di causa-effetto — sottolinea Verrotti — si tratta, piuttosto, di una coincidenza temporale registrata dai ragazzi che ci dà comunque utili informazioni per individuare i possibili fattori scatenanti e gli strumenti più adatti a prevenire o a curare la cefalea in adolescenza».

E Alessandra Marazzani, psicologa di Laboratorio Adolescenza, aggiunge: «Il mal di testa, in adolescenza, è spesso una somatizzazione di altri problemi, una sorta di campanello d'allarme che può risultare però, paradossalmente, utile per far emergere dei disagi nascosti».

Maurizio Tucci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-SET-2016
da pag. 59
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Le cause e i rimedi

	Tot. Naz.	Maschi	Femmine
A QUALI MOTIVI ATTRIBUISCI IL TUO MAL DI TESTA? (max 3)			
Stress emotivi	**37,4%**	31,7%	42,1%
Stress fisici	**27,8%**	33,6%	23,1%
Studio/scuola	**63,7%**	65,3%	62,4%
Vista	**27,7%**	25,0%	30,0%
Odori	**7,6%**	10,8%	4,9%
Rumori forti	**27,2%**	31,8%	23,5%
Digestione	**5,2%**	6,9%	3,8%
Alcuni alimenti	**2,7%**	3,0%	2,5%
Cambiamenti meteorologici	**22,6%**	23,6%	21,4%
Flussi mestruali	**-**	-	47,4%
QUANDO HAI IL MAL DI TESTA PRENDI ANTIDOLORIFICI?			
Si prendo sempre, o quasi sempre, medicinali	**14,7%**	13,5%	15,8%
Prendo medicinali solo se il dolore è molto forte	**53,1%**	47,9%	58,0%
Non prendo mai medicinali	**30,1%**	35,8%	24,8%
COME SCEGLI IL TIPO DI MEDICINALE?			
Prendo quello che mi ha prescritto il medico	**16,8%**	18,0%	15,6%
Chiedo ai miei genitori	**55,8%**	51,6%	59,8%
Chiedo al farmacista	**5,7%**	6,7%	4,8%
Prendo un antidolorifico che trovo in casa	**4,5%**	3,7%	5,3%

Fonte: Indagine 2016; Ass. Laboratorio adolescenza; Clinica Pediatrica Un. Pavia; Clinica Pediatrica Un. Aquila.
*Le percentuali sommate non arrivano a 100 perché alcuni degli intervistati non hanno risposto CdS

Controlli

I difetti alla vista tra le cause più frequenti

Quasi il 30 per cento dei 2 mila adolescenti reclutati nell'indagine del Laboratorio Adolescenza e delle Cliniche Pediatriche delle Università di Pavia e L'Aquila ha indicato, tra le cause del mal di testa, i problemi di vista. Non è una sorpresa per Matteo Piovella, presidente della Società oftalmologica italiana - «Sono ancora troppi gli adolescenti che non hanno mai fatto un controllo oculistico e si rendono conto dei problemi di vista solo quando innescano altri disturbi come il mal di testa. Questo accade perché in molte famiglie (talvolta anche quando i genitori hanno avuto problemi oculistici da bambini e dovrebbero essere più consapevoli del problema) manca un'adeguata attenzione. A questo si aggiungono le cefalee oftalmiche (quelle spesso precedute da disturbi visivi quali puntini o strisce luminose), frequenti anche negli adolescenti, specie quando esiste familiarità per il disturbo».

M.T.

Terapie «fai da te»

