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

27-SET-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Italiane bocciate in contraccezione «Per una su 4 metodi poco sicuri»

Sotto i trent'anni i comportamenti meno prudenti. «Temi ancora tabù»

SCARSA INFORMAZIONE
Oltre la metà di baby mamme censite nel 2014 proveniva dalle regioni del Mezzogiorno

'Scegli tu', campagna sul web Un sito per orientarsi

La Sigo è presente sul web con la campagna 'Scegli Tu' - nata per offrire un'informazione completa sulle proprie scelte sessuali. www.sceglitu.it

% In cifre

La classifica

Secondo l'Istat, i metodi contraccettivi più usati sono il profilattico (42,2), la pillola (24,3%), il coito interrotto (17,5) e i metodi naturali (4,4%)

La prima volta

Un'indagine Sigo ha rivelato che il 42 per cento delle under 25 italiane non usa contraccettivi durante la prima esperienza sessuale

L'incremento

Rispetto al 2010 si è registrato un 5% in più di giovanissime che affronta la prima volta senza utilizzare nessuna precauzione

In coda

In Italia la contraccezione ormonale è utilizzata dal 16,2 per cento della popolazione, un dato tra i più bassi d'Europa

Loredana Del Ninno
■ ROMA

ITALIANE bocciate in materia di contraccezione. Stando ai dati diffusi dalla Società italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), in occasione della Giornata Mondiale dedicata al tema, una donna su quattro in età fertile utilizza sistemi poco sicuri per mettersi a riparo da una gravidanza indesiderata. Nello specifico, il 17,5 per cento ricorre alla rischiosa pratica del coito interrotto, il 4,2 per cento ai metodi naturali e il 3,1 per cento si affida invece alla buona sorte o altri rimedi. La contraccezione ormonale è scelta solo dal 16,2 per cento delle italiane, con indici più bassi nelle regioni del Mezzogiorno e in Sicilia. Oltre la metà delle 7.819 baby mamme, con meno di 19 anni, che ha partorito nel 2014, proviene, non a caso, da queste zone d'Italia. «Un quadro che denota una scarsa consapevolezza e richiede interventi di educazione sessuale e all'affettività sin dalla scuola – commenta il presidente della Sigo Paolo Scollo –. Nel nostro Paese purtroppo certi temi sono ancora considerati tabù. Per questo abbiamo voluto aderire alla Giornata Mondiale della Contraccezione, che si celebra in tutti i cinque continenti. Servono programmi educazionali specifici per le categorie più propense a comportamenti scorretti e pericolosi come gli under 30 e le donne d'origine straniera».

A MONITORARE il livello di informazione sull'argomento, un'indagine condotta in nove Paesi su 4500 donne, tra i 20 e 29 anni. «Stando ai risultati – prosegue Scollo – il 62 per cento delle connazionali cambierebbe il proprio sistema chiedendo consiglio al ginecologo, il miglior alleato del benessere femminile. Solo l'8 per cento preferirebbe leggere consigli o opinioni su internet, dove non sempre le notizie sono certificate». L'indagine fa luce anche sul tipo di contraccezione preferita. «Una donna su due è alla ricerca di un contraccettivo fit and forget (metti e dimentica) che garantisca una maggiore serenità e che sia più comodo rispetto a pillola, anello o cerotto» afferma Valeria Dubini, consigliere nazionale della Sigo. Proprio per migliorare l'informazione e la consapevolezza delle donne italiane sui questi temi, la zione. Stando ai dati diffusi dalla Società italiana di Ginecologia e Ostetricia ha realizzato un opuscolo intitolato *Tutte le risposte sul sesso e la contraccezione consapevole*, che verrà distribuito in oltre 40 mila copie negli ambulatori di ginecologia. La Sigo ha rilanciato inoltre il suo appello alle istituzioni. «Ogni scuola è libero di scegliere autonomamente come, quando e se svolgere corsi specifici – ha concluso il presidente –. Abbiamo chiesto diversi appuntamenti alla ministra Stefania Giannini per discutere di queste tematiche: ci auguriamo ci riceva presto»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSAit

26-09-2016

http://www.ansa.it

UN'ITALIANA SU 4 USA CONTRACCEZIONE POCO SICURA

Dati citati da Società Italiana di Ginecologia e ostetricia

(ANSA) - MILANO, 26 SET - In Italia il 24,8% delle donne in età fertile usa sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata. Lo dicono dati citati oggi dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), secondo cui ancora oggi il 17% ricorre alla pratica del coito interrotto, il 4,2% si affida ai metodi naturali e il 3,1% alla buona sorte o altri rimedi. "Quadro che denota una scarsa consapevolezza e che richiede interventi di educazione sessuale e all'affettività sin dalla scuola - spiega il professor Paolo Scollo, Presidente Nazionale della Sigo -. Per questo la Sigo ha aderito ufficialmente alla Giornata Mondiale della Contraccezione che viene celebrata oggi in tutti i cinque continenti. Nel nostro Paese certi temi sono ancora considerati un tabù. Soprattutto servono programmi educazionali specifici per le categorie più propense a comportamenti scorretti e pericolosi come gli under 30 e le donne d'origine straniera". in occasione della Giornata Mondiale viene presentata anche un'indagine condotta in 9 Paesi su 4.500 donne d'età compresa tra i 20 e 29 anni di cui 500 italiane. "Una donna su due è alla ricerca di un contraccettivo fit and forget (metti e dimentica) che garantisca una maggiore serenità e che sia più comodo rispetto a pillola, anello o cerotto - afferma la prof.ssa Valeria Dubini, Consigliere Nazionale SIGO -. Jaydess è il sistema intrauterino smart più piccolo al mondo e possiede queste caratteristiche. Utilizza una dose di ormoni più bassa rispetto ai precedenti dispositivi. Agisce solo a livello locale e per questo non ha un impatto sull'aumento di peso che è uno degli effetti collaterali più temuti". "La contraccezione che non richiede un'assunzione regolare presenta enormi vantaggi - aggiunge il prof. Emilio Arisi, Presidente Nazionale della Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC) -. Evita quasi il 100% delle gravidanze e per essere efficace non richiede sforzi mnemonici. Gli errori di assunzione o utilizzo sono praticamente inesistenti. In più i sistemi intrauterini, a differenza di spirali al rame e impianti sottocutanei, hanno un'azione esclusivamente locale e non agiscono a livello sistemico. Per tutti questi motivi sono particolarmente indicati anche per le 20-30enni".

agi.it

26-09-2016

Lettori
17.555

www.agi.it

Roma - In Italia il 24,8% delle donne in eta' fertile utilizza sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata. Il 17,5% ricorre alla pericolosa pratica del coito interrotto, il 4,2% si affida ai metodi naturali e il 3,1% alla buona sorte o altri rimedi. La contraccezione ormonale viene scelta solo dal 16,2% delle italiane, con percentuali particolarmente basse nelle Regioni peninsulari del Mezzogiorno e in Sicilia. E' proprio da questi territori che provengono piu' della meta' delle 7.819 baby mamme, con meno di 19 anni, che hanno partorito nel 2014. "Un quadro che denota una scarsa consapevolezza e che richiede interventi di educazione sessuale e all'affettivita' sin dalla scuola", spiega il professore Paolo Scollo, presidente della Societa' italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), che per questo, sottolinea Scollo, "ha aderito ufficialmente alla Giornata Mondiale della Contraccezione che viene celebrata oggi in tutti i cinque continenti. Nel nostro Paese certi temi sono ancora considerati un tabu'. Soprattutto servono programmi educazionali specifici per le categorie piu' propense a comportamenti scorretti e pericolosi come gli under 30 e le donne d'origine straniera". In occasione della Giornata Mondiale viene presentata anche un'indagine condotta in 9 Paesi su 4.500 donne d'eta' compresa tra i 20 e 29 anni di cui 500 italiane. "Una donna su due e' alla ricerca di un contraccettivo fit and forget (metti e dimentica) che garantisca una maggiore serenita' e che sia piu' comodo rispetto a pillola, anello o cerotto - afferma la professoressa Valeria Dubini, consigliere nazionale Sigo -. Jaydess e' il

sistema intrauterino smart piu' piccolo al mondo e possiede queste caratteristiche. Utilizza una dose di ormoni piu' bassa rispetto ai precedenti dispositivi. Agisce solo a livello locale e per questo non ha un impatto sull'aumento di peso che e' uno degli effetti collaterali piu' temuti". "La contraccezione che non richiede un'assunzione regolare presenta enormi vantaggi - aggiunge il professore Emilio Arisi, presidente della Societa' medica italiana per la contraccezione (Smic) -. Evita quasi il 100% delle gravidanze e per essere efficace non richiede sforzi mnemonici. Gli errori di assunzione o utilizzo sono praticamente inesistenti. In piu' i sistemi intrauterini, a differenza di spirali al rame e impianti sottocutanei, hanno un'azione esclusivamente locale e non agiscono a livello sistemico. Per tutti questi motivi sono particolarmente indicati anche per le 20-30enni". La contraccezione intrauterina e' usata da oltre 160 milioni di donne e rappresenta la via di somministrazione piu' diffusa al mondo. In Italia il livello di utilizzo e' in crescita anche se e' ancora piu' basso rispetto alla media europea. "Dobbiamo riuscire ad incrementare anche nel nostro Paese il ricorso a questi metodi che presentano una notevole sicurezza ed efficacia, costi ridotti ed un'elevata compliance grazie anche alla praticita' d'uso", sostiene il professore Attilio di Spezio Sardo, dell'Universita' Federico II di Napoli - "L'innovazione medico-scientifica ha portato a dispositivi come Jaydess che possono essere tranquillamente usati anche dalle giovani o dalle donne che non hanno mai affrontato una gravidanza". "Vivere la propria sessualita' e affettivita' in maniera libera e consapevole e' un diritto di tutti - afferma Scollo -. Questo e' possibile anche grazie alla contraccezione che permette di pianificare, in totale liberta', una maternita'. E' una scelta importante che puo' risultare difficile perche' i metodi disponibili sono numerosi. Ognuno possiede delle caratteristiche specifiche. Secondo l'indagine internazionale il 62% delle italiane cambierebbe il proprio sistema chiedendo consiglio al ginecologo, il migliore alleato del benessere femminile. Solo l'8% preferirebbe leggere consigli o opinioni su internet dove non sempre le notizie sono certificate". (AGI)

26-09-2016
Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Sesso, italiane bocciate in contraccezione: 1 su 4 si affida alla fortuna

(Fotogramma)

Pubblicato il: 26/09/2016 13:45

Sesso 'senza rete' per le italiane. Nella pagella dei ginecologi una su 4 viene bocciata in contraccezione: **il 24,8% delle donne in età fertile utilizza sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata**, segnala la Sigo, Società italiana di ginecologia e ostetricia, in occasione del World Contraception Day che si celebra oggi. In particolare, il 17,5% ricorre alla pratica del coito interrotto, il 4,2% si affida ai metodi naturali e il 3,1% alla buona sorte o altri rimedi. **Dal fai-da-te, insomma, al fatalismo di 'speriamo che me la cavo'**. Quanto alla contraccezione ormonale, nella Penisola viene scelta invece solo dal 16,2%.**"L'Italia è il fanalino di coda in Europa. Serve una svolta"**, è l'allarme lanciato dagli esperti durante un incontro a Milano.

Il ricorso alla contraccezione ormonale - riferiscono - risulta **particolarmente basso nelle regioni del Mezzogiorno e in Sicilia**. Proprio le aree in cui si concentrano più della metà delle 7.819 'baby-mamme' under 19 del Belpaese (dato 2014). "Il quadro denota una scarsa consapevolezza e richiede interventi di educazione sessuale e all'affettività sin dalla scuola", afferma Paolo Scollo, presidente nazionale della Sigo che

cerca di fare la sua parte online con il sito www.sceglitu.it. "Nel nostro Paese - osserva lo specialista - **certi temi sono ancora considerati un tabù**. Soprattutto servono programmi educazionali specifici per le categorie più propense a comportamenti scorretti e pericolosi, come gli under 30 e le donne di origine straniera".

Nella Giornata mondiale della contraccezione viene presentata anche un'indagine condotta in 9 Paesi, su 4.500 donne (500 italiane) tra i 20 e 29 anni. "**Una su 2 è alla ricerca di un contraccettivo 'fit and forget' (metti e dimentica) che garantisca una maggiore serenità e sia più comodo rispetto a pillola, anello o cerotto**", riporta Valeria Dubini, consigliere nazionale Sigo.

"Jaydess* - indica la ginecologa - è il sistema intrauterino smart più piccolo al mondo e possiede queste caratteristiche. Utilizza una dose di ormoni più bassa rispetto ai precedenti dispositivi. Agisce solo a livello locale e per questo non ha un impatto sull'aumento di peso che è uno degli effetti collaterali più temuti". Conferma Emilio Arisi, presidente nazionale della Società medica Italiana per la contraccezione (Smic): "La contraccezione che non richiede un'assunzione regolare presenta enormi vantaggi. Evita quasi il 100% delle gravidanze e per essere efficace non richiede sforzi mnemonici. Gli errori di assunzione o utilizzo sono praticamente inesistenti. In più i sistemi intrauterini, a differenza di spirali al rame e impianti sottocutanei, hanno un'azione esclusivamente locale e non agiscono a livello sistemico. Per tutti questi motivi sono particolarmente indicati anche per le 20-30enni".

La contraccezione intrauterina è usata da oltre 160 milioni di donne e rappresenta la via di somministrazione più diffusa al mondo, ricorda una nota della Sigo. In Italia il livello di utilizzo è in crescita, anche se è ancora più basso rispetto alla media europea. "Dobbiamo riuscire ad incrementare anche nel nostro Paese il ricorso a questi metodi che presentano una notevole sicurezza ed efficacia, costi ridotti e un'elevata compliance grazie anche alla praticità d'uso - aggiunge Attilio di Spezio Sardo dell'università Federico II di Napoli - L'innovazione medico-scientifica ha portato a dispositivi come Jaydess che possono essere tranquillamente usati anche dalle giovani o dalle donne che non hanno mai affrontato una gravidanza".

"Vivere la propria sessualità e affettività in maniera libera e consapevole è un diritto di tutti - riprende Scollo - Questo è possibile anche grazie alla contraccezione che permette di pianificare, in totale libertà, una maternità. E' una scelta importante che può risultare difficile, perché i metodi disponibili sono numerosi e ognuno possiede delle caratteristiche specifiche. Secondo l'indagine internazionale - conclude il numero uno della Sigo - il 62% delle italiane cambierebbe il proprio sistema chiedendo consiglio al ginecologo, il migliore alleato del benessere femminile. Solo l'8% preferirebbe leggere consigli o opinioni su internet dove non sempre le notizie sono certificate".

CORRIERE DELLA SERA.it

26-09-2016

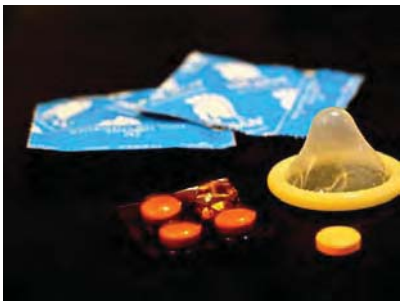
Lettori
319.200

http://www.corriere.it/

Contraccezione: una donna su quattro utilizza metodi non sicuri Comportamenti scorretti under 30

Solo il 16,2 per cento degli italiani fa uso di anticoncezionali: malattie sessuali in aumento. Preservativo, il metodo più usato dalle connazionali

di Vera Martinella



Il 42 per cento delle under 25 italiane non utilizza nessun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale. Non solo, nel nostro Paese un quarto delle donne in età fertile utilizza sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata: il 17,5 per cento ricorre alla pericolosa pratica del coito interrotto, il 4,2 si affida ai metodi naturali e il 3,1 alla "buona sorte" o altri rimedi. Sono questi alcuni dati resi noti dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) in occasione della Giornata Mondiale della Contraccezione che viene celebrata oggi in tutti i cinque continenti. Anche a Milano dove i ginecologi presentano la breve guida

“Tutte le Risposte sul Sesso e la Contraccezione Consapevole”, che nelle prossime settimane sarà distribuita in tutti i consultori e ambulatori di ginecologia attivi sul territorio nazionale.

Solo il 16,2 per cento degli italiani fa uso di contraccettivi

Nel nostro Paese la contraccezione ormonale è utilizzata dal 16,2 per cento della popolazione, un dato fra i più bassi in Europa. Fra le regioni, al primo posto si trova la Sardegna, seguita da quelle settentrionali (tutte sopra la media italiana ad eccezione del Veneto). In Italia nel 2014 hanno partorito 7.819 baby mamme con meno di 18 anni. Di queste 4.067 provengono da Regioni del Sud d’Italia e dalla Sicilia. «Dobbiamo insegnare l’educazione alla sessualità e all’affettività sin dalla scuola - spiega Paolo Scollo, Presidente Nazionale SIGO -. Soprattutto servono programmi educazionali specifici per le categorie più propense a comportamenti scorretti e pericolosi come gli under 30 e le donne d’origine straniera». E se andrebbe certo migliorata l’informazione ai giovanissimi, a fronte del preoccupante aumento di malattie sessualmente trasmissibili nella fascia d’età 20-35 anni ma anche nei cinquantenni, non va dimenticato che per proteggersi ed evitare gravidanze indesiderate è bene utilizzare sempre il preservativo (per usarlo correttamente va indossato fin dall’inizio del rapporto e per tutta la sua durata).

Preservativo, il metodo più usato dalle italiane

Secondo l’ISTAT è proprio il preservativo il metodo contraccettivo più utilizzato dalle italiane (42,4 per cento), seguito dalla pillola (24,3 per cento) e dal coito interrotto (17,5). In occasione della Giornata Mondiale viene presentata anche un’indagine condotta in 9 Paesi su 4.500 donne d’età compresa tra i 20 e 29 anni, tra le quali 500 italiane. «Un quarto delle interpellate nel nostro Paese si dichiara soddisfatto del metodo che sta

utilizzando e quindi non sente il bisogno di cambiarlo - dice Valeria Dubini, Consigliere Nazionale SIGO, che con la campagna "Scegli Tu" punta a offrire un'informazione completa e qualificata -. Ma se decidesse di farlo il 62 per cento chiederebbe correttamente consiglio al ginecologo. È una scelta importante che può risultare difficile perché i metodi disponibili sono numerosi (aneli, cerotti, pillole, metodi fit&forget, ovvero metti e dimentica, quali sistemi intrauterini, dispositivi al rame o impianti sottocutanei) e ognuno possiede delle caratteristiche specifiche che vanno valutate e discusse tra medico e paziente». Le ragazze italiane prestano una particolare attenzione ai possibili conseguenze indesiderate: nella scelta del contraccettivo danno un valore di importanza 8,4 (in una scala da 1 a 10) alla riduzione degli effetti collaterali (come l'aumento di peso) e 8,3 al fatto che agisca localmente (senza avere quindi ripercussioni sull'intero organismo).

26 settembre 2016 (modifica il 26 settembre 2016 | 17:37)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL TEMPO.it

26-09-2016

Lettori
20.495

http://www.iltempo.it/

Sesso: 1 italiana su 4 bocciata in contraccezione, dal fai-da-te alla fortuna

Nella Giornata mondiale allarme dei ginecologi Sigo, Belpaese fanalino di coda in Europa

Milano, 26 set. (AdnKronos Salute) - Sesso 'senza rete' per le italiane. Nella pagella dei ginecologi una su 4 viene bocciata in contraccezione: il 24,8% delle donne in età fertile utilizza sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata, segnala la Sigo, Società italiana di ginecologia e ostetricia, in occasione del World Contraception Day che si celebra oggi. In particolare, il 17,5% ricorre alla pratica del coito interrotto, il 4,2% si affida ai metodi naturali e il 3,1% alla buona sorte o altri rimedi. Dal fai-da-te, insomma, al fatalismo di 'speriamo che me la cavo'. Quanto alla contraccezione ormonale, nella Penisola viene scelta invece solo dal 16,2%. "L'Italia è il fanalino di coda in Europa. Serve una svolta", è l'allarme lanciato dagli esperti durante un incontro a Milano.Il ricorso alla contraccezione ormonale - riferiscono - risulta particolarmente basso nelle regioni del Mezzogiorno e in Sicilia. Proprio le aree in cui si concentrano più della metà delle 7.819 'baby-mamme' under 19 del Belpaese (dato 2014). "Il quadro denota una scarsa consapevolezza e richiede interventi di educazione sessuale e all'affettività sin dalla scuola", afferma Paolo Scollo, presidente nazionale della Sigo che cerca di fare la sua parte online con il sito www.sceglitu.it. "Nel nostro Paese - osserva lo specialista - certi temi sono ancora considerati un tabù. Soprattutto servono programmi educazionali specifici per le categorie più propense a comportamenti scorretti e pericolosi, come gli under 30 e le donne di origine straniera". Nella Giornata mondiale della contraccezione viene presentata anche un'indagine condotta in 9 Paesi, su 4.500 donne (500 italiane) tra i 20 e 29 anni. "Una su 2 è alla ricerca di un contraccettivo 'fit and forget' (metti e dimentica) che garantisca una maggiore serenità e sia più comodo rispetto a pillola, anello o cerotto", riporta Valeria Dubini, consigliere nazionale Sigo. "Jaydess* - indica la ginecologa - è il sistema intrauterino smart più piccolo al mondo e possiede queste caratteristiche. Utilizza una dose di ormoni più bassa rispetto ai precedenti dispositivi. Agisce solo a livello locale e per questo non ha un impatto sull'aumento di peso che è uno degli effetti collaterali più temuti". Conferma Emilio Arisi, presidente nazionale della Società medica Italiana per la contraccezione (Smic): "La contraccezione che non richiede un'assunzione regolare presenta enormi vantaggi. Evita quasi il 100% delle gravidanze e per essere efficace non richiede sforzi mnemonici. Gli errori di assunzione o utilizzo sono praticamente inesistenti. In più i sistemi intrauterini, a differenza di spirali al rame e impianti sottocutanei, hanno un'azione esclusivamente locale e non agiscono a livello sistemico. Per tutti questi motivi sono particolarmente indicati anche per le 20-30enni".La contraccezione intrauterina è usata da oltre 160 milioni di donne e rappresenta la via di somministrazione più diffusa al mondo, ricorda una nota della Sigo. In Italia il livello di utilizzo è in crescita, anche se è ancora più basso rispetto alla media europea. "Dobbiamo riuscire ad incrementare anche nel nostro Paese il ricorso a questi metodi che presentano una notevole sicurezza ed efficacia, costi ridotti e un'elevata compliance grazie anche alla praticità d'uso - aggiunge Attilio di Spezio Sardo dell'università Federico II di Napoli - L'innovazione medico-scientifica ha portato a dispositivi come Jaydess che possono essere tranquillamente usati anche dalle giovani o dalle donne che non hanno mai affrontato una gravidanza". "Vivere la propria sessualità e affettività in maniera libera e consapevole è un diritto di tutti - riprende Scollo - Questo è possibile anche grazie alla contraccezione che permette di pianificare, in totale libertà, una maternità. E' una scelta importante che può risultare difficile, perché i metodi disponibili sono numerosi e ognuno possiede delle caratteristiche specifiche. Secondo l'indagine internazionale - conclude il numero uno della Sigo - il 62% delle italiane cambierebbe il proprio sistema chiedendo consiglio al ginecologo, il migliore alleato del benessere femminile. Solo l'8% preferirebbe leggere consigli o opinioni su internet dove non sempre le notizie sono certificate".

la Repubblica.it
Il mondo in diretta
24 ore su 24

26-09-2016

Lettori
1.632.940

http://www.repubblica.it/salute/benessere-donna/contraccezione/2016/09/26/news/contraccezione_una_donna_su_quattro_usa_sistemi_poco_sicuri-148548817/?refresh_ce

CERSAIE
BOLOGNA • ITALY
WWW.CERSAIE.IT

la Repubblica.it
Il mondo in diretta
24 ore su 24

Tutti gli eventi su
CERSAIE.IT/EVENTI

immobiliare.it
MIGLIAIA DI ANNUNCI
CERCA

Migranti, Hollande al campo di Calais foto
E attacca May: Londra faccia la sua parte video

RepTv Ginori: "La vergogna che la Francia vuole cancellare"
Sondaggio Demos-Repubblica "Italiani rivogliono le frontiere"
L'83% chiede più controlli anche dentro Schengen tabelle

di ILVO DIAMANTI e VERONICA DI NORCIA

INTERATTIVO Da Calais a Melilla: tutti i muri che dividono l'Europa

136 condivisioni

Manovra, il governo cerca 7-8 miliardi In vista una stretta su sanità, beni e servizi

di ROBERTO PETRINI

CINEMA MUSICA SCIENZE SFILATE

Oscar, 'Fuocoammare' in corsa Rosi: "Questo film è di tutti"

Sorrentino: 'Non avrei scelto un doc'
Audio La gioia del dottor Bartolo
Video Il film torna a Lampedusa
Foto Mattarella riceve il regista Rosi

di ARIANNA FINOS e CHIARA UGOLINI

Il video pubblicato dalla polizia

Charlotte, l'uccisione di Keith Scott nelle immagini della polizia video
Riprese non chiariscono dubbi sull'arma

Video Il girato della moglie / Foto La pistola
Proteste in strada, Clinton annulla visita

Video Due casi in una settimana: Oklahoma - Ohio
Video La figlia su FbLive: "Solo perché era nero" Mappa interattiva: le persone uccise dalla polizia

20 condivisioni

"Scatenare i demoni, la storia segreta del referendum": in Gb il libro sulle trame di May per arrivare al potere

L'autore è Craig Oliver, spin doctor di Cameron

dal nostro corrispondente ENRICO FRANCESCHINI

SALUTE SESSO

Contraccezione, una donna su quattro usa sistemi poco sicuri

di IRMA D'ARIA

28 condivisioni

SALUTE

Dislessia, in un caso su 6 la scoperta è a scuola ma docenti impreparati

di AGNESE ANANASSO

428 condivisioni

REP TV / CINA

Ferrari sulla strada più pericolosa Scalata da record delle 99 curve

817 condivisioni 27 commenti

D / LE IMMAGINI

Sfilate, le borse più belle per la primavera 2017

Condividi

REP TV / NEW YORK

Metallica, Rihanna, Cat Stevens A Central Park le star per i poveri

14 condivisioni Commenta

Contraccezione, una donna su quattro usa sistemi poco sicuri

In occasione della Giornata mondiale , la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia presenta la guida sul sesso consapevole e i risultati di un'indagine. Stranieri e under 30 i più propensi a comportamenti pericolosi

SULLA contraccezione le italiane non hanno ancora le idee del tutto chiare. Una su quattro delle donne in età fertile, infatti, utilizza sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata. Il 17,5% ricorre alla pratica del coito interrotto, il 4,2% si affida ai metodi naturali e il 3,1% alla buona sorte o altri rimedi. La contraccezione ormonale viene scelta invece solo dal 16,2%. Particolarmente basso risulta l'utilizzo nelle regioni del Mezzogiorno e in Sicilia. E' proprio da questi territori che provengono più della metà delle 7.819 baby mamme, con meno di 19 anni, che hanno partorito nel 2014. Gli esperti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) provano a fare chiarezza in occasione della Giornata Mondiale della Contraccezione che si celebra oggi.

