IO DONNA

(TESTATA ONLINE - IL FEMMINILE DEL CORRIERE DELLA SERA)

15-11-2016

Lettori
29.360

http://www.corriere.it/

La menopausa non è un tabù

Informazioni aggiornate, controlli regolari, nessuna vergogna. Questa fase della vita, sempre più lunga, va affrontata con ottimismo. Condividendola con il partner

La vita peggiora a 50 anni. **Sei italiane su dieci pensano che la menopausa sia un periodo buio**: stando a un sondaggio della Società di Ginecologia e Ostetricia, due su tre lamentano disturbi urinari, irritazione e secchezza vaginale o aumento di peso, una su tre sbalzi d'umore e **poche fanno qualcosa per stare meglio, dallo sport a una dieta sana, fino ai controlli regolari di pressione e colesterolo**. Una su due non sa che in menopausa il rischio oncologico cresce, c'è ancora **un 29 per cento che non si sottopone alla mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno**. Le donne però capiscono di non saperne abbastanza, hanno molti dubbi e otto su dieci vorrebbero più informazioni: per questo Sigo ha appena avviato la campagna**Menopausa, meno…male** per aiutare le donne in una fase della vita che dura decenni.

«Con l'aumento dell'aspettativa di vita, arrivata a 84 anni per il sesso femminile, una donna dopo la menopausa ha davanti a sé almeno trent'anni di vita attiva e una buona quindicina di vita sessuale» dice Giovanni Scambia, presidente Sigo. «Purtropp**o molte sottovalutano i disturbi psicofisici del climaterio e pensano a torto che siano inevitabili**, senza immaginare che nella maggior parte dei casi basta modificare lo stile di vita per stare meglio. La menopausa è ancora vissuta come un tabù, se ne parla poco: solo una su tre riesce a comunicare problemi, dubbi e ansie al partner. Con la campagna vogliamo fornire a tutte gli strumenti per mantenere il benessere psicofisico anche dopo i 50 anni».

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

Avvenire POPOLUS
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

15-NOV-2016
da pag. 4
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

La maggioranza degli italiani cerca su internet consigli e cure. Un comportamento pericoloso

Inaffidabile Dottor Google

Quando stiamo poco bene, è il dottore a visitarci e a spiegarci cosa abbiamo e che farmaci dobbiamo prendere per guarire. Ma sempre più persone, almeno all'inizio, si affidano al "dottor Google": cioè fanno una ricerca su internet per trovare informazioni su sintomi, malattie, diagnosi e cure. Secondo una ricerca della società specializzata Medipragma, otto italiani su dieci (soprattutto giovani con meno di 30 anni) utilizzano la Rete per chiedere spiegazioni su argomenti relativi alla salute, e solo il 9% di questi poi si confronta con un medico. Nel 58% dei casi, invece, chi cerca queste informazioni online si ritiene soddisfatto, e magari si comporta di conseguenza, scegliendo da solo cure e farmaci. Un comportamento che può essere molto pericoloso.

Internet è un grande calderone che contiene di tutto, ed è molto difficile distinguere le informazioni corrette da quelle parziali, non aggiornate o semplicemente false. Per questo bisogna fare molta attenzione alle fonti delle notizie. Tra chi cerca informazioni mediche sulla Rete il 24%, per esempio, usa i social network: un canale su cui filtra di tutto, senza controlli. Il 19% si rivolge ai portali specializzati, certamente più sicuri come i siti istituzionali, scelti dal 16% del campione. Il 12% invece sceglie l'enciclopedia online Wikipedia, che permette a tutti di modificare le voci e quindi, a volte, può risultare una fonte poco affidabile. Va bene insomma cercare qualche informazione online, ma poi bisogna chiedere sempre conferma al medico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 101.382
Diffusione 09/2016: 39.034
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

15-NOV-2016
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Pillole di salute

Bullismo e internet Esperti a confronto sui rischi per i ragazzi

LUCA BERNARDO*

"Hot topics in pediatria e neonatologia" è stato il titolo del Convegno presentato a Milano presso l'Hotel Nhow. Due giornate, venerdì 11 e sabato 12 Novembre, di clinica e ricerca dedicate all'età evolutiva, con diversi specialisti provenienti da tutta Italia e la presenza di professionisti. L'obiettivo è stato quello di promuovere la riflessione e il confronto culturale e scientifico, attraverso la condivisione delle migliori best practices e delle principali tematiche dell'area medica dell'età evolutiva.

Diverse le sessioni dedicate, quali per esempio allergologia, pneumologia, neurologia, nutrizione, che hanno visto la presenza di un giusto mix di relatori e moderatori che rappresentano già il nostro presente, oltre che una garanzia per l'età evolutiva. La giornata è stata organizzata con il patrocinio della Federazione Italiana Medici Pediatri, della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica, della Società Italiana di Pediatria, della Società Italiana per le malattie respiratorie infantili.

Entrando nello specifico degli argomenti, una particolare attenzione è stata rivolta al disagio adolescenziale e sul tema del bullismo, cyber bullismo e di tutti quei fenomeni illegali in rete sono intervenuti l'onorevole della Commissione Infanzia e Adolescenza, M.V. Brambrilla; la Senatrice Elena Ferrara, prima firmataria del ddl prevenzione e contrasto del cyber bullismo, M. Corradino, dell' Autorità Nazionale Anticorruzione; G. Colletti, Comandante sezioni indagini telematiche; e tanti altri personaggi di rilievo, interessati in prima linea nella tutela e nel benessere dei minori. Per la parte dedicata agli esperti nazionali del mondo dell'associazionismo e le organizzazione Onlus e No profit operanti nel territorio, tra i diversi esponenti, sono intervenuti il Dirigente Scolastico di Milano e Provincia, Dr. M. Bussetti; la Dr.ssa M.R. Parsi, psicoterapeuta e membro del Comitato Onu per il diritto del fanciullo.

La violenza viaggia in rete per colpire alcuni dei nostri ragazzi sempre di più esposti all' aggressività e alla crudeltà. Gli accessi aumentati in maniera esponenziale ci portano a riflettere sui pericoli della rete che le giovani generazioni vanno incontro quando vi è un uso scorretto o inconsapevole da parte di alcuni ragazzi. Gli spazi virtuali e in particolar modo i social network dove molti adolescenti si ritrovano e condividono con il resto del mondo le loro fotografie, i loro pensieri o diversi filmati, possono purtroppo essere anche utilizzati per offendere, deridere, infastidire altri utenti, per compiere furti d'identità e truffe, adescamenti di minori o atti di cyber bullismo. Fenomeni che si declinano nelle varie forme: cybercrimine, bullismo sessuale, cyber bullismo e altri in cui le azioni aggressive e i comportamenti prevaricatori avvengono attraverso messaggi, immagini, foto, mail o chat. Queste sono state alcune riflessioni .

Oggi mondo reale e virtuale si integrano ma bisogna contrastare quelli che sono i pericoli a cui i giovani possono andare incontro. Aiutiamo i nostri ragazzi a crescere bene sia nel mondo reale che nel mondo virtuale.

***Direttore del Dipartimento Materno-Infantile ASST Fatebenefratelli Sacco**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Questo sito utilizza cookie tecnici e di profilazione propri e di terze parti per le sue funzionalità e per inviarti pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie clicca qui. Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie.
Accetto

POSITION PAPER

L'obesità è una malattia... curabile Metà italiani sovrappeso o obesi

Nel documento gli esperti e le società scientifiche chiedono di riconoscere la patologia nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza

di Maria Giovanna Faiella

(Getty Images)

20 milioni di italiani sono in sovrappeso e circa 6 milioni sono obesi, ovvero quasi la metà della popolazione. Nonostante sia in continua crescita, l'obesità nel nostro Paese ancora non è considerata una malattia, come risulta da un'indagine condotta in sette paesi europei dall'istituto di ricerca *Opinium*.

Documento multidisciplinare

Da qui l'esigenza di un lavoro di revisione su questo tema da parte delle società scientifiche ed esperti del settore che, riuniti in un *advisory board*, hanno realizzato un *position paper* intitolato "L'obesità è una malattia. Curabile". Il documento multidisciplinare elaborato da Società italiana obesità, Società italiana chirurgia dell'obesità, Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica, coordinate dal Centro di studio e ricerca sull'obesità dell'Università di Milano, fa il punto sulla diffusione dell'obesità in Italia e nel mondo, sui suoi effetti gravi sulla salute delle persone, sui costi per i sistemi sanitari pubblici e sulle soluzioni più efficaci per prevenirla e curarla. Il *position paper* ha ricevuto il patrocinio del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Una patologia cronica che incide sulla società

«L'obesità viene percepita ancora come un problema estetico piuttosto che una vera e propria malattia – spiega Michele Carruba, direttore del Centro di studio e ricerca sull'obesità dell'Università di Milano, che ha coordinato il *position paper* – . Non è solo il frutto di scorrette abitudini negli stili di vita ma i fattori che entrano in gioco sono molteplici e, tra questi, anche

CORRIERE DELLA SERA

MILANO

Sala chiede l'esercito per garantire sicurezza a Milano

di Redazione Milano

Il sindaco e la visita di Boldrini: «Dobbiamo rimettere in sicurezza il territorio e riqualificare le periferie»
L'aggressione in Loreto dei Trinitarios - *Giuzzi*

TERRORISMO

Arrestato il tunisino Fezzani reclutatore Isis in Italia

di Andrea Galli

Conosciuto anche come Abu Nassim, è stato fermato in Sudan

INVESTIMENTI

Oro o bond? 6 consigli per investire nell'era Trump
Spread oltre i 180 punti

di Pieremilio Gadda e Giuditta Marvelli

Sei domande e sei risposte per capire come orientarsi

HiQPdf Evaluation 11/14/2016

mutazioni genetiche, responsabili dell'alterato controllo sia dell'appetito sia del metabolismo, che predispongono allo sviluppo della patologia. È vero che ci sono anche obesi che stanno bene: il 20% non ha altre patologie conclamate ma il rimanente 80% le ha. Ed oggi sappiamo che l'accumulo di grasso viscerale causerà nel corso della vita una serie di patologie».

Epidemia silenziosa

Per fare qualche esempio: sovrappeso e obesità sono responsabili dell'80% dei casi di diabete e del 55% dei casi di ipertensione. Si spendono 28 miliardi l'anno per costi diretti e indiretti dell'obesità. E l'obesità può essere anche mortale. Un'epidemia sommersa perché molto spesso le cartelle cliniche relative ai decessi non riportano la causa "obesità". Ma si stima che ogni anno 57 mila morti siano attribuibili all'obesità, mille a settimana, uno ogni 10 minuti. «L'obesità è una malattia e può essere curata – spiega Paolo Sbraccia, past president della Società italiana obesità – . Il paziente obeso spesso è ancora discriminato in quanto tale per il suo aspetto e per il "fastidio" che può arrecare in alcune situazioni, per esempio in aereo. Ma ha il diritto di essere curato. Per questo la malattia va riconosciuta come tale».

