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

07-MAR-2017
da pag. 30
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

**Immunologia.** Proteggere le donne in gravidanza e i neonati. Passa anche da qui il futuro della prevenzione. Così come dall'accesso ai farmaci. Nei paesi ricchi. E soprattutto nei più poveri

# Il vaccino con il pancione

**Una madre che rifiuta di farlo al figlio non lo fa per non proteggerlo ma perché è informata male**

MICHELE BOCCI

Vaccinare le donne incinte. Il futuro della prevenzione passa anche per i pancioni. Lo assicura Luc Debruyne, presidente di Gsk vaccini, in Italia per visitare il centro di Rosia, in provincia di Siena, dove la multinazionale inglese prepara tra l'altro tutti i suoi prodotti contro i vari ceppi del meningococco. Debruyne è il manager di un'azienda da 17mila dipendenti, con siti di produzione in 15 Paesi, 30 vaccini sul mercato (24 in Italia) e 15 in via di sviluppo.

**Verso dove si sta muovendo il vostro lavoro?**

«Quando si parla di vaccini viene automatico pensare ai bambini. Ma ormai da tempo questi prodotti servono anche a giovani, adulti e anziani. E adesso lavoriamo per sviluppare prodotti per le donne incinte, come quello anti streptococco di gruppo B. Così possiamo proteggere madre e bambino. Un altro ambito è quello della Bpco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, sulla quale stiamo sviluppando alcuni prodotti. In questo caso la prevenzione dei problemi di salute è anche prevenzione dell'utilizzo degli antibiotici, che come sappiamo generano il problema delle resistenze».

**Come si spiega l'aumento delle persone contrarie ai vaccini, in Italia e nel resto dell'Occidente?**

«Di certo questo fenomeno dimostra che non abbiamo fatto bene, tutti insieme, il lavoro per convincere i cittadini della bontà dei vaccini, la cosa migliore per la salute pubblica dopo l'acqua pulita. Una madre che non vuole vaccinare il figlio non lo fa perché non lo vuole proteggere ma perché è stata informata male. Talvolta c'è una certa contraddittorietà nel rapporto di molti con i vaccini. Da una parte c'è scetticismo verso certi prodotti, ma quando poi in Africa scoppia l'Ebola tutti chiamano perché vogliono il vaccino dal giorno dopo. È un peccato che ci sia bisogno di avere l'esplosione di un'epidemia per sensibilizzare».

**C'è chi accusa i Governi di vaccinare solo per favorire l'industria. I vostri fatturati dimostrano che lavorare in questo campo frutta bene.**

«Intanto vari studi dicono che un dollaro investito nei vaccini ne fa rientrare 44 di risparmio. E poi i soldi che incassiamo in Occidente li usiamo anche per far spendere meno i Paesi poveri. Il 70% delle dosi che produciamo nel mondo vanno infatti nei Paesi in via di sviluppo, che pagano prezzi inferiori al 10% di quelli applicati in Europa e in Usa. Il nostro è un business sostenibile».

**A proposito di prezzi, cosa pensa di quelli esorbitanti di certi nuovi farmaci, ad esempio anti tumorali o anti epatite?**

«Sono convinto che il modello che abbiamo a Gsk vaccini un giorno diventerà quello dei farmaci. Già da anni lavoriamo con la consapevolezza dell'importanza di promuovere la sanità pubblica. Ci interessiamo di 7,5 miliardi di abitanti della terra, non di 7 milioni di ricchi e basta. Anche i farmaci devono essere accessibili a tutti, vanno cambiate le politiche dei prezzi in quel settore. L'innovazione non vale niente senza accesso».

©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

07-MAR-2017
da pag. 30
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

| VACCINO | UTILIZZO IN GRAVIDANZA | | NOTE |
|---|---|---|---|
| BCG (antitubercolosi) | NO | | *Vaccino vivo da evitare* |
| Colera | NO | Sicurezza non provata | |
| Epatite A | FORSE SÌ | Sicurezza non provata | |
| Epatite B | FORSE SÌ | | |
| Influenza | FORSE SÌ | In alcune circostanze | |
| Encefalite giapponese | NO | Sicurezza non provata | *Segnalate controindicazioni* |
| Morbillo * | NO | | *Vaccino vivo da evitare* |
| Meningite da meningococco | FORSE SÌ | Solo se il rischio è alto | |
| Parotite * | NO | | *Vaccino vivo da evitare* |
| Poliomielite *(orale, Sabin)* | FORSE SÌ | | |
| Poliomielite *(inattivato, Salk)* | FORSE SÌ | Di norma evitato | |
| Rabbia | FORSE SÌ | | |
| Rosolia * | NO | | *Vaccino vivo da evitare* |
| Varicella | NO | | *Vaccino vivo da evitare* |
| Febbre gialla | FORSE SÌ | Solo se il rischio è alto | *Vaccino vivo da evitare* |
| Tetano/difterite | FORSE SÌ | | |
| Febbre tifoide | - | Sicurezza non provata | |
| Vaiolo | NO | | |