L'indagine europea. A fotografare il livello di informazione sulla contraccezione è un'indagine condotta in nove Paesi su 4.500 donne d'età

compresa tra i 20 e 29 anni di cui 500 italiane e presentata proprio oggi. "Secondo l'indagine internazionale il 62% delle italiane cambierebbe il proprio sistema chiedendo consiglio al ginecologo, il migliore alleato del benessere femminile. Solo l'8% preferirebbe leggere consigli o opinioni su internet dove non sempre le notizie sono certificate", spiega **Paolo Scollo**, presidente nazionale della Sigo. I dati dell'indagine fanno chiarezza anche sul tipo di contraccezione preferita: "Una donna su due è alla ricerca di un contraccettivo fit and forget (metti e dimentica) che garantisca una maggiore serenità e che sia più comodo rispetto a pillola, anello o cerotto", afferma**Valeria Dubini**, Consigliere Nazionale Sigo. Nella scelta del contraccettivo le ragazze danno un valore di importanza 8,4 (in una scala da 1 a 10) alla riduzione degli effetti collaterali (come l'aumento di peso) e 8,3 al fatto che agisca localmente.

IL BLOG Giornata contraccezione e malattie sessualmente trasmesse *di MAURIZIO PAGANELLI*

I contraccettivi più usati. Secondo l'Istat, i metodi contraccettivi più utilizzati sono: preservativo (42,4%), pillola contraccettiva (24,3%), coito interrotto (17,5%), metodi naturali (4,2%), dispositivo intrauterino (4%), anello vaginale (2,1%), cerotto (1,5%), sterilizzazione (1,4%) e diaframma (1,2%). Un'indagine Sigo ha rilevato che il 42% delle under 25 italiane non utilizza nessun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale. Il 43% ha fatto ricorso al preservativo, 1% a cerotto o anello e solo il 14% alla pillola. Rispetto ad un'analoga ricerca del 2010 si è registrato un +5% di giovanissime che affronta la prima volta senza utilizzare nessuna precauzione. Complessivamente, in Italia la contraccezione ormonale è utilizzata dal 16,2% della popolazione, un dato fra i più bassi in Europa. Fra le regioni, al primo posto si trova la Sardegna, seguita da quelle settentrionali (tutte sopra la media italiana ad eccezione del Veneto).

L'importanza della pianificazione. "Vivere la propria sessualità e affettività in maniera libera e consapevole è un diritto di tutti - aggiunge Scollo - . Questo è possibile anche grazie alla contraccezione che permette di pianificare, in totale libertà, una maternità. È una scelta importante che può

risultare difficile perché i metodi disponibili sono numerosi. Ognuno possiede delle caratteristiche specifiche".

I dispositivi intra-uterini. "Oggi esistono sistemi intrauterini molto piccoli che utilizzano una dose di ormoni più bassa rispetto ai precedenti dispositivi" prosegue Dubini. "Agiscono solo a livello locale e per questo non hanno un impatto sull'aumento di peso che è uno degli effetti collaterali più temuti". "La contraccezione che non richiede un'assunzione regolare presenta enormi vantaggi" aggiunge **Emilio Arisi**, presidente nazionale della Società medica italiana per la contraccezione (Smic). "Evita quasi il 100% delle gravidanze e per essere efficace non richiede sforzi mnemonici. Gli errori di assunzione o utilizzo sono praticamente inesistenti. In più i sistemi intrauterini, a differenza di spirali al rame e impianti sottocutanei, hanno un'azione esclusivamente locale e non agiscono a livello sistemico. Per tutti questi motivi sono particolarmente indicati anche per le 20-30enni".

La campagna "Scegli Tu". Da oltre 10 anni la Sigo conduce la campagna "Scegli Tu" che è nata per offrire a tutti un'informazione completa e qualificata sulle proprie scelte sessuali, affettive e riproduttive. Sul sito c'è la pagina Parla con il Gine dove 7 giorni su 7 due esperti rispondono on line alle domande degli utenti. "Abbiamo scelto alcuni dei quesiti più frequenti e curiosi che ci hanno rivolto i giovani e da quelli è stata sviluppata la breve guida Scegli Tu, Tutte le Risposte sul Sesso e la Contraccezione Consapevole" affermano Dubini e Arisi. "Nelle prossime settimane sarà distribuita in tutti i consultori e ambulatori di ginecologia attivi sul territorio nazionale". Sul portale di Scegli Tu c'è anche il sitowww.contraccezionesmart.it, con tante informazioni utili sulle ultime novità in tema di dispositivi contraccettivi intrauterini.

Educazione alla sessualità. In occasione della Giornata Mondiale della Contraccezione, la Sigo rinnova l'appello alle istituzioni italiane perché sia approvata, quanto prima, una legge per l'educazione alla sessualità e affettività. "Nel nostro Paese non sono materie obbligatorie previste nei programmi ufficiali del ministero dell'Istruzione" conclude Scollo.

“Ogni singolo istituto scolastico è libero di scegliere autonomamente come, quando e se svolgere dei corsi specifici. Abbiamo chiesto diversi appuntamenti alla Ministra Stefania Giannini per discutere di queste tematiche: ci auguriamo ci riceva presto”.

CORRIERE DELLA SERA.it

26-06-2016

Lettori
57.304

http://www.corriere.it/salute/

GIORNATA MONDIALE

Contraccezione: una donna su quattro utilizza metodi non sicuri Comportamenti scorretti under 30

Solo il 16,2 per cento degli italiani fa uso di anticoncezionali: malattie sessuali in aumento. Preservativo, il metodo più usato dalle connazionali

di Vera Martinella

(Getty Images)

Il 42 per cento delle under 25 italiane non utilizza nessun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale. Non solo, nel nostro Paese un quarto delle donne in età fertile utilizza sistemi poco sicuri per evitare una gravidanza indesiderata: il 17,5 per cento ricorre alla pericolosa pratica del coito interrotto, il 4,2 si affida ai metodi naturali e il 3,1 alla "buona sorte" o altri rimedi. Sono questi alcuni dati resi noti dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) in occasione della Giornata Mondiale della Contraccezione che viene celebrata oggi in tutti i cinque continenti. Anche a Milano dove i ginecologi presentano la breve guida "Tutte le Risposte sul Sesso e la Contraccezione Consapevole", che nelle prossime settimane sarà distribuita in tutti i consultori e ambulatori di ginecologia attivi sul territorio nazionale.

Solo il 16,2 per cento degli italiani fa uso di contraccettivi

Nel nostro Paese la contraccezione ormonale è utilizzata dal 16,2 per cento della popolazione, un dato fra i più bassi in Europa. Fra le regioni, al primo posto si trova la Sardegna, seguita da quelle settentrionali (tutte sopra la media italiana ad eccezione del Veneto). In Italia nel 2014 hanno partorito 7.819 baby mamme con meno di 18 anni. Di queste 4.067 provengono da Regioni del Sud d'Italia e dalla Sicilia. «Dobbiamo insegnare l'educazione alla sessualità e all'affettività sin dalla scuola - spiega Paolo Scollo, Presidente Nazionale SIGO -. Soprattutto servono programmi educazionali specifici per le categorie più propense a comportamenti scorretti e pericolosi come gli under 30 e le donne d'origine straniera». E se andrebbe certo migliorata l'informazione ai giovanissimi, a fronte del preoccupante aumento di malattie sessualmente trasmissibili nella fascia d'età 20-35 anni ma anche nei cinquantenni, non va dimenticato che per proteggersi ed evitare gravidanze indesiderate è bene utilizzare sempre il preservativo (per usarlo correttamente va indossato fin dall'inizio del rapporto e per tutta la sua durata).

Aids e Hiv: contagio, rischi, controlliLe risposte a tutti i vostri dubbi

Qual è la causa dell'infezione da HIV?

Preservativo, il metodo più usato dalle italiane

Secondo l'ISTAT è proprio il preservativo il metodo contraccettivo più utilizzato dalle italiane (42,4 per cento), seguito dalla pillola (24,3 per cento) e dal coito interrotto (17,5). In occasione della Giornata Mondiale viene presentata anche un'indagine condotta in 9 Paesi su 4.500 donne d'età compresa tra i 20 e 29 anni, tra le quali 500 italiane. «Un quarto delle interpellate nel nostro Paese si dichiara soddisfatto del metodo che sta utilizzando e quindi non sente il bisogno di cambiarlo - dice Valeria Dubini, Consigliere Nazionale SIGO, che con la campagna "Scegli Tu" punta a offrire un'informazione completa e qualificata -. Ma se decidesse di farlo il 62 per cento chiederebbe correttamente consiglio al ginecologo. È una scelta importante che può risultare difficile perché i metodi disponibili sono numerosi (aneli, cerotti, pillole, metodi fit&forget, ovvero metti e dimentica, quali sistemi intrauterini, dispositivi al rame o impianti sottocutanei) e ognuno possiede delle caratteristiche specifiche che vanno valutate e discusse tra medico e paziente». Le ragazze italiane prestano una particolare attenzione ai possibili conseguenze indesiderate: nella scelta del contraccettivo danno un valore di importanza 8,4 (in una scala da 1 a 10) alla riduzione degli effetti collaterali (come l'aumento di peso) e 8,3 al fatto che agisca localmente (senza avere quindi ripercussioni sull'intero organismo).

quotidianosanità.it

Lunedì 26 SETTEMBRE 2016

Sessualità consapevole. Italia al 12° posto in Europa. “Se ne parli a scuola”, chiede la Sic

Secondo una ricerca di Skuola.net e Società italiana della contraccezione condotto su circa 7mila studenti tra gli 11 e i 25 anni, circa 1 ragazzo su 3 dichiara di essere sessualmente attivo ma l’11% non si protegge durante un rapporto e fra gli under 14 addirittura il 42%. Per la Sic: "Non manca solo un’informazione corretta e autorevole ma anche l’educazione a una sessualità consapevole e non improvvisata".

Informare sì, spiegare è meglio. L’importanza della contraccezione è un tema sempre attuale e la giornata mondiale della contraccezione di oggi riporta l’attenzione sul bisogno di informazione sulla sessualità, sulla contraccezione e sulla fertilità.

La disinformazione è ancora tanta. Secondo una ricerca di Skuola.net e Sic – Società Italiana della Contraccezione, su circa 7mila studenti tra gli 11 e i 25 anni, 1 su 10 di chi ha avuto rapporti non usa mai il preservativo o altri metodi contraccettivi. Questo si riflette su pratiche che non garantiscono la protezione né da malattie sessualmente trasmissibili, né da gravidanze indesiderate: di media, circa 1 ragazzo su 3 dichiara di essere sessualmente attivo ma l’11% non si protegge durante un rapporto e fra gli under 14 addirittura il 42%.

Da questo quadro, a parere della Sic, emerge che non manca solo un’informazione corretta e autorevole ma anche l’educazione a una sessualità consapevole e non improvvisata. La prima proposta di legge per l'insegnamento dell'educazione sessuale nelle scuole risale al 1904. "Se fosse passata - ricorda la Società italiana della contraccezione - saremmo stati all'avanguardia e invece, peggio di noi, al 12° posto in Europa, solo Cipro, Romania, Lituania e Repubblica Ceca". A evidenziarlo è il barometro presentato dall'Ippf (International Planned Parenthood Federation), la più vasta rete globale di associazioni per la libertà e la salute delle donne attiva in 170 Paesi, che ha valutato 16 nazioni europee. Il gap sta proprio nella mancata educazione sessuale nelle scuole e nell’inadeguatezza delle strutture che dovrebbero offrire assistenza ai giovani disorientati.

“Come Sic (società italiana della contraccezione) – ha spiegato il past president Sic **Annibale Volpe** – siamo impegnati a diffondere e stimolare la conoscenza in materia di contraccezione favorendo l'informazione e promuovendo l'educazione sulla fisiopatologia della riproduzione. Quest’anno siamo stati promotori di incontri nelle scuole superiori per parlare con gli studenti di questi temi. I giovani hanno bisogno di essere indirizzati sia sull’importanza della prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmissibili e della contraccezione, sia sul rispetto per il proprio corpo e di quello del proprio partner, senza dimenticare la sfera affettiva, per vivere serenamente la propria sessualità ed evitare situazioni che possano portare disagi e problemi. Nel parlare di sessualità, - ha concluso Volpe - urge quindi l’adozione di una prospettiva educativa attraverso un confronto che tenga conto innanzitutto del linguaggio dei giovani”.

quotidianosanità.it

Lunedì 26 SETTEMBRE 2016

Fertility Day. È il momento di aprire un Tavolo di confronto sulle politiche per la famiglia

Gentile Direttore,
dopo la bufera di reazioni, le più disparate, alle iniziative del Fertility Day, scrivo queste righe perché da ginecologa con più di trent'anni di professione ospedaliera alle spalle, ho a cuore la salute riproduttiva e ho vissuto sulla mia pelle le difficoltà dell'equilibrio (per usare un eufemismo) vita-lavoro nel percorso lavorativo all'interno del SSN.

E perché occorre riconoscere che l'iniziativa della Ministra è riuscita in quello che era l'intento sostanziale: riportare all'attenzione di tutti gli italiani, in primis dei media, un tema da tutti, inconsapevolmente, forse, misconosciuto o comunque percepito, in maniera distorta, come marginale per la società italiana.
La maternità, oggi 24 settembre, ha una intera pagina del *Corriere* dedicata. Si leggano sull'argomento le parole dirette e efficaci come suo solito, del mio concittadino **Beppe Severgnini**.

Penso che il succo sia riassunto in questa sua frase: "la gravidanza non è un impiccio.... una società sana la considererebbe una opportunità".
Quindi onore al merito della Ministra se, oltre i rischi per la salute riproduttiva per le giovani generazioni, ha riportato sotto la luce dei potenti riflettori dei media e dei social il tema maternità.

Anche tra le mille polemiche scatenate per l'inadeguata e precaria cornice socio-esistenziale che, loro malgrado, attende le mamme di questo paese, mamme in essere e in "fieri", cioè la maggior parte delle donne che si apprestano o hanno voglia di fare un bambino.

Onore al merito, anche se questo intento è stato stritolato dalle indubbie gaffes tipografico-organizzative di una campagna comunicativa che non ha brillato per scelte di immagini appropriate ma solo perché, purtroppo, politicamente scorrette.

Sono stati, comunque, posti sotto gli occhi di tutti gli italiani, anche di chi ha in mano leve correttive, dati e cifre drammatiche di denatalità in Italia, le più basse d'Europa.

L'asticella è arrivata a livello inferiore al 1918, dopo la prima guerra mondiale.
Un misero numero di 485000 nati nel 2015, il più basso dall'unità di Italia a oggi; che si traduce in un tasso di fecondità pari a 1,35 figli per donna, che in alcune categorie si ferma ben sotto il punto zero!

Su questi dati c'eravamo soffermati già alla fine di luglio, quando come Coordinamento Donne Cisl Medici, abbiamo dato pubblicità a un manifesto per la genitorialità in sanità. Genitorialità pratica che, come dice Severgnini, parte dalle cose semplici. "I bambini non li porta a scuola lo Spirito santo, che ha altro da fare. Negli USA ci pensa lo schoolbus; in Italia tocca ai genitori o ai nonni (quando ci sono)".

Anche noi, ci siamo fatti interpreti, del disagio di quella quota rosa che, ormai maggioritaria nel mondo lavorativo della sanità, dopo anni di precariato selvaggio e senza tutele, affronta con dedizione disumana i salti mortali della conciliazione lavoro-carriera nel SSN, nella cui organizzazione imperano ancora, tanto difetti legislativi quanto e forse più "regole del gioco collettivo", applicate secondo un'ottica maschile, che portano a quotidiane prevaricazioni e discriminazioni per le mamme medico.

E su questo la Ministra dovrebbe riflettere e raccoglie re proposte di alleanze attive e fattive, che possano dare la dritta giusta a Direttori Generali delle aziende sanitarie nel valorizzare il talento femminile per un sano realismo, al di là delle polemiche.

Per questo concludo reiterando un invito, già espresso in altre sedi dalla mia Confederazione: "E' arrivato il momento di aprire un tavolo di confronto con le parti sociali per coordinare una politica per la famiglia con azioni a 360 gradi, atte a superare slogans e strumentalizzazioni".

Antonia Carlino
Responsabile Dipartimento Politiche di Genere, Welfare e Giovanili
Coordinamento Donne Cisl Medici

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 104.204
Diffusione 07/2016: 42.176
Lettori Ed. I 2016: 249.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

27-SET-2016
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

A tu per tu

di MATTIAS MAINIERO

L'aborto come contraccettivo

Dottor Mainiero, a cosa serve il Fertility Day se alla fine abbiamo più aborti I numeri dicono che in Italia siamo già fertili. Solo che abortiamo: 1 ogni 5 minuti, 300 al giorno, 9.000 al mese, oltre 100.000 l'anno. Non sarebbe cosa migliore fare una campagna contro l'aborto?

Valentino Castriota
e.mail

***

Caro Castriota, a me risulta che i numeri siano differenti e che gli aborti siano in diminuzione: trent'anni fa erano quasi duecentomila, oggi meno di centomila. Significa che nelle coppie c'è maggiore consapevolezza. Possiamo anche dire: più attenzione con un uso maggiore dei contraccettivi. E questo è il primo fattore alla base della diminuzione delle nascite. Secondo fattore, sul quale convergono tutti gli esperti: diminuisce la fertilità. E dunque, visto che siamo diventati un popolo di anziani, cioè senza futuro, bene ha fatto il ministro Lorenzin a lanciare la sua campagna a favore della fertilità. Che poi questa campagna sia stata costellata di errorI e che tante maternità siano rinviate perché manca il lavoro e mancano i soldi è indubbio, ma è un altro discorso: il problema della fertilità e delle mamme (e dei padri) sempre più avanti negli anni esiste ed è grave. Se non crede alle statistiche, vada davanti ad una scuola elementare o ad un asilo. Noterà che le mamme che accompagnano i figli e li vanno a riprendere a volte sembrano nonne. Molto giovanili, senza un capello bianco, ma di fatto nonne di quei bambini. O nonni. Non va, e dobbiamo intervenire. Quanto all'aborto e ad eventuali campagne di informazione, i numerI ci dicono anche altro. Per esempio, che il 27% delle interruzioni volontarie di gravidanza riguarda donne che hanno già abortito. Traduco: prima fanno quello che fanno infischiandosene delle conseguenze, poi corrono ai ripari abortendo. Ovviamente a spese del Servizio sanitario nazionale. Bene, più che fare una campagna contro l'aborto, bisognerebbe mettere un ticket sugli aborti plurimi usati come contraccettivo. Chi vuole ricorrere al bisturi del giorno dopo che se lo paghi almeno di persona. [LaPresse]

mattias.mainiero@liberoquotidiano.it

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.812
Diffusione 07/2016: 251.862
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

27-SET-2016
da pag. 32
foglio 1
www.datastampa.it

La ministra e i figli degli altri

CORRADO AUGIAS
c.augias@repubblica.it

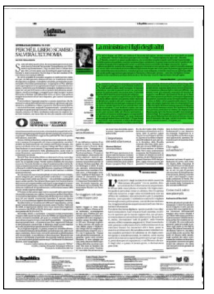
GENTILE Augias, nel 1932, per celebrare il decennale del regime, vennero emessi due francobolli con queste didascalie: "Perché l'Italia abbia pane per tutti i suoi figli" e "Trepida vigilanza su ogni culla". Mirabile filatelia, come lo fu in genere quella fascista, che tornerebbe comoda in questi nostri tempi funestati dalla crisi delle nascite e da maldestri tentativi ministeriali per combatterla. La prima frase è scritta sotto il quadro di un contadino che guida il bove spingendo l'aratro. La seconda è sotto una madre che veglia il suo piccolo. A parte l'evidente semplicità e potenza dei messaggi, raggiunte entrambe con non piccola arte, risalta il connubio esistente tra l'uno e l'altro: se si vuole che le donne abbiano figli occorre che per essi ci sia il pane. Si possono aggiungere anche asili, tutela della maternità sul lavoro, contributi pro nati: tutto adeguato, s'intende. Insomma un'assistenza dello Stato quale quella oggi esistente per esempio in Germania, e lavoro per i giovani — sono loro che figliano. Invece appaiono brutti manifestini per di più dedicati ad un "fertility day" come se i figli dovessero farli gli inglesi.

Giovanni Moschini — g.moschini@yahoo.it

RARAMENTE s'è vista una campagna ministeriale di maggiore goffaggine e di prevedibile inefficacia. Sulla qualità e gusto delle immagini s'è discusso a dismisura, non vale la pena di tornarci su, anche per quel po' di carità di patria che ancora resta. D'altronde il merito dell'iniziativa sconcerta più dei volantini.

Le ragioni per le quali si sceglie di fare pochi figli o di non farne affatto coprono una gamma molto vasta che va dal più puro egoismo alla più consapevole generosità. Si può decidere di non farne per comprare la macchina nuova o perché timorosi di non potergli dare tutto ciò che si vorrebbe. È una decisione umana così complessa, riservata, moralmente impegnativa che lo stesso atto può caricarsi delle più diverse motivazioni — non escluse ovviamente sbadataggine e irresponsabilità. Dal punto di vista sociologico, le cause analizzate per le quali gli italiani fanno pochi figli (1,35 per donna — Istat 2015) sono numerose. A detta dei demografi, avrebbero maggiore incidenza (in ordine non d'importanza, casuale): diminuita influenza della Chiesa; diffusione di metodi e strumenti contraccettivi; legalizzazione dell'aborto; ingresso delle donne nel mondo del lavoro; urbanesimo (allevare figli in città è più difficile); matrimoni in età più avanzata; mancanza di strutture di supporto; insufficienti agevolazioni fiscali per la famiglia; disoccupazione giovanile; prolungata dipendenza dai genitori; aumentato senso di responsabilità nel dare vita a un figlio; cultura egoistica del piacere. Un ventaglio così ampio rispecchia bene la complessità d'una scelta che solo le dittature possono sperare d'influenzare alternando bastone e carota. Nel capolavoro di Scola *Una giornata particolare* si vedeva una Sophia Loren sfiancata dai parti che doveva accudire una numerosa nidiata di figli. Era un paese povero, largamente analfabeta, ancora fiducioso nei miti fatti col cartone: otto milioni di baionette. Ma oggi, ministra Lorenzin, come è potuto saltarle in mente... in inglese, poi.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

26-06-2016

Lettori
57.304

http://www.corriere.it/salute/

diritto

Nascita e parto: due mesi per un'ecografia, un giorno se si paga

Per riuscire a eseguire in tempo utile tutti gli esami necessari le future madri sono spesso costrette a ricorrere a strutture private. Anche quando le stesse prestazioni dovrebbero essere garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale

di Maria Giovanna Faiella

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, 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.

ANSA.it

26-09-2016

http://www.ansa.it

Zika: esperti, neonati sembrano precoci ma sono 'riflessi fetali'

Possono piangere per 24 ore e avere dolori fortissimi a stomaco

WASHINGTON - Appaiono sempre più gravi i danni neurologici causati ai neonati venuti alla luce da madri contagiate dal virus Zika: questi piccoli possono apparire addirittura precoci ai genitori, grazie a movimenti quasi perfetti. Ma si tratta di riflessi da stato fetale.
Inoltre, piangono sino a 24 ore su 24 e spesso hanno dolori fortissimi per riflussi gastrici che gli impediscono di assumere il latte, se non in piccolissime quantità. Molti soffrono di attacchi epilettici.
A lanciare l'allarme nel corso di un meeting di esperti internazionali tenutosi a Washington, all'Istituto nazionale della salute, è stata Vanessa Van Der Linden, la scienziata che per prima dal Brasile informò il mondo della diffusione dell'infezione. A rafforzare la preoccupazione, le parole di Sonja Rasmussen dei Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (Cdc): "Purtroppo ciò che osserviamo ora è solo la punta dell'iceberg". Per Steve Miller, specialista di Toronto: tutto ciò fa presumere che questi bimbi non potranno avere una lunga vita.
Spesso - ha spiegato Van Der Linden - i neonati colpiti da Zika sono in grado di tenere diritto il collo, di stringere dita e sedersi eretti: i genitori sono felici, ma si tratta di pessimi segnali. Questi a cui assistono sono infatti solo i riflessi fetali, che in realtà dovrebbero smettere subito dopo la nascita per permettere il vero sviluppo neurologico del bimbo.
Altri sono venuti alla luce con circonferenze della testa normali e dopo hanno evidenziato microcefalia. Il quadro fa inoltre presumere che Zika possa continuare a danneggiare l'organismo anche dopo la nascita.