Le proposte

Gli autori nel *position paper* suggeriscono alcuni provvedimenti da adottare con urgenza: considerare l'obesità una vera e propria malattia da inserire nei Lea, i Livelle essenziali di assistenza; adottare nella pratica clinica dei medici di medicina generale la misura della circonferenza vita come parametro vitale utile nella lotta all'obesità informando i pazienti sul reale rischio di questa malattia; promuovere la formazione di una rete organizzata di strutture pubbliche di assistenza ospedaliera con centri i riferimento costituiti da un team multidisciplinare; inserire ore obbligatorie di educazione alimentare a partire dalle scuole; promuovere la nascita e lo sviluppo di "obesità unit" in cui sia presente un team multidisciplinare; contrastare l'ambiente "obesogeno", incentivando le attività sportive e promuovendo stili di vita attivi.

14 novembre 2016 (modifica il 14 novembre 2016 | 15:41)
© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPO AVER LETTO QUESTO ARTICOLO MI SENTO...

CORRIERE TV

Boldrini contro Trump: «Inquietante»

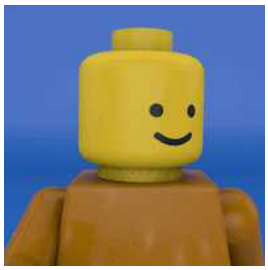
di Luca Gelmini

L'intervista della presidente della Camera a Corriere Tv: «Io resto in politica»

LE DOMANDE A BIG G

Referendum del 4 dicembre: serve il quorum?

di Renato Benedetto



L'avete chiesto a Google, vi rispondiamo noi

ALTRE NOTIZIE SU CORRIERE.IT

Entra in DoveClub

Ti aspetta un 2016 ricco di Viaggi, scegli la tua prossima meta

Tutto sui mutui. Segui il nuovo canale

I PIÙ LETTI I PIÙ COMMENTATI

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

15-NOV-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

INFLUENZA

Finiranno a letto 6 milioni di italiani

■ Quest'anno l'influenza arriverà prima e sarà più cattiva. Il virus, del ceppo A/H3, giunto dalla Libia, minaccia di mettere a letto tra i 6 e i 7 milioni di italiani (l'anno scorso furono meno di 5). E questa volta molti in piena età lavorativa, tra i 50 e 60 anni. L'allarme arriva dal Congresso dei medici di famiglia della Fimmg. I sintomi sono più o meno i soliti: infezioni alle vie respiratorie, con tosse e mal di gola, febbre anche alta, mal di testa e dolori alle articolazioni. Tutte cose che la scorsa stagione hanno fatto passare in media sei giorni a letto a chi è stato colpito dall'influenza. Ma che ogni anno, secondo stime dell'Istituto superiore di sanità (Iss), provocano la morte di 8.000 persone, soprattutto anziani, per le complicazioni, come polmonite e broncopolmonite, insorte dopo aver contratto il virus. Per questo Tommasa Maio, segretario nazionale della Fimmg, dice che «quest'anno è più che mai necessario vaccinarsi per tempo, soprattutto se si appartiene a una categoria a rischio, ossia ultrasessantacinquenni, diabetici, immunodepressi, malati oncologici, cardiopatici, donne al secondo e terzo mese di gravidanza» (vedi box in alto).

Quest'anno, comunque, l'invito a vaccinarsi è rivolto anche agli adulti sani tra i 50 e i 60 anni e ai bambini sani, visto che l'influenza da 0 a 4 anni colpisce 10 volte più che tra gli anziani, e 8 volte in più tra i 5 e i 14 anni.

A far prevedere un'ondata influenzale più pesante del solito sono due fattori, spiega Tommasa Maio: «Il primo è il largo anticipo con il quale quest'anno, già a fine agosto, è stato isolato il virus in un bambino nato in Marocco e proveniente dalla Libia. Fatto questo che ne prefigura una più ampia diffusione, soprattutto tra le persone non ancora vaccinate. In secondo luogo, i virus A/Hong Kong (H3N2) e B/Brisbane, isolati dall'Istituto superiore di sanità, contengono piccole mutazioni che predispongono a una maggiore circolazione dell'influenza. Questo perché né i bambini, né le persone a rischio che solitamente si vaccinano possiedono gli anticorpi che fungono da barriera alla malattia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LIBIA L'influenza arriva dall'Africa

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

15-NOV-2016
da pag. 24
foglio 1
www.datastampa.it

Lorenzin: la malattia entra nei Lea

«Niente più ticket per la cura del diabete»

ROMA. Inserito il diabete nel nuovi livelli essenziali di assistenza: sarà una delle malattie che vanno fuori dai ticket. Lo annuncia il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nella giornata mondiale del diabete. In Italia si stimano 5 milioni di malati, ma un milione, sottolinea la Società italiana di Diabetologia, non sa neanche di esserlo. Ogni anno fra le persone con diabete si registrano 75 mila infarti (uno ogni 7 minuti), 50 mila ictus (uno ogni 10 minuti) e 10 mila amputazioni (una ogni 52 minuti).

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

15-NOV-2016
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

> PERISCOPIO

DANIELA MINERVA

I farmaci sono gratis, ma la cura costa

LA CHIAMANO "financial toxicity". È la misura di quanto il peso finanziario delle terapie anticancro impatti sulla qualità della vita dei malati e anche sulla sopravvivenza. Il tema è ovviamente caldissimo in paesi come gli Usa dove non c'è un servizio sanitario universale, ma un gruppo di studiosi italiani si è chiesto se e quanto la financial toxicity pesi anche in un paese come il nostro dove le cure sono gratis per tutti. E hanno chiesto ai malati arruolati in 16 sperimentazioni cliniche: "le sue condizioni fisiche o le terapie cui si sottopone le hanno causato difficoltà finanziarie?"; poi hanno associato la risposta agli esiti delle cure; e pubblicato i risultati su *Annals of Oncology* (primo firmatario dell'articolo è Francesco Perrone dell'Istituto dei Tumori di Napoli ma hanno partecipato molti clinici italiani). Ebbene: i costi non hanno cambiato la possibilità di accesso alle terapie (e questa è una buona notizia), ma nel complesso (costi dei farmaci a parte) l'impoverimento dovuto al cancro (perdita del lavoro, necessità di assistenza, terapie complementari, e così via) incide pesantemente sulla qualità della vita delle persone in cura, e incide persino sulla sopravvivenza.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

15-NOV-2016
da pag. 36
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

IL RECORD DELLE ALLERGIE AI CIBI

Troppe intolleranze? È anche colpa dei test

ELVIRA NASELLI

BASTANO un po' di stanchezza, una cefalea e qualche dolore addominale per far scattare l'allarme: è un'intolleranza alimentare. Poi uno o due test nel laboratorio sotto casa o in farmacia e il verdetto: intollerante a... E giù una lista di alimenti. Che si eliminano dalla dieta, così si perde anche un po' di peso e ci si sente meglio. Fatto che avvalora l'ipotesi iniziale e conferma l'autodiagnosi. Tra tutte le intolleranze possibili regna incontrastata quella al glutine. Il punto è che non c'è un test di laboratorio specifico.

ALLE PAGINE 36 E 37

Alimentazione. C'è chi mangia gluten free senza essere celiaco

Chi elimina latticini, lieviti, persino pomodori. Sempre più italiani si credono allergici

Cambiano menù. E alimentano un business miliardario. Senza nessuna ragione medica

Intolleranze il trucco c'è E si vede

7-8%
dei bambini under 3 soffre di allergia alimentare

ELVIRA NASELLI

BASTANO un po' di stanchezza, una cefalea, una difficoltà di concentrazione e qualche dolore o gonfiore addominale per far scattare l'allarme: è un'intolleranza alimentare. Poi uno o due test nel laboratorio sotto casa o persino in farmacia e il verdetto: intollerante a... E giù una lista di alimenti. Che si eliminano prontamente dalla dieta, così si perde anche un po' di peso e ci si sente meglio. Fatto che, ovviamente, avvalora l'ipotesi iniziale e conferma l'autodiagnosi. Tra tutte le intolleranze possibili - va forte quella a lieviti e latticini - regna incontrastata quella al glutine non celiaca (Ncgs), suffragata da testimonial e siti internet che dipingono il glutine come causa di ogni possibile male. Basti pensare che un americano su quattro ha rinunciato spontaneamente agli alimenti normali, spingendo il mercato dei prodotti gluten free l'anno scorso a quasi 12 miliardi di dollari, in aumento.

Il punto è che non c'è un test di laboratorio specifico, ed è dunque difficile fare una diagnosi. Difficile ma non impossibile. «Il primo passo dovrebbe essere quello di escludere alcune patologie come celiachia, intolleranza al lattosio, malattie infiammatorie e parassitosi intestinali - premette Antonio Craxì, presidente Sige, Società italiana di gastroscopia ed endoscopia digestiva - che costituiscono il 95 per cento delle cause organiche dei sintomi lamentati. Solo dopo si possono indagare le intolleranze, con l'unico mezzo a disposizione che abbiamo: le diete di esclusione».

Si parte, dunque, con una dieta a basso contenuto di allergeni per circa due settimane. Partendo da prodotti crudi. Permessi riso e derivati, carne d'agnello, pesce, oli vegetali, prevalentemente d'oliva, frutta e verdura. Vietati gli alimenti più frequentemente oggetto di rezioni: latte vaccino (non di capra e d'asina), crostacei, alcuni legumi (ceci, lenticchie), uova,

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

DIFETTO DI STAMPA

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

15-NOV-2016
da pag. 36
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

agrumi e fragole, cacao e derivati (quindi il cioccolato), frutta a guscio, carne bovina e avicola, tutti i prodotti industriali. Se dopo questa dieta i sintomi sono regrediti, si comincia pian piano a reintrodurre alcuni alimenti, partendo da quelli segnalati dal paziente stesso come potenzialmente responsabili di una reazione. «È un procedimento empirico e per niente facile - continua Craxì - intanto perché richiede moltissimo tempo, anche anni, poiché si introduce un alimento per volta, e poi perché si sovrappone un fortissimo effetto placebo: se il paziente è convinto che un alimento gli faccia male, avrà dei sintomi in ogni caso ogni volte che lo ingerisce. Eppure questa è l'unica strada perché anche i prick test con gli alimenti dimostrano una reattività cutanea, ma non ci sono prove scientifiche che si verifichi una analoga reazione a livello gastrointestinale».

