quotidianosanità.it

Mercoledì 30 NOVEMBRE 2016

Schizofrenia. Nelle donne in menopausa utile la terapia ormonale

È quanto emerge da uno studio israeliano. I ricercatori hanno esaminato 62 recensioni sull'argomento e studi pubblicati tra il 1990 e il 2016. Il meccanismo non è del tutto chiaro, ma gli autori della review suggeriscono che i medici che curano queste pazienti dovrebbero periodicamente aggiustare i regimi terapeutici con antipsicotici.

(Reuters Health) – Secondo uno studio israeliano, le donne affette da schizofrenia potrebbero trarre beneficio dalla terapia ormonale sostitutiva (HT) durante la menopausa e potrebbero anche avere necessità di un aggiustamento delle dosi dei farmaci antipiscotici prescritti.

Lo studio
I ricercatori, per verificare se la terapia ormonale sostitutiva apporta dei benefici alle pazienti schizofreniche durante la menopausa, hanno esaminato 62 recensioni sull'argomento e studi pubblicati tra il 1990 e il 2016. Uno studio attestava che la terapia ormonale è in grado di migliorare i sintomi negativi della psicosi nella postmenopausa. Il meccanismo non è del tutto chiaro, ma gli autori della review suggeriscono che i medici che curano queste pazienti dovrebbero periodicamente aggiustare i regimi terapeutici con antipsicotici. "Le con schizofrenia soffrono più delle donne sane dei sintomi della menopausa; è evidente che la terapia ormonale sostitutiva in perimenopausa migliora i sintomi psicotici, i disturbi cognitivi e anche i disturbi affettivi", ha detto Ammon Brzezinski, del Hebrew University Hadassah Medical Center di Gerusalemme , primo autore dello studio. E tuttavia proprio a queste donne non viene spesso offerta la terapia ormonale sostitutiva. I ricercatori auspicano una migliore collaborazione tra psichiatri e ginecologi così che le donne schizofreniche possano ricevere un trattamento efficace per i sintomi della menopausa.

Fonte: *Menopause 2016*

Anne Harding

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

01-DIC-2016
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ilva, la rabbia dei malati: «Il governo nasconde i dati»

L'accusa dei genitori di Taranto: i risultati dello studio sul numero di tumori oscurati fino al dopo referendum

RINVIO CONTINUO

Solo mercoledì prossimo il tavolo con ministero, Regione e Istituto di sanità

LA POLEMICA

di **Giuseppe Marino**
Roma

Hanno cancellato il sit in davanti a Palazzo Chigi, ma una cosa è certa: le mamme e i papà dei bimbi malati di tumore a Taranto sono ancora furenti verso Renzi. E fanno piovere contro il suo governo un'accusa durissima: aver censurato gli ultimi dati sui malati di tumore nell'area interessata dall'inquinamento dell'Ilva.

La vicenda procede parallela a uno scontro politico ormai conclamato tra il premier e il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano, reo di sostenere il No al referendum. Per «punire» il compagno di partito ribelle, Renzi avrebbe ordinato lo stralcio del finanziamento da 50 milioni di euro destinati alla cura e prevenzione dei malati di Taranto dalla legge di Bilancio, tentando poi di scaricare la colpa su Francesco Boccia, presidente della Commissione Bilancio in ottimi rapporti con Emiliano.

La notizia a Taranto è stata vissuta come l'ultimo sgarbo di un premier che, dopo aver promesso di non dimenticare i bambini di Taranto, è scomparso, dicono i genitori infuriati. Che ora si sentono anche strumentalizzati in chiave referendaria. Perché quando hanno chiesto un incontro per il 3 dicembre, Renzi ha replicato così: «Trovo la polemica stravagante e strumentale e il sit-in organizzato nel giorno di silenzio elettorale mi sembra lo confermi». «Noi avevamo chiesto un incontro - protesta Massimo Castellana, esponente dell'associazione - e il premier ci accusa di strumentalizzare. Ma è lui a farlo basta vedere le date in cui verrà affrontata la nostra vicenda: tutto dopo il 4 dicembre, come se i tumori di Taranto fossero una questione elettorale». Il riferimento è a due annunci del governo: sui 50 milioni saltati dalla legge di Bilancio è stato convocato un vertice ma il 12 dicembre. E anche il ministero della Salute è intervenuto il 25 novembre, dopo lo scoppio della grana fondi saltati, per annunciare «un Tavolo di confronto tra Regione Puglia, le altre istituzioni locali interessate, i tecnici della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e dell'Iss, al fine di approfondire le esigenze correlate alla situazione ambientale-sanitaria dell'area di Taranto». Il ministero ha fatto sapere inoltre che verranno diffusi i risultati di uno studio epidemiologico sull'area. Ma non subito: il dossier sarà presentato «il prossimo 7 dicembre presso l'Istituto superiore di sanità». Dunque, solo dopo il referendum. E secondo i genitori tarantini, che la data della pubblicazione sia stata scelta apposta per non rinfocolare la polemica prima del voto decisivo per Renzi, è più di un semplice sospetto. «Abbiamo organizzato un convegno durante il quale avevamo invitato anche alcuni medici che erano a conoscenza dei risultati di quello studio - racconta Castellana - abbiamo chiesto di divulgarli e ci hanno risposto che il ministero della Salute aveva secretato lo studio fino a dopo il referendum».