Partorire nel nostro Paese: i numeri

Si spendono migliaia di euro

Riferisce Sabrina Nardi, vice coordinatrice 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 in 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».

Parto sicuro: domande e risposte

Come si sceglie il punto nascita più adatto per il parto?

La prassi attuale

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 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.

Perché in Italia si muore di parto

Le complicanze

L'eccezione dei consultori

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».

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

26 set 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella

Pubblicità

NOTIZIE FLASH

Tumore al seno: via alla 24^ campagna di prevenzione Lilt

"La prevenzione è un messaggio per tutte noi": è lo slogan della ventiquattresima edizione della campagna di prevenzione dei tumori delle donne, organizzata dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) e patrocinata dalla presidenza del Consiglio e dal ministero della Salute. La campagna presentata oggi, ha come testimonial l'attrice e modella Elisabetta Gregoraci, si terra' in tutta Italia nell'intero mese di ottobre e sarà presente sul web con l'hashtag: ***#iofaccioprevenzione.*** L'obiettivo è sensibilizzare il maggior numero di donne possibile, dato che ancora oggi soltanto il 60% di tutte quelle che sono in età di screening (tra i 50 e i 69 anni) lo fanno.

Il 35% delle donne scopre da sola, attraverso l'autopalpazione, di avere un tumore al seno. E ancora troppo poche sono quelle che si sottopongono a screening, soprattutto al Sud. «Se a livello nazionale nella fascia di età 50-69 anni a farlo sono il 60% circa delle donne, la percentuale arriva a oltre l'80% di copertura delle regioni del nord a scende sotto il 40% al sud». È la denuncia che arriva dal presidente della Lega Italiana per la lotta contro il tumore (Lilt), **Francesco Schittulli**, in occasione della conferenza stampa per il lancio della 24esima edizione di "Lilt for Women-Campagna nastro rosa", per diffondere la prevenzione.

La possibilità di guarire da questa neoplasia è molto aumentata negli ultimi anni, ma il 15-20% di chi affronta la malattia non riesce a superarla. Una diagnosi precoce di cancro porta le possibilità di sopravvivenza al 95%, ma troppo spesso arriva in ritardo. Contro il tumore al seno «abbiamo delle armi e vanno usate», ha sottolineato il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**. «La prima è lo screening, ma quando si viene chiamati, ancora sono troppo poche, soprattutto al Sud, le donne che aderiscono alla chiamata. La seconda è l'autopalpazione al seno, che bisogna cominciare a fare sin da giovanissimi. La terza è quella dei corretti stili di vita, che riducono le cause di cancro». In particolare sullo screening, ha aggiunto il ministro, «c'è ancora troppo differenza tra nord e sud e c'è necessità di sensibilizzare ancora di più le donne e le strutture sanitarie».

300 spazi prevenzione

La campagna, scandita da oltre 300 spazi prevenzione delle 106 sezioni provinciali Lilt, fornirà informazioni ma non solo: sono previste visite senologiche gratuite e, ove occorra, eventuali controlli diagnostici clinico-sperimentali. «Oggi ci sentiamo di dichiarare una guerra vincente al cancro, senza morti e prigionieri», ha detto il presidente **Schittulli**. «Questa guerra - ha continuato - sarà difficile, non breve, ma certamente vittoriosa se sapremo prenderci cura del nostro ambiente. Questo perché oggi conosciamo l'importanza dei fattori ambientali, tant'è che definiamo il cancro una malattia ambientale su base genetica». «Sono una donna del Sud - ha affermato Gregoraci - e vorrei che questa campagna arrivasse anche alle giovani del Mezzogiorno, dove ancora si fa poca prevenzione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IMPRESE E MERCATO
15 Settembre 2015

MEDICINA E RICERCA
16 Novembre 2015

MEDICINA E RICERCA
07 Aprile 2016

CORRIERE DELLA SERA.it

26-06-2016

Lettori
57.304

http://www.corriere.it/salute/

il 25-30% dei casi tra le donne under 50

Elisabetta Gregoraci testimonial per la lotta contro il tumore al seno

La showgirl ha prestato il volto per la campagna «Nastro rosa» della Lega italiana per la lotta contro i tumori: «Ancora poca prevenzione tra le giovani, soprattutto al Sud»

di Laura Cuppini

Elisabetta Gregoraci testimonial della campagna «Nastro Rosa 2016» della Lilt

«Mia mamma Melina, che aveva sei figli, si è ammalata al seno molto giovane. Ha subito molte terapie e operazioni. Io ho vagato per anni tra gli ospedali». Così Elisabetta Gregoraci, showgirl, modella e conduttrice tv, nonché moglie di Flavio Briatore, raccontava a *Oggi*, poco meno di un anno fa, il suo "incontro" con il tumore al seno e la paura di potersi ammalare a sua volta. E di fronte all'ipotesi di seguire l'esempio di Angelina Jolie, che si è fatta togliere entrambi i seni e le ovaie per prevenire la formazione di un tumore (essendo risultata portatrice del gene difettoso BRCA1, fattore di rischio appunto per seno e a ovaie), Elisabetta non ha dubbi: meglio optare per la prevenzione. «Io non sono Angelina Jolie. Non riesco a pensarci, i medici mi hanno proposto di fare le analisi genetiche, ma non me la sono sentita. Però sono scrupolosa, faccio i controlli».

Una testimonial vestita

Anche grazie a questa sua sensibilità, la showgirl calabrese, 36 anni e un figlio di 6 (Falco Nathan), ha prestato gratuitamente la propria immagine per la campagna "Lilt for Women - Nastro Rosa 2016" della Lega italiana per la lotta contro i tumori, in programma per tutto il mese di ottobre. Alla 24esima edizione, l'iniziativa è patrocinata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero della Salute, è accompagnata dall'hashtag #iofaccioprevenzione. Chiaro lo slogan: «La prevenzione è un messaggio per tutte noi». L'anno scorso aveva fatto discutere la scelta di un'altra testimonial nota: Anna Tatangelo. Soprattutto era stata criticata l'immagine troppo sexy, in cui la cantante appariva in topless, con il seno coperto solo dalle braccia conserte. Quest'anno il "messaggio" è decisamente diverso: Gregoraci è vestita di tutto punto, una semplice camicia bianca con scollatura più che sobria. Il rischio di polemiche dovrebbe essere scongiurato.

«Nel Sud ancora poca prevenzione»

«Sono orgogliosa di aver prestato la mia immagine per una campagna così prestigiosa e sostenuta da un Ente pubblico su base associativa, che ogni anno si impegna per rendere la prevenzione uno stile di vita - ha detto Elisabetta Gregoraci -. Sono pertanto onorata di poter essere la portavoce di un messaggio positivo finalizzato a dare una speranza in più contro il cancro, una terribile malattia che però grazie a un'attenta e scrupolosa attività di prevenzione può essere sconfitta. Sono una donna del Sud, luogo nel quale si parla ancora poco di prevenzione. Vorrei dunque che questa campagna, dedicata a tutte le donne, arrivasse anche alle giovani del sud Italia, cosicché possano avvicinarsi alla prevenzione e proteggersi. E ad ogni donna che entrerà in contatto con questa campagna dico: "Io faccio prevenzione, e tu?"».

Il rischio tra le giovani

Tra i tumori, quello alla mammella continua ad essere per le donne il "big killer" numero uno. Si stima che nel 2016 in Italia saranno oltre 50mila i nuovi casi di cancro al seno. Il 25-30% dei casi riguarda donne sotto i 50 anni. Il problema è che questa fascia di età è attualmente esclusa dal programma di screening previsto dal Sistema sanitario nazionale, riservato alle donne tra i 50 e i 69 anni. La campagna "Nastro Rosa 2016" si pone dunque l'obiettivo di intercettare e sensibilizzare in particolare un target giovane. «Ma interlocutrice è ogni donna, giovane e non, che abbia affrontato la patologia tumorale o che sia sana, che abbia un seno naturale o abbia subito un intervento di chirurgia estetica, abbiente e non abbiente, di ogni etnia» spiega la Lilt nel comunicato.

Cancro al seno: i sintomi che le donne (e i maschi) di ogni età non devono sottovalutare

Quali sono i sintomi del cancro del seno?

Visita senologica, ecografia e mammografia

«Vogliamo sottolineare l'importanza della prevenzione per le donne fin da giovanissime: a partire dai 16-18 anni tutte dovrebbero cominciare a fare mensilmente l'autoesame e l'autopalpazione del seno - spiega il presidente della Lilt Francesco Schittulli, senologo e chirurgo -. In questo modo negli anni imparano a conoscere perfettamente il proprio seno e sono in grado di cogliere qualsiasi cambiamento al tatto. Questo è fondamentale perché il tumore colpisce donne anche giovani, per le quali non esistono programmi di screening. Oltre all'autopalpazione, le donne non a rischio dovrebbero sottoporsi ogni anno, a partire dai 30 anni, a una visita senologica con ecografia e, dai 40 anni in su, anche a una mammografia annuale, per tutto il resto della vita. Per un po' di anni quindi devono pagare il ticket, ma è solo una tantum: significa magari rinunciare a una seduta dal parrucchiere. L'obiettivo è irrinunciabile ed è quello di vivere una vita più lunga e in buona salute. Questi esami "salva-vita" vengono eseguiti anche nelle sedi Lilt, a fronte dell'iscrizione e di un contributo, come servizio integrativo rispetto a quello offerto dal Servizio sanitario

e dalle Asl».

Tasso di guarigione all'80-85%

Il tumore al seno colpisce il 29% delle donne italiane (percentuale in linea con quella europea) e il tasso di guarigione si attesta all'80-85%. «Se la lesione viene scoperta in fase iniziale, quando ha un volume di pochi millimetri, le probabilità di sopravvivenza sono altissime perché l'aggressività del cancro è molto limitata - dice ancora Schittulli -. Con una diagnosi precoce la guaribilità è superiore al 95% e l'intervento chirurgico può essere di entità minima, preservando l'integrità del seno. Per questo è fondamentale prestare la massima attenzione a questo organo così importante dal punto di vista della maternità, dell'estetica e della sessualità. L'incidenza del tumore è aumentata anche perché l'età della prima gravidanza si è spostata molto in avanti. Altri fattori di rischio sono: casi di tumore al seno in parenti stretti, la presenza di mutazione genetica predisponente, l'assenza di gravidanze, ma anche la vita sedentaria, il fumo, il diabete, il sovrappeso, l'errata alimentazione. In presenza di più fattori il rischio non si somma, si moltiplica. In Italia il 35% delle donne con un tumore al seno lo scopre da sola e succede più al Sud, dove gli screening sono molto meno diffusi».

I tempi del tumore

L'importanza vitale della prevenzione viene messa in luce da numerosi studi. Un tumore al seno impiega alcuni anni prima di diventare evidente a livello clinico: per raggiungere il diametro di 1 cm può impiegare anche 6 anni; al contrario le sue dimensioni possono raddoppiare in un tempo molto breve, da 23 a 209 giorni. Una rapida corsa che, secondo la Lilt, può essere arrestata attraverso programmi costanti di prevenzione a cui anche le giovani donne devono essere avvicinate. «Sono 700mila le donne italiane che hanno avuto un cancro al seno e che ora vivono una vita normale, perché guarite - conclude Schittulli -. Questo deve essere di stimolo per tutte, sapere che si può guarire. Detto questo, la mia speranza è che entro dieci anni il cancro al seno possa essere debellato completamente. Per i tumori in generale, dovremo aspettare un po' di più, forse vent'anni».

Le 12 regole per prevenire i tumori del Codice europeo contro il cancro

Non fumare

Visite e controlli gratuiti

Per tutto il mese di ottobre i 400 Spazi prevenzione (ambulatori plurispecialistici) della Lilt, con le sue 106 sezioni provinciali, saranno a disposizione gratuitamente per informazioni, visite senologiche e controlli diagnostici clinico-strumentali. Inoltre alcuni importanti monumenti, edifici, fontane, piazze, verranno illuminati con una luce rosa, colore simbolo della lotta contro il tumore al seno. È poi attivo il numero verde "Linea SOS Lilt" (800.998877), con chiamata anonima e gratuita. Un'équipe di esperti, composta da giuristi, medici e psicologi, risponde dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 15 e offre supporto per iter burocratici, informazioni medico e centri oncologici. «Nel 2022 la Lilt celebrerà i 100 anni di attività e vorrebbe festeggiarli con la vittoria sul cancro - ha detto Francesco Schittulli -. Con questo spirito ci sentiamo di dichiarare una guerra vincente al cancro, senza morti o prigionieri: un inno alla speranza e alla vita in una guerra difficile, non breve, ma certamente vittoriosa se sapremo prenderci cura del nostro ambiente. Questo perché oggi conosciamo l'importanza dei fattori ambientali, tant'è che definiamo il cancro "una malattia ambientale su base genetica". Lavoreremo quindi insieme affinché i circa 3 milioni di uomini e donne italiani vivi dopo un tumore possano serenamente convivere con questa malattia, come se si trattasse di una patologia cronica, paragonabile all'artrosi, al diabete, all'ipertensione, e perché la guaribilità si possa avvicinare sempre più al nostro obiettivo finale: mortalità zero per il cancro».

La cultura della prevenzione

La Lega italiana per la lotta contro i tumori, medaglia d'oro al merito della Sanità, è un Ente pubblico sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze e controllato dalla Corte dei Conti. Opera senza finalità di lucro e ha come compito principale la promozione e diffusione della cultura della prevenzione oncologica. È anche la più antica organizzazione in questo settore: è stata costituita nel 1922. Promuove la prevenzione attraverso la diagnosi precoce, le campagne di sensibilizzazione, i programmi informativi ed educativi, la riabilitazione psicofisica, la ricerca, il sostegno sociale e l'assistenza sanitaria. È estesa in tutto il territorio nazionale attraverso con Spazi prevenzione, strutture e residenze con finalità palliative. La campagna "Nastro Rosa" - ideata nel 1989 negli Stati Uniti e promossa in tutto il mondo dalla Fondazione Estée Lauder - ha come obiettivo sensibilizzare un numero sempre più ampio di donne sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce dei tumori della mammella.

quotidianosanità.it

Lunedì 26 SETTEMBRE 2016

Tumore al seno. Schittulli (Lilt): “Nel 2016 48mila casi e il 30% in donne sotto i 50 anni che non hanno diritto agli screening gratuiti. Per questo la soglia di accesso va abbassata”

Per il presidente della Lega italiana per la lotta ai tumori è questa l'unica strada per scongiurare la crescita dei casi tra donne sempre più giovani. Anche perché il cancro al seno tra le quarantenni non è più un evento raro. "È evidente che ampliare la fascia di età coinvolta nello screening è un investimento. Si potrebbeanche pensare di introdurre modelli di compartecipazione, riservando la gratuità ai redditi più bassi. Le soluzioni si trovano, ma bisogna volerlo". Oggi al via la nuova campagna Lilt

“La prevenzione è un messaggio per tutte noi”. E’ questo il claim che caratterizzerà la XXIV edizione della campagna “LILT for Women – Campagna Nastro Rosa 2016” presentata oggi dalla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori e in programma per tutto il mese d’ottobre. Se il tumore alla mammella continua ad essere sempre più frequente tra le donne, registrando un aumento di oltre il 15% nell’ultimo quinquennio, è infatti anche vero che una diagnosi precoce può portare alla guarigione in oltre il 95% dei casi. Tuttavia oggi la percentuale di donne che riesce a vincere questa neoplasia è ferma all’80-85%. Una soglia che, pur molto alta, resta comunque al di sotto delle sue potenzialità, soprattutto a causa delle diagnosi tardive che caratterizzano alcuni casi, specie nel Mezzogiorno d’Italia.

Per questo la Lilt torna a sensibilizzare le donne sull’importanza della prevenzione. Un messaggio che deve arrivare forte anche alle giovani perché, come spiega il presidente della Lega, prof**. Francesco Schittulli,** senologo-chirurgo in questa intervista, “l’incidenza tra le giovani sta crescendo, e questo trend preoccupante va fermato prima che il numero delle vittime diventi drammatico”.

Professor Schittulli, il tumore alla mammella è da sempre il più frequente tra le donne. Gli ultimi dati che trend di incidenza segnalano?
I casi continuano ad aumentare, registrando un incremento di oltre il 15% nell’ultimo quinquennio. Si stima che nel 2016 saranno circa 48mila le donne che riceveranno una nuova diagnosi di tumore alla mammella e che nel 2017 saranno oltre 50mila. Il 30% di questi casi riguarderanno donne di età inferiore ai 50 anni, dunque escluse dai programmi gratuiti di screening del Servizio Sanitario Nazionale, riservati alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni.

In questo 30% rientrano anche casi di donne molto giovani?
Stiamo effettuando degli approfondimenti per avere dati certi, ma posso dirle per mia stessa esperienza che il cancro alla mammella non è più un evento raro tra le quarantenni. Nel solo mese di settembre io stesso ho effettuato 5 interventi di cancro al seno e in tre casi si trattava di donne rispettivamente di 31 e 32 e 38 anni. È un fenomeno molto allarmante di cui dobbiamo tutti farci carico: cittadini, operatori sanitari e istituzioni. Non possiamo aspettare che il numero delle vittime salga a livelli severi per mettere in campo azioni efficaci di prevenzione.

I programmi di screening gratuiti si rivolgono oggi solo alle donne sopra i 50 anni di età. Ritiene che la fascia di età coinvolta dovrebbe essere allargata fino ad includere le più giovani? E questo come potrebbe realizzarsi considerati i problemi di sostenibilità economico-finanziari del Servizio Sanitario Nazionale?
Le considerazioni economiche dovrebbero anche tenere conto delle conseguenze di determinate scelte. Se io mantengo la donna in un buono stato di salute nel corso della vita, ella sarà una risorsa economica e sociale

per il Paese e per la propria famiglia. I costi a carico del SSN per mantenere una donna in salute saranno peraltro più contenuti di quelli necessari ad assisterla qualora si ammalasse. Si tratta di avere uno sguardo ampio e di lungo respiro sulle ripercussioni che la malattia ha sul sistema sanitario, sul Paese e sulle famiglie. Se applica questo sguardo, diventa evidente che ampliare la fascia di età coinvolta nello screening è un investimento. Si potrebbe inoltre pensare di introdurre modelli di compartecipazione, riservando la gratuità ai redditi più bassi. Le soluzioni si trovano, ma bisogna volerlo.

Quali sono le cause dell'aumento del tumore alla mammella?
Sicuramente l'aumento dell'aspettativa di vita delle donne e dei fattori di rischio quali fumo, sovrappeso, diabete, ipertensione, sedentarietà e cattiva alimentazione. Nel caso delle neoplasie femminili entra inoltre in gioco anche l'attività riproduttiva, l'età del menarca, che negli anni si è progressivamente abbassata, l'allungamento dell'età della prima gravidanza, il ridotto numero di figli, la menopausa tardiva. Elementi tutti che aumentano i rischi di sviluppare il cancro al seno, così come l'abbandono o la riduzione della pratica dell'allattamento al seno.

A cosa va, invece, il merito della ridotta mortalità?
All'introduzione di una diagnostica strumentale sempre più sofisticata, attenta, precisa, puntuale. La rivoluzione dell'imaging ci consente oggi di scoprire lesioni del seno anche di pochi millimetri, cioè quando l'indice di malignità, il grado di aggressività del tumore è ancora molto basso e il processo di metastatizzazione pressoché nullo. Questo significa che su quella lesione si può intervenire in modo non invasivo, senza deturpare il seno, garantendo alla paziente una possibilità di guarigione che supera il 90%. Questi aspetti vanno evidenziati e comunicati nel modo più ampio possibile, perché le altissime possibilità di guarigione e di conservazione totale del seno, dunque del simbolo della propria femminilità, possono rappresentare un incentivo importante per l'adesione delle donne a uno stile di vita incentrato sulla prevenzione.
A permettere la riduzione della mortalità è stata anche l'introduzione di farmaci intelligenti a bersaglio, che colpiscono cioè le cellule tumorali senza intaccare quelle sane.
È inoltre cresciuta la cultura della prevenzione come metodo di vita, su cui bisogna insistere. E' comunque innegabile che questa cultura abbia compiuto negli ultimi anni passi da gigante. Anche grazie al coraggio di molte donne, famose e non, che si sono esposte e hanno raccontato la loro storia, comunicando al mondo quanto la prevenzione e la diagnosi precoce siano importanti per vincere la battaglia contro il cancro al seno. Questo lavoro di comunicazione, come detto, deve continuare, e coinvolgere anche gli uomini, affinché si facciano difensori della salute delle loro donne, delle loro figlie, delle loro madri.

Le campagne di sensibilizzazione quindi danno i loro frutti…
Assolutamente. La partecipazione delle donne è sempre più ampia e le donne hanno ancora una volta dimostrato davvero di avere una marcia in più: coraggio e determinazione. Hanno abbattuto i tabù e gli stigma, sono informate e vogliono esserlo sempre di più, hanno portato nelle piazze e hanno messo il proprio volto a disposizione di tematiche su cui 20 anni fa regnava una sorta di oscurantismo, di scaramantico silenzio, vergogna o pietismo. Oggi le donne non si vergognano più di parlare di tumore al seno. Sanno di poterlo sconfiggere, e in questa battaglia non si sentono meno femminili delle altre donne, né più deboli. Anzi.

L'autopalpazione può essere considerata importante nell'ambito della prevenzione?
Certo. Come Lilt abbiamo anche l'obiettivo di creare sinergie con le scuole secondarie per poter promuovere programmi di prevenzione e di formazione sull'autopalpazione tra le ragazze. L'autopalpazione rappresenta una preziosa forma di educazione, per avvicinare le ragazze alla problematica e per invitarle a conoscere ogni centimetro del proprio seno.
Attenzione, però, l'autopalpazione non deve mai sostituire le visite di controllo e l'esame clinico specialistico. Non è un mezzo diagnostico. Questo va detto chiaramente per evitare che una donna sia convita di stare bene anche se così non è. Ciò non toglie che, conoscendo bene il proprio seno, una donna possa anche accorgersi di eventuali cambiamenti rispetto ai mesi precedenti e dunque rivolgersi al proprio medico per gli eventuali approfondimenti e accertamenti.

Ad una donna o ragazza che non abbia mai avuto casi di tumore alla mammella in famiglia, quali controlli consiglierebbe di fare?
L'autopalpazione deve cominciare durante l'adolescenza. A partire dai 25 anni di età consiglierei di effettuare ogni anno una visita senologica e una ecografia, a cui aggiungere – a partire dai 40 anni – la mammografia.

Ottobre sarà il mese della campagna Lilt. Qual è il messaggio che rivolgerete alle istituzioni in questa occasione?
La guaribilità del cancro al seno si attesta oggi intorno all'80-85% dei casi. Il che comunque significa che il 15-20% circa delle pazienti che affronta la malattia non riesce a superarla, soprattutto a causa di una diagnosi

tardiva. Dobbiamo intervenire per salvare quel 15-20% di donne. La Lilt deve fare la propria parte, e le istituzioni devono fare di più, ampliando i programmi di screening e incrementando l'adesione delle donne agli stessi, ma anche garantendo una rete di strutture specialistiche "dedicate" alla senologia e di professionalità specializzate al trattamento di questa specifica patologia. Salvare quelle vite è una nostra comune responsabilità.

Lucia Conti

26-09-2016

Lettori
17.555

www.agi.it

Giovani piu' esposte a cancro seno, 30% in donne under 50

Roma - Il 30% di tutti i tumori al seno diagnosticati alle donne in Italia riguarda le under 50. Lo sottolinea la Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) in occasione della presentazione della 24esima edizione della campagna di prevenzione dei tumori delle donne, organizzata dalla stessa Lilt e patrocinata dalla Presidenza del Consiglio e dal Ministero della Salute. Ricordando che il programma di screening, previsto dal sistema sanitario nazionale, e' riservato alle donne di eta' compresa tra i 50 e i 69 anni, la Lilt aggiunge che "si stima che in Italia, nel 2016, saranno oltre 50 mila i nuovi casi di cancro alla mammella". Inoltre, "nelle sole regioni del sud Italia, quali Puglia e Basilicata, si potranno verificare piu' di 5.000 nuovi casi di cancro al seno".

In Italia, poi, il 35% delle donne scopre da sola di avere un nodulo alla mammella, sottolinea la Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) presentando a Roma la 24esima edizione della campagna di prevenzione della lotta ai tumori delle donne, che si svolgera' nel corso di tutto il mese di ottobre sull'intero territorio nazionale con oltre 300 'spazi prevenzione'. "In Italia solo il 60% delle donne in eta' di screening (ovvero tra i 50 e i 69 anni, ndr) si sottopone allo screening", sottolinea Francesco Schitulli, presidente della Lilt. "Al sud - precisa Schitulli - questo dato e' anche piu' basso, dato che meno del 40% delle donne si sottopone a screening nella fascia di eta' in cui dovrebbe farlo, mentre al nord siamo sopra l'80%. (AGI)

quotidianosanità.it

Lunedì 26 SETTEMBRE 2016

Chirurgia mininvasiva. A Roma 27 Società scientifiche a confronto fino al 29 settembre

Nel corso del workshop si farà il punto sulla situazione attuale riguardo l'utilizzo della chirurgia mininvasiva in Italia e sulle prospettive per il futuro. L'approccio mininvasivo potrebbe fornire risposte non solo in termini vantaggi per i pazienti, ma anche per le proprie potenzialità in termini di efficienza, con conseguente ottimizzazione delle risorse per il Sistema sanitario.

L'innovazione tecnologica in chirurgia è diventata un elemento imprescindibile per garantire ai cittadini standard elevati di trattamento con un risparmio sul lungo periodo in termini di gestione della malattia. Un elemento, questo, di primaria importanza per la qualità stessa dei Sistemi Sanitari. Nuovi dispositivi e procedure chirurgiche evolute hanno portato benefici rilevanti per i pazienti, consentendo trattamenti più efficaci e di maggiore qualità. A discapito di ciò, però, i dati mostrano che in Italia l'adozione della chirurgia mininvasiva si attesta intorno al 29 per cento, rispetto al dato medio europeo del 32.