Nal caso della sensibilità al glutine non celiaca, per esempio, se i sintomi dovessero presentarsi dopo aver mangiato degli alimenti a base di grano, non bisognerebbe darla comunque una diagnosi a vita, come è invece la celiachia, ma transitoria. «Da rivalutare ogni anno - ragiona Craxì - poiché potrebbe essere legata ad assunzioni di farmaci, o a situazioni particolari a livello intestinale».

Insomma, una strada complicata, e multidisciplinare. Perché il gastroenterologo, che ha il compito di escludere patologie vere e proprie, dovrebbe poi lasciare il posto al dietista o al nutrizionista, che devono impostare il regime alimentare. E - se necessario - all'allergologo.

«In realtà la parola intolleranza ha poco senso - premette Antonella Muraro, presidente Eaaci, l'accademia europea di allergia ed immunologia clinica - ed anzi viene utilizzata quando non si sa che pesci prendere. Sarebbe più corretto parlare di reazioni avverse agli alimenti non mediate da meccanismi immunologici, come sono invece le allergie. Tra le intolleranze più comuni ci sono quelle al lattosio, dovute a carenza di enzima lattasi o secondaria ad infezioni intestinali e diagnosticabile con Breath test, il test del respiro, ma anche il favismo, che è un altro deficit enzimatico. E poi la Ncgs, per la quale nel nostro centro, dopo un periodo di esclusione del grano per 2-3 settimane, procediamo con prick test e test di provocazione alimentari. Se sono positivi si prescrive la dieta di esclusione e si rivaluta dopo un anno, con un altro test di provocazione per vedere se è aumentata la soglia di tolleranza, o se è rientrata la risposta. Queste risposte sono in aumento, è vero, e sono legate ai processi di panificazione sempre più brevi a partire da panetti industriali che spesso hanno additivi, e comunque con l'utilizzo di nuove varietà di grano selezionate per una maggiore resa ma che provocano anche un numero maggiore di reazioni. Parliamo sempre di numeri non grandi, mentre stiamo assistendo ad una percezione emotiva abnorme, che diventa quasi una guerra di religione al glutine. La cosa più importante è ascoltare il paziente, anche per evitare di ritardare la diagnosi di malattie serie, come le infiammatorie croniche intestinali, dal Crohn alla rettocolite ulcerosa. E invece andiamo sempre di fretta e abbiamo spinto i pazienti a credere che i test di laboratorio possano aver sostituito il processo clinico di diagnosi. Se non ci riappropriamo della parte essenziale della nostra professione, che è fatta di ascolto, c'è solo spazio per i ciarlatani, che di tempo per ascoltare ne danno a iosa».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

14-11-2016
Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Veronesi, il tributo degli oncologi da tutto il mondo: "Un gigante"

"Un gigante", un nome "che resterà per sempre associato alla ricerca pionieristica sulla chirurgia conservativa del seno". Così gli oncologi del mondo ricordano lo scienziato italiano Umberto Veronesi. Messaggi di cordoglio per la sua morte sono arrivati dalle più importanti istituzioni scientifiche, dall'Asco(American Society of Clinical Oncology) che "piange la scomparsa e onora la vita" dell'oncologo milanese, fino alla Iarc (International Agency for Research on Cancer), l'Agenzia dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) operativa nel campo della ricerca epidemiologica e di laboratorio sulle cause dei tumori, che si dice "addolorata" e ricorda la sua vita controcorrente.

In particolare quando "nei primi anni '70 Veronesi ha avviato, in contrasto con il parere prevalente tra i chirurghi, lo studio clinico randomizzato di confronto tra la mastectomia radicale e la quadrantectomia", tecnica che lo ha reso noto in tutto il mondo e che prevede l'asportazione della sola parte di seno colpita dalla malattia 'conservando' il resto, "per i tumori al seno inferiori a 2 cm di diametro".

Lo scienziato è stato "riconosciuto a livello mondiale come una figura di spicco nel campo della ricerca clinica sul cancro", ha osservato la Iarc che ha ricordato il suo contributo alla fondazione dell'Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) nel 1965 e della Scuola europea di oncologia (Eso) nel 1982, oltre all'impegno su temi come "il fine vita, l'aborto, la diagnosi prenatale, e altre questioni etiche e politiche relative alla salute" e al periodo in cui è stato membro del Consiglio scientifico Iarc fra il 1972 e il 1975. Veronesi, ha ricordato l'agenzia, è stato anche insignito della Medaglia d'Onore Iarc nel 2004.

"Era un gigante", ha esordito in una nota Daniel F. Hayes, presidente dell'Asco. "E' stato uno dei pionieri della terapia conservativa del seno, così come della chemioterapia adiuvante, della mappatura del linfonodo sentinella, e della riduzione dell'esposizione alle radiazioni per il trattamento dei tumori del seno. Milioni di pazienti in tutto il mondo hanno ricevuto una terapia migliore, più efficace, ma meno dannosa grazie ai suoi studi innovativi e visionari". Tanto che l'Asco ricorda di aver riconosciuto nel 2003 all'oncologo un suo prestigioso premio - il 'Distinguished Service Award for Scientific Achievement' - come tributo all'impegno di una vita.

Veronesi, ha aggiunto il Ceo dell'Asco, Clifford A. Hudis, "ha contribuito a inaugurare l'era moderna della ricerca clinica che ha cambiato la pratica sulla base di prove di alta qualità. Non ha mai smesso di porre domande su importanti questioni cliniche e pratiche. In questo senso è responsabile, direttamente o indirettamente, per il gran numero di ricercatori che hanno seguito il suo percorso e tratto ispirazione dai suoi approcci creativi a sfide di lunga data nella cura del cancro". Anche gli esperti dell'Asco hanno ricordato la pietra miliare, lo studio che nel 1981 si è guadagnato le pagine del 'New England Journal of Medicine', in cui Veronesi e colleghi compararono mastectomia radicale e quadrantectomia, con risultati che "non hanno mostrato differenze nella sopravvivenza complessiva o libera da malattia tra i due approcci".

Fra le attività dell'oncologo riportate alla memoria dai colleghi statunitensi c'è la parentesi, dal 1985 al 1988, alla guida dell'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (Eortc). E anche l'Eortc ha voluto onorare la memoria dello scienziato sul suo sito, "il suo contributo al trattamento di tanti pazienti in tutto il mondo che hanno beneficiato del suo lavoro", "il suo approccio visionario al trattamento del cancro e il suo impegno per la ricerca clinica" oncologica. Fra gli incarichi si ricorda l'aver presieduto per 20 anni il Gruppo melanoma dell'Oms.

Sotto la sua guida, si legge nella nota, "l'Eortc è stata in grado di avviare l'aggiornamento delle infrastrutture di ricerca clinica e di lanciare la prima Consensus Conference sulle procedure di controllo qualità". E poi c'è la lista dei riconoscimenti ricevuti da Veronesi per la svolta che ha impresso all'oncologia, fra cui - ricorda l'Eortc - anche "una nomination per il premio Nobel". E' stato, chiosa l'organizzazione europea, "un campione e un modello per medici e ricercatori e siamo profondamente grati per il ruolo che ha giocato come nostro presidente".

Al coro di saluti si aggiunge l'European Cancer Organisation (Ecco). Questo circuito, di cui fanno parte 24 società scientifiche che rappresentano oltre 80 mila professionisti in oncologia a livello europeo, ha definito Veronesi "un gigante globale nella cura dei pazienti affetti da cancro, un chirurgo leader, noto per le sue idee innovative", che "ha giocato un ruolo cruciale nella creazione della Federazione delle European Cancer Societies (Fecs, poi divenuta Ecco), da lui presieduta nel 1981-83 e poi di nuovo nel 1991-93". Un "vero visionario che ha modellato il panorama del cancro".

L'organizzazione "lavora duro per realizzare la sua visione di forte cooperazione multidisciplinare tra i professionisti dell'oncologia nell'interesse dei pazienti". Un approccio che, promette l'Ecco, animerà anche il prossimo Congresso di Amsterdam (a gennaio 2017), come "potente testamento. A noi tutti mancherà Umberto Veronesi e il suo ottimismo instancabile". Su Twitter esprime "tristezza" anche l'European Society of Medical Oncology (Esmo), e infine c'è il "profondo dolore" espresso dall'Oeci, il network degli Istituti oncologici europei, che dice addio a Veronesi, "la figura di oncologo europeo più stimata e padre fondatore dell'Oeci. Lo ricorderemo per le sue competenze eccezionali, la volontà e la visione, che sono servite a promuovere l'eccellenza dell'oncologia europea e hanno notevolmente migliorato la qualità della vita dei pazienti. Rimarrai sempre con noi - promette l'Oeci - Ciao Umberto!".

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

15-NOV-2016
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Meno posti letto più ambulatorio

DIFFIDENTI A PAG. 4-5

PRESTAZIONI

Ancora tagli per i posti letto, cresce l'attività in ambulatorio

Si conferma un trend decrescente sia dei posti letto ospedalieri, sia dei ricoveri, sia in regime ordinario, sia diurno. Parallelamente, crescono molti segmenti di attività ambulatoriale, soprattutto per le prestazioni specialistiche complesse.

La crescita di queste prestazioni, che fino a pochi anni fa erano erogate in setting ospedaliero, è rilevante in termini di volumi, ma non se ne apprezza proporzionalmente il valore per il significativo ritardo nell'aggiornamento delle tariffe ambulatoriali a livello nazionale.

Allo stesso modo, crescono le attività riabilitative e per le cure intermedie, seppur frenate da vincoli sulle dotazioni infrastrutturali. Prosegue lo sviluppo del comparto socio-sanitario, soprattutto per l'assistenza ad anziani non autosufficienti. Ciò che colpisce, però, è la straordinaria variabilità inter-regionale nel confronto tra tutti i setting assistenziali.

Alcune Regioni hanno mantenuto un'offerta ospedaliera molto più ricca della media nazionale (es. Emilia Romagna, Provincia Autonoma di Bolzano e Friuli Venezia Giulia) e altre sono storicamente sotto media, in maniera significativa (es. Calabria, Campania, Sicilia, Puglia). Ma è soprattutto la differenza di dotazione strutturale in ambito riabilitativo, lungodegenziale e di strutture residenziali a essere sorprendente (si veda il grafico accanto), con una forbice che va da 1 posto letto per 1.000 abitanti in Campania a 10 in Provincia autonoma di Trento.