FONTE SAPERIDOC INFOGRAFICA P. SIMONETTI

**SÌ AL VACCINO** solo se è indicato e assolutamente necessario

** Dopo il vaccino, evitare gravidanze per 3 mesi*

**LA NOVITÀ**

## Nove meglio di quattro

La protezione contro l'Hpv cresce: arriva in Italia il vaccino anti-Hpv 9-valente, il primo efficace contro nove diversi ceppi di papillomavirus, in grado di prevenire fino al 90% dei tumori Hpv-correlati. L'Hpv non causa solo il cancro alla cervice uterina, ma può essere responsabile anche di tumori a vulva, vagina, ano, pene, per un totale, si stima, di 6500 nuovi casi in Italia ogni anno. La maggior parte delle infezioni da papillomavirus – che si trasmette tramite contatto con la pelle, specialmente per via sessuale – si risolve spontaneamente. Alcune, però, possono persistere fino a causare lesioni precancerose e, in alcuni casi, cancro. Ma i ceppi di Hpv non sono tutti uguali: ne esistono oltre cento tipi, alcuni più pericolosi. Il nuovo vaccino anti-Hpv offre protezione contro sette tipi di virus ad alto rischio oncogeno (Hpv 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58) e due a basso rischio (6, 11), causa della stragrande maggioranza dei condilomi genitali o verruche, lesioni benigne ma fastidiose, e che gravano sia sul paziente che sul sistema sanitario, allargando la protezione offerta dai vaccini bivalenti e tetravalenti disponibili finora. Il vaccino anti-HPV 9-valente è indicato a partire dai nove anni per maschi e femmine, come ha ribadito anche il nuovo Piano Vaccinale 2017-2019 incluso nei Lea, che prevede la vaccinazione anche per i maschi. Vaccinare tutti, ripetono gli esperti, senza distinzione di sesso, serve a proteggere tutti dal cancro ma anche a limitare la diffusione del virus.

*annalisa bonfranceschi*

**IL CASO**

## Paura meningite

Un boom di richieste di vaccino contro il meningococco C che ha costretto Gsk a cercare dosi fuori dall'Italia. La produzione dei vaccini di solito viene pianificata con attenzione diversi mesi prima della consegna. Ma tra la Toscana, che ha avuto un'impennata di casi di meningite da meningococco C, e le altre regioni, dove è stata la paura a muovere la domanda, sono state richieste molte più dosi del previsto. A Gsk ne sono arrivate da 70mila a 1 milione nel giro di poco tempo. Buona parte dei vaccini sono stati recuperati dall'azienda in 14 Paesi diversi e con l'aiuto di Aifa si è messa in pratica una autorizzazione veloce. Ma l'impegno di Gsk in Italia per il meningococco è destinato a crescere anche per il ceppo B, che nel nuovo piano vaccinale è entrato nel calendario. E dunque dovrà essere fornito gratuitamente da tutte quante le Regioni ai propri cittadini.