Su questo tema si sono confrontati oggi alcuni dei principali esperti in chirurgia mininvasiva in occasione del workshop "Ottimizzazione dei percorsi clinico-organizzativi per la chirurgia mininvasiva" organizzato nell'ambito del Congresso congiunto di 27 Società scientifiche di chirurgia Italiane, in corso fino al 29 settembre a Roma.

"La chirurgia laparoscopica, la più diffusa tra le tecniche mininvasive, ha più di venticinque anni di vita; ha raggiunto la piena maturità - ha spiegato **Francesco Corcione**, Presidente Nazionale della Società Italiana di Chirurgia (Sic) -. Non si tratta di un'alternativa alla chirurgia in aperto ma, a tutti gli effetti, del "gold standard" per la maggior parte degli interventi chirurgici addominali. Questo, grazie all'efficacia e alla precisione dimostrata sia negli studi realizzati finora sia nell'esperienza degli operatori sul campo. È importante, però, investire nella formazione dei medici, l'unica strada per far sì che i giovani chirurghi acquisiscano gli elementi indispensabili per lavorare bene. La chirurgia laparoscopica è a tutti gli effetti una filosofia prima ancora di essere una pratica chirurgica".

La garanzia di accesso dei cittadini alle migliori cure disponibili rappresenta una sfida in cui l'elemento determinante è la sostenibilità della spesa per il Sistema Sanitario e per il Paese. L'approccio mininvasivo meriterebbe un maggior approfondimento non solo per i vantaggi che offre ai pazienti, ma anche per le proprie potenzialità in termini di efficienza, con conseguente ottimizzazione delle risorse. Per far ciò, è necessario che tutti i soggetti coinvolti nei processi decisionali siano messi nelle condizioni di valutare i benefici e stabilire il rapporto costo-efficacia.

"In Italia, esiste ancora una grande differenza tra i 'desiderata' e la realtà. La tecnologia continua la sua inarrestabile evoluzione, mentre le strutture ospedaliere non sempre sono in grado di aggiornarsi per mancanza di investimenti da parte del Sistema - ha affermato ancora Corcione -. La chirurgia laparoscopica rappresenta sì un costo in termini di tecnologie, ma porta a un risparmio sul lungo periodo: innanzitutto riduce le tempistiche delle degenze e dei posti letto occupati; inoltre, abbrevia l'atto chirurgico in sé e, grazie alla riduzione delle infezioni ospedaliere, in particolare della parete addominale, riduce l'impiego dei farmaci. Lavorando ad addome chiuso, le infezioni scompaiono quasi del tutto e c'è una riduzione delle emorragie e delle complicanze addominali come gli ematomi".

Proprio sulla questione dell'efficienza della spesa sanitaria, mantenendo standard elevati di trattamento, si basa il programma di riabilitazione multidisciplinare ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) volto a ridurre lo stress operatorio accelerando la ripresa dei pazienti sottoposti a interventi chirurgici importanti.

"Il programma è costituito da tre livelli, pre, intra e post operatorio, ciascuno dei quali avvalorato da elevati livelli di evidenza scientifica - ha spiegato **Felice Borghi**, Direttore del Dipartimento Chirurgico e S.C. di

Chirurgia Generale e Oncologia dell'ospedale di S. Croce e Carle (CN) -. Oltre a privilegiare le tecniche chirurgiche mininvasive, per accorciare sensibilmente la degenza post-operatoria, è necessario che il medico eviti i digiuni prolungati, i sondini nasogastrici e i drenaggi addominali, e che promuova una rapida ripresa dell'alimentazione e della mobilizzazione, ottimizzando così il controllo del dolore. Un programma nato nel campo della chirurgia colorettale alla fine degli anni Novanta che si sta espandendo oggi, seppur lentamente, a tutta la chirurgia addominale: epato-biliopancreatica, esofago gastrica e bariatrica. Numerose ricerche hanno dimostrato che l'implementazione di un percorso ERAS, rispetto a una gestione tradizionale, determina una riduzione della degenza post operatoria, della morbilità e, conseguentemente, dei costi".

Intervenire per via laparoscopica, già di per sé, è sinonimo di riduzione dei ricoveri e delle spese mediche e sociali di gestione del paziente. "La degenza delle persone operate in laparoscopia si è sensibilmente accorciata; per esempio, dopo una colecistectomia si può tornare a casa già il giorno dopo, mentre in seguito a una resezione colica, dopo quattro o sei giorni. Tendenzialmente, una volta lasciato l'ospedale, si può riprendere l'attività lavorativa dopo dieci o quindici giorni. Con la chirurgia in aperto, invece, parliamo di tempi molto più lunghi - ha concluso Corcione -. Purtroppo, molte delle strutture ospedaliere italiane non sono state adeguate alle esigenze dei chirurghi. Queste nuove tecniche permetterebbero di fare un intervento ogni cinque giorni, ma non è possibile se non si dispone di una quantità di sale operatorie adeguata. A questo si aggiunge un problema organizzativo. Spesso, la possibilità di operare più persone ci sarebbe, ma in molti ospedali si prevede che gli interventi vengano svolti solo due giorni a settimana. Le conseguenze sono molti posti letto liberi e lunghe liste d'attesa".

Bisogna capire, quindi, se la "chirurgia" e il Sistema Sanitario italiano sono ancora "sostenibili", in considerazione del fatto che non si può fermare il progresso scientifico, né impedire l'imporsi di standard più elevati in termini di qualità di vita.

"La situazione delle sale operatorie italiane è buona, anche se stiamo ancora sfruttando l'onda lunga degli investimenti fatti negli ultimi dieci/quindici anni - ha affermato **Diego Piazza**, Presidente Nazionale dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (Acoi) -. Quando si parla di percorsi di efficienza clinico-economica si intende, per esempio, il progetto sviluppato nel Regno Unito, dove il Governo ha deciso di finanziare la diffusione della chirurgia laparoscopica e dell'innovazione in chirurgia in prima persona. Inoltre, in linea con questa visione, la soluzione per garantire ospedali all'avanguardia e costantemente aggiornati dal punto di vista tecnologico, sarebbe ridurre le strutture presenti sul territorio. L'Italia, a pari numero di abitanti, ha tre volte gli ospedali del Regno Unito. Le strutture più piccole dovrebbero restare esclusivamente come presidi sanitari territoriali".

quotidianosanità.it

Lunedì 26 SETTEMBRE 2016

Incontinenza. Appello delle Società scientifiche: "È problema enorme. Ssn spende 360 mln l'anno ma le Istituzioni faticano a riconoscerla"

Secondo i professionisti "l'incontinenza, nel suo complesso, costa come l'artrite e più dell'influenza e dell'osteoporosi, ne soffrono migliaia di persone e può incidere anche molto pesantemente sulla qualità di vita, sociale e professionale, delle persone. Eppure, le istituzioni faticano ancora a riconoscerla come una patologia pesantemente invalidante".

L'Incontinenza urinaria è tra le 5 patologie più costose e diffuse al mondo. In Italia ne soffre un numero compreso tra il 20 e il 30 per cento di tutte le donne e tra il 5 e il 10% degli uomini. Una patologia per la quale, nelle sue diverse forme, si prova vergogna e imbarazzo e per questo molto spesso chi ne soffre non va dal medico. Persino con la convinzione che, in particolare per le donne più avanti con gli anni, in fondo faccia parte degli "acciacchi" dovuti all'età. Insomma, un problema sanitario e sociale di enormi dimensioni che registra molto "sommerso" non diagnosticato e che invece potrebbe essere contrastato in modo significativo.

Ne sono convinte la **Società Italiana di Urodinamica**, la **Fondazione SIU Urologia**, **l'Associazione italiana di Urologia ginecologica e del Pavimento pelvico** e la **Fondazione Italiana Continenza** che oggi a Roma, nel corso di una conferenza stampa hanno presentato le prospettive offerte dai nuovi modelli di assistenza sul territorio che, purtroppo molto lentamente, stanno realizzando alcune regioni italiane per utilizzare nuove soluzioni terapeutiche poste interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

"L'incontinenza, nel suo complesso, - si legge in una nota - costa come l'artrite e più dell'influenza e dell'osteoporosi, ne soffrono migliaia di persone e può incidere anche molto pesantemente sulla qualità di vita, sociale e professionale, delle persone. Eppure, le istituzioni faticano ancora a riconoscerla come una patologia pesantemente invalidante".

Durante la conferenza è stato ricordato come "per il mese di novembre è prevista la chiusura dei lavori del tavolo ministeriale sull'Incontinenza urinaria da cui è attesa l'elaborazione di un corposo documento indirizzato alle Regioni. Al centro del testo l'ipotesi di costituire in ogni regione italiana una rete assistenziale ad hoc sul modello del Piemonte".

"Il Piemonte – ricorda la nota - è stata infatti la Prima Regione ad istituire sul territorio Centri dedicati all'incontinenza urinaria e la prima ad aver deliberato (la Regione Lazio, seconda e ultima, ha deliberato l'8 agosto scorso) l'istituzione di un percorso di presa in carico (PAC – Pacchetto ambulatoriale complesso) per l'incontinenza urinaria da urgenza e neurologica, con l'obiettivo di utilizzare da subito la recente opzione di rimborsabilità della terapia con tossina botulinica, già autorizzata per questa patologia, che si è dimostrata efficace per queste forme di incontinenza".

"Il PAC - ha spiegato **Andrea Tubaro**, professore di Urologia alla Sapienza Università di Roma "prevede di accompagnare il paziente lungo un percorso organizzato e predefinito in tutte le fasi della diagnostica e della terapia, ma soprattutto ne riconosce i singoli e distinti costi di contorno".

"La definizione e l'approvazione di un pacchetto ambulatoriale per la terapia con tossina botulinica serve quindi da un lato a garantire la presa in carico del paziente lungo tutto il percorso diagnostico e terapeutico, ma dall'altro a far sì che anche i conti, alla fine, tornino per garantire sostenibilità, qualità ed equità di accesso. Al momento solo la Regione Piemonte nel maggio scorso e la regione Lazio in agosto, hanno definito questa tipologia di prestazione con cui il paziente - ha spiegato **Mauro Cervigni,** Segretario scientifico dell'AIUG e Responsabile Centro Medicina e Chirurgia Ricostruttiva Pelvica Femminile del Policlinico Gemelli di Roma

“invece di assumere farmaci o indossare pannoloni, in caso di incontinenza da urgenza o neurologica, avrà un risultato risolutivo quasi immediato, in genere entro due, massimo tre settimane, e durevole per 6/12 mesi, ad un costo a carico del Servizio sanitario nazionale e non del paziente anche per tutti gli esami necessari prima del trattamento e nel successivo follow-up”.

“Per i professionisti - sottolineano le Società scientifiche nell’esortare tutte le istituzioni ad accelerare per analoghe organizzazioni sul territorio - significa semplificare enormemente le procedure in quanto viene operata una presa in carico globale del paziente senza doverlo indirizzare a destra e a manca per sottoporsi ai singoli esami”.

“In buona sostanza - ha quindi spiegato **Roberto Carone**, Direttore Neuro-Urologia Città della Salute di Torino e principale protagonista nel percorso di approvazione in Piemonte - se per i pazienti il vantaggio principale sarà quello di entrare in un percorso di presa in carico gratuito, completo di diagnosi e cura con tutti gli esami necessari, per i professionisti, medici e infermieri, il primo vantaggio è quello di operare in un percorso chiaro e ben delineato in cui l'equipe opera al meglio”.

I costi dell’incontinenza. “Per il 2016 - ha sottolineato dal canto suo **Antonio Carbone,** Direttore UOC Urologia alla Sapienza Università di Roma - è stimata una spesa generale di circa 360 milioni di euro a carico del sistema sanitario italiano per la gestione della patologia dell’incontinenza, dove i costi per i presidi sanitari come i pannoloni hanno un peso considerevole. Anche la spesa per i pazienti è considerevole, specie per l'acquisto di quei farmaci per l'incontinenza urinaria da urgenza che sono a totale carico dell'utente e che corrisponde ad una media annua di circa 550 euro a persona. Poiché sono esclusi da questo calcolo tutti i costi indiretti e, soprattutto, i costi della filiera distributiva dei presidi e dei farmaci, in realtà la spesa è sicuramente maggiore. La costante ricerca di nuove opzioni terapeutiche come il trattamento con tossina botulinica, medicinale già autorizzato in Italia per il Comunicato rivolto a Testate Specialistiche con il contributo di trattamento dell’incontinenza urinaria, ha pertanto l'obiettivo di migliorare da un lato la qualità di vita dei pazienti ma anche di contenere la spesa per il sistema sanitario e per l'utente stesso”.

“E' possibile dunque migliorare i servizi, anche dal punto di vista dei costi, migliorando l'offerta sul territorio” ha chiosato **Enrico Finazzi Agrò**, Presidente della SIUD rinnovando l’appello delle Società scientifiche ad operare al più presto un’armonizzazione su tutto il territorio nazionale. “Al tavolo ministeriale peraltro” ha aggiunto “non pensiamo alla costruzione di nuove strutture ma alla riorganizzazione in rete di quelle esistenti, evitando dispersioni di tempo e soldi sia da parte del paziente sia da parte del sistema sanitario. Questo modello, al momento già previsto in Piemonte e prossimamente nel Lazio, crediamo sia la strada migliore per una razionalizzazione delle spese, dei servizi e per un miglioramento dell'efficienza e della risposta assistenziale ai bisogni di salute dei cittadini”.

quotidianosanità.it

Lunedì 26 SETTEMBRE 2016

Piemonte. La Regione finanzia la radiologia domiciliare: 200 mila euro per il 2016

Arriva dalla Città della Salute di Torino il modello di radiologia domiciliare da "declinare in tutto il Piemonte" alla luce degli "ottimi risultati" ottenuti nella fase sperimentale. Approvato anche lo screening radiologico per individuare tempestivamente casi di Tbc nei migranti del programma "Triton Frontex".

Si chiama R@dhome e fino ad oggi è stato un progetto di radiologia domiciliare sperimentale; lo gestisce dal 2007, nella Città della Salute e della Scienza di Torino, l'equipe della Radiologia 2 diretta da Ottavio Davini. Da oggi diventa un modello finanziato in modo costante e strutturato e "da declinare in tutto il Piemonte, alla luce degli ottimi risultati che ne hanno suggerito prima la prosecuzione ed ora l'estensione". Ad annunciarlo è una nota dell'assessorato alla Salute della Regione Piemonte che riferisce come questa mattina la Giunta regionale, su proposta dell'assessore alla Sanità, **Antonio Saitta,** ha approvato per l'anno in corso il finanziamento di 200.000 euro alla Città della Salute e della Scienza di Torino, individuata quale Centro di riferimento regionale per la radiologia domiciliare.

"Prima esperienza in Italia e tra le prime al mondo in ambito pubblico", l'obiettivo di R@dhome è garantire assistenza radiologica a persone anziane, disabili o comunque in condizioni tali per cui il trasporto in ospedale sarebbe eccessivamente difficoltoso.

"Vogliamo diffondere questo progetto, attivo già oggi nella To3 e in alcune zone del Cuneese - spiega l'assessore Saitta nella nota - incrementandolo fortemente nella realtà torinese e nel resto del Piemonte. La radiologia domiciliare rispecchia perfettamente il nostro obiettivo di coniugare l'attività ospedaliera con la rete di assistenza territoriale, perchè si rivolge a persone allettate e non deambulanti direttamente al loro domicilio oppure nelle Rsa o nelle strutture con letti di continuità assistenziale, per gli esami radiologici senza bisogno di farle arrivare in ospedale".

"Con il dottor Davini - prosegue Saitta - ho seguito in questi due anni l'evoluzione positiva del progetto sperimentale e mi sono convinto della necessità di dare certezza di tempi e di finanziamento per poterlo diffondere: oggi lui ha il compito di coinvolgere i medici di famiglia, in particolare a Torino, per portare la radiologia a domicilio ai tanti pazienti cronici del territorio".

I pazienti cui il progetto si rivolge sono quelli affetti da:
- patologie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata;
- in fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- patologie polmonari, cardiache, oncologiche, osteoarticolari;
- pazienti sottoposti a interventi ortopedici per traumi o gravi patologie osteoarticolari;
- pazienti disabili con difficoltà di movimento o non deambulanti, pazienti in condizioni di non autosufficienza, fragilità e con patologie in atto.

Il progetto R@dhome, spiega la nota regionale, "sarà esteso alla popolazione carceraria, ma avrà anche una declinazione rivolta alle attività di screening radiologico della malattia tubercolare rivolto ai migranti del programma 'Triton frontex', provenienti da paesi ad alta endemia". Per questo specifico progetto, affidato sempre alla Città della Salute e della Scienza, che si avvale della collaborazione del SeReMi, il finanziamento è di 30.000 euro. "In questo caso - spiega Saitta - l'attivazione di un servizio radiologico mobile in un hot spot può garantire la massima tempestività nell'identificare eventuali casi di tubercolosi, permettendone il trattamento precoce".

26 set 2016

TAG

Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali

DAL GOVERNO

Screening neonatali estesi, le istruzioni del ministero della Salute

Disposizioni della Salute per avviare gli screening

Dopo l'approvazione in Parlamento dello scorso agosto, la legge che estende lo screening neonatale a 40 malattie rare, prevedendo un ampliamento del test rapido del sangue, arriva all'esame della Conferenza Stato Regioni per la ripartizione della dote finanziaria di 10 milioni e le istruzioni pratiche per avviare i test. Il provvedimento potrebbe già essere discusso nella prossima riunione in calendario il 29 settembre.

Lo screening si effettua sui nuovi nati per individuare malattie metaboliche rare, uniformando così quanto già avviene in alcune regioni. Ciò consentirà di migliorare la diagnosi e quindi le possibilità di cura e di sopravvivenza.

I fondi per gli anni 2015 e 2016 (5 milioni ciascuno) sono divisi proporzionalmente al numero medio delle nascite annuali registrate nelle singole regioni, calcolato sui nati dell'ultimo quinquennio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

MEDICINA E RICERCA
02 Ottobre 2015
L'impatto dei determinanti ambientali su cronicità e malattie neurodegenerative impone al pediatra un salto di qualità

EUROPA E MONDO
04 Novembre 2015
Rapporto Ocse sulla salute 2015: un italiano su 10 non cura i denti, primato obesità infantile e vecchiaia in cattiva salute

IN PARLAMENTO
27 Novembre 2015
Tra ambiente e audizioni sul Ddl concorrenza. Settimana in Parlamento "magra" per la sanità

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 39.141
Diffusione 07/2016: 26.501
Lettori Ed. I 2016: 401.000
Quotidiano - Ed. Calabria - Sicilia

Gazzetta del Sud

Dir. Resp.: Alessandro Notarstefano

27-SET-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

Le rassicurazioni della ministra della Salute

Lorenzin: non ci saranno nuovi ticket

Resteranno immutati anche gli importi di quelli già esistenti

Livia Parisi
ROMA

Nei Livelli Essenziali di Assistenza, che attendono a giorni l'ultimo via libera dal Parlamento, «non si introducono nuovi ticket né si aumenta l'importo di quelli esistenti». Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin rassicura in merito all'ipotesi, paventata dalla Cgil, che i nuovi Lea comportino un aumento dei ticket. E parla di falsi allarmi, «come ce ne sono tanti in Italia». Dalla fecondazione assistita alle nuove radioterapie contro il cancro al cervello, alle cure per l'autismo e le malattie rare, spiega il ministro, «i nuovi livelli di assistenza garantiscono nuove prestazioni gratuite in modo uniforme sul territorio nazionale». Prestazioni che, precisa, «sono oggi extra Lea, ovvero pagate per intero dai cittadini».

Finanziati dal Governo nella legge di stabilità 2016 con 800 milioni l'anno, i nuovi livelli di assistenza e il nuovo nomenclatore delle protesi «faranno risparmiare agli italiani milioni di euro», sottolinea il direttore generale della programmazione del Ministero della Salute, Renato Botti. Secondo l'analisi della Cgil comporteranno però circa 40 milioni di nuovi ticket per via dell'introduzione di nuove prestazioni nell'elenco dei Lea. Ma il motivo è presto spiegato. «Poiché garantiscono prestazioni mai offerte prima dalla sanità pubblica - spiega Botti - così come oggi accade per le altre già garantite, una piccola quota delle spese sarà a carico di chi usufruisce del servizio. Su questo si basa il principio della compartecipazione, che esenta i più poveri e le categorie più deboli». Per fare alcuni esempi, erano prima a pagamento e costeranno 36 euro di ticket (o 46 nelle regioni che prevedono il superticket) la gastroscopia con microcamera ingeribile della grandezza di una pillola al posto di altri esami più invasivi (del valore di 800 euro). Ma anche diverse prestazioni di laboratorio per la diagnosi di malattie rare, come il dosaggio di particolari enzimi, e l'eterologa, per la quale i sistemi sanitari regionali oggi pagano oltre 1.700 euro.

Le risorse

● La necessità di ridurre il ricorso all'ospedale non è nuova visto che per ogni giorno di ricovero il Ssn spende circa 600 euro e i ricoveri sono circa 9 milioni l'anno, mentre 62 milioni l'anno sono le giornate di degenza. In un periodo di spending e di nuove sfide che implicano grandi investimenti economici, come i farmaci innovativi oncologici e quelli contro l'epatite C, o come l'aumento della vita media delle persone, l'obiettivo è ottimizzare le risorse disponibili.

La ministra Beatrice Lorenzin. Nei "Livelli Essenziali di Assistenza", che attendono a giorni l'ultimo via libera dal Parlamento, non si introducono nuovi ticket

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

26-09-2016
Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Sanità, Lorenzin: "L'aumento del ticket? Un falso allarme"

"E' **un falso allarme, come ce ne sono tanti in Italia**". Così la ministra della Salute Beatrice Lorenzin, a margine della presentazione della XXIV edizione della campagna Nastro Rosa 2016, ha parlato dell'ipotesi dell'aumento dei ticket, prospettata dalla Cgil.

Una notizia, continua, di cui "non siamo riusciti a comprenderne il senso. Parliamo di Lea in cui sono state inserite nuove prestazioni sanitarie per oltre 800 milioni di euro, che oggi vengono pagate interamente dai cittadini. Quindi l'aumento dei Lea comporta una compartecipazione come avviene per le altre prestazioni", ha concluso la ministra della Salute.

ANSAit

26-09-2016

http://www.ansa.it

Lorenzin, nessun nuovo ticket ma più prestazioni

'Niente aumenti, cure gratuite da oncologia a vaccini'

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin

ROMA - "Nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) non si introducono nuovi ticket né si aumenta l'importo di quelli esistenti". A chiarirlo è il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, interpellata dall'ANSA in merito alle voci relative all'introduzione, insieme ai nuovi Lea, di nuovi ticket per il valore complessivo di 60 milioni circa.

"I nuovi livelli di assistenza - chiarisce il ministro - garantiscono nuove prestazioni gratuite in modo uniforme sul territorio nazionale: dalle nuove terapie oncologiche per curare il cancro al cervello, alle cure per l'autismo passando per 118 nuove malattie rare e il piano nazionale vaccini".

"Il Governo - precisa Lorenzin - ha già finanziato nella legge di stabilità 2016, in modo permanente, con 800 milioni l'anno, nuove cure e nuovi strumenti per la diagnosi precoce, nuove prestazioni del nomenclatore specialistico ambulatoriale e le nuove protesi". Si tratta, conclude il ministro, "di un provvedimento che i cittadini italiani attendono da oltre 15 anni, il nomenclatore delle protesi addirittura da 17". Ad avanzare l'ipotesi di nuovi ticket era stata, nei giorni scorsi, la Cgil.

spostare delle prestazioni dall'ospedale all'ambulatorio, ma finché non si modifica il sistema dei ticket i cittadini saranno costretti a rinunciare alle cure per l'impossibilità a pagare». La soluzione per l'esponente Cgil potrebbe arrivare da una moratoria e poi da una exit strategy che «eliminino così alla radice la causa per cui milioni di italiani rinunciano a curarsi». Intanto, domani martedì 27 settembre, alle ore 14, la Commissione Affari sociali della Camera, presso la Sala del Mappamondo, svolgerà l'audizione del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sull'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Rossella Gemma

quotidianosanità.it

Lunedì 26 SETTEMBRE 2016

Lea. 60 milioni di "nuovi" ticket? È polemica tra Lorenzin e Cgil

Ha suscitato allarme la denuncia della Cgil di pochi giorni fa sull'arrivo, insieme ai nuovi Lea, di 60 milioni di nuovi ticket per i cittadini. Ma le cose non stanno esattamente così. Ecco perché.

"E' un falso allarme, come ce ne sono tanti in Italia". Così **Beatrice Lorenzin**, ha commentato oggi l'allarme sui 60 milioni di nuovi ticket che, secondo la Cgil, si porterebbero in dote i nuovi Lea.
E' una cosa di cui "non siamo riusciti a comprenderne il senso", ha aggiunto sottolineando il fatto che stiamo parlando "di Lea in cui sono state inserite nuove prestazioni sanitarie per oltre 800 milioni di euro, che oggi vengono pagate interamente dai cittadini. Quindi l'aumento dei Lea comporta una compartecipazione come avviene per le altre prestazioni".

Ha ragione il ministro a dirsi così stupita della denuncia della Cgil? In gran parte sì. Intanto per il fatto che il calcolo sui 60 milioni di ticket legati al riassetto dei Lea è nota da tempo e figura nei documenti ampiamente diffusi dal Ministero sin dai primi di luglio, dove era ben spiegato come 42 milioni di ticket sarebbero derivati dall'ampliamento delle prestazioni specialistiche soggette a ticket e altri 18 sarebbero arrivati dopo lo spostamento di alcune prestazioni. attualmente erogate in Day Surgery (senza ticket), in regime ambulatoriale (da sempre soggetto a ticket). Quindi la "denuncia" della Cgil arriva onestamente tardiva ma tant'è ha suscitato scalpore mediatico come sempre accade quando si batte sulla tastiera la parola ticket.