Ciò dimostra come in questo ambito non vi sia stata una pianificazione compiuta né a livello nazionale né a livello regionale. Le differenze inter-regionali sono ancora più marcate nell'offerta specificatamente socio-sanitaria, correlata in maniera diretta con la ricchezza regionale e la capacità istituzionale di liberare risorse per il comparto.

Queste discrepanze nelle dotazioni strutturali per la post-acuzie impone all'agenda del Ssn una riflessione urgente e di grande rilievo, soprattutto alla luce della modifica dei mix di consumo in corso.

Da segnalare, inoltre, che l'importante segmento delle cure intermedie risente di un inquadramento nazionale lacunoso, di un'eccessiva eterogeneità di classificazioni regionali e di flussi informativi sottosviluppati o addirittura assenti a livello nazionale; si pensi ad esempio, al monitoraggio della dotazione strutturale e delle attività effettivamente svolte dagli ospedali di comunità e dalle altre strutture territoriali che non sono né ospedali, né istituti territoriali di riabilitazione, né strutture residenziali socio-sanitarie.

Al di là del calo dei posti letto ospedalieri, dei ricoveri a bassa complessità e del persistente gap interregionale nella post-acuzie, le piattaforme produttive del Ssn stanno attraversando profonde trasformazioni sul piano qualitativo. Le cause di tali trasformazioni sono diverse ma convergono negli scopi e nei risultati: merito del Pne (Programma nazionali esiti), degli standard ospedalieri del Dm 70/2015 e degli indicatori per i piani di rientro delle grandi aziende ospedaliere (legge di Stabilità 2016).

Parallelamente, i piani di rientro, in molte Regioni, hanno imposto limiti molto stringenti sul numero massimo di unità operative che ogni azienda può attivare. In alcune Regioni questo ha comportato una riduzione del 30% e oltre delle unità operative complesse (per esempio in piano di riordino della rete in Lazio e Piemonte).

In definitiva, resta apprezzabile la metrica che si è imposta nel Ssn e il significativo sforzo iniziale già condotto in molte regioni. Esistono però ancora notevoli margini di riorganizzazione interna e concentrazione della casistica per raggiunger ovunque i volumi necessari (ma non sufficienti) per la clinical competence e la sicurezza dei pazienti.

È utile osservare che laddove questi processi di trasformazione sono più avanzati, questo ha permesso di iniziare a separare il ruolo delle équipe professionali dalla loro collocazione fisica, andando nella direzione di team mobili sul territorio, a rotazione tra i vari stabilimenti e setting assistenziali. Questo significa rendere molto più ricco il potenziale delle soluzioni logistiche e organizzative disponibili.

Inoltre, la razionalizzazione della rete ospedaliera si traduce nella liberazione di spazi e nella disponibilità di personale con competenze specialistiche che rappresentano passaggi fondamentali per lo sviluppo delle cure intermedie e primarie.

Ernesto Diffidenti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 59.807
Diffusione 09/2016: 40.854
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

15-NOV-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

le inchieste del Mattino

Più strade e più malati ma il Sud riceve meno fondi del Nord

Marco Esposito

I numeri parlano chiaro: nel riparto di risorse per servizi essenziali il Sud è danneggiato. Il Mattino ha scelto due esempi, confrontando realtà omogenee, per approfondire come vengono ripartite le risorse. I servizi presi a campione sono la manutenzione delle strade ex provinciali nelle Città metropolitane di Milano e di Napoli e i servizi sanitari in Piemonte e in Campania. > A pag. 11

Strade e sanità

MANUTENZIONE STRADE (importi in euro)

	MILANO	NAPOLI
Popolazione	3.196.825	3.118.149
Autoveicoli	2.285.787	2.238.148
Occupati	1.385.701	557.790
Km di strade gestite dall'ente	795	1.629
Altitudine Max	238	1.444
Strade di montagna (km)	0	0
Fabbisogno base: 3.138.43 a km	2.495.052	5.112.502
Bonus città metropolitana	14.307	29.315
Bonus occupati (17.87 euro per occupato 2013)	24.762.477	9.967.707
Totale fondi assegnati per manutenzione strade	27.271.836	15.109.525
Euro per km	34.304	9.275

FONDO SANITARIO (importi in milioni di euro)

	PIEMONTE	CAMPANIA
Popolazione	4.424.467	5.861.529
Speranza di vita uomini	79,9	78,3
Speranza di vita donne	84,5	82,8
% affetti da diabete	5,3	6,7
% affetti da ipertensione	17,8	18,6
% affetti da osteoporosi	6,4	7,3
% affetti da malattie del cuore	3,6	3,1
Riparto fondo sanitario 2016	8.043	10.161
Euro procapite	1.818	1.733
Riparto ipotesi quota pro capite	7.890	10.452
Euro Procapite	1.783	1.783

centimetri

Strade e sanità, ecco i numeri del Mezzogiorno penalizzato

Più chilometri da manutenere e più malati da curare ma meno fondi

Buche
A Milano 34mila euro a Napoli solo 9mila per il bonus sugli occupati

Montagne
Pavia Rimini e Cesena considerate più accidentate del Faito

Salute
In Campania più diabete ipertensione e osteoporosi ma mancano 291 milioni di risorse

Marco Esposito

I numeri, a cercarli, ci sono tutti. E parlano chiaro. Nel riparto di risorse per servizi sociali essenziali il Mezzogiorno è sistematicamente danneggiato. E ciò accade nel sistema sanitario come in quello universitario, nei servizi comunali come in quelli assegnati alle Regioni o alle Province

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 59.807
Diffusione 09/2016: 40.854
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

15-NOV-2016
da pag. 11
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

(alias Città metropolitane). La battaglia per nuovi criteri nel riparto del fondo sanitario intrapresa dal governatore Vincenzo De Luca in Conferenza delle Regioni (peraltro in continuità con l'azione del predecessore Stefano Caldoro) ha ragioni da vendere. E andrebbe semmai estesa ad altri settori, in sede Anci.

I numeri sono tanti, si è detto, e quindi c'è il rischio di perdersi. Ecco perché Il Mattino ha scelto due esempi circoscritti e concreti, confrontando realtà omogenee, per approfondire, in base ai criteri più aggiornati, come vengono ripartite le risorse. I servizi pubblici presi a campione sono la manutenzione delle strade ex provinciali nelle Città metropolitane di Milano e di Napoli e la sanità in Piemonte e in Campania.

Strade. La manutenzione dei 130mila chilometri di strade provinciali è uno dei punti deboli del sistema Italia e il crollo del viadotto in provincia di Lecco evidenzia che ci sono difficoltà sia a Nord che al Sud. Tuttavia la nota metodologica sulla «Determinazione dei fabbisogni standard per le Province e le Città metropolitane» nasconde tra le 88 pagine delle vere e proprie trappole per il Mezzogiorno. Si prenda ad esempio il calcolo del fabbisogno di risorse per la manutenzione delle strade in due Città metropolitane: Milano e Napoli. Sono territori simili, che hanno più o meno il medesimo numero di abitanti (più di 3 milioni) e di veicoli circolanti (2 milioni). Le strade gestite dalla Città metropolitana di Milano sono quasi 800 chilometri mentre in quella di Napoli il doppio: 1.629 chilometri. Eppure a Milano vengono assegnati per la manutenzione 27 milioni e a Napoli 15 milioni. Com'è possibile? La formula elaborata dalla Sose (società del ministero del Tesoro) e vidimata dalla Ctfs (Commissione tecnica fabbisogni standard) parte, come ci si aspetta, dal numero di chilometri di strade da manutenere e per il «fabbisogno base» assegna a Napoli il doppio di Milano. C'è poi un piccolo correttivo, che vale per entrambi gli enti, legato al fatto che sono Città metropolitane e non più Province. Ci sarebbe poi un secondo correttivo, proporzionale ai chilometri di strada in montagna, perché tali arterie richiedono una manutenzione più intensa. A Milano, in piena pianura Padana, è indicato giustamente zero visto che l'altura maggiore, nel Comune di Rescaldina, non arriva a 250 metri. E Napoli? Anche nella Città metropolitana di Napoli i chilometri di strada montana sono giudicati zero, nonostante vi siano ben tredici Comuni che superano i mille metri di quota, sia per la presenza del Vesuvio, sia del Faito, con il massimo a Pimonte che arriva a una vetta di 1.444 metri. Ogni chilometro di strada montana ha un bonus aggiuntivo di 2.744 euro, che a Napoli non scatta. Mentre il bonus arriva, per esempio, per Province non particolarmente montane come Pavia, Forlì-Cesena, Rimini o Latina. E non è finita qui. I tecnici della Sose - sigla che sta per Soluzioni per il Sistema Economico - hanno introdotto un altro bonus che da solo vale più di tutte le somme precedenti: un gettone di 17,87 euro per ogni occupato. Cosa c'entri il tasso di occupazione con la riparazione delle buche è difficile da comprendere. Se proprio si voleva correggere il mero dato dei chilometri di asfalto, si poteva tener conto dei veicoli circolanti. Ma gli occupati, guarda caso, hanno il non trascurabile merito di essere presenti più al Nord che al Sud e così, per tornare al confronto Milano-Napoli, grazie a quasi 1,4 milioni di occupati la città lombarda riceve un bonus di 25 milioni (dieci volte il fabbisogno base) mentre la città campana deve accontentarsi di 10 milioni. Tirate le somme, Milano riceve 34mila euro a chilometro e Napoli 9mila, senza che nessun report ufficiale evidenzi e spieghi le ragioni di una tale palese sperequazione.