Di sicuro la polemica preoccupa Renzi, che si sta dando un gran da fare con nuove promesse ai tarantini e accuse ai rivali politici. «Non crediamo più alle sue favole - dice Castellana - i soldi del risarcimento annunciati da Renzi finiranno tutti all'Ilva. E intanto noi viviamo in un territorio che ha meno posti letto oncologici della media regionale». A fronte di precedenti studi epidemiologici che confermano l'allarme: a Taranto il numero dei malati è nettamente sopra la media.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

01-DIC-2016
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

LA RICERCA

Se il medico è compassionevole il paziente guarisce prima

di **STEFANO ALICE**
Medico di base

■ C'è qualcosa che riduce così tanto il dolore post operatorio da dimezzare la dose di morfina necessaria per controllarlo e diminuisce del 30% la probabilità di un ritorno dei pazienti in pronto soccorso. E ancora: prolunga del 30% la sopravvivenza di malati terminali di cancro polmonare; limita la mortalità cardiaca nei pazienti a rischio più di quanto non faccia l'assunzione di acido acetilsalicilico o smettere di fumare; evita ai diabetici il 42% degli accessi d'urgenza in ospedale; migliora l'esito delle cure ai traumatizzati; potenzia le difese immunitarie; accresce del 62% il rispetto delle terapie.
Non c'è che dire: grande efficienza e grandi risultati.
Dopo averne letti gli effetti, probabilmente molti si staranno chiedendo qual è il farmaco magico che produce simili risultati, sapendo inoltre che tutti questi benefici comportano anche una riduzione dei costi del 30%.
Che cosa è dunque in grado di incidere così tanto sulla salute, di cambiare le cose in meglio sino a questo punto?
La risposta è la compassione o, meglio, i medici compassionevoli.
Probabilmente ora perderemo alcuni tipi di lettori.
Rischiamo l'abbandono da parte di quelli che confondono la compassione con la commiserazione sprezzante. Soprattutto interromperanno la lettura due categorie di persone. Primo, tutti quei medici che ritengono il loro dovere sia essere tecnicamente competenti ed aggiornati e che nulla di più si abbia il diritto di chiedere loro, se non un minimo di buona educazione; tra questi c'è chi afferma che la compassione è una componente non necessaria, che oltretutto mette i medici e gli infermieri a rischio di depressione; l'esponente più nota di questa linea di pensiero si chiama Anna Smajdor, ed è docente di Bioetica all'università dell'East Anglia. La seconda categoria è composta da tutti coloro i quali, pur considerando la compassione importante, credono che si tratti esclusivamente di una qualità naturale, che può essere al più accresciuta da qualche toccante esperienza esistenziale, comunque impossibile da comprare in farmacia, difficile da gestire, misurare, controllare e soprattutto da insegnare.
Cominciamo col dire che le prove che la compassione fa bene ai pazienti e riduce i costi di cura sono state raccolte e messe a disposizione da un medico, Robin Youngson, anestesista, nato e formatosi nel Regno Unito, che lavora da molti anni in Nuova Zelanda. Chi desidera approfondire l'argomento può visitare il suo sito, *heartsinhealthcare.com* , dedicato a documentare l'importanza della relazione paziente-medico per una nuova umanizzazione dell'assistenza sanitaria. Non è di certo un esperto anestesista a sottovalutare l'importanza degli aspetti tecnici. Tanto più perché, prima di dedicarsi alla medicina, ha conseguito una laurea in ingegneria all'università di Cambridge.
Un altro aspetto importante è che il concetto di medico compassionevole è meno complesso e meno vago di quel che potrebbe sembrare. Ad ottenere risultati così buoni, sono medici che rientrano in una di queste due categorie: quelli giudicati dai loro pazienti dotati di un alto livello di empatia o quelli che hanno seguito con profitto corsi sulla comunicazione medico-paziente, perché, anche se pare strano, le tecniche per comunicare in maniera efficace possono essere insegnate. Inoltre è possibile aiutare i medici a divenire consapevole della capacità di compassione che è in loro, a saperla riconoscere, a trarne ispirazione, a lasciare che influenzi e stimoli le nostre azioni. Insomma la compassione può essere sviluppata.
Il professor Klaus Schwab, fondatore e presidente del World Economic Forum ha rilevato come rispetto a 20 anni fa gli studenti universitari di medicina abbiano visto ridurre la propria capacità di stabilire un rapporto empatico con i pazienti del 40%.
Non stiamo dunque parlando di generica bontà d'animo, di retorica a tratti paternalista ed un po' romantica.
Stiamo parlando di un fattore, che se anche per l'efficienza delle cure non fosse necessario nel senso di indispensabile, sarebbe comunque utile perché contribuisce al loro successo rendendolo più probabile e in più diminuendone i costi.

I NUMERI

50%
Il taglio nell'uso di morfina dopo un'operazione con un medico empatico

30%
L'incremento della sopravvivenza dei malati terminali di cancro polmonare

62%
L'aumento del rispetto delle terapie prescritte da parte del paziente

30%
La riduzione dei costi per la sanità se il medico è compassionevole

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

30-11-2016

http://www.healthdesk.it/

IL RAPPORTO ANAAO-ASSOMED

Fuga dagli ospedali: tra dieci anni 40mila medici in meno

L'esodo avrà proporzioni bibliche: 55 mila specialisti andranno in pensione entro il 2025. E la nuova generazione è ancora incastrata nei meccanismi arrugginiti del turnover. Mille laureati ogni anno emigrano all'estero. Così la voragine nel Sistema sanitario è difficile da colmare

Tra dieci anni il conteggio dei camici bianchi negli ospedali italiani sarà più veloce: mancheranno all'appello infatti oltre 40 mila dottori. Lo scenario consegnato dal rapporto dell'Anaao Assomed è frutto di due tendenze che, sommandosi, provocheranno un pericoloso vuoto nell'assistenza sanitaria: la valanga di pensionamenti da una parte e il blocco delle assunzioni dall'altra.

I camici al chiodo

Veniamo ai numeri. Tra il 2016 e il 2025 appenderanno il camicie al chiodo 47.300 medici ospedalieri con una media annuale di circa 5 mila pensionamenti. Si tratta dei dottori nati negli Cinquanta e Sessanta che hanno già maturato o matureranno i criteri pensionistici per o post Fornero. L'esodo continuerà, anche se con numeri, inferiori fino al 2030 (nel quinquennio 2026- 2030 smetteranno di lavorare 18.500 medici). Solamente nel decennio tra il 20131 e il 2040 la fuga dagli ospedali tornerà ad avere dimensioni più gestibili con una fuoriuscita di 2.300 specialisti all'anno.

Ma non finisce qui. Altri dati vanno aggiunti al calcolo delle uscite e il risultato produce una voragine nel Servizio sanitario difficile da colmare.