Ma il punto è che, al di là della tempistica, sono le cifre presentate dalla Cgil a prestarsi a erronee interpretazioni. Come abbiamo detto, infatti, dei 60 milioni di ticket legati ai nuovi Lea, in realtà solo 18 possono essere considerati "nuovi" e cioè addebitati su prestazioni oggi esenti. E si tratta di quelli relativi per l'appunto alle 24 prestazioni giudicate "ad alto rischio di inappropriatezza se erogate in Day Surgery" e per le quali viene previsto lo spostamento in regime ambulatoriale.

Scelta sbagliata? Bisognerebbe chiederlo a chi ha stilato l'elenco. Ma in ogni caso di questo stiamo parlando e cioè di 18, e non 60, milioni di incassi stimati per i ticket su quelle 24 prestazioni che saranno trasferite in ambulatorio, perché il loro trattamento in Day Surgery è stato valutato da Governo e Regioni inappropriato.

Diverso il discorso più generale della Cgil sul rischio che i soldi (gli 800 milioni stanziati) non bastino e che alla fine ci si trovi di fronte a un documento velleitario. Un dubbio condiviso anche dalle Regioni che hanno infatti chiesto una verifica entro l'anno, per valutare l'impatto effettivo del nuovo paniere del Ssn.

E in proposito, per quel che vale, dubbi sulle stime del ministero, che da un impatto teorico di 3 miliardi è arrivato a a valutare il costo reale in meno di 800 milioni l'anno, li avevamo espressi anche noi, ripercorrendo tutti i calcoli fatti per giungere al fabbisogno poi sancito dalla stabilità 2016. Ma questo è un altro discorso.

C.F.

Doctor33

27-09-2016

http://www.doctor33.it/

Ticket e nuovi Lea, è botta e risposta tra Lorenzin e Cgil

L'ipotesi di un aumento dei ticket è un falso allarme, «come ce ne sono tanti in Italia». Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, replica all'ipotesi, paventata dalla Cgil, di ticket per circa 60 milioni di euro che verranno introdotti insieme ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (Lea). Un'ipotesi, sottolinea il ministro, di cui «non siamo riusciti a comprendere il senso». Tuttavia, ha precisato, «nei Lea ci saranno più di 800 milioni di nuove prestazioni sanitarie che sono oggi extra Lea, ovvero pagate per intero dai cittadini. Quindi è evidente che un aumento dei Lea comporta una compartecipazione, come avviene per tutte le altre prestazioni». Ma è proprio su questo ultimo punto che **Stefano Cecconi**, responsabile Politiche della Salute della Cgil, non si trova d'accordo. «Il ministro non fa altro che confermare che il decreto sui Lea produrrà quello che abbiamo segnalato. Il problema non sono i Lea, ma il meccanismo del ticket. Con il sistema che abbiamo, ogni variazione dei Lea comporta un aggravio di costi per i cittadini (come il passaggio di alcune prestazioni dall'ospedale all'ambulatorio)». Per Cecconi, insomma, bisogna modificare il meccanismo. «Abbiamo chiesto, insieme a Cittadinanzattiva, di abolire intanto il super ticket che è quello che sta producendo i maggiori danni e che sta costringendo le persone a rinunciare alle cure, privilegiando purtroppo quelle in privato». Una media di circa 4 miliardi di euro l'anno. Tanto pesa sul bilancio delle famiglie italiane la spesa per i ticket sanitari (3 miliardi) e le visite fatte in extramoenia (1 miliardo), ovvero nell'ambito dell'attività libero-professionale dei medici negli ospedali. Una situazione già «pesante», che «si aggraverà soprattutto a carico delle fasce più deboli, a partire dagli anziani». Ma per Cecconi a creare maggiore preoccupazione, non è certo l'inserimento di nuove prestazioni all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza. «È utile avere dei nuovi Lea - precisa il sindacalista - e persino

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 7.762
Lettori Ed. I 2015: 137.000
Quotidiano - Ed. Napoli

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
NAPOLI E CAMPANIA

Dir. Resp.: Enzo d'Errico

27-SET-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Il ministro in videoconferenza

Lorenzin: «Assistenza, livelli bassi»

NAPOLI Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ascolta in videoconferenza l'accorato intervento del presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, il quale annuncia di far cadere di nuovo «la lama della ghigliottina contro qualche dipendente ex Arsan che cerca di sabotare il nostro lavoro, occultando i flussi di informazione sulle Asl» e che il suo obiettivo sarà quello di liberarsi dai vincoli del commissariamento «entro il 2017» e anche dopo — afferma — «non ci sarà alcun assessore alla Sanità, perché continuerò ad occuparmene io». Lorenzin rilancia: «La Campania può farcela ad uscire dal commissariamento. Si è abusato di questo meccanismo per troppo tempo. La situazione — sostiene il ministro — resta ancora critica sui Lea, i livelli essenziali di assistenza, perché il punteggio resta basso, ma si tratta di un divario che può essere colmato indicando con precisione i fabbisogni e lavorando su una serie di misure. In questo modo penso che, come ha già fatto l' Abruzzo, la Campania potrà uscire dal piano di rientro». Il commissario Joseph Polimeni dichiara di aver trovato «un deserto qualitativo e quantitativo in Campania con grave perdita di competenza. E uffici regionali senza personale. Insomma — specifica — non siamo qui a svernare». De Luca si rivolge agli imprenditori convenzionati e ai lavoratori della sanità che protestano davanti alla sede del convegno: «È inutile che mi portate i vostri dipendenti in corteo, i laboratori non in regola saranno chiusi. I controlli saranno rigorosi. Non consentirò porcherie genetiche. E con la stessa libertà vi dico che non condivido la clausola del Mef con cui si obbligano i privati a rinunciare al contenzioso pregresso. Penso che arriveremo alle transazioni».

Il parlamentare Raffaele Calabrò — promotore dell'incontro — ha illustrato i dati dell'emergenza Campania: nel periodo 2007 -2014 la riduzione della spesa per il personale è stata di -1,4% rispetto al 2004; il personale in servizio è stato ridotto di oltre 10.000 unità dal 2007 al 2014 . E dal 2011 al 2014 le deroghe al blocco del turn over hanno permesso solo 1.118 nuovi assunti. Per Calabrò «è tempo di prevedere una nuova modalità di affiancamento alle Regioni in piano di rientro. C'è bisogno che le regioni si concentrino sull'aspetto prettamente assistenziale: è tempo di focalizzarsi sulla capacità di erogare cure di qualità, molte volte "mortificate" dai vincoli e dagli effetti collaterali del commissariamento».

Angelo Agrippa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Mobilitazione Le proteste sul lungomare

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-SET-2016
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Quel 10% di farmaci che finisce nel cestino ci costa 1,6 miliardi

Una prima analisi dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha evidenziato una crescita nel 2014 della spesa farmaceutica dello 0,89% rispetto al 2013, segnando un'inversione di tendenza rispetto agli anni 2008-2013, che mostravano un trend in diminuzione. I costi che hanno inciso maggiormente sono stati quelli inerenti i prodotti farmaceutici ed emoderivati (+7,09%) e i dispositivi medici (+3,41%). Fortemente in crescita i primi, che ammontano a circa 9 miliardi di euro, aumentati del 7% rispetto al 2013, sia per incremento delle modalità di erogazione dei farmaci in distribuzione diretta, sia per l'immissione in commercio di molecole nuove e/o in possesso del requisito dell'innovatività.

Nel 2015 la spesa farmaceutica totale, territoriale pubblica/privata e ospedaliera, è ammontata a 28,9 miliardi di euro, di cui il 76,3% rimborsato dal Ssn. La flessione è giustificata soprattutto dall'ingresso nel mercato di nuovi farmaci anti-Hcv come il Sofosbuvir.

La spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è risultata essere pari a 11,2 miliardi di euro (184,3 euro pro capite), con un incremento rispetto al 2014 del +24,5% : si va da una spesa più bassa della Valle d'Aosta (143,6 euro pro capite) a quella delle Regioni Puglia e Sardegna, con 224,4 euro pro capite. La minor spesa territoriale è stata invece registrata nella Provincia autonoma di Bolzano (195,7 euro pro capite), mentre la Campania (332,3 euro pro capite) da un lato, la Liguria (134,0 euro pro capite) e il Molise (83,8 euro pro capite) dall'altro rappresentano, rispettivamente, le Regioni con la più alta e più bassa spesa privata di farmaci.

La dinamica degli sprechi in ambito farmaceutico deve essere valutata in relazione all'appropriatezza prescrittiva/organizzativa da parte del caregiver, all'aderenza alla terapia da parte del paziente, alla pratica dell'overstocking da parte delle farmacie territoriali e ospedaliere.

1. Farmaci scaduti o non utilizzati. Uno studio del British Medical Journal affronta il problema del confezionamento di farmaci costosi, come quelli oncologici, distribuiti in fiale contenenti una quantità di principio attivo superiore a quella necessaria e quindi necessariamente sprecata, e calcola che il 10% del volume dei farmaci erogati finirà nel cestino (l'equivalente di 1,6 miliardi di euro).

Il Report Istat 2014 relativo all'anno 2012 su «Popolazione e ambiente: comportamenti, valutazioni e opinioni» informa che nel Mezzogiorno solo 45,6 famiglie su 100 effettuano il corretto smaltimento dei farmaci, di contro alle 77,3 del Nord, alle 75,2 del Nord-Ovest e alle 48,5 del Centro. Le più diligenti sono quelle della Provincia autonoma di Trento (89,4), seguite da quelle del Veneto (84,4). La maglia nera è assegnata alle famiglie calabresi (29,2) e siciliane (26,7). Anche gli errori nel differenziare rifiuti potenzialmente tossici determinano costi sociali indiretti, incidendo sull' inquinamento ambientale e quindi sulla salute.

Dal Rapporto Rifiuti Urbani 2015 di Ispra (Istituto superiore per la Protezione e la ricerca ambientale), frutto di un'analisi di 1.980 Comuni italici, corrispondenti a 14.855.918 abitanti, è emerso uno scarto di 1.546,4 tonnellate di farmaci, costituito da 100,9 tonnellate di quelli scaduti pericolosi (medicinali citotossici e citostatici) e da 1.445,5 tonnellate di quelli scaduti, ma non pericolosi. Al termine del 2014 la spesa sostenuta per lo smaltimento dei farmaci è stata quantificata intorno a 2,3 milioni di euro. Una sottostima, questa, del volume totale andato nei rifiuti, se si pensa che lo studio ha interessato solo il 24,6% dei Comuni italiani.

I farmaci possono giungere a scadenza non solo nelle mani dei pazienti ma anche nelle farmacie, che accantonano spesso per lungo tempo ingenti quantità di medicinali, creando dei veri e propri silos di stoccaggio.

2. L'appropriatezza prescrittiva. Gli sprechi in ambito farmaceutico si confrontano inevitabilmente con il problema appropriatezza. Secondo il Rapporto OsMed, nel 2015 il consumo di antibiotici è diminuito del 2,7%, ma il loro impiego inappropriato supera il 30% nelle condizioni cliniche degli adulti prese in esame (infezioni acute non complicate delle basse vie urinarie e delle vie respiratorie). Queste ultime, quand'anche nel 80% dei casi si sia riscontra una patogenesi virale, sono state trattate, in modo inappropriato, soprattutto con fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi. Comunque, comparando i dati contenuti nel Rapporto OsMed 2014, si osserva come il tasso d'inappropriatezza si sia ridotto, passando dal 41,0% nel 2014 al 37,1% nel 2015 e si sia concentrato nel Sud e nelle isole.

Permane una percentuale non marginale di inappropriatezza per i farmaci antidiabetici. La percentuale di pazienti in trattamento con Dpp-IV inibitori non in nota limitativa è del 24,1%, in aumento rispetto all'anno precedente (+10,9% nel 2015 rispetto al 2014), mentre la percentuale di pazienti aderenti è del 63,6%, in leggero calo rispetto all'anno precedente (-0,7% nel 2015 rispetto al 2014).

L'uso inappropriato degli inibitori di pompa protonica (Ipp) continua a crescere: 52,0% al Nord, 44,8% al Centro e al 49,3% al Sud. Sulla base dei dati di spesa comunicati dalle diverse Asl, si apprezza come la percentuale di pazienti in trattamento con Ipp privi dei criteri di rimborsabilità previsti dalle nota Aifa 1 o 48 sia aumentata rispettivamente del 50,4% e del 4,3% rispetto al 2014.

3. I farmaci generici. Nel 2015 il consumo di generici ha rappresentato il 69,8% dei consumi a carico del Ssn, di cui il 27,0% relativo a farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche.

Nomisma riferisce che il mercato degli off-patent (farmaci che hanno perso la copertura brevettuale) nel 2013 è stato pari a 959 milioni di confezioni (73,5% dell'intero mercato).

Tra i farmaci di Classe A, i generici hanno coperto una quota di mercato pari a quasi un quarto della loro totalità nel 2013 (24,2% delle confezioni vendute) e poco più di un decimo del

Un mirino contro gli sprechi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-SET-2016
da pag. 8
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

valore (13,5%).

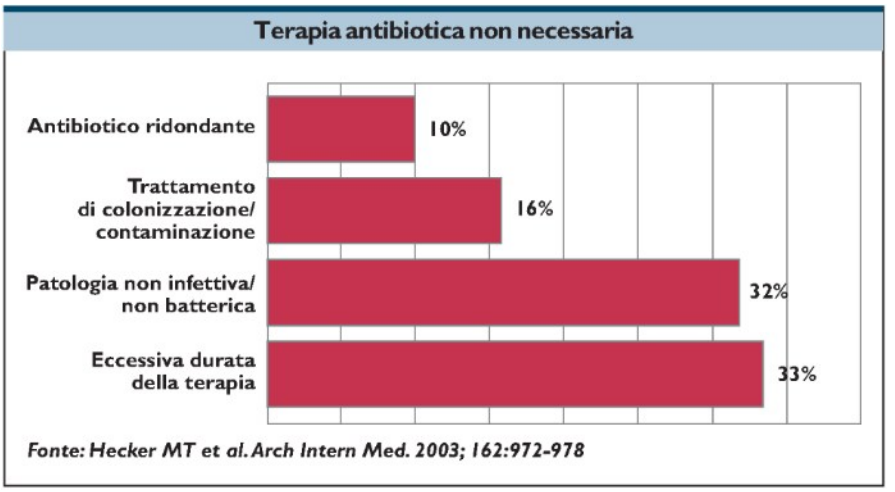
Maggiori ostacoli di erosione del mercato li hanno incontrati gli equivalenti in Classe C, ove essi rappresentano circa il 13% del totale dei farmaci venduti in Classe C, a cui corrisponde una quota in valore del 6,6%. Peraltro, il valore dei brevetti in scadenza tra 2015 e 2020 dovrebbe superare i 2,1 miliardi di euro tra il 2015 e il 2020 e il valore dei farmaci in classe A che perderanno la copertura brevettuale sarà di oltre 1,7 miliardi di euro, con un risparmio pubblico di oltre 1,1 miliardi di euro sempre nello stesso periodo considerato.

4. Medical devices. Confindustria-Assobiomedica riferisce che l'ammontare totale della voce di spesa relativa ai medical device nel 2015 è stato pari a circa 5,5 miliardi di euro, corrispondente al 35% del valore totale dei beni sanitari acquistati dagli enti del Servizio sanitario nazionale (Ssn) per l'erogazione diretta delle prestazioni. Dai documenti del ministero della Salute nel primo semestre 2015 si evince che la spesa complessiva è aumentata del 4% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. I nuovi Lea prevedono ora l'aggiornamento del nomenclatore delle protesi, dove accanto a nuovi dispositivi se ne eliminano altri, come ad esempio plantari e calzature ortopediche, con una riduzione di spesa di circa 65 milioni di euro.

Il Rapporto «I due volti della sanità. Tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini» di Cittadinanzattiva mette sotto la lente ben 104 casi di mala gestio - sprechi individuati da associazioni, operatori sanitari e cittadini, nel periodo ricompreso fra aprile 2014 e aprile 2015. Numerose segnalazioni hanno riguardato gli sprechi sia nell'erogazione che nelle gare di acquisto per presidi, protesi e ausili.

Due esempi: 1. in Campania è stato segnalato l'acquisto unico centralizzato di un gran numero di presidi per i pazienti stomizzati, ma, purtroppo, essi sono rimasti in giacenza nei vari distretti delle Asl, poiché non utilizzabili, data la loro scarsa adattabilità; 2. nella Asl di Forlì (Bagno di Romagna), i cittadini hanno evidenziato che i plantari costano presso le sanitarie entrambi 120 euro, mentre l'Amministrazione li paga 180 euro ognuno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-SET-2016
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

Sì a una riorganizzazione, basta con i tagli lineari

Urge un cambio culturale per superare la frammentazione

La sfida è quella di migliorare il rapporto tra costi e servizi

La diagnostica di laboratorio costituisce un supporto fondamentale nella pratica quotidiana ospedaliera e del medico di medicina generale, essa infatti contribuisce a formare o confermare il giudizio diagnostico, orientando di conseguenza le decisioni clinico-terapeutiche. La continua crescita della domanda di salute e delle aspettative dei cittadini, la medicina preventiva, la medicina di iniziativa e quella difensiva, l'offerta di prestazioni laboratoristiche sempre più fini, hanno determinato un incremento della richiesta di esami ed un aumento dei costi legati alla medicina di laboratorio in un momento di crisi in cui la Pubblica amministrazione si confronta con una condizione di scarsità di risorse e con i vincoli di bilancio che ne conseguono. In questo scenario ampio, complesso e attualissimo occorre collocare il Public procurement inteso come strumento capace di conseguire efficienza e innovazione nell'ente acquirente, che può assumere un'ottica manageriale adeguata a un'epoca di spending review.

Non solo: si tratta di uno strumento capace di consentire l'attuazione di politiche pubbliche in grado di entrare nel merito della spesa sanitaria, orientandola secondo strategie capaci di articolare in modo più soddisfacente la spesa sanitaria in tempi di crisi.

Se la sfida è quella di migliorare il rapporto tra costi e servizi, il public procurement può produrre effetti ben diversi da quelli presi con la scorciatoia di semplicistici tagli lineari, incapaci di discernere sprechi e spese giustificate e che non sembrano essere la ricetta migliore. Nessun vero beneficio si nasconde dietro a tagli che apparentemente garantiscono un risultato a breve e che, per tale logica, risultano essere spesso privilegiati dai bilanci pubblici. Riteniamo, dunque, che il Public procurement sia fondamentale per la riduzione della spesa e per l'orientamento di questa verso obiettivi di qualità, obiettivi coerenti con una profonda razionalizzazione della spesa sanitaria.

Come segnalano diversi studi in proposito, ci sono settori in sanità che consentono una riduzione di costi a patto che siano messe in atto scelte coerenti di riorganizzazione: i costi relativi al personale possono essere difficilmente compressi, soprattutto a causa della complessità di un mercato del lavoro reso sempre più articolato da figure professionali diversificate. Sono conseguibili, invece, riduzioni relative ai costi di beni e servizi nell'ambito di coerenti politiche di razionalizzazione.

Non mancano, certamente, casi di frammentazione degli acquisti, tuttora diffusi nel Paese, e ostacoli nei confronti di una adeguata programmazione con conseguente riduzione di costi. La direzione è quella di una progressiva razionalizzazione della spesa sanitaria agganciata al public procurement: una strada imboccata con sempre maggiore determinazione in Europa e in Italia, anche se qui si presenta al momento come un vestito d'Arlecchino, considerato che si acquista ancora in modo diverso da Regione a Regione. La scelta intrapresa di unificare, di puntare alla presenza di enti aggregatori, di sposare logiche condivise, per quanto articolate, è un punto di arrivo importante, pur accompagnato da nuove modalità organizzative, da strumenti innovativi quali l'e-procurement e capacità di orientare la professionalità in modo diverso.

Il futuro della sanità è dunque aperto a un superamento della frammentazione e a un'opzione in favore dell'unificazione. Siamo tuttavia consapevoli che non si può dimenticare che al cuore delle possibilità legate al public procurement, al centro dei suoi effetti virtuosi, resta un problema di origine culturale di grande importanza: la necessità di cambiare metodi e strumenti, mentalità, professionalità. Si sa, il cambiamento non è mai immediato, semplice, indolore. Anche in sanità e nelle politiche sanitarie occorre sempre fare i conti con abitudini consolidate e una forte resistenza al cambiamento e all'innovazione.

Da qui l'importanza e l'urgenza di dare vita a politiche che favoriscano processi di sensibilizzazione, formazione e informatizzazione. Inoltre, dovranno tenere conto anche dei seguenti elementi: mettere in atto una cultura del cambiamento, presentare la voglia di rimettersi in gioco come uno step ineludibile di processi che razionalizzino la condizione attuale, consentire al medico l'utilizzo appropriato di potenti e indispensabili strumenti di lavoro e al cittadino il giusto accesso alla diagnostica clinica, preventiva e di screening. A nostro avviso, dunque. è necessario un cambio di passo che certamente coinvolga in primo luogo le strutture aziendali, ma che soprattutto investa tutti i soggetti implicati attivamente nel processo di guarigione e cura del cittadino.

Società nazionale di aggiornamento per il medico di medicina generale - Snamid

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-SET-2016
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

Con un elenco di fornitori la trasparenza è garantita

La proposta di costruire gare dividendo gli acquisti in più lotti

Il fine non deve essere quello di assicurare una minore spesa

Nel 2014 con il decreto legge n. 66 il Governo ha fissato l'obbligo di acquisto centralizzato presso Consip o altri soggetti aggregatori definendo anche le categorie merceologiche interessate soprattutto in ambito sanitario. Le 33 Stazioni appaltanti sono ormai all'opera e stanno intervenendo in maniera intensa nel mondo della Sanità, in particolare per quanto concerne la Medicina di laboratorio.

La FISMeLab (Federazione italiana delle società di Medicina di laboratorio) espressione dei professionisti che ogni giorno operano nell'interesse della comunità svolgendo la loro attivata diagnostica e che ogni giorno si confrontano con nuove tecnologie per migliorare le performances degli esami da loro eseguiti esprimono profonda preoccupazione per le soluzioni che si stanno delineando all'interno delle varie Centrali uniche di acquisto delle Regioni italiane.

Fermo restando che i professionisti della medicina di laboratorio sono da sempre impegnati in uno sforzo di contenimento dei costi e in un miglior utilizzo delle risorse sempre più scarse nonostante le promesse dei decisori politici, appare incomprensibile come, in un momento in cui le Regioni stanno riorganizzando il sistema sanitario locale con importanti interventi di aggregazione di laboratori e non solo, si decida di adire a bandi di gara per acquisizioni centralizzate senza avere ancora la piena consapevolezza di quale sarà la struttura che dovrà accogliere le tecnologie scelte; è come se qualcuno comprasse un'autovettura per altri senza sapere se ne possiede le caratteristiche richieste e, soprattutto, se ci stia nel box.

A nostro parere deve essere assolutamente evitato che gli acquisti centralizzati abbiano come fine solo un risparmio economico senza garantire la dovuta accuratezza nella scelta delle tecnologie diagnostiche.

Il ruolo dei professionisti di laboratorio deve essere preminente poiché esiste anche una responsabilità legale a carico di colui che firma un referto al fine del percorso diagnostico.

Se il professionista non è convinto delle prestazioni della tecnologia utilizzata non firma il referto?

Se i dati non sono conformi ne risponde legalmente la Centrale d'acquisto?

Le Centrali d'acquisto si stanno operando per istituire commissioni che abbiano al loro interno anche professionisti di Laboratorio per l'elaborazione dei capitolati di gara, ma non sarebbe più semplice che sulla base di alcune caratteristiche universalmente condivise si definisse un elenco di fornitori a cui ogni Ente possa accedere in assoluta trasparenza?

Una possibilità che proponiamo è anche quella di una costruzione di gare a più Lotti garantendo così a ciascun Ente la possibilità di acquisire Tecnologie sulla base delle proprie caratteristiche (a seconda che sia Centro specialistico, Centro di riferimento, Ospedale a Intensità di cure, Laboratorio di screening e prevenzione etc.) al fine di fornire al paziente una diagnosi corretta nei tempi corretti.

Quando si parla di Medicina di precisione, Medicina personalizzata, Medicina di genere non si può prescindere da un utilizzo di diverse tecnologie poiché non è pensabile che possano rientrare tutte in un unico lotto senza ridurre notevolmente la qualità e l'appropriatezza del percorso diagnostico e conseguentemente l'accuratezza del referto. Siamo anche convinti che spesso i costi delle acquisizioni di beni e servizi di laboratorio risentono in maniera importante anche di voci come l'adeguamento strutturale del laboratorio e i collegamenti informatici.

Ma tutto ciò è colpa dei professionisti di laboratorio? delle aziende che forniscono i diagnostici? oppure dell'incapacità degli Enti di realizzare in proprio tali infrastrutture?

Crediamo che intervenire sulla spesa sia cosa "buona e giusta" senza però giungere a tagli indiscriminati, seppur ammantati da riorganizzazione o razionalizzazioni, soprattutto in settori che già si impegnano da anni, come la Medicina di laboratorio, a trovare e realizzare soluzioni di contenimento della spesa.

Non dobbiamo mai dimenticare che al centro del Sistema Salute c'è il paziente che si attende la migliore prestazione sanitaria per la propria patologia e quest'imperativo non dobbiamo disattenderlo perché un risparmio nell'immediato che non porta a certezza diagnostica si traduce in un importante incremento di spesa nel futuro.