Sanità. Qui la vicenda è nota e ha indignato anche il vescovo di Napoli Crescenzio Sepe: si riducono risorse dove si ha la ventura di morire prima. La formula Calderoli sui costi standard - scritta nel 2011 e in funzione dal 2013 - pesa la popolazione per fasce di età, favorendo i territori con più anziani, cioè quelli del Nord. Con la Campania che, a causa di tale criterio, è ultima in Italia per riparto pro capite. Ma se, invece di pesare le età, si contassero le malattie, il riparto cambierebbe. In un confronto Piemonte-Campania risulta evidente, in base alle rilevazioni Istat sulle «condizioni di salute» degli italiani nel 2015, che per non pochi parametri sono i cittadini campani a passarsela peggio e ad avere quindi bisogno di maggiore assistenza sanitaria. I dati sono evidenti per alcune malattie croniche come il diabete (che colpisce il 5,3% dei residenti in Piemonte e il 6,7% in Campania), l'ipertensione (17,8% in Piemonte e 18,6% in Campania), l'osteoporosi (6,4% in Piemonte e 7,3% in Campania). Per altri parametri, sono i piemontesi a vedersela peggio; tuttavia il dato riassuntivo della speranza di vita, sempre su fonte Istat, assegna a un piemontese 1,6 anni in più se maschio e 1,7 anni se femmina, segno di condizioni di salute generalmente migliori in Piemonte. Ci si aspetterebbe, quindi, un maggiore impegno pubblico per la sanità campana soprattutto sul fronte della prevenzione e, invece, accade esattamente il contrario visto che ogni piemontese, sul riparto 2016, vale per lo Stato italiano 1.818 euro, mentre il cittadino campano conta solo 1.733 euro. Se si ragionasse in base alle effettive esigenze sanitarie della popolazione, la Campania dovrebbe ricevere più di molte altre regioni, ma la proposta di De Luca è, semplicemente, di assegnare la medesima quota a tutti ovvero 1.783 euro a testa. In pratica la Campania recupererebbe 50 euro per abitante, cioè 291 milioni di euro. Con i quali si potrebbero - per restare agli esempi concreti - comprare mille colonscopi ed effettuare più di un milione di analisi per lo screening del cancro del colon retto. Il più diffuso tumore nella popolazione italiana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

15-NOV-2016
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

FISCO E SALUTE

Vai dal medico? Da oggi lo sa anche lo Stato

di **Giuseppe Marino**

a pagina 7

Privacy sulle spese mediche: così ci difendiamo dal Fisco

Da ieri è possibile evitare la segnalazione alle Entrate delle fatture pagate o degli esami sostenuti: ecco come

L'ANALISI

di **Giuseppe Marino**
Roma

Se la privacy e i dati personali fossero un titolo di Borsa, saremmo di fronte a un rialzo record. Nel 1996, quando fu istituito con legge il «Garante per la protezione dei dati personali», sembrava una faccenda da dietrologi con mania di persecuzione. Quella legge compie venti anni a dicembre e finalmente ci appare chiaro che peso, anche economico, abbiano quelle informazioni che tutti i giorni seminiamo noncuranti su *Facebook* o *Whatsapp*.

Con il 730 precompilato, ad esempio, si è avuto un saggio della capacità del Fisco di raccogliere informazioni non solo sulle nostre entrate, ma anche sulle spese. E ora ci è più chiaro che da queste spese si può risalire a informazioni delicatissime, incluso sapere se abbiamo una malattia, magari una di quelle socialmente più sensibili, malattie sessuali, cancro, disturbi psichiatrici. Dai farmaci che compriamo o dagli esami clinici che paghiamo, si può ricostruire nel dettaglio la nostra storia medica. Roba che scotta, perché, se di dominio pubblico potrebbe ad esempio dissuadere un'assicurazione a stipulare una polizza o una banca a concederci un mutuo. Da ieri come contribuenti possiamo rifiutarci di consegnare questi dati all'Agenzia delle entrate. In farmacia si poteva già fare, bastava non consegnare la tessera sanitaria alla cassa. Oggi si può anche dall'oculista o dal radiologo. Bisogna specificare che ci si oppone alla comunicazione. Oppure si può andare sul sito del sistema tessera sanitaria (*www.sistemats.it*), consultare la nostra posizione e defalcare le spese di cui non vogliamo lasciare traccia.

Ma c'è un prezzo, come ormai per tutte le scelte che facciamo in materia di privacy. Se non consegniamo la tessera al farmacista non avremo lo scontrino «parlante» e dovremo rinunciare alla sgravio fiscale. Le spese per visite ed esami con annotato il rifiuto potranno invece essere portate dal commercialista e detratte dalla dichiarazione dei redditi. Ma le procedure così diventano più complicate. La verità è che se vogliamo garantirci la privacy, o ci infiliamo nella giungla delle avvertenze, costringendoci a leggere lunghi documenti, o riduciamo tutto a una semplice scelta: o riservatezza o vantaggi fiscali.

Ed è esattamente quello che sta succedendo in tutti i campi della vita quotidiana, in particolare laddove si applica la tecnologia. Internet, i *social network*, gli *smartphone*: invenzioni meravigliose che ci aprono possibilità cui non avremmo mai nemmeno pensato nel 1996. Ma a un costo.

A nessuno piace lo spam, ma se cerchi su Amazon il prezzo di una valigia o di una macchina del caffè, non solo ti arriveranno offerte simili sulla posta elettronica, ma sui siti che frequenti di solito spunteranno pubblicità di viaggi e caffè. Per cercare di limitare questo effetto tracciatura è stata introdotto l'odiosa avvertenza sui *cookies* che compare ogni volta che ci clicchiamo un sito web. Così continuiamo a farci tracciare, ma perdiamo tempo a cliccare «ok». La battaglia è persa, perché noi per primi ci siamo arresi. Il 33 per cento degli utenti di *Facebook* non controlla le proprie scelte in tema di privacy. Il 61 per cento non sa quali siti e software ha autorizzato ad accede-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

15-NOV-2016
da pag. 7
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

re alle proprie informazioni.

Certo il Fisco non è una compagnia privata. Ma i rischi ci sono lo stesso. Proprio ieri Equitalia ha lanciato l'allarme per un'ondata di mail truffaldine a proprio nome inviate per appropriarsi di dati sensibili. E anche senza truffe, la difesa della *privacy* diventa più difficile se le regole sono complesse. E la semplificazione non è proprio la specialità del Fisco.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 75.622
Diffusione 09/2016: 39.883
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

15-NOV-2016
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

Le richieste delle regioni sulla Manovra

Farmaci, tetti sulla spesa

DI PASQUALE QUARANTA

Nuovi tetti sulla farmaceutica, piani di rientro ospedaliero, linee di finanziamento per il personale sanitario, nuove disposizioni in materia di indennizzo per danni da emotrasfusioni e vaccinazioni, stabilizzazione del fondo per trasporto pubblico locale. Queste sono alcune proposte che le regioni hanno presentato al disegno di legge di bilancio 2017 in esame nella commissione bilancio della camera.

Emendamenti che , in parte, sarebbero lontani dalla visione del governo come, ad esempio, quelli che riguardano i nuovi tetti sulla farmaceutica che, secondo Palazzo Chigi, inciderebbe solo per il 14,85% sul totale della spesa sanitaria del Sistema sanitario nazionale. Di opinione diversa le regioni che ritengono insufficienti le misure dell'esecutivo e per tal motivo propongono la bocciatura della norma che vieta la possibilità alle centrali di acquisto di eseguire gare in equivalenza terapeutica e chiedono, contestualmente, stabilità normativa per quel che concerne le gare pubbliche sui farmaci biologici a brevetto scaduto per i quali siano presenti sul mercato i relativi biosimilari.

Sul personale sanitario, invece, le regioni chiedono che le risorse attualmente utilizzate per la libera professione, così come previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro per la dirigenza medica e veterinaria e Spta, venga utilizzato, fino ad un massimo del 50%, per effettuare nuove assunzioni di medici a tempo indeterminato in attesa che vengano definiti i fabbisogni standard.

Le regioni hanno poi avanzato diverse ipotesi finalizzate alla salvaguardia dell'equilibrio economico dei singoli sistemi sanitari regionali che potrebbe essere raggiunto attraverso una riduzione della spesa del personale sanitario per gli anni dal 2015 al 2020 calcolato mediante una mappatura delle istituzioni sanitarie territoriali.

Depositati, infine, altri due emendamenti: il primo riguarda il fondo per gli interventi degli enti territoriali che, secondo le regioni, dovrà essere finanziato da risorse regionali mentre, il secondo, mira a stabilizzare il fondo per trasporto pubblico locale con l'obiettivo di garantire investimenti sul territorio per tutto il triennio 2017 - 2019.

© 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

15-NOV-2016
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

MANOVRA 2017

Farmaci, scacco regionale

I governatori: novità sul personale - È rush alla Camera

I governatori fanno muro sulle misure per la farmaceutica e chiedono modifiche sul personale. Intanto i sindacati rilanciano e chiedono a Renzi di dare sostanza alle promesse fatte dal premier sui contratti. La manovra 2017 a tappe forzate alla Camera.

MAGNANO A PAG. 7

Frenata sui bonus per l'industria: spazio ai biosimilari e ai risparmi nei pubblici acquisti

Farmaci, affondo delle Regioni

E sul personale: deroghe e assunzioni con i fondi per la libera professione

I requisiti Aifa dell'innovazione passino anche per la Cts

Se si spende meno stop ai servizi in outsourcing

Le Regioni rilanciano sul tavolo della Manovra 2017 giocando una mano molto forte su farmaci e personale Ssn. Per frenare i «bonus» indirizzati all'industria del pharma e per risolvere il nodo degli organici tra esigenze di budget, orario di lavoro Ue e liste d'attesa. La Conferenza Unificata ha sospeso il parere sul Ddl di Bilancio 2017 e lo ha rinviato a una "straordinaria" fissata il prossimo 17 novembre. Ma ha anche definito un corposo pacchetto di emendamenti da consegnare al Governo e da trasmettere alla Commissione Bilancio della Camera dei deputati, che ha tempi strettissimi per l'esame dal momento che il Ddl di bilancio va in aula dal 24 novembre.

Sul fronte farmaci, l'attenzione è concentrata sul capitolo biosimilari e le procedure di acquisto mediante utilizzo di accordi quadro. In particolare sull'abrogazione del comma 11 dell'art. 59, che prevede tra l'altro il divieto di sostituibilità automatica tra biologico di riferimento e un suo biosimilare o tra biosimilari. Secondo le Regioni, il comma 11 di fatto impedirebbe la possibilità di fare gare al prezzo più basso e ostacolerebbe qualsiasi riduzione di prezzo, con un mancato risparmio complessivamente pari a un miliardo, a tutto vantaggio delle aziende farmaceutiche che producono biologici a brevetto scaduto (i biosimilari attualmente in commercio sono 17 riferiti a 6 farmaci biotech). Una seconda importante proposta di modifica riguarda l'impossibilità - prevista dall'art. 59 - di porre in gara nello stesso lotto principi attivi differenti, anche se hanno le stesse indicazioni terapeutiche. Una norma che secondo le Regioni è contraria ai principi di carattere scientifico contenuti nelle linee guida per l'impiego di principi attivi all'interno di una categoria terapeutica omogenea.

Un ulteriore emendamento introduce come base d'asta non il prezzo massimo di cessione del biotecnologico ma il prezzo medio tra tutti i prodotti biotecnologici e biosimilari disponibili per evitare un prezzo di partenza elevato e ottenere un maggiore risparmio.