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

07-MAR-2017
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

> PERISCOPIO

# Chi ha paura delle assicurazioni in sanità?

DANIELA MINERVA

QUATTRO MILIARDI e mezzo l'anno. Tanto spendono circa 10 milioni di italiani per acquistare assicurazioni sanitarie. Lo rivela oggi un rapporto dello Sda Bocconi che insiste sulla necessità di fare delle polizze il secondo pilastro della sanità. Il tema è di quelli cosiddetti divisivi. E forse a causa di un fraintendimento ideologico: la centralità del Ssn non si discute. È garanzia di equità ma anche di eccellenze e capacità mediche di livello non ancora raggiunto, globalmente, nel nostro paese dalla sanità privata. Ma vediamo tutti i giorni che l'opera d'arte di coloro che lo idearono non regge sotto i colpi dell'invecchiamento della popolazione, dei costi dell'hi-tech, dei venti di crisi economica. Non serve nascondersi dietro le disfunzioni e le ruberie: ci sono e peste colga i colpevoli, ma sappiamo tutti bene che, anche se onestà ed efficienza regnassero sovrane, i soldi per dare tutto il meglio a tutti non ci sono. E sappiamo tutti bene che, di anno in anno, si perdono reparti, capacità di rispondere tempestivamente alle necessità di salute, persino competenze. Dunque, perché non provare a fare un bagno di realtà: chi può farlo si paghi un'assicurazione, e tant'è. Meglio così che non apprendere, invece, che gli italiani spendono 33 miliardi l'anno in sanità privata. Sono gli stessi cittadini che hanno disponibiltà economiche e rispondono col loro portafoglio alle inefficienze e ai ritardi del Ssn. Con che controlli? Ricevono un'assistenza sempre appropriata? Sempre adeguata? Non rischiano di restare vittime dei furbetti che li spingono a consumare prestazioni, a volte inutili? Chi gestisce quei 33 miliardi? Il caso. Il dannato esempio americano, invece, nelle sue ombre, racconta che le assicurazioni trattano, trattano, trattano. E tengono a bada i furbi. Costruiscono un quadro per i loro clienti adeguato, almeno al loro profilo di spesa. È vero, non è equo perché c'è là fuori chi un'assicurazione non può pagarsela. Ma perché non provare a scommettere sul fatto che, affidando chi ha capacità di spesa alle assicurazioni, si preserva la forza e la qualità del Ssn? Che lo si conserva al centro del sistema. Altrimenti il rischio è che i poveri restino in un pubblico che perde pezzi e qualità, e i ricchi se ne vadano a portare i loro 33 miliardi l'anno e molti di più nei centri privati belli ed efficienti.

©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

07-MAR-2017
da pag. 3
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LUCI&OMBRE

# Riforma di ampio respiro ma crescerà il contenzioso

*Moltiplicati i profili che ampliano la funzione giurisdizionale*

## Servono più comunicazione e la formazione dei professionisti

Il cosiddetto "sottosistema" della responsabilità civile, nell'ambito medico-chirurgico, è oramai cosa nota che ha avuto quali ricadute negative un vertiginoso aumento delle controversie in questo settore. Sul piano sociale, le conseguenze legate alla dinamica giurisprudenziale hanno fatto registrare un innalzamento al livello di guardia di due fenomeni: da un lato, il costante ricorso alla prassi della medicina difensiva, a cui ricorre il singolo professionista nel timore di essere chiamato dal paziente a rispondere del proprio operato, in sede penale o anche solo in sede civile; dall'altro lato, la profonda crisi dell'assicurabilità per i medici e le strutture sanitarie, seguita nel tempo da un'impennata del costo dei risarcimenti e, pertanto, dei premi assicurativi.

Ed è in un simile contesto che si inserisce il provvedimento normativo cd. Gelli/Bianco, approvato in via definitiva martedì 28 febbraio, plasmato dalla spasmodica ricerca di un equilibrio tra le diverse esigenze di tutte le parti coinvolte, nel fine precipuo di ricreare «... quel clima di serenità e fiducia tra cittadini, professionisti e istituzioni sanitarie indispensabile a reggere le sfide di una tutela della salute universalistica ed equa» (in questi termini il Sen. Bianco nella Relazione orale al Senato nel corso della seduta del 15 novembre 2016).

Le principali novità normative si muovono essenzialmente lungo alcune precise direttrici: un maggiore riequilibrio tra i diritti dei pazienti e la responsabilità dei professionisti; un potenziamento delle attività di prevenzione e di gestione dei rischi, attraverso, tra l'altro, l'attenzione ai flussi informativi e alla disponibilità di dati; una ridefinizione della responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie, in ambito penale e civile. La novella legislativa in commento si apre con una vera e propria dichiarazione programmatica che, in linea con il dettato costituzionale, vede «la sicurezza delle cure» quale «parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività» (articolo 1), portandone una proiezione, in qualche modo, integrata che si realizza «anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio (...)», indirizzando fortemente l'attenzione, sul piano delle misure preventive, per contenere i rischi e innalzare le tutele e la sicurezza del paziente negli ambienti sanitari e nei percorsi di cura.

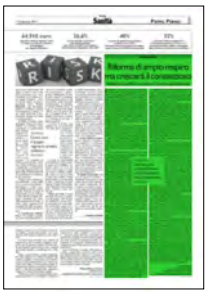
Da questo specifico angolo di visuale molto è stato fatto, ma resta ancora tanto da fare. Occorre, anzitutto, implementare e affinare la comunicazione medico-paziente: una buona capacità di ascolto e di relazione, non solo con il paziente, ma anche con le persone che l'interessato intende coinvolgere nel suo personale percorso di cura, è parte integrante della prestazione e le non technical skills sono altrettanto importanti delle abilità tecniche (Aa.Vv., La malpractice in ortopedia e traumatologia. Analisi dei dati della sinistrosità in tre Regioni italiane, in Giornale italiano di Ortopedia e traumatologia, 2016;42:61-67).