Federazione delle società scientifiche italiane nel settore della medicina di laboratorio - Fismelab

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-SET-2016
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Il prezzo non deve condizionare, la scommessa è sull'innovazione

Per garantire la migliore offerta di salute al cittadino e una sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, oltre che delle imprese, vanno perseguite nei processi di acquisto dei dispositivi medico-diagnostici in vitro tutte quelle soluzioni che mettono il paziente al centro dell'analisi dei bisogni. A nostro parere questo risultato si otterrebbe con gare d'appalto che tengano conto delle specificità dei diversi laboratori analisi presenti sul territorio nazionale e del tipo di forniture necessarie al loro ottimale funzionamento, puntando, tra l'altro, sull'acquisizione di innovazioni tecnologiche che offrano al cittadino nuovi percorsi diagnostici, migliorino la qualità dei risultati e semplifichino i processi del laboratorio; che riconoscano ai professionisti di medicina di laboratorio un importante ruolo nel percorso decisionale di acquisto; che favoriscano la concorrenza, la qualità, la trasparenza con numerosità di offerte e lotti omogenei; infine che semplifichino e standardizzino le procedure amministrative delle gare di appalto sia in termini temporali sia in termini documentali.

Le tecnologie di diagnostica di laboratorio vengono invece acquisite sempre più frequentemente attraverso gare d'appalto centralizzate, dove si punta a ottenere dai fornitori il prezzo più basso accorpando gli acquisti di intere aree disomogenee e allungando la durata della fornitura oltre la vita utile della tecnologia. La volontà di standardizzare gli acquisti su scala regionale o addirittura nazionale, appare infatti assai discutibile nell'ambito dei dispositivi medici in generale e della diagnostica di laboratorio in particolare.

Si tratta di forniture che comprendono strumentazione scientifica (software e hardware) e reagenti sofisticati, oltre a servizi complessi, che devono rispondere alle differenti esigenze dei centri diagnostici e poco si sposano con la logica della centralizzazione. Le nuove tecnologie vengono troppo spesso considerate un costo, quando invece l'acquisizione di soluzioni innovative, valutate seriamente attraverso un corretto processo di Health technology assessment (Hta) nazionale, garantirebbe sicuramente una migliore Sanità per i cittadini e genererebbe un risparmio in cure e degenze nel medio-lungo periodo. Va ricordato che sul costo dei reagenti per le analisi di laboratorio e delle relative strumentazioni incidono una serie di elementi che caratterizzano la fornitura e che fanno variare il costo dell'offerta di salute: il tipo di strumentazione, il Laboratory information system (Lis), la frequenza delle consegne, l'assistenza tecnica e la formazione del personale di laboratorio.

Parliamo di variabili sostanziali che in una gara centralizzata è difficile valutare. La gara centralizzata è infatti per sua natura più complessa rispetto a quella di presidio dato che va a rifornire con un'unica procedura un territorio molto ampio, in cui i laboratori di analisi possono avere necessità diverse e rispondere a fabbisogni differenti dei cittadini.

L'Associazione Assodiagnostici di Assobiomedica propone che nelle gare venga prevista, tra le altre cose, una base d'asta congrua con le richieste formulate nel capitolato; che vengano definiti più lotti per ampliare la concorrenzialità ed evitare che le gare centralizzate taglino fuori a priori le piccole imprese e in generale tolgano dal territorio tutte le aziende non vincitrici per molti anni, con conseguente perdita di competitività nella gara successiva. Infine, l'Associazione suggerisce di individuare criteri qualitativi chiari per consentire alle commissioni tecniche la miglior oggettività possibile.

Non ultimo, Assodiagnostici sottolinea come nelle gare sia importante considerare i costi di utilizzazione e manutenzione, i consumi di energia e le risorse naturali, le emissioni inquinanti e i costi complessivi, come indicato nel nuovo Codice degli appalti. Per questo Assodiagnostici vuole sensibilizzare tutti gli attori coinvolti nel processo di acquisto affinché venga avviato un dialogo costruttivo che tenga in considerazione una serie di aspetti ritenuti fondamentali dalle imprese fornitrici ed elencati integralmente in un apposito position paper scaricabile dal sito di Assobiomedica.

Assodiagnostici (Assobiomedica)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ASSOBIOMEDICA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-SET-2016
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Il rosso in ospedale sale a 821 mln (+66%)

Il rosso dell'ospedaliera da marzo a maggio 2016 passa da 494 a 821 milioni, con un incremento di oltre il 66% in tre mesi. Una spesa che copre il 5,14% del Fondo sanitario nazionale contro un tetto del 3,5 per cento. La territoriale raggiunge invece uno scostamento di 414,5 mln contro i 191,7 di marzo e arriva al 12,23% sul Fsn. La convenzionata in farmacia cala del 5% sul 2015. La distribuzione diretta di fascia A aumenta del 35% (a marzo segnava un +52%). Il risultato finale è quello di un raddoppio dello scostamento assoluto della spesa farmaceutica, che passa da quota 685,7 mln di marzo a 1,23 mld. Sono questi i dati del monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale effettuato da Aifa sul periodo gennaio-maggio 2016.

L'ospedaliera resta nel nel baratro. Fuori dell'1,6% rispetto al tetto la spesa dei farmaci in corsia è a 2,57 mld, pari a una media nazionale del 5,14% del Fsn. Si va dal 9,14% della Toscana al 4% del Friuli Venezia Giulia. In cima alla classifica della spesa dopo la Toscana troviamo la Calabria, con il 5,94% e la Puglia con 5,59 per cento. Unica realtà a rispettare il tetto è la Provincia autonoma di Trento al 3 per cento. Per quanto riguarda la territoriale, il record è battuto dalla Sardegna, con il 15,10% (contro un tetto dell'11,35%) seguita da Campania (15,04%) e Puglia (14,71%). Entro le soglie sono solo Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Veneto, Trento, Valle d'Aosta, Toscana, Bolzano. La convenzionata è in calo del 5% (-182,29 mln), con i ribassi più pronunciati in Valle d'Aosta (-23,6%) Molise (-11,1%) e Trento (-7,2%). In calo le ricette (-2,7%) e in aumento la compartecipazione (+0,9%) a quota 663 milioni.

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Spesa farmaceutica ospedaliera gennaio-maggio 2016

Regione	A Fsn gen.-mag. 2016	B Tetto 3,5%	C Spesa tracciabilità *	D Distribuzione diretta di fascia A	E Spesa medicinali facia C e C bis	F = C - D - E - § Spesa ospedaliera	G = F - B Scostamento assoluto	H = F/A% Inc. %
Toscana	3.164.109.730	110.743.841	400.353.738	92.110.539	15.196.836	289.103.091	178.359.250	9,14%
Calabria	1.619.695.005	56.689.325	171.797.546	68.677.548	5.264.955	96.183.662	39.494.337	5,94%
Puglia	3.333.803.812	116.683.133	394.168.989	191.266.392	13.302.103	186.331.702	69.648.568	5,59%
Umbria	754.565.364	26.409.788	81.464.143	34.674.645	3.698.122	41.997.603	15.587.816	5,57%
Sardegna	1.348.622.247	47.201.779	169.153.376	86.800.219	6.116.111	74.685.397	27.483.619	5,54%
Basilicata	483.830.255	16.934.059	54.212.976	25.112.417	2.095.465	26.451.078	9.517.019	5,47%
Liguria	1.405.563.870	49.194.735	145.914.407	64.383.986	6.660.953	73.223.571	24.028.836	5,21%
Abruzzo	1.105.538.560	38.693.850	105.920.431	41.916.706	5.438.888	57.121.939	18.428.089	5,17%
Emilia R.	3.705.437.070	129.690.297	394.102.242	177.292.918	23.489.702	189.148.040	59.457.742	5,10%
Lazio	4.809.358.494	168.327.547	470.567.298	204.521.598	16.274.799	243.967.415	75.639.867	5,07%
Marche	1.301.394.907	45.548.822	133.056.635	56.226.977	9.311.537	65.845.313	20.296.491	5,06%
V. d'Aosta	104.527.216	3.658.453	8.639.768	2.945.049	485.384	5.074.406	1.415.954	4,85%
Bolzano	409.110.368	14.318.863	35.882.137	13.969.604	2.090.838	19.438.525	5.119.662	4,75%
Lombardia	8.210.612.467	287.371.436	754.149.476	326.966.499	29.202.470	389.617.480	102.246.043	4,75%
Veneto	4.047.477.288	141.661.705	367.970.424	154.183.446	20.304.689	188.280.637	46.618.932	4,65%
Piemonte	3.708.320.879	129.791.231	351.687.230	159.598.754	16.415.038	172.004.653	42.213.422	4,64%
Campania	4.723.250.753	165.313.776	525.295.298	301.473.803	6.504.383	212.627.251	47.313.475	4,50%
Sicilia	4.106.374.838	143.723.119	390.750.912	197.073.261	13.305.301	176.972.765	33.249.646	4,31%
Molise	275.696.297	9.649.370	25.479.786	12.685.386	1.010.520	11.671.987	2.022.616	4,23%
Friuli V.G.	1.017.843.901	35.624.537	84.360.511	36.791.421	5.170.144	40.758.446	5.133.910	4,00%
Trento	430.372.175	15.063.026	31.300.783	16.044.919	1.652.395	12.920.832	-2.142.194	3,00%
Italia	**50.065.505.497**	**1.752.292.692**	**5.096.228.106**	**2.264.716.087**	**202.990.633**	**2.573.425.794**	**821.133.102**	**5,14%**

Nota: Con fondino arancione le Regioni che non rispettano il tetto di spesa
(*) La spesa non comprende i vaccini ed è calcolata sulla base del dato di tracciabilità trasmesso dalle aziende farmaceutiche, con l'esclusione delle movimentazioni non valorizzate
§ Pay-back a carico delle aziende fermaceutiche

Aifa e i cantieri del dopo-Pani

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

26-09-2016
Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Tagli e sprechi miscela letale per Ssn, un Osservatorio per salvarlo

A promuoverlo la Fondazione Gimbe, la salute è bene supremo del Paese

Sprechi e tagli sono la combinazione letale che sta mettendo sempre più a rischio il Ssn. E visto che**per il 2025 si stima un fabbisogno di 200 miliardi di euro**, per garantirne la sopravvivenza sono tre gli 'ingredienti' necessari: adeguata ripresa del finanziamento pubblico, piano nazionale di disinvestimento dagli sprechi, che assorbono oltre 24 miliardi di euro l'anno, e incremento della quota intermediata della spesa privata. Questa la 'ricetta' della **Fondazione Gimbe, che promuove un Osservatorio sulla sostenibilità del Ssn**.

Dopo la pubblicazione del Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del nostro sistema sanitario, la Fondazione ha avviato una consultazione pubblica, a cui hanno partecipato migliaia di persone: ne è emersa la necessità di avviare un monitoraggio continuo e indipendente su responsabilità e azioni di tutti i protagonisti della sanità. Mandato raccolto con la creazione dell'Osservatorio.

I primi sotto osservazione sono **Governo e Parlamento**. "L'obiettivo - spiega**Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe** - è vigilare sulle dinamiche e l'entità del finanziamento per la sanità pubblica e valutare parallelamente l'azione legislativa: identificando carenze normative (priorità assoluta il riordino della sanità integrativa), individuando nei disegni di legge in corso di discussione criticità e possibili contraddizioni con altre normative e, soprattutto, monitorando lo status di applicazione di quelle vigenti".

Tre i principi che guideranno le valutazioni dell'Osservatorio: **'evidence for health'**,

ovvero le migliori evidenze scientifiche devono essere integrate in tutte le decisioni politiche che riguardano la salute; **'health in all policies'**, perché la salute delle persone deve guidare tutte le politiche, non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali; **'value for money'**, perché ottenere il massimo ritorno in termini di salute dal denaro investito in sanità è, al tempo stesso, mandato etico e obiettivo economico di un sistema sanitario, illustrano gli esperti.

"**Le Regioni** - continua Cartabellotta - saranno innanzitutto invitate a rendere pubbliche la percentuale di risorse destinate ai tre livelli essenziali di assistenza (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) e quella ripartita tra pubblico e privato accreditato. L'assenza un quadro comparativo sull'allocazione regionale del denaro pubblico - denuncia - è un inaccettabile elemento di mancata trasparenza istituzionale".

E ancora, oltre **12 miliardi di euro** - secondo il Rapporto Gimbe - vengono**sprecati a causa del sovrautilizzo, o sottoutilizzo, di servizi e prestazioni sanitarie** e dell'inadeguato coordinamento dell'assistenza. L'Osservatorio intende fornire "evidenze e dati per facilitare a Regioni e aziende sanitarie il processo di disinvestimento e riallocazione" delle risorse dove servono davvero, "sensibilizzando al tempo stesso professionisti sanitari e cittadini/pazienti".

Infine, l'Osservatorio accende i riflettori sui **conflitti di interesse**, per espanderne le evidenze: in particolare, "se il 'disclosure code' di Farmindustria ha fornito utili informazioni sui trasferimenti di denaro in maniera unidirezionale, è indispensabile conoscere l'entità dei finanziamenti ricevuti dai vari attori (enti pubblici, società scientifiche, associazioni di pazienti e di tutela dei consumatori) come elemento indispensabile di trasparenza".

La sfida è ambiziosa, gli obiettivi altrettanto, ma "siamo convinti - conclude Cartabellotta - che le attività di un'organizzazione indipendente finalizzate a informare il Paese sulla salute, l'assistenza sanitaria e la ricerca biomedica possono determinare grandi benefici sociali ed economici. Lo sviluppo economico del nostro Paese, oggi problema cruciale, dipende anche dalla salute e dal benessere delle persone".

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

27-SET-2016
da pag. 21
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

STUDIO IN 188 PAESI

Sanità mondiale Italia ventesima

di **Giuseppe Remuzzi**

La salute del mondo migliora: lo dice uno studio in 188 Paesi del mondo. Più cittadini con cure sanitarie, meno morti infantili. Prima l'Islanda con 85 punti, ultimo il Centro Africa. L'Italia? Solo ventesima.

a pagina 21

La salute del mondo

Il mega studio realizzato da settecento scienziati L'Italia è al ventesimo posto, tra i punti dolenti la qualità dell'aria e i troppi bimbi in sovrappeso

di **Giuseppe Remuzzi**

Amal ha sei anni, vive in Bangladesh, ha un'enterite virale, un virus che nelle zone povere del mondo uccide. Ma Amal guarirà. Un po' perché la mamma l'ha allattato al seno più di quanto non si faceva una volta e poi perché l'acqua è più pulita adesso. E come Amal oggi ce ne sono tanti e i bambini muoiono di meno anche di polmonite, meningite, morbillo e varicella.

Come lo sappiamo? Da uno studio che è già una pietra miliare nella storia della medicina («Global Burden of Disease») pubblicato tre giorni fa da *Lancet*, e che da qualche anno fotografa lo stato di salute del mondo.

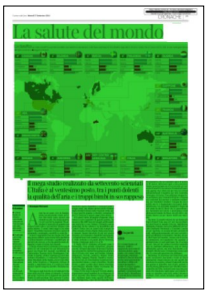
È frutto di uno sforzo (ciclopico è il caso di dirlo) di 716 scienziati di 515 istituzioni in quasi 200 Paesi del mondo coordinati da Christopher Murray della Washington University a Seattle. L'idea è partita nel 2007 dalla Banca Mondiale e è coinvolta l'Organizzazione Mondiale della Sanità, poi ci sono Harvard, John Hopkins e l'Imperial College di Londra e tantissimi altri. E i soldi per tutto questo? Quelli vengono da Bill e Melinda Gates.

Dal 1990 a oggi rispetto ai 33 indicatori che sono stati presi in esame al mondo c'è molta più gente coperta per le malattie da qualche forma di assicurazione (del governo o privata). La procreazione è molto più consapevole, muoiono meno bambini e neonati sotto i cinque anni, ma siamo ancora molto lontani dagli obiettivi fissati dalle Nazioni Unite per il 2030 perché quanto a obesità, consumo di alcol e violenza si muore oggi come allora.

E il *Lancet* nelle 38 pagine di questo, che è ormai il terzo rapporto di questo genere, ha messo in fila 188 Paesi del mondo utilizzando una scala da 0 a 100. Prima è l'Islanda con un punteggio di 85, ultima è la Repubblica del Centro Africa con 20 punti (ma sempre in Africa Etiopia e Kenya hanno fatto passi avanti enormi, hanno investito di più nei servizi di salute, per mamme e bambini soprattutto, e i risultati non sono tardati a venire). Gli Stati Uniti arrivano a 75 punti dietro Slovenia, Grecia e Giappone tutti e tre a 76.

E l'Italia dov'è? Abbiamo 78 punti come il Portogallo. Una grande delusione, almeno per me. Mi sarei aspettato di trovare l'Italia se non proprio fra i primi Paesi almeno dentro i dieci di testa che sono nell'ordine Islanda, Singapore, Svezia, Andorra, Regno Unito, Finlandia, Spagna, Olanda, Canada e Australia. Invece no, se si escludono i paesi poveri e poverissimi siamo a metà classifica. Meglio di noi, a parte i primi dieci fanno Norvegia, Lussemburgo, Irlanda, Malta, Germania, Danimarca, Cipro, Belgio e Svizzera.

Cosa c'è che non va da noi? Troppi adulti e soprattutto troppi bambini in sovrappeso; di chi ci precede solo Malta è messa peggio di noi. Andiamo male come qualità dell'aria e fumo di sigaretta, e per ciò che riguarda l'Hiv (il parametro che si considera qui è il numero di nuove infezioni ogni 1.000 persone). Siamo messi peggio di chi ci precede per nu-



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

27-SET-2016
da pag. 21
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

mero di morti in occasione di catastrofi naturali; questa voce oltre che per noi, fra i Paesi industrializzati è negativa per solo Australia, Norvegia e Svizzera. Non andiamo troppo bene nemmeno per consumo di alcol e violenza nei confronti del partner e andiamo malissimo per incidenti stradali. L'acqua da noi è pulita ma lo è dappertutto nei paesi industrializzati, e la mortalità infantile è bassa da noi come in tutti i Paesi che ci precedono e per incidenti sul lavoro e gravidanze nelle adolescenti siamo in linea con gli altri e abbiamo invece un po' meno morti per suicidio.

Ma non c'è proprio niente in cui siamo più bravi di tutti? Una cosa c'è: noi con pochissimi altri Paesi al mondo (Svezia, Inghilterra, Finlandia, Olanda, Svizzera) abbiamo un Servizio Sanitario Nazionale e il nostro è anche un po' speciale, si occupa di tutti, proprio di tutti, indipendentemente dal ceto sociale e dalle possibilità economiche. Gli altri, in tanti altri Paesi del mondo, vivono con il terrore di ammalarsi, noi sappiamo che quando ci ammaleremo ci sarà qualcuno che si occupa di noi. Ma noi del nostro Servizio sanitario non ne parliamo abbastanza, non ne siamo abbastanza gelosi, ma non riusciremo a difenderlo finché non ci renderemo conto tutti che è la cosa più preziosa che abbiamo.

Insomma, se non fosse per il Servizio sanitario nazionale saremmo vicini ai Paesi emergenti; troppi ancora da noi quelli che muoiono in seguito a disastri naturali (anche per questo si potrebbe fare di più, penso). E non facciamo abbastanza per obesità, fumo e controllo dell'Hiv, insieme sono 250.000 persone che muoiono ogni anno, per niente. È come se sparisse una città come Livorno o Cagliari, così, senza nessuna ragione ogni anno.

sullo stato della sanità nel mondo

● Pubblicato sulla rivista «Lancet», il dossier utilizza una scala da 0 a 100 e stila la classifica di 188 nazioni

● In questa terza edizione l'Italia ottiene 78 punti. L'Islanda è prima con 85 punti, la Repubblica del Centro Africa è ultima con 20 punti

La parola

GBD

È il «Global Burden of Disease» (GBD) e rappresenta una sorta di «impatto globale sulla salute» che valuta l'effetto di patologie, infortuni, incidenti e diversi fattori di rischio sulla popolazione mondiale in differenti contesti geografici e sociali. Lo scopo è quello di orientare politiche sanitarie e programmi dei diversi Paesi e identificare le priorità di investimento e ricerca.

Il dossier

● «Global Burden of Disease» è uno studio realizzato da 716 scienziati

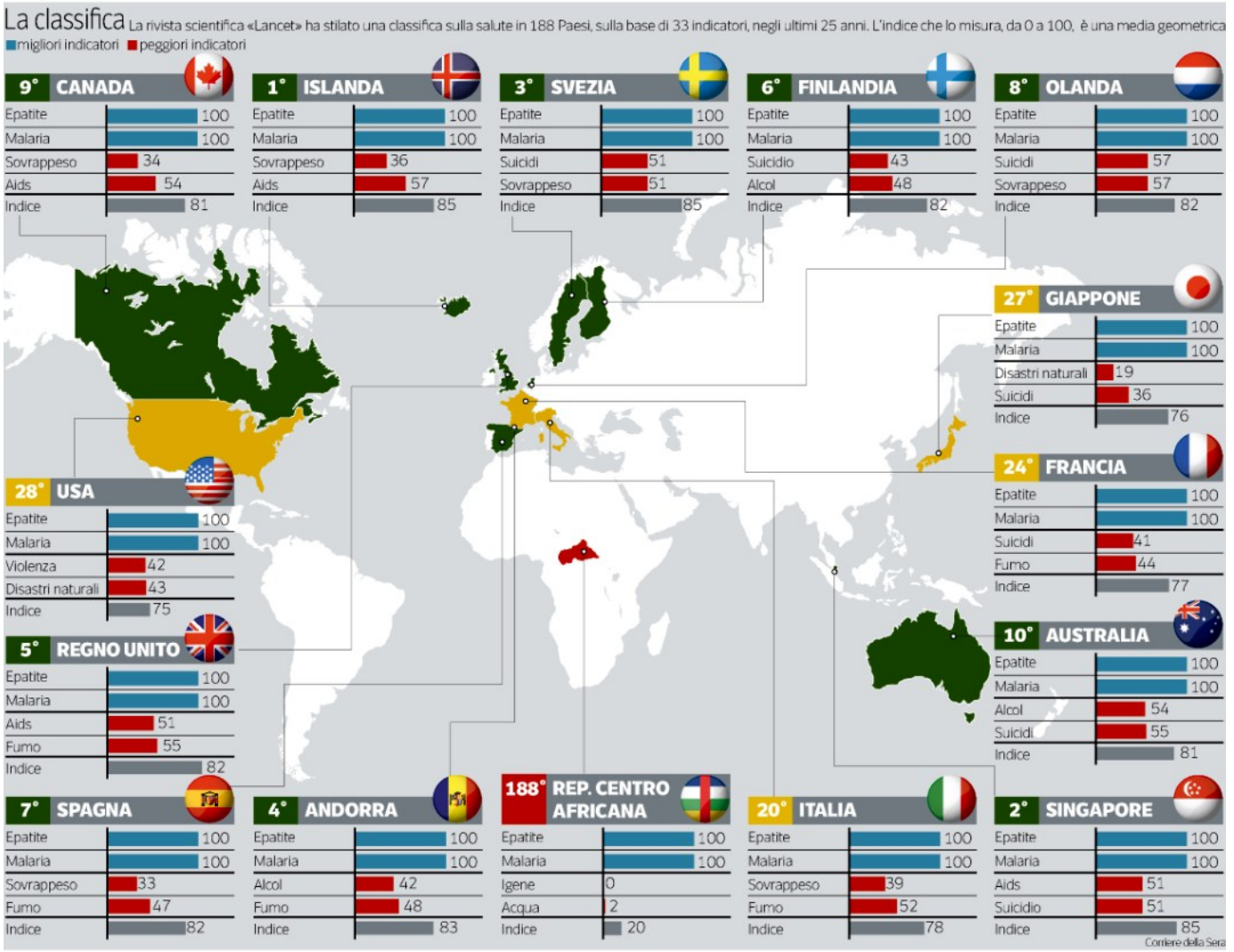
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

27-SET-2016
da pag. 21
foglio 3 / 3
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 104.204
Diffusione 07/2016: 42.176
Lettori Ed. I 2016: 249.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

27-SET-2016
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Pillole di salute

L'impenetrabile abisso in cui sprofonda chi si toglie la vita

LUCA BERNARDO*

L'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha organizzato insieme all'Iasp (Associazione Internazionale per la Prevenzione al Suicidio) una giornata dedicata alla prevenzione di tale fenomeno lo scorso 10 settembre. Una giornata mondiale per sensibilizzare il mondo intero sul suicidio e le sue cause, che hanno diverse e molteplici origini. Nel campo scientifico la suicidologia è la disciplina che se ne occupa: un milione di suicidi ogni anno nel mondo rappresenta una perdita di vite umane inaccettabile: l'Oms ha stimato che nel mondo ogni 40 secondi si verifica un suicidio e ogni tre secondi si registra un tentativo di suicidio. Inoltre si è assistito a un'allarmante crescita dei tassi di suicidio tra i giovani.

Da un punto di vista psicologico la dottoressa Francesca Maisano, psicologa clinica e dell'età evolutiva, spiega come gli studi condotti da diversi autori hanno portato a definire il suicidio come un dolore mentale insopportabile, «un tormento nella psiche». Le fonti principali di dolore psichico - spiega - sono vergogna, colpa, rabbia, solitudine, disperazione che hanno origine nei bisogni psicologici frustrati e negati.

Sono proprio i ragazzi che in questi ultimi anni compiono gesti estremi o tentativi di suicidio, per porre fine a un'esistenza che vivono come ingiusta e dolorosa. Il cyberbullismo è una delle cause più frequenti. Secondo l'ultimo rapporto dell'Istat, tra i ragazzi che usano cellulare e Internet il 5,9% ha denunciato di avere subito ripetutamente azioni vessatorie tramite sms, mail, chat o social network. In aumento, dunque, i ragazzi che si sentono perseguitati e frustrati, che vivono in una condizione di dolore estremo in cui il suicidio diventa nella loro mente l'unico modo per tornare a essere liberi dai tormenti.