Stop inoltre al riferimento contenuto nella norma dei tre prodotti in graduatoria con il prezzo più basso (per ogni prodotto biotech esistono 1 o 2 biosimilari, quindi se si accetta il principio dei tre prodotti, fanno osservare le Regioni, di fatto si annulla il valore competitivo dell'asta e si favorisce l'allineamento dei prodotti al prezzo più alto). Infine sull'adozione dei criteri per stabilire il grado di innovatività dei farmaci, le Regioni chiedono di prevedere il previo parere positivo della Commissione tecnico scientifica (Cts) dell'Aifa. Questo per evitare che decisioni di una tale portata siano adottate con provvedimento esclusivo e discrezionale in capo al dg Aifa.

Articolato il pacchetto di emendamenti sul personale. Ecco alcuni tra i più rilevanti. Le Regioni propongono l'assunzione a tempo indeterminato di dirigenti medici mediante utilizzo del 50% delle risorse che finanziano l'istituto previsto dall'art. 55 comma 2 del Ccnl 8/6/2000, ossia la libera professione a favore dell'azienda, ai fini della riduzione delle liste d'attesa derivanti anche da carenze di organico.

Sui contratti a tempo determinato, cococò e lavoro flessibile, le Regioni

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

15-NOV-2016
da pag. 7
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

propongono di quantificare il limite di costo a livello di regione e non più di singola azienda. E sempre sulle assunzioni a tempo si propone di poter derogare al vincolo di costo posto dal dl 78/2010.

Da un lato l'assunzione di nuovi precari, dall'altro la stabilizzazione dei «vecchi». Sulla seconda possibilità, le Regioni prevedono una integrazione del Dpcm 6.3.2015 anche con riferimento al personale medico in servizio presso i servizi di emergenza e urgenza per i quali si prevede il requisito del rapporto di lavoro autonomo o convenzionato.

Previsto anche un freno all'outsourcing. Le Regioni propongono infatti di agevolare la reinternalizzazione di servizi sanitari in precedenza affidati all'esterno qualora si attesti che la stessa determina economie di gestione rispetto all'assegnazione in appalto.

Tra le altre proposte avanzate dalle Regioni, sul fronte del personale sanitario e in particolare del nursing, c'è lo stop ufficiale all'incremento dell'indennità infermieristica, che già da anni peraltro alcune Regioni non erogano più.

Intanto i sindacati non stanno a guardare, con i medici ospedalieri in stato di agitazione e il personale della medicina territoriale (rappresentato da Fimmg, Fimp e Sumai) che chiede un "incontro urgente" alla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** per chiarire l'impegno del Governo sul tema del finanziamento per il rinnovo dei contratti del personale convenzionato con il Ssn.

Le promesse di Renzi infatti non bastano a nessuno. Il premier la scorsa settimana ha lanciato un amo al personale Ssn: «È arrivato il momento del rinnovo del contratto dei medici e degli infermieri», ha detto durante l'inaugurazione di un Pronto soccorso. Ma l'Anaao Assomed ha subito chiesto cifre certe. «Da quello che è possibile capire dal meccanismo e dall'entità del finanziamento a scatole cinesi che la legge di bilancio riserva alla pubblica amministrazione - spiega il segretario nazionale **Costantino Troise** - i tempi non sono affatto brevi e, soprattutto, la quota destinata al contratto del comparto sanità, e ai medici e dirigenti sanitari in particolare, è francamente esigua, simbolica per usare le parole adoperate a suo tempo dal Presidente del Consiglio».

Rosanna Magnano

© 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

15-NOV-2016
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Rischio clinico con nebbie

I nodi: restyling isorisorse e copertura dei danni "opaca"

Agli sforzi di chiarezza ed equilibrio che porta con sé il nuovo Ddl sulla responsabilità professionale da questa settimana in aula al Senato, si affianca una serie di opacità e delle mancanze vere e proprie, segnalate dagli esperti. Tra le opacità, i sistemi di copertura finanziaria dei danni e di gestione dei rischi, dovuti al fatto che la nuova disciplina mantiene ambiguità che richiederanno ancora chiarimenti giurisprudenziali. Tra le "assenze" segnalate, il riordino isorisorse che pone seri ostacoli alla creazione delle unità di risk management.

A PAG. 13

RESPONSABILITÀ/ Agli sforzi di chiarezza ed equilibrio si affianca una serie di incertezze

Tutte le opacità del Ddl Risk

Tra i punti critici la copertura dei danni - Giurisprudenza ancora in campo

Il 2 novembre scorso, la Commissione Igiene e sanità del Senato ha licenziato il disegno di legge 2224, recante disposizioni in materia «di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie». L'articolato, che ora è all'esame dell'aula, si sviluppa lungo direttrici abbastanza chiare: un maggiore riequilibrio tra i diritti dei pazienti e la responsabilità dei professionisti, oggi oggettivamente sbilanciato a favore dei primi; un potenziamento delle attività di prevenzione e di gestione dei rischi, anche attraverso l'attenzione ai flussi informativi e alla disponibilità di dati; la ridefinizione della responsabilità degli esercenti la professione sanitaria in ambito penale e, soprattutto, civile.

L'articolo 1 reca norme generali di principio in materia di sicurezza delle cure sanitarie, chiamando a concorrere alla realizzazione delle stesse il personale delle «strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private», anziché delle sole «aziende sanitarie pubbliche».

Nel successivo articolo 2, chiarificatoria appare la definizione di «rischi ed eventi avversi» al posto di «errori sanitari», che implica una diversa e, probabilmente, più proattiva visione del risk management in sanità, confermata, tra l'altro, dall'esplicito collegamento alla legge di Bilancio 2015 (la n. 208), dove è prevista la costituzione di un'apposita funzione all'interno delle strutture sanitarie.

Particolarmente rimaneggiato, rispetto al testo approvato alla Camera il 28 gennaio scorso, è l'articolo 5, di cui è evidente l'intento di sistematizzare le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali, integrandole nel Sistema nazionale per le linee guida (Snlg). In tale contesto, viene notevolmente allargata la platea dei soggetti chiamati a elaborare tali raccomandazioni, avendo previsto anche «enti e altre istituzioni pubbliche e private» accanto alle società scientifiche. Queste ultime, tra l'altro, dovranno possedere alcuni requisiti minimi per poter essere iscritte in un apposito elenco istituito con decreto del ministro della Salute.

In punto di responsabilità civile (articolo 7) il provvedimento appare certamente animato dal proposito di fugare i molti dubbi che aveva generato il decreto legge cosidetto Balduzzi, da un lato, sancendo definitivamente uno spostamento del baricentro della responsabilità civile in capo alla struttura sanitaria, pubblica o privata che sia, per tutte le condotte dolose o colpose degli esercenti la professione sanitaria, di cui si sia avvalsa nell'adempimento della propria obbligazione, «anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa»; dall'altro lato, codificando in termini extracontrattuali la responsabilità degli operatori sanitari, con le evidenti ripercussioni sostanziali e processuali, che riguardano essenzialmente la distribuzione dell'onere della prova e dei criteri di imputabilità, nonché il diverso termine di prescrizione. Sono fatte salve, tuttavia, le ipotesi in cui l'operatore sanitario «abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente».

Più problematica pare la soluzione risarcitoria indicata negli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private (danno biologico per le lesioni di non lieve e di lieve entità) che viene ora estesa ai danni provocati dall'esercente la professione sanitaria e dalla struttura pubblica o privata.

Come noto, però, solo l'articolo 139 ha ricevuto attuazione, non così l'articolo 138, delineandosi, in tal modo, un quadro normativo articolato e complesso, il quale continuerà a richiedere un significativo intervento dell'opera giurisprudenziale.

Più problematiche paiono le implicazioni del disegno di legge sui sistemi di copertura finanziaria dei danni e di gestione dei rischi, poiché la nuova disciplina si muove ancora in ambiti di grande ambiguità.

Di assoluto rilievo, in un contesto teso evidentemente a replicare il modello della rca, senza tuttavia precisare l'architettura normativa di rimando, è la previsione contenuta nell'articolo 8, che sancisce l'obbligo per tutte le parti di partecipare al procedimento di consulenza tecnica preventiva, imponendo alle compagnie di assicurazione, tra l'altro, anche l'obbligo di «formulare l'offerta di risarcimento del danno», ovvero di comunicare i motivi per cui si ritiene di non for-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

mularla, e, nell'ipotesi, di mancata formulazione dell'offerta, l'invio della sentenza all'Ivass «per gli adempimenti di propria competenza».

Viene dettata una disciplina specifica dell'azione di rivalsa (articolo 9), esercitata, a dispetto di quanto stabilito nel testo approvato alla Camera, dal Pubblico ministero presso la Corte dei conti. Inoltre, nel giudizio di rivalsa «il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione», solo se il professionista è stato parte di detti giudizi.

Poco chiara e non ubiquitaria appare l'equiparazione tra le strutture che hanno trasferito il rischio alle assicurazioni e strutture che operano in regime di autoassicurazione: se, da un lato, l'articolo 10 impone un ragionevole obbligo alle strutture sanitarie di iscrivere comunque a bilancio un "fondo rischi" e un fondo riserva sinistri; dall'altro lato, la nuova formulazione dell'articolo 14 - ancorché disponga l'opportuna costituzione di un Fondo di garanzia per i risarcimenti eccedenti i massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalle strutture e per le ipotesi di insolvenza del debitore - attribuisce, tuttavia, l'alimentazione di tale fondo solo alle «imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria», senza alcun riferimento, almeno apparentemente, alla posizione delle strutture che hanno optato per il regime di autoassicurazione.

A chiusura del sistema della disciplina dell'assicurazione sono state introdotte alcune specificità per il regime claims-made legato alla vigenza della polizza, prevedendo all'articolo 11, per un verso, l'obbligatoria retroattività della garanzia assicurativa per dieci anni (in precedenza facoltativa e limitata a cinque anni) e, per altro verso, una ultrattività per i dieci anni successivi riferita «a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza incluso il periodo di retroattività della copertura».

Tutte queste novità potrebbero ulteriormente aggravare la già difficile situazione sulla assicurabilità di tale tipo di rischi, come molti commentatori avevano già messo in evidenza.

In conclusione, si tratta certamente di un testo foriero di importanti novità, ispirato da logiche di sintesi e razionalizzazione dei contenuti delle precedenti proposte di legge succedutesi nel corso di circa vent'anni, teso a una sistematizzazione organica della materia, sia sotto il versante dei nuovi profili sostanziali della responsabilità civile e penale, sia sotto l'aspetto del sistema assicurativo, sia attraverso l'indubbio merito di voler investire, tra l'altro, nella gestione preventiva del rischio; un provvedimento, dunque che richiederà un profondo impegno sul piano interpretativo, anche ai fini di un coordinamento con il sistema che deve accoglierlo, dove un ruolo fondamentale, ancora una volta, sarà giocato dall'elaborazione giurisprudenziale.