In aggiunta ai medici ospedalieri, vanno considerate infatti le uscite del personale medico universitario e degli specialisti ambulatoriali: nel decennio critico 2016-2025, a lasciare il

posto di lavoro saranno 4 mila universitari e 4.200 medici ambulatoriali. Così la somma complessiva delle perdite della nostra sanità supera le 55 mila unità.

L'età media dei medici

Tradotto nel linguaggio della realtà quotidiana tutto ciò significa che nei nostri ospedali i medici scarseggiano sempre più e che tra i pochi rimasti la maggior parte hanno i capelli bianchi.

Già oggi l'età media è di 52,7 anni. Nel 2017, se non cambiano le politiche sull'assunzione in servizio, l'età media dei medici ospedalieri sarà superiore a 55 anni, la più alta nel panorama europeo e la seconda al mondo dopo Israele (Dati Oecd 2015). Le nuove leve aspettano sul ciglio della porta aspettando il permesso di poter entrare per svecchiare il sistema, ma il salvifico processo del turnover è bloccato da tempo e riesce a rimpiazzare solo il 25-50 per cento delle uscite.

Il ricambio generazionale è fermo e con esso il progresso stesso della medicina garantito soprattutto da un passaggio di conoscenze tra generazioni.

La fuga all'estero

Stiamo ancora combattendo con l'annoso problema dell'imbuto formativo, ovvero il gap tra l'elevato numero degli accessi alle scuole di medicina e chirurgia e la scarsa disponibilità di contratti specialistici. E l'effetto di questo fenomeno durerà ancora a lungo.

A partire dal 2019 - 2020 si avrà un improvviso picco di nuovi laureati derivato dai ricorsi al Tar per l'accesso alle scuole di medicina e chirurgia degli anni 2013 -2015. I ricorsi aggraveranno l'imbuto oggi già presente generando negli anni seguenti un fenomeno clone di "imbuto lavorativo".

L'"imbuto lavorativo" in sostanza rappresenta la difficoltà di esaurire un'alta domanda occupazionale post laurea e post specialistica a fronte di un rallentamento del turnover pensionistico, non modificabile.

Il doppio imbuto ha già provocato conseguenze tangibili, prima tra tutte la decisione di andare lavorare all'estero. A farla sono mille giovani dottori ogni anno. Secondo i dati Istat, i professionisti del settore sanitario che hanno chiesto al Ministero della Salute la documentazione utile per esercitare all'estero sono passati da 396 nel 2009 a 2363 nel 2014 (+ 596%). Francia, Germania, Svezia, Danimarca, Regno Unito e Svizzera sono le mete più gettonate. Nel Regno Unito, secondo i dati del General Medical Council, i medici italiani che prestano servizio sono più di 3 mila, rappresentando l'1,1 per cento degli iscritti nel 2014.

La soluzione

Il Rapporto dell'Anaao si conclude con la proposta di un piano d'azione per risollevare le sorti del Sistema sanitario. La prima mossa è lo sblocco del turnover e la stabilizzazione di tutto il precariato.

«In concreto - affermano i rappresentanti delll'Anaao - pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in medicina e chirurgia, al di fuori da seri studi di programmazione che tengano insieme aspetti demografici, dinamiche pensionistiche, esigenze del sistema in termini di formazione, qualità e quantità del personale, non risolva il problema della prossima carenza di medici specialisti perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pletora medica».

Ed ecco la proposta: «Noi proponiamo in base ai dati illustrati che il numero dei posti per la scuola di medicina e chirurgia debba essere limitato a circa 6.500 ogni anno, mentre le borse di studio per la formazione post laurea dovrebbero aumentare fino a circa 7.200, magari anche con finanziamenti europei considerata l'emigrazione dei nostri laureati e specialisti verso altri paesi della Comunità».

Inoltre, dicono all'Anaao, bisogna intervenire con alcune radicali riforme dell'accesso alla professione.

«Una strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al lavoro nel Ssn. Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari».

Sanità24 | Il Sole 24 ORE

30-11-2016

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

IN PARLAMENTO

Saitta: 800 milioni per i Lea buona partenza ma potrebbero non bastare

«Serve un'immediata applicazione del provvedimento che ha definito e aggiornato i livelli essenziali di assistenza (Lea) in sanità». Lo ha sottolineato il coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, Antonio Saitta (assessore della Regione Piemonte) durante l'audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato, presieduta da Emilia Grazie De Biase e alla presenza della relatrice Nerina Dirindin. «Del resto le Regioni – ha proseguito Saitta - hanno lavorato con il Governo proprio per arrivare ad un aggiornamento dei Lea che garantisse da un lato maggiori servizi per la comunità, dall'altro più innovazione tecnologica».

«Abbiamo però colto questa occasione di confronto con il Parlamento per sottolineare che lo stanziamento previsto per i nuovi Lea, pari ad 800 milioni, è sicuramente importante, ma per arrivare ad una determinazione esatta dei costi effettivi dei nuovi livelli essenziali bisognerà attivare il necessario monitoraggio strada facendo». Regioni e Governo, infatti, sono partiti da stime diverse. «Le Regioni – ha aggiunto Saitta – sono convinte che servano maggiori risorse, ma hanno comunque voluto dare l'intesa sul decreto perché con il Governo si è trovata una modalità che consentirà di misurare esattamente l'entità del costo dei nuovi Lea: la costituzione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, con i rappresentanti delle Regioni, del ministero dell'Economia e del ministero della Salute, che avrà il compito di seguire l'applicazione e verificare nel dettaglio la congruenza dei fondi e la rispondenza dei Lea alle necessità dei cittadini, facendo anche un lavoro di pulizia che controlli i vecchi Lea evitando

servizi superati o duplicazioni. Al termine del lavoro di questa commissione sarà possibile determinare con precisione il valore dei nuovi Livelli essenziali di assistenza e dare anche risposte ai problemi applicativi che sono segnalati da parte delle associazioni dei pazienti in relazione all'introduzione di ticket per alcune particolari patologie su prestazioni che attualmente sono a carico del servizio sanitario. A quel punto avremo dati, condivisi da tutti, e sarà quindi possibile quantificare con esattezza la spesa necessaria».