Per i farmaci: si rivolge al medico solo un quarto degli adolescenti

Il 68 per cento degli adolescenti assume antidolorifici per far fronte agli episodi di cefalea. Una minoranza (5 per cento) ricorre al farmaco ai primi sintomi, la maggioranza attende, sperando che il dolore passi, o vi ricorre solo quando lo considera insopportabile . Al farmaco, gli adolescenti chiedono essenzialmente che produca velocemente l'effetto lenitivo, mentre sono meno interessati alla sua durata. E se il 35 per cento afferma di prendere meno antidolorifici possibile per il timore di effetti indesiderati, il 43 per cento non ha alcuna remora e il 16 per cento non si è mai posto il problema.«Il dato negativo — afferma Alberto Verrotti, direttore della Clinica pediatrica dell'Università dell'Aquila— non è che un adolescente faccia ricorso, quando è necessario, a un antidolorifico, ma che la grande maggioranza non assuma un farmaco prescritto dal medico curante, bensì quello che gli viene indicato da un genitore o, ancora peggio, quello che, trova in casa. Una cattiva abitudine che dovrebbe essere sradicata, mentre dovrebbe esserci, da parte delle famiglie, la consapevolezza che quando gli episodi di cefalea non sono occasionali (da un paio di volte al mese in su), è necessario che il problema venga portato all'attenzione del pediatra per accertare le cause del disturbo e indicare un percorso diagnostico-terapeutico appropriato».

M.T.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-SET-2016
da pag. 56
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Contro il diabete giochiamo d'anticipo

La prevenzione di questa malattia ora punta sull'individuazione di chi è più a rischio di svilupparla in modo da fermarla sul nascere

Genetica
Chi ha predisposizione familiare può cambiare il destino intervenendo sullo stile di vita

Riconoscerlo presto per poter intervenire scongiurando danni peggiori. O, meglio, capire ancor prima che si manifesti che il rischio è molto alto e quindi modificare le proprie abitudini e fare controlli più frequenti, così da evitare che compaia.

Oggi l'obiettivo della lotta al diabete è anche questo, per combattere una malattia che colpisce oltre quattro milioni di persone (di questi circa un milione non sa ancora di essere malati). Lo confermano gli studi della Società Italiana di Diabetologia, appena presentati a Monaco durante il congresso dell'European Association for the Study of Diabetes.

«Il diabete, una volta arrivato, non torna indietro — spiega Giorgio Sesti, presidente SID —. Chi è ad alto rischio può sviluppare la malattia in 3-5 anni; poi, quando la glicemia è stabilmente elevata l'effetto domino delle conseguenze negative è già stato avviato: organi e tessuti sono già in sofferenza. L'ideale è intercettare i pazienti prima che si ammalino e per farlo si stanno cercando parametri sempre più sofisticati, che indichino con molto anticipo e con precisione il grado di pericolo di ciascuno».

È il caso della *betatrofina*, un ormone epatico che potenzia l'attività dell'insulina nei tessuti periferici e, stando a quanto scoperto in un recente studio italiano, è un perfetto indicatore della salute del pancreas. Quando i livelli di questo ormone sono normali è praticamente certo che la ghiandola pancreatica è in grado di produrre insulina a sufficienza, se calano c'è invece una sofferenza che potrebbe trasformarsi in diabete. «La betatrofina sembra anche capace di stimolare la formazione di nuove *beta-cellule*, quelle che producono insulina e quindi, oltre che come biomarcatore per la diagnosi precoce, potrebbe rivelarsi una futura terapia», aggiunge Roberto Lupi del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'università di Pisa, che con i suoi studi ha scoperto la correlazione fra l'ormone e la funzionalità pancreatica.

Il dosaggio della betatrofina non è l'unico parametro utile per capire se siamo a rischio: nel laboratorio di genomica del diabete dell'Università Federico II di Napoli si sono scoperti "interruttori genetici" nelle cellule del grasso sottocutaneo che renderebbero i familiari dei diabetici più o meno a rischio di ammalarsi. Chi ha un genitore o un parente stretto malato ha infatti una predisposizione al diabete, che però non è determinante, come chiarisce l'autore della ricerca, Luca Parrillo: «Dieta, esercizio fisico, fumo e altri fattori ambientali agiscono su fattori che possono accendere o spegnere i geni, aumentando o riducendo il rischio di malattia in chi è suscettibile. Il grasso sottocutaneo di chi è ad alto rischio per familiarità non immagazzina a dovere l'energia e favorisce l'accumulo di adipe sugli organi interni, facilitando così alterazioni del metabolismo del glucosio e quindi la comparsa di diabete. Tutto ciò sembra dipendere da "interruttori" che abbiamo individuato nelle cellule adipose e che potrebbero diventare marcatori specifici da valutare in chi ha una predisposizione genetica al diabete». Chi, fra i familiari di diabetici, avesse questi "interruttori"avrebbe una probabilità maggiore di ammalarsi e dovrebbe essere monitorato ancora per intercettare al più presto la malattia.