Nell'era del digitale gli adolescenti devono far maggiormente i conti con i loro bisogni di accettazione e autostima: quando vengono meno gli amici o un gruppo, quando si vive la non accettazione e l'incomprensione, avviene un passaggio all'atto che i ragazzi compiono nel tentativo estremo di ricevere affetto, comprensione e amore. Non è sempre vera l'equazione "suicidio come desiderio di morire": i nostri ragazzi ci mostrano le loro sofferenze, non vogliono essere vittime, non vogliono vivere sentendosi presi in giro, ma, nello stesso tempo, desiderano vivere una vita completamente diversa. Il loro è un grido di aiuto, una richiesta di maggiore attenzione, un modo per dire a noi adulti che esistono anche loro, con le loro fragilità e debolezze.

Dobbiamo essere noi a cogliere i primi segnali. La prevenzione è un elemento fondamentale, spetta a noi adulti e ai diversi professionisti diffondere che c'è sempre una soluzione non solo alternativa, ma vitale e positiva, attraverso la messa a punto di interventi sia per le vittime sia per i cyber bulli. Interventi che controllano cosa avviene nella rete tra i giovani. Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine ad un insopportabile dolore mentale - prosegue la dottoressa Maisano - il compito principale di chi deve occuparsi di un individuo potenzialmente suicida o con idee suicidarie è quello di alleviare questo dolore, attraverso una trasmissione alle nuove generazioni di insegnamenti in cui i valori, i modelli e il sostegno degli adulti diventino una guida e una forza per affrontare la vita anche nei suoi percorsi più dolorosi, trovando un modo diverso per affrontare anche quello che può essere o sembrare il momento più drammatico. Diffondiamo tra i giovani che una via d'uscita esiste sempre, e quella via si chiama Vita!

*** Direttore Dip. Materno-Infantile ASST Fatebenefratelli Sacco**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 05/2016: 25.000
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

IL FOGLIO
inserto

Dir. Resp.: Claudio Cerasa

27-SET-2016
da pag. 1
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

LA MORTE E' DOLCE

Non si può parlare di eutanasia senza conoscere la storia di Cicely Saunders, la donna che ha cambiato la medicina avendo cura dei malati fino all'ultimo istante

Infermiera, assistente sociale e medico, Cicely ha fondato il primo hospice e gettato le basi della moderna terapia del dolore

La morte di un amico nel 1960 le fa capire cosa provano le famiglie dei malati terminali. Nel '67 la prima paziente nel suo hospice

Nella sua struttura gli operatori non devono dare risposte, ma tempo: "E' quello che Cristo ha chiesto ai suoi nel Getsemani"

Nel 2002 si ammala, e nel 2005 entra nel suo hospice: "Sono stata medico, ora devo imparare a essere paziente"

di Emmanuel Exitu

Lo studio sulla qualità della vita in medicina è una delle ricerche più vivaci di questi anni e conta più di 30.000 pubblicazioni. Si cerca così tanto perché finora si è trovato molto poco. Per misurare la qualità della vita ci sono 300 parametri diversi, ordinabili ma non misurabili. A seconda di come si mettono assieme, offrono risultati contrastanti, perché sono per lo più questionari. Il problema di questi parametri avviene quando si prova a tradurli in cifre: in pratica, esplode un polverone di numeri ognuno con N varianti che nemmeno Google potrebbe processare. Di fronte a questo polverone, una posizione obiettiva direbbe semplicemente: non ci stiamo capendo un accidente. In medicina, la qualità è qualcosa di profondamente irrisolto e difficilmente valutabile: ma questo non significa che sia qualcosa di irreperibile o inesistente, significa solo che non si riesce a acchiappare nella sua interezza. La zona di fine vita – ma anche la zona di inizio vita, e quindi sarebbe più giusto dire *sic et simpliciter* "la zona vita", ma tralasciamo l'approccio "brevi cenni sull'universo" – è ancora una terra molto incognita, che non si può catalogare a forza di big data. Bisogna affidarsi allo strumento primo della conoscenza: l'esperienza. Cicely Saunders ce l'aveva, e veramente grossa. Infermiera, assistente sociale e medico ha fondato il primo hospice in senso moderno, il St. Christopher, e il movimento dell'Hospice Care, gettando anche le basi della attuale terapia del dolore (le cosiddette cure palliative). Era ufficiale dell'Ordine dell'Impero Britannico, poi elevata a Dama Comandante, membro dell'Ordine al Merito del Regno Unito, 25 lauree honoris causa, migliaia di pubblicazioni e decine di riconoscimenti. Una over the top, insomma, ma lo è diventata raccogliendo i frutti che l'esperienza le ha offerto. Nata nel 1918 e morta nel 2005, dalle ultime foto sembra una classicissima vecchietta che ha tutto di britannico, tranne gli occhi: molto poco "posati", vispi, furbetti e felicissimi, senza nessun'ombra di malinconia, un'allegra bambina. E in effetti è una simpatica ragazza che ha vissuto l'incasinatissima e comunissima vita di tutti noi. Iscritta al *Society for Home Students* di Oxford per fare filosofia, scienze politiche ed economiche, cambia idea allo scoppio della Seconda Guerra mondiale e si iscrive alla Nightingale, un corso durissimo e intensivo che la forma nella meticolosità britannica della cura. Il suo lavoro durante la guerra crea un imprinting assoluto, che manifesta il valore "dell'impegno personale e dell'attenzione ai piccoli dettagli. Spesso succedeva di finire tutto: medicine, bende, acqua... non ci rimaneva nulla, non avevamo nulla da offrire se non noi stesse".

Era tostissima e bravissima, ma una scoliosi e una vertebra che si sposta le impediscono quasi di camminare e l'ortopedico sentenzia che non potrà mai fare l'infermiera. Per lei è un trauma, ma non molla: torna a Oxford per diventare – almeno – assistente sociale. Il trauma dell'anno dopo, mentre cerca lavoro da neodiplomata, è la separazione dei genitori: il padre esaurito dalle continue crisi isteriche della moglie che minaccia il suicidio, su suggerimento della figlia se ne va. Cicely prende la madre con sé. Tutte queste mazzate non le tagliano le gambe, però la fanno soffrire e cercare di capire cosa fare. Legge i libri di C. S. Lewis e partecipa alla sua Società Socratica rendendosi conto che "ho tutto nella testa, ma non mi è ancora arrivato niente al cuore". Nella magnifica Cornovaglia, in una vacanza tra amiche che vogliono lavorare sulla Bibbia e pregare (dove non l'hanno invitata perché essendo un tipetto non era proprio la loro tazza di tè: lei però va lo stesso), una non meglio precisata esperienza le fa capire che il Signore risponde e che lui mette le cose a posto. Si converte all'anglicanesimo e con la forza della neofita affronta il lavoro per mostrare a tutti la luce che ha visto senza preoccuparsi di apparire importuna – tipetto era, e tipetto rimane.

C'era luce, mancava il fuoco. Il primo incarico è da vice assistente sociale al Northcote Trust specializzato nel trattamento dei

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 05/2016: 25.000
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

IL FOGLIO
inserto

Dir. Resp.: Claudio Cerasa

27-SET-2016
da pag. 1
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

tumori. Lì si innamora e arriva il fuoco. Solo che il suo principe azzurro non ha il cavallo e nemmeno un mantello e non è nemmeno un principe e non ha fede: le regala l'amore e una domanda. David Tasma è un ebreo polacco agnostico – occhi fieri, capelli neri, labbra disegnate e naso a patata – che arriva dal ghetto di Varsavia: è lei a comunicare la prognosi e accompagnarlo. La storia del loro amore corre lungo 25 appuntamenti annotati con 25 frasi sul diario: la più lunga e passionale è "se anche non avrò altro dalla vita, oggi è stato splendido". L'ultima è "addio". Il regalo d'amore che ha da lui è più di un figlio, è una domanda: "Non puoi dirmi qualcosa che mi consoli?". Lei impara il salmo 130 (129) De Profùndis, l'undicesimo dei quindici Cantici delle Salite che accompagnano la salita dei quindici gradini di accesso al Tempio e l'anima alla libertà e il cuore all'amore, e lo sussurra amorosa tutte le volte che lui chiede: "Dal profondo a te grido, Signore, ascolta la mia voce... l'anima mia ti aspetta, Signore, più delle sentinelle che aspettano l'aurora... perché la misericordia è con il Signore e con lui la redenzione è immensa". Lo spettacolo d'arte varia di un'innamorata, che scopre che per curare non serve solo *tutta* la competenza del mondo, ma serve la convivenza totale: se si vuole vincere la guerra contro il dolore, non si può combattere solo il dolore fisico, ma anche quello emotivo e spirituale. David fa pace con suo padre Abramo e mano nella mano con lui va incontro al suo Dio. Di quell'amore e di quel dolore, Cicely scopre di essere rimasta incinta: della scoperta che il protagonista delle cure palliative è il paziente di cui il dottore è una spalla, e della necessità di costruire una casa adatta a questa assistenza. David le lascia 500 sterline (15 mila euro circa) perché "voleva essere una delle finestre. Mi ci vollero diciannove anni per costruire quella casa attorno alla finestra. Ma i princìpi cardine del nostro intento nacquero dalle conversazioni che ebbi con lui prima della sua morte".

Un paio di giorni dopo, prende il telefono e fa il numero del St. Luke, una casa d'accoglienza per morenti poveri d'ispirazione ecumenica, e chiede di diventare infermiera volontaria dopo il lavoro. Osserva due atteggiamenti: ogni paziente ha un nome e con lui bisogna costruire una relazione; diversamente dalla norma, gli analgesici sono somministrati a orari fissi, non solo quando il paziente lo richiede. Molla il lavoro di assistente sociale e diventa segretaria del dott. Barrett, chirurgo toracico, ma dopo un anno gli dice che sente di dover assolutamente tornare in corsia tra i morenti. Barrett scoppia a ridere: "Ok, ma studia medicina, diventa dottore. Siamo noi che trascuriamo i morenti". A 39 anni si laurea e diventa ricercatrice in farmacologia per studiare l'attenuazione del dolore nei malati terminali grazie a una borsa di studio che le rende possibile una ricerca sul campo al St. Joseph di Hacknay tenuto dalle Suore della Carità irlandesi, che sono delle assistenti eccezionali ma non sono medici. I medici sono due generici che vengono due volte a settimana: usano raramente morfina ed eroina endovena, con la grande paura di attivare una dipendenza (che però non sembra un gran problema per un morente), per il resto invitano a resistere e poi se ne vanno. Cicely prova una soluzione diversa: via orale con piccole dose frequenti su oltre 1.000 pazienti, lasciando all'infermiera una elasticità del dosaggio entro un range (perché chi ha la relazione diretta col paziente conosce meglio le esigenze del singolo), gettando le basi della moderna terapia del dolore. I risultati si vedono... in foto! Le foto dei pazienti prima e dopo lasciano senza fiato: persone spappolate dal dolore ed esauste in pochi giorni entrano in uno stato di normalità, ritornando se stesse. La somministrazione *regolare* di antidolorifici forti come la morfina è una intuizione assoluta: dosi minori, maggiore vigilanza, minore dipendenza. La vita dei malati cambia di colpo. Spesso chi visita l'ospedale, alla fine chiede dove sia il reparto terminali. La risposta è sempre uguale: "L'ha appena visitato". Un gruppo di studenti della scuola per assistenti sociali, nel report scrive: "Abbiamo notato: 1) assenza di dolore e di sonnolenza; 2) vitalità e serenità; 3) atmosfera che non sappiamo definire, come se la morte non fosse qualcosa di cui preoccuparsi, ma una specie di ritorno a casa; 4) Integrazione tra pazienti, personale e visitatori, come se non ci fossero barriere, i pazienti sono disponibili e parlano volentieri; 5) semplicità nell'affrontare il dolore; 6) assenza di ideologia fissa come ci si aspetterebbe da un ordine religioso [mini-recall: erano suore cattoliche apostoliche non solo romane ma pure *irlandesi* degli anni Cinquanta, ok? erano brutte gatte da pelare, come minimo], ma agnostici atei o indifferenti sono incoraggiati ad accettare la morte nel modo più congeniale a loro".

Cicely porta questo miglioramento alle suore, ma le suore cosa portano portato a Cicley? "Ho scoperto che l'ospedale può essere una *casa* aperta a tutti, in qualunque ora del giorno e della notte". Scrive più di 60 articoli sul dolore cronico e sul trattamento della persona nella sua globalità, con un approccio rivoluzionario. I tempi sono maturi, comincia a correre per realizzare quello che sarà il St. Chistopher's Hospice. Scrive otto pagine: "the scheme" (una casa da 100 posti) e "the need" (i morenti non hanno un posto adatto non solo negli ospedali, ma anche nella medicina: bisogna studiare il trattamento del dolore, formare un'assistenza infermieristica dedicata, creare un posto bello a partire dal letto). Nel certificato di fondazione, prevede che al centro della casa ci sia una cappella, perché Cristo ha condiviso e condivide il buio della sofferenza e della morte, trasformandole: "Non ci sono risposte facili, ci sono molte occasioni in cui solo il Crocefisso ti può sostenere, quando l'unica preghiera è 'Gesù Salvatore' e 'Tu sai', quando l'unica risposta non è nelle parole ma in una presenza" ("Pensa a Lui", orazione alla cattedrale di Westminster, 2003).

[Scoccia sempre un po' dover parlare di queste cose, perché nel nostro mondo quando si parla di fede – l'amore a Qualcuno – si sente subito una vocina cattiva e stronza, dentro, che dice: "Seh, vabbé...", come se la fede non avesse diritto di esi-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 05/2016: 25.000
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

IL FOGLIO
inserto

Dir. Resp.: Claudio Cerasa

27-SET-2016
da pag. 1
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

stenza in queste faccende, come se la fede in fondo non avesse niente da dire, o da dare al bene dell'uomo di oggi. Eppure è questo amore che ha dato tutta la benzina a questa donna, che ha rivoluzionato il mondo della medicina riempiendo un vuoto di assistenza e conoscenza e creando uno spazio di accoglienza e amore. Non sembra poco, come contributo – o no? Eppoi la cosa fantastica di questo tipo di gente è che non ti riempie di pipponi edificanti, non chiacchiera, ma è (e poi fa). La questione della presenza di sé e dell'altro è una costante di Cicely, il rapporto con il paziente non funziona mai quando è a senso unico, funziona solo quando è uno scambio: "nella sofferenza e nella lotta c'è qualcosa di più forte, non una risposta, non una spiegazione, ma una presenza".]

Comincia a raccogliere fondi, a cercare alleati, a creare rapporti che l'aiutano nella sua impresa. Trova tutto ("un gruppo amorfo di amici a cui poter telefonare") e ritrova anche l'amore. Cicely doveva avere un debole per i polacchi dai capelli neri, perché anche Antoni Michniewicz è polacco dai capelli nerissimi e dagli occhi trasparenti, cattolicissimo, vedovo con figlia e ovviamente paziente. Anche lui muore dopo tre settimane, nel 1960. A questo punto, ci si aspetterebbe di sentire qualche parola edificante e sicura, no? Lei invece si spezza, frantumata dalla sua morte, soffrendo il dolore totale di una perdita. Il sostegno viene da lui, stavolta, e dal "gruppo amorfo di amici" che la sua idea stava creando: "Ho sentito la mancanza di Antoni in modo terribile, ma mi ha dato la carica per perseguire: ho capito in modo profondo cosa vuol dire perdere qualcuno. Ho percepito che avevo il diritto di dire alle famiglie che potevo comprendere come si sentissero".

La prima paziente dell'Hospice entra nel 1967. Il nome St. Christoph è un'idea della signora Galton, una donna cieca e affetta da paralisi progressiva che incontra la fede nella malattia (non attraverso la Bibbia, che non poteva leggere: "Dio mi risana in modo diverso: mi manda delle persone per farmi stare bene"). E' lei che vuole San Cristoforo, il santo che portò Gesù Bambino al di là del fiume. La fregatura per san Cristoforo fu questa: era un gigante che faceva il traghettatore e una notte si presentò un bambino chiedendo di portarlo al di là del fiume. Pensò fosse facilissimo, ma più camminava più quel bambino pesava. Quando distrutto lo posò sull'altra riva, il bambino rivelò di essere Gesù ringraziandolo di averlo aiutato a portare il mondo, mostrandoglielo dentro la sua manina. Cicely accetta perché in questa storia c'è l'idea dell'hospice come un posto in cui ognuno compie il suo viaggio, per arrivare al di là del Fiume.

Il St. Chris è una struttura di eccellenza che unisce la dimensione medica a quella spirituale, ma senza nessunissima forzatura: "Il nostro compito qui è lenire le sofferenze fisiche e mentali in modo che essi possano ascoltarLo perché Egli parlerà loro". Gli operatori però non devono dare risposte (uno dei criteri per escludere un operatore è sia che abbia tutte le risposte, sia che eviti tutte le domande – non è fantastico?), gli operatori devono dare *tempo*: "E' la cosa più importante da donare, è una dimensione dell'anima, non delle lancette. E' quello che ha chiesto Cristo nel Getsemani: Vegliate con me". Non bisogna parlare, non bisogna fare qualcosa: prima di tutto, bisogna stare. Poi se c'è qualcosa da dire, bisogna dirla; se c'è qualcosa da fare, bisogna farla; ma tutto quello che si dice e si fa deve essere dentro questo *stare con* il paziente. Il medico e tutto il personale devono rischiare tutto, condividendo "la nostra comune vulnerabile umanità".

Il metodo funziona e Cicely diventa una celebrity che gira il mondo come un medico che ha trovato un modo per fare bene il proprio mestiere, per vivere bene la propria vocazione: "Ho cercato di trasformare le cure amorevoli e premurose in cure amorevoli ed efficaci".

Anche in questo periodo della sua vita, non può mancare il polacco. Un giorno compra un quadro, Cristo che placa le acque. Lo appende nell'hospice, lo guarda per qualche giorno, poi scrive al pittore. E, indovinate un po'? Be', certo, è polacco, ma stavolta non ha i capelli neri e non è ammalato: ha i capelli bianchi e sta benissimo. Dopo essersi scritti per un po', Marian Bohusz-Szyszko si trasferisce all'hospice come "artista residente" e dopo 17 anni di convivenza nel 1980 si sposano. Staranno insieme fino al 1995, quando lui muore curato da lei al St. Cris. Nel 2002, anche per Cecily comincia il suo passaggio al di là del Fiume scoprendo un tumore al seno. Nel 2005 perde la mobilità e si trasferisce anche lei al St. Cris continuando a scrivere e a rispondere alle lettere, e ammettendo con la sua fantastica sincerità: "Sono stata infermiera e medico, ma la cosa più difficile di tutte è imparare a essere una paziente".

La letteratura scientifica dimostra, oltre ogni ragionevole dubbio, che l'approccio globale al problema dolore affrontato in tutte le sue dimensioni (fisica, psichica, sociale, spirituale) realizza risultati più efficaci ed efficienti sotto ogni profilo. Il papa emerito Benedetto XVI in un'intervista da urlo sulla questione della giustificazione per la fede ("Per mezzo della fede", 2016), diceva che "oggi rispetto alla prospettiva classica della fede cristiana, le cose si sono in un certo senso capovolte". Non è più l'uomo che deve fare il bravo e giustificarsi di fronte a Dio, ma è Dio che deve "giustificarsi a motivo di tutte le cose orrendi presenti nel mondo e di fronte alla miseria dell'essere umano". Insomma, è Dio che deve dare prove di poter rispondere al grido dell'uomo, è Dio che deve provare all'uomo di essere all'altezza dell'esperienza, della vita: Cicely non è una bella prova?

Come in ogni articolo che si rispetti, si è rubacchiato qua e là: Cicely Saunders, "Vegliate con me. Hospice Un'ispirazione per la cura della vita", Edb, Bologna, 2008. Shirley du Boulay, Cicely Saunders. "L'assistenza dei malati 'incurabili'", Jaca Book, 2004. Giorgio Bordin, Paola Marengo, "L'abbraccio del Pallium", Itaca, 2016

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-SET-2016
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Il Dg non si dimette ma annuncia l'uscita di scena alla naturale scadenza di mandato

Aifa e i cantieri del dopo-Pani

Le sfide aperte sul tavolo tra nuova governance e conflitti di interesse

Il direttore generale dell'Aifa, Agenzia italiana del farmaco, non si ricandiderà alla prossima scadenza di novembre nel suo incarico. **Luca Pani** smentisce le voci che girano di un suo scontro ad altissimi livelli in seguito ai compensi contestati extra stipendio. «Ho sempre detto che alla scadenza del mandato mi sarei dimesso - sottolinea -. E non è vero che ho avuto alcuno scontro con il ministro. Ho sempre pensato, come Pisapia, che un incarico come il mio non si dovesse svolgere più volte». Pani, dunque, annuncia l'uscita di scena in un periodo delicatissimo nella governance di Aifa: di quella attuale, legata quanto meno al ripiano del payback, e di quella futura annunciata dal ministro della Salute con la manovra 2017. E non solo. Il Dg dell'Aifa che verrà troverà sul tavolo una lista di sfide ancora tutte da giocare. Dalla nuova governance alla ricerca indipendente, dai registri al Prontuario farmaceutico nazionale, dai biosimilari al nodo della trasparenza e dei conflitti di interesse.

La madre di tutte le partite è il governo della spesa, un capitolo sempre più spinoso e scottante a fronte dei costi sempre più alti dei farmaci e dei contenziosi sempre più aspri tra le parti in gioco, con la spada di Damocle delle decisioni dei Tar che rendono incerto il quadro e la gestione dei conti.

La ricerca indipendente resta in attesa del rilancio promesso dal presidente **Mario Melazzini**, che aveva annunciato il nuovo bando entro settembre. Sul prontuario urge poi un giro di vite. La sua revisione continua è un'attività centrale dell'Agenzia. Nonostante ciò le diverse norme che hanno previsto una revisione completa della lista dei farmaci rimborsati e l'aggiornamento completo delle categorie terapeutiche non hanno avuto un particolare effetto sui medicinali acquistati dal Ssn. Quindi si potrà fare di più.

E i position paper non bastano a sgombrare il campo per i biosimilari, i farmaci su cui molti Paesi puntano per riuscire a garantire terapie di pari efficacia e sicurezza a costi più contenuti. L'Aifa su questo punto ha assunto un atteggiamento utile ma non del tutto netto. E non sempre è riuscita a incidere sull'indecisione di operatori e pazienti.

E in presenza di farmaci innovativi costosissimi, diventano sempre più cruciali anche le garanzie sull'assenza di conflitti di interesse e trasparenza. L'attenzione ai temi è stata molto alta ma i risultati concreti insufficienti. Verbali e delibere non sono sempre disponibili sul sito dell'Aifa, i contratti con le industrie farmaceutiche restano secretati e le strutture sanitarie che di fatto acquistano i farmaci non ne conoscono neanche il prezzo.

Infine i fondi regionali per la Farmacovigilanza. Riguardo a quest'ultima si è parlato spesso di approccio pro-attivo e di coordinamento dell'Aifa per le attività regionali. Ma gli ultimi fondi distribuiti nel 2015 per quest'attività sono quelli dagli anni di esercizio 2010-2011.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

27-09-2016

http://www.doctor33.it/

Ricetta elettronica: vicini al target del 90%, ma la carta resta importante. Ecco il quadro delle Regioni

L'Italia è vicina al traguardo della dematerializzazione delle ricette. I numeri emanati da Promofarma ci avvicinano al 90% di ricette inviate online dai medici di famiglia indicato nell'agenda digitale. Siamo al 77% di tutte le ricette emesse, considerando che una parte del 23% riguarda le ricette per sostanze psicotrope e in distribuzione per conto che per legge per ora restano cartacee. Non tutte le regioni viaggiano alla stessa velocità. In testa ci sono Veneto e Campania vicine al target (89,5% ricette de materializzate), seguite a ruota da Molise (88,4%) e Sicilia (87,8%). Per contro, la Calabria - appena partita - è al 26% mentre Bolzano è fanalino di coda con il 2,6%. Le regioni con propri sistemi di accoglienza dei dati sono un po' in ritardo rispetto a quelle che hanno aderito al sistema di accoglienza nazionale messo a punto da Sogei, la società del Ministero dell'Economia? «In realtà, non c'è una correlazione tra sistema d'accoglienza e ricette spedite online», spiega **Daniele D'Angelo**direttore Promofarma. «Delle cinque regioni con sistema di accoglienza proprio- Veneto, Trentino, Puglia, Emilia Romagna e Lombardia - le prime due hanno performance eccezionali, Puglia ed Emilia Romagna sono al 77%, la Lombardia al 74%. Per contro, regioni come la Toscana hanno aderito al sistema di accoglienza centrale ma inviano online solo il 62% delle ricette La percentuale dipende in gran parte da quante ricette vengono immesse nel sistema e processate dai farmacisti». E' colpa dei medici? «Andrebbe analizzata regione per regione la percentuale di farmaci distribuiti per conto e stupefacenti che, in base al DM 2 novembre 2011, sono esclusi dalla ricetta elettronica e seguono loro strade: i farmaci in DPC sono prescritti su piattaforma autonoma e gli altri sono soggetti a un iter cartaceo ancora valido», dice D'Angelo. «Oltre alle previsioni di legge, ci sono poi

accordi tra singole regioni e medici secondo cui anche farmaci con limitazione prescrittiva, e innanzi tutto quelli con piano terapeutico specialistico, possono restare fuori dalla prescrizione de materializzata. Infine, c'è la disponibilità del medico a spedire online, che potrebbe essere condizionata da problemi di connessione contingenti, non direttamente legati ai sistemi di gestione dei flussi». I medici di famiglia peraltro sostengono che di dematerializzazione vera e propria non si parlerà finché stamperanno il promemoria cartaceo per i pazienti: promemoria che il farmacista ritira per apporci la fustella. La carta resterà per colpa delle farmacie? «Con le norme europee, che prevedono addirittura l'eliminazione della fustella e l'apposizione dei dati in essa contenuti direttamente sulla confezione del farmaco, la carta presto sarà un ricordo grazie a sistemi informatici avanzati. Oggi però il promemoria è una garanzia, intanto per l'anziano che spesso si identifica con il malato cronico destinatario dell'80% delle ricette, che ha consapevolezza di quanto gli è stato prescritto. Ed è una sicurezza: se il sistema ha un blocco la carta supporta il Ssn nell'erogare la prestazione. Proprio per garantire la continuità il legislatore sempre nel DM 2/11/11 ha previsto il promemoria che potrà essere accantonato solo se esce una nuova norma scritta di pari valore. C'è un quarto aspetto, la funzionalità: la fustella ha un suo iter di produzione, gestione e smaltimento regolamentato, deve tornare all'Asl. Il farmacista apponendola sul promemoria, poi consegnato alla ASL, assicura una tracciabilità del percorso. Infine c'è l'aspetto privacy: in 20 regioni, se il paziente non vuole far sapere al suo farmacista che ha una certa patologia, siccome ad ogni promemoria corrisponde una dispensazione, si recherà nella farmacia fuori porta con il foglio corrispondente al farmaco "extra". In Trentino invece, dove non c'è promemoria, nella farmacia sotto casa basta dichiarare il codice fiscale e il farmacista può leggere tutte le prescrizioni del medico, inclusa quella che magari il paziente vorrebbe silenziare. Un problema in via di superamento, ma fa capire che non tutto ciò che luccica è oro».