«L'auspicio – ha concluso Saitta – è che anche durante l'iter parlamentare possano essere ribaditi, magari nello stesso parere della commissione, queste modalità e queste raccomandazioni, relative anche alla gradualità, che abbiamo espresso nell'intesa sul decreto. Una proposta che mi pare abbia incontrato la sensibilità e raccolto l'interesse della Commissione Igiene e Sanità del Senato».

quotidianosanità.it

Mercoledì 30 NOVEMBRE 2016

Contratto PA. Governo e Sindacati firmano intesa: aumento medio di 85 euro. **IL TESTO**

E' stato raggiunto l'accordo quadro per sbloccare la contrattazione nel pubblico impiego. Cgil, Cisl e Uil, hanno firmato l'intesa con il governo. Il rinnovo contrattuale dei lavoratori della pubblica amministrazione era bloccato da sette anni. L'impegno finanziario per rinnovare i contratti in tutta la Pubblica Amministrazione sarà pari 5 miliardi nel triennio 2016-18, hanno detto i sindacati al termine dell'incontro. Per l'anno prossimo la cifra prevista è di 850 milioni. I commenti di Madia e Renzi. IL TESTO

L'intesa che sblocca la contrattazione nel pubblico impiego prevede un incremento contrattuale "non inferiore a 85 euro mensili medi". E' quanto si legge nella bozza dell'accordo quadro appena firmato da sindacati e Governo. Resta quindi confermata la formula che già compariva nelle bozze.

E anche il ministro Marianna Madia ha insistito su questo aspetto come riporta: "L'aumento è di 85 euro medi, abbiamo insistito sul fatto che siano medi" anche per dare "una maggiore attenzione e un maggiore sostegno ai redditi bassi, a chi ha sofferto di più la crisi e il blocco contrattuale".

Madia ha definito l'accordo "innovativo" sottolineando come si sia "ridato spazio alla contrattazione". L'impegno finanziario per rinnovare i contratti in tutta la Pubblica Amministrazione sarà pari 5 miliardi nel triennio 2016-18, hanno aggiunto i sindacati al termine dell'incontro. Per l'anno prossimo la cifra prevista è di 850 milioni.

Per la leader della Cgil Susanna Camusso, "Aabbiamo fatto un buon lavoro, che rende possibile riaprire la stagione per i rinnovi contrattuali nel pubblico impiego. Il governo si è impegnato a modificare la legge Brunetta e la buona scuola" ridando spazio alla contrattazione". Inoltre, aggiunge Camusso, "il governo si è impegnato a prorogare i contratti in scadenzi per i precari della PA".

Per il segretario della Uil Carmelo Barbagallo,"un accordo così un anno fa ce lo potevamo sognare. Per il bonus 80 euro si è trovato un salvagente nella contrattazione sarà la scala parametrale, che sarà rivista, ad assicurarlo".

Soddisfazione anche dalla segretaria Cisl Annamaria Furlan."Siamo soddisfatti e contenti per l'accordo raggiunto sullo sblocco della contrattazione sul pubblico impiego. L'aumento di 85 euro rappresenta una cifra "dignitosa" e "abbiamo stabilito che il contratto prevale sulla legge, la legge Brunetta è stata così superata. Avremo buste paga più pesanti e più qualità per il lavoro e i servizi pubblici".

Fonte: Ansa

ANSAit

01-12-2016

http://www.ansa.it

Esami di laboratorio, 3 su 10 inutili o addirittura dannosi

Biochimici clinici, rischio sovradiagnosi e 'sindrome Ulisse' per pazienti

Spesso inutili se non, addirittura, dannosi. Ben tre esami di laboratorio su 10 sono infatti inappropriati, generando anche un notevole spreco in termini di risorse economiche. A mettere in guardia dall'eccesso di test è il presidente della Società di medicina di laboratorio (Società italiana di biochimica clinica e biologia molecolare Sibioc), Marcello Ciaccio, sottolineando come il rischio sia quello di falsi positivi, come per la funzionalità della tiroide, di sovradiagnosi e di un moltiplicarsi confuso di esami.

"Se si continua così - avverte Ciaccio in occasione del convegno nazionale Sibioc al ministero della Salute - il Servizio sanitario nazionale non potrà più essere garantito".

Gli esami di laboratorio sono fondamentali perché influenzano fino al 70% delle diagnosi mediche e dei successivi trattamenti, ma ne va definito il ruolo in rapporto diretto col clinico, affermano gli esperti della Sibioc. Prendiamo i test di funzionalità tiroidea: "L'opinione diffusa - rileva Renato Tozzoli del Presidio Ospedaliero S. Maria degli Angeli, Pordenone - è che più esami si fanno, meglio è. E' vero invece il contrario: più profili di test vengono effettuati maggiore è la possibilità di risultati discordanti, il che complica la diagnosi per il medico e si concretizza la cosiddetta 'sindrome di Ulisse' del malato che,

come fece Ulisse per il Mediterraneo - conclude - è costretto ad un viaggio continuo per fare altri test, non perché sia veramente malato, ma perché sono stati prescritti test non adeguati".

In altre aree, invece, i test genetici diventano prioritari. È il caso della celiachia (oggi il laboratorio è in grado di effettuare diagnosi senza biopsia intestinale, con grande vantaggio per il malato) e della malattia renale cronica, che colpisce in Italia circa 2,2 mln di persone. La medicina di laboratorio svolge, in quest'ultimo caso, un ruolo centrale per l'identificazione dei fattori di rischio e la diagnosi precoce. Ma l'appropriatezza, avvertono gli esperti della Sibioc, entra in campo soprattutto in cardiologia e oncologia. Nel caso del dolore toracico acuto, per esempio, alcuni esami risultano ormai obsoleti e va invece scelto, affermano gli specialisti, "il solo esame appropriato, la troponina cardiaca, che permette di dimostrare che il 30% dei pazienti con dolore cardiaco senza segni elettrocardiografici ha un infarto ben definito. E nel cancro, i marcatori tumorali devono essere richiesti in modo adeguato". E proprio per favorire una maggiore appropriatezza degli esami, la Sibioc 'punta' sui medici di base, ai quali saranno destinati vari corsi gratuiti di formazione a distanza sui test in alcune grandi patologie croniche.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 247.453
Diffusione 09/2016: 169.614
Lettori Ed. II 2016: 1.203.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

07-DIC-2016
da pag. 52
foglio 1
www.datastampa.it

A pag.52

Perché, grazie alla clausola di supremazia, la sanità viene centralizzata al punto da distruggere le eccellenze italiane, che rischiano una competizione al ribasso.