Ernesto Macrì
docente Cineas del master in Hospital risk management e componente del Tavolo Cineas: Assicurazione e sanità
Antonio Furlanetto
risk insurance manager, F&M Martini e Associati

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

15-NOV-2016
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Stranieri qui per le cure Ma il sistema è al collasso e pagano solo gli italiani

Il racconto di un medico: sempre più spesso arrivano immigrati che provano a sfruttare le pieghe della legge

LA TESTIMONIANZA

di **Stefano Carugo***

Milano ore 9,30 ambulatorio di cardiologia. Si presentano due giovani donne velate egiziane, di cui una in gravidanza, che si affacciano alla porta della stanza con un'impegnativa di visita cardiologica. Entrano, non una parola di italiano, cerchi di farti capire. «Signora perché fa questa visita?». A gesti ti mostra il pancione e la tessera sanitaria, nonché un documento di identità con scritto: ricongiungimento familiare. Cerchi di chiedere: «Come sta? Da quanto tempo è qui? Prende delle medicine?». Nulla. Con il telefonino chiamano un uomo, a detta loro il marito che in un italiano stentato ti dice: «Mia moglie è qui per partorire». Lei conferma che a dieci giorni dal parto sono venute in Italia. E qualche mese prima un'altra visita. Avanti e indietro dall'Egitto.

Altro caso: donna rumena anziana, la figlia da qualche anno vive a Milano. Scoprono alla mamma malattia di cuore in Romania e la portano in pronto soccorso da noi. Viene ricoverata con un successivo parere cardiochirurgico che conferma le indicazioni per un intervento. Spieghi ai parenti che la signora deve avere la tessera sanitaria obbligatoria, ma loro si rifiutano assolutamente di andare al consolato perché lì gli fanno perdere tempo e la pratica costa 40 euro. La paziente viene operata.

Sono tanti i casi che vediamo sempre più spesso nei nostri ospedali di persone che, in modo più o meno congruo o furbesco, sfruttano le cosiddette pieghe della legge: se sono qui non possiamo farci nulla, dobbiamo intervenire. E che dire dei sempre più spesso utilizzati codici Stp (Straniero temporaneamente presente, ovvero più semplicemente stranieri non in regola con il permesso di soggiorno) che tanti immigrati utilizzano per le prestazioni?

Premessa: come medico e cristiano sono per la solidarietà, ma non sono disposto a chiudere gli occhi di fronte ai giochi di furbizia che stanno ormai diventando una prassi. Perché bisogna rendersi conto che per il nostro sistema sanitario non è più possibile sostenere un carico di lavoro e di spesa che sempre più grava sulle casse del nostro servizio pubblico e quindi sulle nostre tasche di cittadini.

Urgono delle scelte per regolamentare e razionalizzare tutto questo, soprattutto nella nostra Regione perché la Lombardia è assai attrattiva per gli utenti, ma allo stesso tempo vede sempre di più allungarsi le liste di attesa per i nostri cittadini.

Gli operatori sanitari si prodigano, fanno molto spesso molto più di quanto sarebbe nel loro mansionario, ma le istituzioni non possono più rifiutarsi di mettere un freno a questo «turismo del parto» o al «turismo delle operazioni». A tutto c'è un limite.

**direttore del reparto di Cardiologia dell'Ospedale San Paolo di Milano*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

15-NOV-2016
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

L'ORGANIZZAZIONE AUSTRIACA «GRIECHENLANDHILFE»

I medici che operano gratis i greci pronti a sbarcare in Meridione: anche i vostri poveri sono a rischio

AIUTI UMANITARI

Ogni anno da Vienna partono per Atene camion pieni di farmaci

Giovanni Masini

Atene Oggi in Grecia, domani in Italia. Là dove la crisi economica colpisce più duramente e lo stato sociale arretra, i servizi di base vengono affidati all'iniziativa del volontariato. A partire da quelli sanitari.

Organizzazioni come Griechenlandhilfe ogni anno inviano da Vienna da Atene convogli di aiuti umanitari per soccorrere i cittadini europei lasciati senza nulla. E l'anno prossimo hanno in cantiere l'estensione del programma di soccorso anche al sud Italia.

Per il momento i tir austriaci si fermano alla Clinica Metropolitan community di Atene: un ospedale di volontari per assicurare cure gratuite a chi è stato lasciato senza niente dalle politiche di austerity che da anni devastano la Grecia. Nascosta fra gli oleandri e i capannoni industriali in rovina, la clinica aprì nel 2011 per iniziativa di un gruppo di medici guidati dal cardiologo Giorgios Vichas. Lo sguardo vispo sotto la chioma corvina, Vichas ci accoglie nel suo studio fra scatoloni di medicine. «Sono donazioni da tutta Europa – spiega indicando le confezioni tutt'intorno –. Ma anche da greci di ogni classe sociale».

Da mesi il dottore e i suoi colleghi visitano fino a duecentocinquanta persone a settimana, con un aumento dell'affluenza nell'ultimo anno. «Viene da noi chi non può permettersi di pagare l'assicurazione sanitaria – chiarisce Vichas –. Donne con bimbi in fasce, disoccupati, anziani. Da tutte le zone di Atene, quelle popolari e quelle un tempo considerate borghesi».

Il governo Tsipras ha ripristinato l'assistenza sanitaria gratuita ai disoccupati ma paradossalmente questa mossa ha ingolfato ancor di più gli ospedali già oberati di lavoro. Mettendo a nudo un'altra criticità del sistema sanitario ellenico: l'ormai cronica mancanza di personale medico-infermieristico. Nei nosocomi privi di strumentazioni e farmaci scarseggiano anche i professionisti: «Le misure di austerity imposte con i vari memorandum – scuote la testa Vichas – impediscono di assumere nuovi medici a tempo indeterminato». Secondo la Federazione panellenica dei dipendenti degli ospedali pubblici, all'ospedale Kratico Gennimatas di Atene oltre il 40% delle posizioni sono vacanti.

La clinica invia parte delle donazioni ad alcuni ospedali cittadini. «Quegli scatoloni di garze e cotone – ammicca una signora sui cinquant'anni sporgendosi dal banco dell'accettazione – sono stati donati da Medici senza Frontiere, ma finiranno diritti all'ospedale Aghia Sofia».

Il 2 novembre, all'indomani delle vacanze di Ognissanti, l'ospedale di Laikò è rimasto senza farmaci per la chemioterapia, fra i più costosi sul mercato.

Gli effetti sulla salute pubblica già si vedono: secondo la Banca di Grecia, nel Paese la mortalità infantile è cresciuta dal 2,65% del 2008 al 3,75% del 2014, mentre la percentuale di depressi è schizzata dal 3,3% del 2008 al 12,3% del 2013. Cresce anche il numero dei nati sottopeso e degli adulti che soffrono di una patologia cronica.

Moltissimi attribuiscono alla Troika la responsabilità di questa catastrofe, ma a Vichas non importa: a lui basta fare il proprio lavoro. Con un solo sassolino da levarsi dalla scarpa: l'anno scorso l'Europarlamento ha conferito alla sua clinica il premio di «Cittadino europeo dell'anno». «Non hanno fatto niente per alleviare questa situazione. Niente – sorride amaro -. E io dovrei accettare i loro premi?».

I numeri

+1,10%
È l'aumento della mortalità infantile registrato in Grecia fra il 2008 e il 2014 (dati Banca di Grecia)

+9%
I greci malati di depressione nel 2008 erano il 3,3%, nel 2013 il 12,3% (sempre dati della Banca di Grecia)

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

15-NOV-2016
da pag. 2
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Il Rapporto Oasi 2016 del Cergas Bocconi promuove il Ssn ma segnala le disparità sul sociosanitario

«La sanità è motore dello sviluppo»

Spesa a 149 mld «fa ricchezza» - Il ciclo economico abbatte i recinti pubblico-privato

Nel 2015 la spesa sanitaria corrente ha raggiunto i **149 miliardi di euro**, in crescita dello 0,9% rispetto all'anno precedente. Un aumento sostanzialmente da ricondurre ai consumi sanitari privati, che valgono 34 miliardi e rappresentano il 23% della spesa totale. Nel 2010-2014 la spesa del Servizio sanitario nazionale è addirittura diminuita (-1,4%). Nell'Ue, solo Grecia, Portogallo e Lussemburgo hanno registrato cali più marcati. Spesa sanitaria pubblica e privata appaiono legate al ciclo economico, la prima a causa della stretta fiscale, la seconda a causa del minore reddito disponibile delle famiglie: la possibilità che si compensino a vicenda è remota. Il livello di spesa sanitaria privata per abitante è più elevata (circa 700 euro) nel Nord. In Campania, Sardegna e Calabria i valori più bassi di spesa privata, sotto i 375 euro pro-capite. I tassi di copertura del bisogno sono particolarmente critici sul versante socio-sanitario, che deve rispondere a una domanda di 2,7 milioni di anziani non autosufficienti. La presa in carico di questi pazienti in strutture residenziali sfiora il 40% in alcune aree del Nord, mentre è quasi inesistente in alcune Regioni del Mezzogiorno.

A PAG. 2-5

RAPPORTO OASI 2016/ Sanità vettore per la crescita però troppi rinunciano a curarsi

Un Ssn in salute ma diseguale

La spesa sale a 149 mld - Dislivello regionale sul fronte sociosanitario

DI PATRIZIO ARMENI *
LORENZO FENECH *
ALESSANDRO FURNARI *
FRANCESCO LONGO *
FRANCESCO PETRACCA *
E ALBERTO RICCI *

In Italia, nel 2015, la spesa sanitaria corrente ha raggiunto i **149 miliardi di euro**, in crescita dello 0,9% rispetto all'anno precedente. Questo marginale aumento è sostanzialmente da ricondurre ai consumi sanitari privati, che valgono 34 miliardi e che rappresentano il 23% della spesa totale.

Nel 2010-2014 la spesa del Servizio sanitario nazionale è addirittura diminuita (-1,4%); nel panorama europeo, solo Grecia, Portogallo e Lussemburgo hanno registrato cali più marcati. Spesa sanitaria pubblica e privata appaiono entrambe legate al ciclo economico, la prima a causa della stretta fiscale, la seconda a motivo da parte del minore reddito disponibile delle famiglie: la possibilità che si compensino a vicenda è remota. A riprova di ciò, il livello di spesa sanitaria privata per abitante più elevata (circa 700 euro) si registra in **Trentino Alto Adige**, **Lombardia**, **Emilia Romagna** e **Veneto**, Regioni considerate tra le migliori per quanto riguarda l'offerta quali-quantitativa dei servizi Ssn. Al contrario, in **Campania**, **Sardegna** e **Calabria** si registrano i valori più bassi di spesa privata, sotto i 375 euro per abitante.