«In questi pazienti potrebbe essere opportuna un'azione più intensiva di prevenzione attraverso lo stile di vita e in alcuni casi selezionati, a elevatissimo rischio, anche con farmaci», osserva Giorgio Sesti.

Per il momento si tratta di biomarcatori allo studio, ma già oggi abbiamo metodi semplici per capire chi deve considerarsi un sorvegliato speciale e fare misurazioni più ravvicinate della glicemia: sono i soggetti in fase di *pre-diabete*, oltre due milioni e mezzo di italiani, che è possibile riconoscere tenendo conto di alcuni parametri clinici semplici da valutare.

«La familiarità, l'obesità, l'ipertensione e le dislipidemie, in particolare se i trigliceridi sono alti e il colesterolo Hdl ("buono") è basso, sono tutti fattori che incrementano la probabilità di ammalarsi— sottolinea il presidente Sid — così come aver sofferto di diabete durante la gravidanza o essere affette da ovaio policistico».

«Mettendo assieme tutti questi elementi si può arrivare a un "punteggio" del rischio che indica la probabilità di ammalarsi nell'arco di cinque anni. In questi soggetti si deve valutare la glicemia a digiuno, l'*emoglobina glicata* (che indica l'andamento del glucosio ematico nel corso degli ultimi due, tre mesi) e può essere opportuna una curva di carico (si beve una dose di glucosio in quantità standard e si misura la glicemia dopo una e due ore, ndr) per misurare la tolleranza ai carboidrati.

«Se i parametri — continua Sesti— sono alterati, anche solo leggermente, è bene prevedere controlli annuali, perché fra chi ha la glicemia "borderline" una persona su sei, ogni anno, sviluppa il diabete; se tutto è nella norma, invece, dopo i 45 anni può bastare un controllo della glicemia ogni tre anni.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

25-SET-2016
da pag. 56
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

«Purtroppo — conclude l'esperto — molti tendono a pensare che il diabete sia una patologia "tutto o nulla", tale solo dopo aver oltrepassato un limite definito: la soglia c'è, ma si diventa diabetici pian piano e basterebbe intervenire cambiando stile di vita alle prime avvisaglie per scongiurare spesso la malattia. Fare almeno 150 minuti di esercizio fisico moderato a settimana e scegliere la dieta mediterranea, semmai ipocalorica se c'è qualche chilo di troppo, sono le regole base per mantenere a lungo un buon controllo metabolico».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Test inutili

Attenzione a chi "vende" test genetici per stimare il rischio di ammalarsi di diabete: la SID ha appena pubblicato un documento sul tema e come specifica il presidente Giorgio Sesti «Per ora la genetica non aggiunge nulla a ciò che riusciamo a sapere in base ai parametri clinici. Evitiamo la trappola di test costosi che potrebbero per di più aprire la strada a discriminazioni sul lavoro, indicando come possibile diabetico chi non è detto lo diventi».

A. V.

Complicanze

Cinque parametri per stabilire la probabilità

Bastano cinque parametri per ottenere un profilo del rischio di complicanze vascolari nei pazienti con diabete di tipo 1. Lo ha dimostrato uno studio SID, presentato a Monaco da Monia Garofolo dell'università di Pisa, secondo cui basta considerare età, emoglobina glicata, albuminuria, colesterolo Hdl e circonferenza vita per capire chi è maggiormente in pericolo. «La possibilità di un evento cardiovascolare entro 10 anni è diversa nelle varie classi di rischio individuate dal nostro modello e va dal 5 al 30% in più passando dalla classe di pericolo più bassa a quella più alta — dice Garofolo —. Chi appartiene a quest'ultima classe ha non solo tutti i parametri più alti, ma soffre maggiormente di ipertensione e ha più complicanze retiniche e renali. Individuare questi soggetti è importante per personalizzare le cure»

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Che cosa bisogna tenere d'occhio

CdS

data stampa
dal 1980 monitoraggio media