SULLA SANITÀ ALTRO CHE UGUAGLIANZA...

di Luca Antonini
professore ordinario
dell'Università di Padova

La sanità, se passasse la riforma costituzionale, sarà totalmente centralizzata attraverso la clausola di supremazia: in più occasioni il governo ha detto che lo farà per superare la diseguaglianza attuale tra Nord e Sud. È una prospettiva veramente priva di senso.
La sanità italiana, infatti, è seconda al mondo per qualità e undicesima per spesa. Siccome in Italia molte Regioni sono altamente inefficienti (per esempio Campania e Calabria), questo dato di media è permesso dalla straordinaria performance di Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana. I loro modelli, che sono eccellenze mondiali, con la riforma Renzi verranno distrutti dall'inefficiente centralismo italiano. Il loro punto di forza è infatti una differenziazione calibrata sulle proprie specificità amministrative e culturali: per esempio il modello lombardo (sussidiario) è diversissimo da quello emiliano (dirigistico). Nella direzione della centralizzazione, peraltro, già a costituzione vigente, pretendeva muoversi la riforma Madia, che centralizzava la nomina dei direttori sanitari: questi sarebbero stati selezionati da una commissione nazionale, traendoli da un albo nazionale, e imposti ai presidenti anche delle Regioni virtuose. Così al Veneto si sarebbero potuti imporre i dirigenti, per esempio della Calabria, dove nel 2008 addirittura tutta la contabilità della sanità risultò completamente inattendibile. Grande rispetto merita quindi il ko della Corte costituzionale a parti della riforma Madia, che peraltro non introduceva, come affermato dalla risentita retorica governativa, la licenziabilità dei dirigenti, già esistente, ma solo un immenso «spoil system», a prescindere dal merito, senza pari in alcun paese occidentale avanzato.
Quanto alla sanità delle Regioni inefficienti, più che il centralismo, l'unico rimedio è il commissariamento. Tuttavia, il governo Renzi ha abrogato la norma che vietava di nominare come commissari i presidenti di Regione (prassi, Antonio Bassolino docet, che ha devastato sia i conti pubblici, sia la qualità della sanità del Sud) e ha nominato commissari, in Campania e Calabria (!), Vincenzo De Luca e Gerardo Oliverio.
Con questi esempi si prefigura lo scenario della sanità se vincesse il Sì: il Veneto o l'Emilia Romagna saranno ridotti come la Calabria o la Campania e non viceversa. Altro che eguaglianza! Con un danno enorme per tutti: quelle 250 mila persone che oggi vengono a farsi curare al Nord, rimborsate dal servizio sanitario, non avranno altra alternativa che farsi curare dalla sanità privata a pagamento.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

01-DIC-2016
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

Aids, non se parla più Ma ogni due ore un giovane in Italia diventa sieropositivo

Nel giorno dedicato a sensibilizzare l'opinione pubblica la notizia che fa paura: ogni anno ci sono 4.000 nuovi contagi

I contagiati nel nostro Paese sono 120.000, soprattutto tra i 25 e i 30 anni

La svolta nelle cure con i nuovi farmaci, costosissimi però sempre più efficaci

di **UMBERTO TIRELLI**

■ Aids, una parola che soltanto qualche decennio fa veniva definita «peste del secolo», una copertura mediatica a dir poco pessimistica sull'evoluzione dell'epidemia, con informazione capillare sui rischi e i comportamenti per prevenirla e contemporaneamente sull'incapacità di bloccarne l'evoluzione per l'assenza di farmaci efficaci.

A metà degli anni novanta sono arrivati quasi miracolosamente i farmaci antiretrovirali che hanno cambiato del tutto l'evoluzione della malattia, almeno nei paesi occidentali dove questi farmaci erano soltanto disponibili a causa dei prezzi molto elevati, che solo le nostre economie avanzate potevano sostenere.

Ma oggi non si parla più di Aids e la perdita di memoria generazionale aggrava la situazione. Infatti oggi gli omosessuali maschi, i più a rischio per acquisire l'infezione, non hanno più davanti agli occhi la situazione drammatica degli omosessuali colpiti dall'Aids e che morivano in gran numero prima dell'avvento dei farmaci suddetti. La situazione è diversa per i tossicodipendenti, perché lo scambio di siringa, che era la causa principale del contagio, è significativamente ridotto.

Non si parla più di Aids anche se oggi vi sono in Italia 120.000 sieropositivi, aumentano i malati che ignorano di essere Hiv-positivi, ogni 2 ore si verifica un nuovo caso con 4.000 nuovi contagi l'anno che riguardano soprattutto i giovani tra i 25 e 30 anni.

A causa delle campagne informative che non esistono più, si contagiano nell'80-90% dei casi, ovvero più di 8 volte su 10, attraverso rapporti sessuali senza preservativo e soprattutto questi rapporti avvengono nel 40% dei casi tra omosessuali maschi.

Un altro fattore che non può essere sottovalutato è l'incidenza dell'immigrazione, soprattutto dall'Africa: infatti in Italia quasi il 30% dei nuovi sieropositivi è straniero, quasi uno su tre.

In generale il fatto che la percezione del rischio sia crollata dopo la metà degli anni '90 ha comportato minori cautele nei comportamenti sessuali. Lo dimostra l'aumento dei casi di gonorrea e sifilide considerati dagli esperti indicatori indiretti per il rischio di contrarre l'Hiv. Purtroppo la disinformazione non risparmia neanche i medici che spesso sono convinti che l'Aids sia la malattia di trans, gay, prostitute e tossici, quando invece colpisce anche gente in carriera e comunque persone «normali» eterosessuali.

Nella giornata mondiale dell'Aids è necessario ricordare che l'Hiv/Aids è ancora una malattia esistente della quale ci si infetta anche a casa nostra, oltre che un problema drammatico nei paesi in via di sviluppo, dove non esistono facilmente campagne informative né interventi terapeutici adeguati.