Questa dinamica pone interrogativi sulla possibilità di coprire adeguatamente il bisogno sanitario dei territori e delle fasce sociali più deboli: tra 2013 e 2014, la percentuale di pazienti che auto-dichiara la rinuncia alle cure per ragioni economiche è salito ancora, seppur lievemente: dal 6 al 6,2 sul totale della popolazione e dal 13,1 al 13,3 nel primo quintile per reddito (Eurostat, 2016).

L'aspettativa di vita in buona salute è mediamente di 60 anni al Nord, di 55,4 nel Mezzogiorno (Istat, 2015). Ciò in un panorama epidemiologico destinato a peggiorare: il rapporto tra ultra 65enni e minori di 14 anni ha raggiunto quota 158/100 a livello nazionale, a confronto con una media europea di 118/100, senza nessun segnale di controtendenza.

I tassi di copertura del bisogno sono particolarmente critici sul **versante socio-sanitario**, che deve rispondere a una domanda di 2,7 milioni di anziani non autosufficienti. La presa in carico di questi pazienti in strutture residenziali è attorno al 40% in alcune aree del Nord, mentre è quasi inesistente in alcune Regioni del Mezzogiorno *(si veda la figura 1)*, attestandosi al 20% su scala nazionale. Il restante 80% dei pazienti non autosufficienti, assistito in modo informale grazie all'autorganizzazione delle famiglie, al peggioramento delle proprie condizioni cerca di accedere a un qualsiasi servizio sanitario o socio-sanitario professionale disponibile, soprattutto se gratuito, pur di trovare una risposta formalizzata e strutturata. Questa quota di domanda socio-sanitaria non governata ha prevedibili impatti sull'appropriatezza della presa in carico e la funzionalità del sistema sanitario.

Nel 2015, per il quarto anno consecutivo, il Ssn registra un avanzo di 346 milioni, pari allo 0,3% delle risorse correnti complessivamente a disposizione del Ssn. Gli automatismi per riaggiustare eventuali disavanzi creano un sistema robusto di incentivi alla sostenibilità dei singoli Ssr, responsabilizzando le comunità

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

15-NOV-2016
da pag. 2
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

regionali e i loro meccanismi di rappresentanza. A questo proposito, un dato di rilievo è l'equilibrio finanziario di quasi tutti i sistemi regionali. La figura 2 descrive i trend dei disavanzi registrati annualmente dai Ssr nelle tre macro-aree del Paese: si nota una rapida diminuzione dei deficit del Centro-Sud a partire dalla metà degli anni 2000. Anche sulla copertura dei debiti pregressi, almeno sul versante dei fornitori del Ssn, si rilevano evidenti segnali di miglioramento. A livello nazionale, tra 2012 e 2016, i tempi di pagamento massimi delle aziende sanitarie pubbliche sono stati dimezzati, passando da 307 giorni a 161 (Assobiomedica, 2016). In definitiva, il percorso di risanamento economico-finanziario è solidamente avviato e ha raggiunto risultati importanti.

Negli ultimi tre anni, in molti Servizi sanitari regionali (9 su 21) sono stati avviati estesi processi di riordino istituzionale. Tre sono state le dinamiche prevalenti: accorpare il numero delle aziende territoriali, rendendole sempre più vaste *(si veda la figura 3)*; reintegrare istituzionalmente servizi ospedalieri e servizi territoriali; rafforzare il ruolo della capogruppo regionale o delle sue agenzie di supporto. Si tratta di un trend evidente: a ottobre 2016, la popolazione media delle aziende sanitarie italiane ha già raggiunto i 501.368 abitanti, facendo aumentando del 22% rispetto al 2013 e del 70% rispetto al 2001.

Queste riforme istituzionali possono effettivamente accelerare l'innovazione a patto che le energie si focalizzino sui "fini" del cambiamento, cioè il riallineamento dell'offerta ai bisogni epidemiologici e il governo delle interdipendenze orizzontali tra setting assistenziali, tra settore sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale, tra spesa pubblica e spesa privata delle famiglie.

Bisogna invece evitare di disperdersi eccessivamente sui soli mezzi istituzionali discutendo solo di allocazione verticale dei poteri (Stato-Regioni-agenzie-aziende). Ciò avviene se i sistemi di pianificazione e monitoraggio delle riforme sono dotati di robusti incentivi di politico-istituzionali e manageriali per raggiungere velocemente gli obiettivi strategici prefissati. Peraltro, se si osservano reti di offerta regionali e aziende, ci si rende conto che la trasformazione delle piattaforme erogative sta già avvenendo, seppur con modalità e velocità differenti nei vari Ssr.

Al di là del costante calo dei posti letto ospedalieri e dei ricoveri a bassa complessità, in quasi tutte le regioni sia assiste alla razionalizzazione dell'offerta, che viene innescata, di norma, dalla rimodulazione dei servizi ospedalieri collegati alle reti tempo-dipendenti, con cambiamenti che riguardano la concentrazione del case mix, l'accorpamento delle strutture organizzative interne e la diminuzione dei punti fisici di accesso ai servizi ospedalieri, spesso riconvertiti in strutture intermedie.

A titolo esemplificativo: la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in reparti con almeno 90 casi è passato dal 65% al 74% tra 2008 e 2014; quello di interventi per tumore al seno in reparti con almeno 135 casi è salito dal 51,6% al 61,4 per cento *(Programma nazionale Esiti, 2015)*. Al netto di azioni di razionalizzazione effettuate negli ultimi due anni, sono ancora comunque molti i presidi generalisti di piccole o piccolissime dimensioni - bacino di utenza minore di 80mila abitanti - in cui è presente un punto nascita e/o vengono presi in carico pazienti che necessitano di trattamenti relativamente complessi (angioplastica percutanea, infarto miocardico acuto), che dovrebbero essere erogati nei presidi ospedalieri di primo e di secondo livello. Per queste prestazioni, ma anche per alcuni interventi di chirurgia generale, la maggior parte dei piccoli ospedali non è in linea con gli standard minimi di volume di casistica ex Dm 70.

La razionalizzazione della rete ospedaliera va completata, innanzitutto per raggiungere la clinical competence necessaria a garantire sicurezza ai pazienti; inoltre, la razionalizzazione si traduce nella liberazione di spazi e nella disponibilità di personale con competenze specialistiche fondamentali per lo sviluppo delle cure intermedie e primarie.

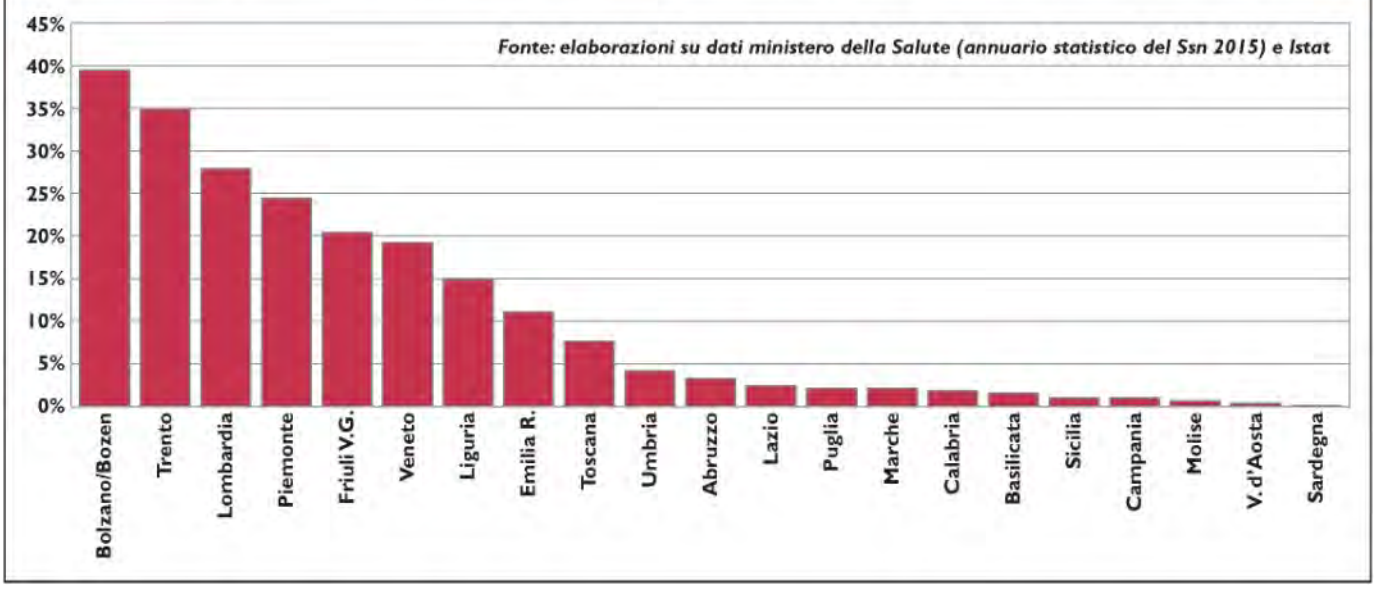
Le dinamiche del personale. L'età media dei dipendenti Ssn, nel 2014, era pari a 53 anni per i medici dipendenti e a 47 per le professioni sanitarie (Conto annuale, 2016). Da un lato, la sanità italiana soffre i costi correlati all'invecchiamento della propria piramide professionale (alto burn out, scarsa propensione all'innovazione e al cambiamento, clima organizzativo negativo ecc.) e all'incongruenza del suo skill mix rispetto ai bisogni emergenti.

Allo steso tempo, si tratta di una grande finestra di opportunità. Il ritrovato equilibrio finanziario e l'inevitabile, fisiologico rallentamento del blocco delle assunzioni permette di scegliere lo skill mix del futuro. È una discussione che deve collocarsi rapidamente al centro dell'agenda del Ssn, perché la sua compiuta attuazione richiede almeno 10 anni di lavoro, necessari per formare, selezionare e inserire i professionisti.

** Cergas - Università Bocconi*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figura 1 - Tasso di presa in carico in strutture socio-sanitarie residenziali degli anziani ultra 75enni non autosufficienti (2013)



data stampa
dal 1980 monitoraggio media