Mauro Miserendino

quotidianosanità.it

Lunedì 26 SETTEMBRE 2016

Assistenza domiciliare. Cantone "bacchetta" chi fa le gare per i servizi: "Basta con i lotti unici. Così non c'è vera concorrenza"

L'intervento del presidente dell'Anac dopo numerose segnalazioni pervenute all'Autorità da parte di "piccoli" operatori del terzo settore che con la logica del lotto unico di affidamento vengono di fatto tagliati fuori dalla possibilità di aggiudicarsi almeno uno dei servizi messi a bando. Per Anac le gare a lotto unico "comportano l'introduzione di barriere all'accesso e determina forti restrizioni della concorrenza".

"Sono pervenute all'Autorità segnalazioni da parte di operatori del terzo settore in merito a criticità riscontrate negli affidamenti di servizi di assistenza domiciliare. In particolare, è emerso che le stazioni appaltanti affidano frequentemente, con unica gara, servizi assistenziali diversi, sia per tipologia di attività che per destinatari degli interventi, richiedendo l'esecuzione di prestazioni complesse. Tale scelta operativa comporta l'introduzione di barriere all'accesso e determina forti restrizioni della concorrenza, precludendo la partecipazione alle procedure di affidamento degli operatori che, pur difettando delle capacità richieste per svolgere l'intera prestazione prevista dal bando di gara, avrebbero i requisiti necessari a eseguire almeno uno dei servizi richiesti".

Così il presidente dell'Anac, **Raffaele Cantone** in una nota in cui fornisce le indicazioni operative alle stazioni appaltanti e agli operatori economici in materia di affidamento di servizi sociali dopo alcune segnalazioni sul frequente affidamento dei servizi con unica gara che escludono così molti operatori che non sono in grado di garantire tutti i servizi del bando.

"Il rispetto dei principi di concorrenza – rileva Cantone - e non discriminazione impone, infatti, l'adozione di accorgimenti che consentano, in ogni caso, la massima partecipazione degli operatori economici alle procedure di affidamento. Ciò anche nei casi in cui sia previsto lo svolgimento contestuale di una molteplicità di prestazioni (es. accoglienza dei richiedenti protezione internazionale), oppure la medesima prestazione debba essere eseguita con modalità differenziate per adeguarla ai bisogni di diverse tipologie di utenti finali (es. assistenza domiciliare rivolta ad anziani, disabili, malati terminali)".

Sulla base di queste considerazioni il presidente Anac rileva che "per consentire il superamento delle criticità emerse nell'affidamento di servizi sociali complessi, si ribadisce la necessità che le stazioni appaltanti provvedano alla suddivisione dell'appalto in lotti funzionali o prestazionali, rammentando l'obbligo statuito in tal senso dall'art. 51 del d.lgs. 50/2016. Inoltre, si richiama l'attenzione sull'efficacia, ai fini dell'apertura alla concorrenza, di ulteriori strumenti, utili ad agevolare la partecipazione degli operatori alle procedure di affidamento, quali l'avvalimento dei requisiti di partecipazione, il ricorso al subappalto e la partecipazione in forma raggruppata".

Infine, Cantone "evidenzia che la disciplina speciale dei servizi sociali consente l'erogazione dei servizi alla persona mediante diversi strumenti che consentono di operare in un'ottica di apertura alla concorrenza e di favor partecipationis, assicurando il pieno soddisfacimento dell'interesse sociale perseguito. Ci si riferisce, in particolare, agli istituti dell'accreditamento (art. 11, l. 328/2000) e della convenzione con le organizzazioni di volontariato (l. 266/1991) per i quali, con le Linee guida citate, sono state fornite indicazioni volte ad assicurare l'affidabilità morale e professionale degli operatori, il rispetto dei principi di pubblicità, trasparenza, non discriminazione ed economicità, la qualità delle prestazioni e la migliore soddisfazione dei bisogni dell'utenza".

quotidianosanità.it

Lunedì 26 SETTEMBRE 2016

Torna lo spettro del deficit. Il Mef certifica 1,2 miliardi di disavanzo (ante tasse locali) nei bilanci sanitari regionali. Crolla spesa personale ma crescono farmaci e sanità convenzionata

I dati dell'ultimo monitoraggio della Ragioneria dello Stato sulla spesa sanitaria nazionale. Alla fine il Ssn ha i conti in regola ma solo perché i buchi di gestione li abbiamo pagati noi con l'aumento di aliquote locali o con l'uso di altre risorse regionali. La spesa per il personale passa da un incremento annuo del periodo del 2,9% nel periodo 2006/2010 a un meno 1,2% annuo dal 2011 al 2015. Sulla farmaceutica l'allarme è su quella ospedaliera (quella in farmacia è invece in calo) dove pesano i nuovi farmaci per l'epatite C. IL RAPPORTO DELLA RAGIONERIA

Nel 2015, la spesa sanitaria (Dato Ce) è risultata pari a 111,185 miliardi (a fronte di un finanziamento del Ssn di 109,7 mld), con un tasso di incremento dello 0,3% rispetto al 2014. A rilevarlo è il *Rapporto 2016 della Ragioneria dello Stato sul Monitoraggio della spesa sanitaria*, un vero compendio dei numeri economici e finanziari della sanità italiana che analizza sia le voci di spesa (personale, farmaci, privati, medici di famiglia, etc) sia i conti delle singole regioni.

Dai numeri emerge la progressiva riduzione della spesa per il personale (tra 2010 e 2014 si è comunque registrato un calo di 25 mila unità), mentre si registra la crescita continua di quella farmaceutica e di quella per l'assistenza privata. Nello specifico delle Regioni peggiorano i conti gestionali dei Ssr. Hanno dovuto ricorrere a risorse aggiuntive (aumento aliquote fiscale e imposte) ben 12 regioni su 21. E il dato generale sui bilanci di gestione di Asl e Aziende sanitarie regionali è risalito a 1,2 miliardi di disavanzo, invertendo un trend di riduzione che durava dal 2006.

L'analisi delle voci di spesa

Redditi da lavoro dipendente. La spesa nel 2015 è stata pari a 31.610 milioni di euro, in riduzione dello 0,5% rispetto al 2014. La spesa per i redditi da lavoro dipendente è passata da un incremento medio annuo del 2,9% nel periodo 2006-2010 ad una riduzione dell'1,2% nel periodo 2011-2015, abbassando il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva dal 33,2% del 2010 al 31,1% del 2015. Fra il 2010 e il 2014 (ultimo anno disponibile) il SSN ha osservato una riduzione del personale stabile dipendente di quasi 25.000 unità.

Consumi intermedi. La spesa è pari a 31.939 milioni di euro, in crescita rispetto al 2014 del 5,2%. La dinamica complessiva dell'aggregato è essenzialmente determinata dal tasso di crescita della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici che registra un aumento di poco inferiore al 20%, per lo più imputabile all'immissione in commercio di importanti farmaci innovativi, tra i quali quelli per la cura dell'epatite C, caratterizzati da un costo elevato.

Nel 2015, la spesa per i consumi intermedi ha rappresentato il 27,6% della spesa complessiva con un incremento significativo rispetto all'incidenza del 2000 (18,7%). Tale voce di spesa, pur presentando una progressiva riduzione della dinamica di crescita nel tempo, mantiene tuttavia un tasso di crescita medio annuo significativamente superiore al resto della spesa. In particolare, il tasso passa dal 9,7% del periodo 2001-2005, al 6,3% del periodo 2006-2010 e al 2,5% del periodo 2011-2015.

Nello specifico, la spesa per prodotti farmaceutici è passata da un incremento medio annuo del 12,3% nel periodo 2006-2010 al 6,5% registrato nel periodo 2011-2015. La spesa per i consumi intermedi diversi dai

prodotti farmaceutici è cresciuta invece mediamente al tasso annuo dello 0,5% nel periodo 2011-2015, in evidente riduzione rispetto al tasso medio annuo del quinquennio precedente (3,5%). Tuttavia, il peso sulla spesa sanitaria totale cresce leggermente passando dal 19,2% nel 2010 al 19,6% nel 2015.

Farmaceutica convenzionata. La spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 8.290 milioni di euro, in riduzione dell'1,2% rispetto al 2014. Nel periodo 2011-2015 di è evidenziato un ulteriore rallentamento della crescita, con una riduzione media annua del 5,5% a fronte della riduzione media annua dell'1,7% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria totale si è ridotta dal 9,9% nel 2010 al 7,4% nel 2015.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è stat pari a 6.615 milioni di euro, sostanzialmente in linea con il valore del 2014. Si è passati da un incremento medio annuo del 2,8% nel periodo 2006-2010 a un incremento dello 0,2% nel periodo 2011-2015. Il peso sulla spesa sanitaria totale è pari al 5,9% sia nel 2010 che nel 2015.

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è stata pari a 23.153 milioni di euro, in aumento dell'1,3%. Il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla spesa sanitaria totale è aumentato dal 20,1% nel 2010 al 20,8% nel 2015

Altre componenti di spesa. Il livello di spesa è pari a 6.537 milioni di euro, con un incremento dello 0,6% rispetto al 2014.

Tab. 2.4: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2002-2015 *(valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali)*

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	5.851.095	6.145.549	7.110.552	7.192.558	7.457.133	7.728.499	8.074.520	8.345.876	8.467.057	8.418.390	8.393.741	8.192.089	8.188.605	8.114.762
Valle d'Aosta	190.247	197.591	208.993	224.756	245.180	246.894	260.337	263.790	277.758	278.458	278.799	271.243	260.549	263.164
Lombardia	12.709.967	12.716.177	13.395.853	14.777.035	15.351.041	16.166.791	16.723.161	17.200.800	17.816.587	18.123.612	18.154.112	18.293.407	18.789.874	18.840.201
Provincia autonoma di Bolzano	860.733	907.916	937.438	982.384	1.020.549	1.064.753	1.107.974	1.064.573	1.099.048	1.108.786	1.151.975	1.160.865	1.145.430	1.188.100
Provincia autonoma di Trento	753.544	804.192	822.130	856.613	900.377	943.363	994.949	1.062.468	1.096.091	1.131.648	1.157.822	1.150.669	1.152.692	1.132.404
Veneto	6.277.031	6.529.873	6.965.735	7.560.550	7.871.356	8.104.794	8.387.147	8.641.173	8.783.994	8.748.116	8.713.325	8.699.165	8.777.223	8.839.788
Friuli Venezia Giulia	1.658.530	1.731.738	1.885.301	1.987.706	1.983.352	2.154.625	2.311.383	2.410.250	2.442.765	2.494.185	2.511.603	2.468.870	2.373.981	2.347.133
Liguria	2.403.793	2.470.988	2.861.962	2.924.642	2.955.716	3.097.103	3.175.811	3.270.758	3.240.405	3.232.332	3.147.364	3.122.387	3.158.963	3.170.728
Emilia Romagna	5.870.440	6.110.660	6.709.700	7.053.098	7.311.317	7.627.095	7.946.685	8.269.132	8.440.909	8.494.315	8.801.341	8.617.608	8.654.501	8.747.317
Toscana	4.998.775	5.130.166	5.671.097	5.926.310	6.198.108	6.401.825	6.658.935	7.115.498	7.081.966	7.131.152	7.120.072	6.948.054	7.113.816	7.135.492
Umbria	1.187.716	1.272.798	1.338.980	1.395.324	1.461.024	1.494.981	1.560.822	1.612.289	1.623.470	1.633.976	1.643.828	1.645.648	1.637.893	1.663.960
Marche	2.036.295	2.083.258	2.275.781	2.343.910	2.447.998	2.523.276	2.617.058	2.735.555	2.799.082	2.794.725	2.749.345	2.713.320	2.735.981	2.746.287
Lazio	7.373.436	7.950.011	9.550.299	9.958.229	10.544.281	10.740.126	10.943.445	11.175.300	11.054.664	10.892.578	10.853.603	10.628.159	10.662.262	10.751.322
Abruzzo	1.819.282	1.968.704	1.948.396	2.242.184	2.206.267	2.325.936	2.351.605	2.339.611	2.331.231	2.303.108	2.348.576	2.316.030	2.374.190	2.347.125
Molise	447.250	524.554	517.714	652.721	588.287	620.170	649.298	662.683	660.620	648.109	663.454	696.380	662.812	638.837
Campania	7.552.201	7.779.975	8.751.063	9.653.474	9.203.429	9.693.517	10.005.028	10.142.309	9.995.554	9.818.993	9.710.637	9.579.880	9.795.313	9.902.968
Puglia	5.035.209	5.121.069	5.416.321	6.154.156	6.249.039	6.743.042	7.074.628	7.135.209	7.227.200	7.051.214	6.906.303	6.930.986	7.047.734	7.092.399
Basilicata	727.762	767.268	824.442	896.265	911.628	968.852	1.014.159	1.033.490	1.056.445	1.059.610	1.030.315	1.022.108	1.029.006	1.032.761
Calabria	2.547.656	2.581.237	2.762.717	2.852.564	3.009.084	3.312.246	3.365.358	3.491.273	3.447.104	3.371.332	3.360.356	3.312.330	3.369.192	3.356.543
Sicilia	6.469.388	6.640.059	7.491.556	7.811.345	8.402.267	8.322.069	8.273.579	8.389.403	8.506.248	8.499.930	8.514.826	8.530.434	8.644.902	8.638.427
Sardegna	2.206.551	2.271.538	2.438.297	2.690.633	2.630.949	2.703.951	2.903.359	3.048.483	3.125.691	3.179.609	3.225.251	3.183.654	3.238.035	3.235.887
ITALIA	**78.976.901**	**81.705.321**	**89.884.327**	**96.136.457**	**98.948.382**	**102.983.908**	**106.399.241**	**109.409.923**	**110.573.889**	**110.414.178**	**110.436.648**	**109.483.286**	**110.812.954**	**111.185.605**
PIL ai prezzi di mercato	1.345.794.237	1.390.709.574	1.448.362.704	1.489.725.463	1.548.473.435	1.609.550.761	1.632.150.832	1.572.878.282	1.604.514.520	1.637.462.939	1.613.264.965	1.604.477.873	1.611.884.015	1.636.371.669
in % del Pil	*5,9%*	*5,9%*	*6,2%*	*6,5%*	*6,4%*	*6,4%*	*6,5%*	*7,0%*	*6,9%*	*6,7%*	*6,8%*	*6,8%*	*6,9%*	*6,8%*
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	36.211.779	37.081.188	40.043.550	42.877.134	44.508.188	46.384.717	48.083.778	49.878.695	50.842.858	51.217.838	51.359.702	51.061.697	51.897.257	52.176.534
% sulla spesa sanitaria corrente	*45,9%*	*45,4%*	*44,6%*	*44,6%*	*45,0%*	*45,0%*	*45,2%*	*45,6%*	*46,0%*	*46,4%*	*46,5%*	*46,6%*	*46,8%*	*46,9%*
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	26.209.213	27.444.540	31.021.745	33.170.517	33.953.615	35.014.064	35.588.313	36.200.579	35.995.421	35.534.050	35.451.452	35.063.213	35.508.671	35.635.222
% sulla spesa sanitaria corrente	*33,2%*	*33,6%*	*34,5%*	*34,5%*	*34,3%*	*34,0%*	*33,4%*	*33,1%*	*32,6%*	*32,2%*	*32,1%*	*32,0%*	*32,0%*	*32,1%*
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" [c]	10.886.304	11.266.618	12.526.873	13.346.714	13.706.172	14.471.541	15.149.148	15.481.085	15.694.257	15.469.604	15.300.044	15.123.075	15.236.339	15.207.161
% sulla spesa sanitaria corrente	*13,8%*	*13,8%*	*13,9%*	*13,9%*	*13,9%*	*14,1%*	*14,2%*	*14,1%*	*14,2%*	*14,0%*	*13,9%*	*13,8%*	*13,7%*	*13,7%*
Autonomie speciali [d]	5.669.605	5.912.975	6.292.159	6.742.092	6.780.407	7.113.586	7.578.002	7.849.564	8.041.353	8.192.686	8.325.450	8.235.301	8.170.687	8.166.688
% sulla spesa sanitaria corrente	*7,2%*	*7,2%*	*7,0%*	*7,0%*	*6,9%*	*6,9%*	*7,1%*	*7,2%*	*7,3%*	*7,4%*	*7,5%*	*7,5%*	*7,4%*	*7,3%*

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE). I dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni per ovviare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle regioni antecedentemente alla definizione di principi contabili omogenei, ai sensi del DLgs 118/2011.

[a] Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

[b] Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

[c] Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia.

[d] Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonoma di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

I disavanzi gestionali delle Regioni

Tornano a crescere i disavanzi gestionali delle Regioni: in totale nel 2015 si registra un rosso da 1,2 mld (nel 2014 era di 900 mln) che gli Enti locali hanno ripianato con risorse proprie e nei casi delle Regioni in Piano di rientro con le tasse aggiuntive. Insomma, una pericolosa inversione di tendenza (dal 2006 il disavanzo gestionale è sempre diminuito) e che nel 2015 vede ben 12 regioni su 21 con i conti (prima delle coperture) in rosso.

A guidare la classifica è la Regione **Lazio** che ha fatto registrare un rosso da 379 mln di euro (nel 2014 il disavanzo era di 355 mln), coperto con 720 mln di tasse dei cittadini. Alla fine l'utile sarà di 245 mln, e la metà di queste risorse (112,7 mln) potranno essere usate dalla Regione anche per altri scopi.

A seguire il Lazio c'è la **Sardegna** con un disavanzo monstre nel 2015 di 341 mln, in miglioramento rispetto al 2014 dove il segno meno era di 361 mln.

Profondo rosso anche per la **Pa di Bolzano**, - 204 mln, in crescita rispetto ai -141 mln dell'anno precedente.

Conti che non tornano anche in **Liguria**. Nel 2015 il disavanzo gestionale è stato di -102 mln, in crescita rispetto ai -63 mln del 2014. La Regione ha coperto il buco con risorse aggiuntive per 111,7 mln. Da notare come al IV trimestre 2015 nessuna azienda risultava in utile.

A rischio anche la Regione **Toscana** pur presentando al IV trimestre 2015 un avanzo di 42,796 mln di euro. Ma in considerazione dell'iscrizione di entrate da pay-back 2015, per 115 mln di euro, non supportate da atto formale, il risultato di gestione è rideterminato in un disavanzo di 72,204 mln di euro.

Sempre negativi i conti della gestione del Ssr della Regione **Calabria:** nel 2015 -60 mln (coperti con 87,7 mln di tasse), meglio però del -65 mln del 2014.

Tornano negativi i conti della Regione **Puglia**: il disavanzo gestione nel 2015 è stato di 58 mln (nel 2014 si era invece registrato un avanzo di 14 mln) coperto con 60 mln nel bilancio.

In rosso anche il **Molise**: -45 mln (meglio rispetto al 2014: il deficit era di 60 mln). Non sono bastate però le coperture fiscali (18,7 mln) e la Regione ha avuto anche accesso a 30 mln di euro derivanti da un contributo di solidarietà interregionale.

Tra le regioni con i conti gestionali in negativo anche al **Valle d'Aosta** (-24 mln) e il **Piemonte** (-11 mln nel 2015. Nel 2014 c'era stato però il segno più con un avanzo di 56 mln). Torna in rosso la **Basilicata** (non succedeva dal 2011): -8,8 mln. Negativo infine anche il dato del **Friuli Venezia Giulia**: nel 2015 -6,6 mln. Tutte le Regioni hanno coperto i disavanzi.

Al contrario tra le 9 regioni in attivo spiccano le **Marche** (+57,1 mln), seguite dalla **Campania** (+27,6 mln), dalla **Sicilia** (+9,9 mln). Segno più anche per la **Pa di Trento** con +6,1 mln (un ottimo risultato rispetto agli scorsi in cui il deficit si attestava mediamente sui 200 mln di euro). In attivo anche la **Lombardia** (+5,7 mln), il **Veneto** (+4,1 mln), **Umbria** (+2 mln), **Abruzzo** (+602 mila euro) ed **Emilia Romagna** (+508 mila euro).

Tab. 2.6: risultati d'esercizio per regione – Anni 2006-2015 *(valori assoluti in migliaia di euro)*

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	-328.661	-170.753	-360.566	-387.523	-422.444	-274.636	-125.844	-37.051	56.769	-11.454
Valle d'Aosta	-70.554	-56.630	-61.532	-38.445	-58.561	-47.303	-48.559	-53.079	-34.343	-24.687
Lombardia	-293	45	96	12.712	-44.086	13.842	2.265	10.209	4.192	5.743
Provincia autonoma di Bolzano	-274.352	-261.515	-262.926	-185.596	-229.895	-222.959	-251.730	-190.141	-141.563	-204.270
Provincia autonoma di Trento	-143.210	-150.415	-163.744	-202.228	-210.607	-224.254	-245.641	-223.514	-214.728	6.151
Veneto	-144.620	-134.670	-148.512	-103.012	-6.095	114.961	11.575	4.415	15.704	4.134
Friuli Venezia Giulia	-4.249	-44.445	-42.125	-67.892	-77.490	-69.330	-66.308	-38.448	50.452	-6.764
Liguria	-95.593	-102.288	-109.311	-126.905	-95.402	-142.969	-46.160	-78.196	-63.736	-102.667
Emilia Romagna	-288.513	-91.204	-42.204	-118.360	-134.870	-104.581	-47.652	4	13.158	508
Toscana	-98.385	42.788	-2.445	-163.972	-71.655	-113.384	-50.614	-25.131	7.357	-72.204
Umbria	-54.716	11.456	4.199	8.379	5.783	9.159	4.389	4.755	9.460	2.089
Marche	-47.520	15.879	34.304	12.788	-24.761	21.187	-44.802	48.488	62.079	57.141
Lazio	-1.966.913	-1.696.481	-1.693.342	-1.419.449	-1.059.627	-773.938	-613.186	-669.624	-355.076	-379.730
Abruzzo	-197.064	-163.506	-107.656	-43.358	1.701	36.770	9.160	9.961	6.628	602
Molise	-68.494	-69.224	-78.727	-76.253	-64.695	-37.620	-54.765	-99.375	-60.027	-45.321
Campania	-749.714	-862.177	-826.736	-773.853	-497.509	-245.476	-111.076	8.771	127.760	27.657
Puglia	-210.811	-265.742	-219.575	-350.329	-332.705	-108.350	3.814	-42.488	14.046	-58.502
Basilicata	2.987	-19.868	-34.749	-25.120	-35.978	-48.550	3.861	0	1.476	-8.825
Calabria	-55.306	-277.059	-195.304	-249.030	-187.511	-110.431	-70.722	-33.926	-65.666	-60.047
Sicilia	-1.088.413	-641.451	-352.004	-270.344	-94.253	-26.091	-7.801	60	1	9.944
Sardegna	-129.216	-115.437	-184.926	-266.742	-283.560	-343.401	-391.969	-380.355	-361.787	-341.667
ITALIA	**-6.013.608**	**-5.052.699**	**-4.847.783**	**-4.834.532**	**-3.924.219**	**-2.697.355**	**-2.141.765**	**-1.784.664**	**-927.843**	**-1.202.168**
Regioni non sottoposte a piano di rientro [a]	-726.653	-277.863	-298.621	-503.490	-407.063	-250.336	-167.139	-35.455	49.690	-114.080
Regioni sottoposte a piano di rientro [b]	-4.125.903	-3.709.898	-3.253.768	-2.832.287	-1.901.894	-1.156.786	-848.391	-784.132	-346.379	-446.895
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" [c]	-539.472	-436.495	-580.141	-737.852	-755.149	-382.986	-122.030	-79.540	70.815	-69.956
Autonomie speciali [d]	-621.580	-628.442	-715.253	-760.902	-860.114	-907.246	-1.004.206	-885.537	-701.969	-571.237

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE). I risultati di esercizio esposti nella tabella sono coerenti con le risultanze dell'attività di verifica del Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati sopra esposti possono divergere dalla mera differenza fra i dati di spesa e di finanziamento. Essi possono divergere, inoltre, con i risultati di esercizio rappresentati nel modello CE Consolidato regionale (999). Con riferimento al solo anno 2012, al fine di assicurare la comparabilità intertemporale dei dati, i valori riportati nella colonna "2012" per le regioni Piemonte, Puglia e Marche registrano i risultati di esercizio "strutturali" valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, a partire dai dati del Consuntivo 2012 e non tengono conto: a) per la regione Piemonte dell'importo di 883 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, dell'importo di 292 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche della perdita pregressa dell'IRCCS INRCA (-88,479 mln di euro). Tali importi, correlati a situazioni relativi ad anni pregressi, sono stati valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali e si sommano al risultato di esercizio rilevato a partire dai dati del Consuntivo 2012, determinando il valore del disavanzo complessivo cui dare copertura finanziaria, sulla base dei criteri del Tavolo medesimo.

[a] Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

[b] Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

[c] Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia.

[d] Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonoma di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Luciano Fassari