Esiste ancora la discriminazione ed è necessaria una campagna di informazione gestita dal ministero della Salute che serva ad abbattere antichi pregiudizi e a convincere gli italiani che il virus incombe su chiunque e che gli ammalati non debbano essere trattati, coma a volte ancora succede, da appestati. Il budget per la comunicazione al ministero della Salute è troppo basso per intraprendere campagne efficaci di informazione sull'Aids e sulle altre malattie trasmesse sessualmente.

L'Hiv/Aids è una malattia quasi del tutto trasmessa sessualmente. A questo riguardo esistono tre modi per combattere questa possibilità: l'astinenza, comportamento non molto popolare nel nostro paese soprattutto fra i giovani; rapporti fedeli con un partner che sia anche lui fedele e che sia sieronegativo e, se non si è in grado di seguire i primi due modi, l'impiego del preservativo nei rapporti sessuali.

www.umbertotirelli.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

01-DIC-2016
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Aids, il test fai da te da oggi in farmacia Critiche dai medici

▶In vendita in Italia senza ricetta il kit per individuare subito l'Hiv
Ippolito (Spallanzani): così si disincentivano gli esami in ospedale

UNO STRUMENTO CONTRO LE DIAGNOSI TARDIVE: IN MEDIA SI SCOPRE DI ESSERE SIEROPOSITIVI 4 ANNI DOPO IL CONTAGIO

LA SVOLTA

ROMA Da oggi non ci sono più scuse per rimandare il test per l'Hiv. Proprio in occasione della Giornata mondiale dell'Aids, arriva in Italia il primo "autotest" che permetterà di sapere subito se si è stati contagiati o meno dal virus. Il kit, distribuito dall'azienda Mylan, può essere acquistato in 2.800 farmacie italiane, formate ad hoc per la consulenza agli utenti. Si può utilizzare a casa propria e in pieno anonimato. Il suo funzionamento è piuttosto semplice: si esegue una minuscola puntura sul polpastrello, si aspettano 15 minuti e poi si potranno conoscere i risultati. Il test verrà venduto ai maggiorenni senza bisogno di ricetta medica e al costo di 20 euro. Nel frattempo la Fondazione Onlus The Bridge monitorerà i dati che potrebbero aiutare ad avere una fotografia più chiara delle richieste, in modo da promuovere una maggiore consapevolezza. Il nuovo dispositivo medico è stato presentato ieri alla Camera dei deputati in una conferenza stampa promossa proprio dall'associazione The Bridge, in collaborazione con Nps (Network persone sieropositive) Italia Onlus e Mylan.

Già introdotto in Francia, l'autotest è uno strumento utile per far emergere il sommerso delle diagnosi tardive da Hiv che è uno dei problemi più spinosi in Europa e anche in Italia. Il Centro europeo di controllo delle malattie (Ecdc) e l'Oms Europa hanno stimato che in Europa ci sono almeno 22mila persone sieropositive che non sanno di esserlo, circa uno su sette del totale degli infetti. Secondo il rapporto, nel 2015 ci sono state 30mila nuove notifiche di casi, un numero in linea con gli anni precedenti. Tuttavia, il tempo stimato fra l'infezione e la diagnosi è di circa 4 anni, con metà dei pazienti che scopre di essere sieropositivo quando l'infezione è in fase avanzata. In Italia, invece, si stimano dalle 6.500 alle 18.000 persone sieropositive non diagnosticate.

TROPPO TARDI

Il problema, quindi, è che anche nel nostro paese si arriva alla diagnosi di infezione di Hiv in una condizione clinica avanzata e anche preoccupante. Non è un caso che oltre il 50 per cento dei casi di Aids segnalati è costituito da persone che non sapevano di essere Hiv-positive. Non solo. L'Istituto superiore di sanità (Iss) stima che, nel 2015, poco meno di un quarto delle persone diagnosticate con Aids aveva eseguito una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di Aids.

LA CONSAPEVOLEZZA

Il fattore principale che determina la probabilità di avere effettuato un terapia antiretrovirale prima della diagnosi di Aids è proprio la consapevolezza della propria sieropositività: nell'ultimo decennio è aumentata la proporzione delle persone con nuova diagnosi di Aids che ignoravano la propria sieropositività e hanno scoperto di essere Hiv positive nei pochi mesi precedenti la diagnosi di Aids, passando dal 20,5 per cento del 2006 al 74,5 per cento del 2015.

L'autotest, quindi, potrebbe rappresentare una svolta. La sua attendibilità è del 99,8 per cento, purché prima di fare il test si osservi il cosiddetto "intervallo finestra", ossia quel lasso di tempo che intercorre tra il momento del presunto contagio e la produzione di anticorpi che segnalano la presenza del virus. Per poter eseguire il test capillare bisogna quindi aspettare 90 giorni. Lo stesso tempo che bisogna aspettare prima di fare anche il tradizionale test. Tuttavia, l'autotest non sostituirà i test, gratuiti e anonimi, offerti attualmente dal Servizio sanitario nazionale. E in ogni caso dopo aver ricevuto una diagnosi di conferma di presenza del virus Hiv dall'autotest bisogna rifare le analisi in un laboratorio e contattare un medico.

LA BOCCIATURA

Non tutti, peraltro, valutano con favore la vendita del nuovo kit. Per Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dell'Istituto nazionale per la malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma, l'autotest potrebbe rivelarsi un'arma a doppio taglio: «Temo che spinga le persone a non ricorrere più ai test già offerti gratuitamente dal nostro Sistema sanitario. Una persona che scopre di essere sieropositiva non può gestire questa notizia da sola. Ha bisogno di ricevere le giuste informazioni e conoscere quindi tutte le opzioni che ha. La figura del medico in questo caso è fondamentale, e anche quando il test risulta negativo è comunque fondamentale che il paziente riceva le informazioni corrette per continuare a fare prevenzione».

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-DIC-2016
da pag. 22
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Riparte la corsa al vaccino anti-Aids

La sperimentazione in Sudafrica su 5.400 persone «Ecco perché basta di efficacia limitata»

L'esperto
Fauci: con gli altri mezzi di prevenzione, può essere l'ultimo chiodo sulla bara del virus

di **Adriana Bazzi**

Dopo grandi speranze, e altrettanto grandi disillusioni, e dopo sette anni di silenzio, ricompare sulla scena il vaccino contro l'Aids. Alla vigilia della Giornata Mondiale dedicata alla prevenzione che si celebra oggi in tutto il mondo, è partita, in Sudafrica, una sperimentazione con un vaccino non proprio nuovo: si tratta della versione «rinforzata» di un precursore, sperimentato in Thailandia nel 2009, allora, con scarsi successi.

L'esperimento thailandese aveva però dimostrato che il contagio si può prevenire ed ecco che ricercatori americani hanno pensato di modificare quel preparato per adattarlo alla situazione africana, dove circola un particolare tipo di Hiv (il virus responsabile dell'Aids), il sottotipo C. E dove ogni giorno si infettano con l'Hiv mille persone (un'enormità rispetto a quello che succede in Italia dove però, ogni anno, si registrano fra i 3 mila e i 4 mila casi di nuove infezioni).

«Se anche il vaccino funzionerà poco — ha commentato Anthony Fauci, uno dei massimi esperti di Aids al mondo, che fa parte dei National Institutes of Health americani, a capo della sperimentazione in Sudafrica — potrebbe comunque rappresentare un mezzo di prevenzione efficace in quei Paesi dove i tassi di infezione sono molto elevati. Potrebbe essere l'ultimo chiodo da piantare nella bara dell'Hiv se utilizzato con gli altri mezzi di prevenzione dell'Hiv (preservativo in primo luogo, ma anche somministrazione di farmaci prima di rapporti sessuali a rischio *ndr*)».

Lo studio sudafricano prevede l'iniezione di due vaccini: il primo utilizza, come vettore, il virus del vaiolo del canarino per trasportare alcuni geni virali specifici del sottotipo C; il secondo è composto da due proteine di superficie del virus, chiamate gp20, più un adiuvante che dovrebbe aumentare la risposta immunitaria dell'organismo. E coinvolgerà 5.400 uomini e donne, non infetti e sessualmente attivi fra i 18 e i 35 anni (alcuni saranno destinati al vaccino, altri al gruppo di controllo): i risultati saranno disponibili nel 2020.

L'avventura del vaccino anti-Aids dura da tempo: all'inizio degli anni Novanta Robert Gallo, scopritore del virus dell'Aids assieme al francese Luc Montagnier, aveva predetto che il vaccino sarebbe stato disponibile nel giro di due anni. Previsione azzardata e sbagliata: il virus dell'Aids è troppo furbo, cambia in continuazione e per questo sfugge ai radar del sistema immunitario dell'organismo. «E per di più — commenta Guido Poli, immunologo all'Università Vita e Salute del San Raffaele di Milano — il virus si integra nel genoma delle cellule umane e questo è un altro motivo che lo mette al riparo dal controllo del sistema immunitario». Poi c'è stato il vaccino italiano di Barbara Ensoli dell'Istituto Superiore di Sanità che, nonostante le promesse, non è ancora giunto a risultati concreti. Ma la lotta non si può abbandonare: la vaccinazione è l'unica strada per prevenire infezioni, di qualsiasi tipo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 91.773
Diffusione 09/2016: 38.667
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

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

Farmaci epatite C, ora gli accordi sono meno segreti

La sentenza Il Tar dà (in parte) ragione a un concorrente: potrà accedere all'intesa riservata sui medicinali da 79 mila euro a paziente

180 mila

I malati in Italia

Meno di un terzo avrà accesso alla nuova cura

» VIRGINIA DELLA SALA

Un ricorso accolto in parte, ma che da solo apre alla possibilità di ricostruire come si formano e quali siano i termini degli accordi segreti tra i governi e le case farmaceutiche: il Tar del Lazio, con una sentenza del 25 novembre, ha infatti obbligato l'Aifa, Agenzia del farmaco, a fornire parte della documentazione relativa all'intesa raggiunta con la multinazionale statunitense Gilead per il Sovaldi, unico farmaco in grado di assicurare la guarigione dall'Epatite C fino al 95 per cento dei casi. L'Aifa dovrà dare a un'altra multinazionale, la AbbVie, le carte (precedentemente negate) relative al suo rapporto con la Gilead. Non potrà svelarne la parte relativa al Savoldi, ma dovrà fornire quella legata a un altro farmaco (l'Harvoni) incluso nella contrattazione.

INOLTRE, dovrà anche far conoscere all'azienda i dati e le valutazioni degli organi pubblici (Commissione tecnica scientifica e il Comitato prezzi e rimborsi) che contribuiscono alla definizione dei prezzi dei rimborsi da parte del servizio sanitario nazionale. Il Sovaldi, infatti, ha un prezzo esorbitante: 27 mila euro circa ogni 28 pillole (un trattamento completo, in media, implica una spesa di 79 mila euro) e lo Stato non riesce a coprire tutto il fabbisogno. Così, il Sovaldi viene rimborsato solo ai malati più gravi. Gli altri devono aspettare di averne diritto o devono volare in India (dove costa poche migliaia di euro) o ancora rivolgersi alle rivendite in nero.

Con ordine: è il 29 gennaio 2015, Sovaldi è ormai entrato nel mercato da qualche mese. È una rivoluzione: è il primo in grado di debellare quasi completamente il virus dell'Epatite C, sostituendo così le cure, poco efficaci, con l'interferone. L'Aifa stipula con la Gilead un accordo per la rimborsabilità del medicinale a carico del servizio sanitario nazionale. Nell'accordo si parla del Sovaldi ma anche di un altro farmaco, l'Harvoni. L'accordo prevede l'applicazione di un meccanismo cosiddetto prezzo/volume, basato su percentuali di sconto che crescono con il raggiungimento di determinate soglie di pazienti trattati dalle strutture del servizio sanitario. In sintesi, più pazienti vengono curati con questi medicinali, maggiore sarà lo sconto.

Ma l'accordo è sottoposto a una clausola di riservatezza che non consente né la pubblicazione dei prezzi iniziali né il loro progressivo diminuire. Una pratica comune in campo farmaceutico con la quale Gilead ha triplicato il suo fatturato nel giro di un paio d'anni.

È in questo contesto che si inserisce la AbbVie, la multinazionale biofarmaceutica specializzata in medicinali innovativi che, a Campoverde di Aprilia, in provincia di Latina, produce alcuni dei suoi farmaci contro l'epatite C (Viekirax ed Exvier, indicati per i genotipi 1 e 4), omologhi dell'Harvoni.

Il sospetto della AbbVie è che la struttura dell'accordo abbia consentito a Gilead di "acquisire e

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 91.773
Diffusione 09/2016: 38.667
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

01-DIC-2016
da pag. 15
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

consolidare una posizione di vantaggio concorrenziale" non "in linea con la normativa sul diritto alla concorrenza". A giugno del 2016 chiede perciò di avere accesso alla documentazione che ha portato alla stipula dell'accordo, forte anche di una raccomandazione dell'Agcom che a marzo, nel dare parere negativo sulla modifica del meccanismo di rimborso dei farmaci alle Regioni (con note di credito) aveva raccomandato che il governo assumesse "iniziative affinché Aifa non sigli accordi con le cause farmaceutiche inerenti alla presenza di clausole di riservatezza, o qualunque altro elemento che mini la piena trasparenza".

L'Aifa, però, rigetta la richiesta di AbbVie e si giustifica da un lato proprio sostenendo che esiste una clausola di riservatezza (e che rivelarla farebbe saltare l'accordo) e, dall'altro, sottolineando la confidenzialità dei dati contenuti nella documentazione contrattuale. In pratica, il privato impone la segretezza sui termini degli accordi (nonostante la Pubblica amministrazione sia – in quanto tale – in generale obbligata alla trasparenza) con la giustificazione di evitare uno svantaggio competitivo. Gilead è comunque fondamentale per l'Italia: lo racconta una puntata di *Presadiretta* del 13 marzo. Il servizio sanitario nazionale è in alto mare con i malati di epatite C: il farmaco di Gilead costa troppo e la raccomandazione, su tutto il territorio, è di prescriverlo solo ai malati più gravi. Dell'accordo si sa che vale 750 milioni di euro, è destinato a 50 mila pazienti con un grande sconto (15 mila euro a trattamento invece di 70 mila) ed è stato stipulato nella totale incertezza: lo stesso ex direttore dell'Aifa, Luca Pani, ammette di non sapere quanti siano i malati di Epatite C in Italia. Le stime dell'associazione EpaC parlano di circa 160-180 mila malati. Ma potrebbero essere molti di più.

LA SENTENZA mostra però un nuovo elemento: l'accordo potrebbe includere anche un altro medicinale, l'Harvoni, che serve per curare genotipi 1 e 4. È vero che per il Sovaldi non ci sono farmaci concorrenti (condizione che giustifica il monopolio di Gilead in questo ambito), ma lo stesso non si può dire per Harvoni dato che proprio AbbVie produce un farmaco omologo. E se il farmaco dovesse essere stato in qualche modo vincolato al Sovaldi, si genererebbe una condizione di anticoncorrenzialità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

SOVALDI
è un farmaco che appartiene alla categoria degli antivirali. È distribuito dalla Gilead Sciences che ha acquisito la Pharmasset (che lo aveva scoperto) nel 2011 per 11 miliardi di dollari

HARVONI
è un medicinale per il trattamento dei genotipi 1 e 4 dell'epatite C cronica

Clausole L'Aifa stringe accordi con le case farmaceutiche *Ansa*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

01-DIC-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Fondi per la Sla, un passo in più

Dal governo l'impegno di altri 50 milioni per assistere chi non è autosufficiente Ma le associazioni chiedono di andare oltre

di Francesca Lozito

Anche quest'anno è battaglia per i diritti dei malati di Sla. Ieri al tavolo straordinario sulla non autosufficienza, convocato d'urgenza dal governo dopo la nuova minaccia di protesta del Comitato 16 novembre che chiedeva un aumento ulteriore del Fondo dedicato, il ministro per le Politiche sociali Giuliano Poletti ha promesso altri 50 milioni per fare arrivare il Fondo nel 2017 a quota 500 milioni. La Fish – Federazione italiana superamento handicap – chiede però di più: «Pur apprezzando lo sforzo e il valore del percorso avviato – spiega l'associazione in una nota – esprimiamo insoddisfazione per la copertura finale, e ribadiamo la centralità di una pianificazione e un monitoraggio su cui fondare politiche e servizi inclusivi e sostenibili». Il prossimo incontro del tavolo è previsto il 6 dicembre. Ma non sono solo i soldi la partita importante: il tavolo sta infatti definendo un piano nazionale dedicato alle persone più fragili. Il mondo della disabilità chiede anche di rafforzare il monitoraggio delle politiche regionali e l'utilizzo delle risorse trasferite alle Regioni.

In linea con la posizione della Fish anche l'Aisla – associazione che rappresenta i malati di Sclerosi laterale amiotrofica – che tramite Pina Esposito, consigliere nazionale, ha chiesto di aumentare il Fondo. Sempre ieri a Roma si è tenuta la manifestazione di protesta del Comitato 16 novembre. Il presidio è stato attuato per dare sostegno all'emendamento presentato dalla senatrice Franca Biondelli (Partito democratico) alla legge di Bilancio per ottenere un incremento di 200 milioni del Fondo. Secondo il Comitato, l'aumento è necessario perché con l'approvazione del Piano per la non autosufficienza la platea dei beneficiari è stata notevolmente aumentata mentre il Fondo attuale – 450 milioni – non potrà mai soddisfare le esigenze dei disabili italiani. Sono oggi oltre 6mila – il 10% in condizioni gravissime – i malati di Sla che necessitano ogni anno di una costosa assistenza, stimata in almeno 100mila euro per l'assistenza 24 ore su 24 e strumenti fondamentali come materassi antidecubito e sintetizzatori vocali. «Siamo ancora lontani da un'adeguata attenzione a chi vive una grave disabilità», conclude Massimo Mauro, presidente Aisla.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media