Altresì, occorre implementare la formazione, uno dei pilastri principali della crescita e dell'aggiornamento professionale, che per tale ragione deve essere continua. La finalità del legislatore di porre al riparo, almeno in prima battuta, l'esercizio della professione da parte del personale sanitario dipendente, spostando il baricentro della responsabilità civile in capo alle strutture sanitarie pubbliche o private - che ormai esercitano l'attività sanitaria in forma di impresa - traspare evidente dalla lettera dell'articolo 7. Dunque, viene introdotto un duplice regime di responsabilità: contrattuale a carico delle strutture sanitarie (pubbliche e private) e dei liberi professionisti; extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività nell'ambito di una struttura sanitaria.

È indubbio che il diverso inquadramento avrà importanti ricadute pratiche per quanto concerne, ad esempio, la durata del termine di prescrizione (quinquennale, in caso di responsabilità aquiliana), e l'onere di allegazione e di prova (onere decisamente alleggerito a carico dell'operatore sanitario).

È sancito, inoltre, un tentativo obbligatorio di conciliazione, quale condizione di procedibilità della domanda di risarcimento del danno dinanzi al giudice civile, il cui procedimento è scandito dall'articolo 8, che accanto all'istituto della media-conciliazione, ha previsto, in forma alternativa, l'espletamento dello strumento dell'accertamento tecnico preventivo, disciplinato dall'articolo 696-bis del Cpc, nell'auspicata finalità di perseguire una netta deflazione rispetto al proliferare di procedimenti giudiziari. Tuttavia, nell'intento di scongiurare qualunque forma di deresponsabilizzazione del personale sanitario, viene riconosciuta la possibilità per la struttura sanitaria di esperire nei confronti del professionista un'azione di rivalsa, tutte le volte che quest'ultimo ha agito con dolo o colpa grave (articolo 9, comma 1).

È previsto, altresì, che in caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria pubblica, l'azione di responsabilità amministrativa (da tenersi distinta dall'azione di rivalsa), per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, sia esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti (articolo 9, comma 5). In questo specifico ambito, però, numerose criticità si potrebbero manifestare sotto il profilo della macchinosità procedurale, a causa di azioni e domande incrociate di regresso, e dei suoi costi, con il risultato ultimo di un effetto moltiplicatore dei profili del contenzioso. Sul versante assicurativo,



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

07-MAR-2017
da pag. 3
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

è confermato l'obbligo per le strutture di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture medesime.

È, altresì, ribadito l'obbligo di assicurazione per la responsabilità civile per l'esercente la professione sanitaria in forma libero-professionale. Infine, è introdotto l'obbligo per gli esercenti l'attività sanitaria, operanti a qualsiasi titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private, di stipulare un'adeguata polizza di responsabilità civile, con oneri a proprio carico, per i soli casi di colpa grave, al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa.

Nondimeno, sono da segnalare due criticità: la prima relativa alla disciplina di dettaglio dei requisiti minimi e uniformi per i contratti stessi, che è rimessa a una successiva regolamentazione mediante decreti ministeriali di attuazione; la seconda, a fronte di un obbligo assicurativo in capo a strutture sanitarie e professionisti, il legislatore non ha predisposto un analogo obbligo a contrarre a carico delle compagnie assicurative. In conclusione, al legislatore va comunque riconosciuto il merito di essere intervenuto su questi temi attraverso, finalmente, una riforma organica e di ampio respiro, per cercare di collocare in una prospettiva differente rispetto al passato, il sistema della responsabilità sanitaria, nel difficile tentativo di realizzare un giusto equilibrio fra gli interessi in gioco. Al contempo, tuttavia, non si può trascurare che il dettato normativo non è intervenuto sulla centralità della funzione e della soluzione giurisdizionale; anzi, sotto questa prospettiva, sono stati formalizzati e moltiplicati i profili del contenzioso.

**Ernesto Macrì**
*avvocato - docente del master*
*in Hospital risk management di Cineas*
*e componente del tavolo Assicurazioni e sanità*

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

07-MAR-2017
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

FEDERICO GELLI (RELATORE - PD)

# Il vero investimento è sulla rete di prevenzione e sulle competenze

***Correttivi possibili alla luce dell'attuazione. Intanto il sistema torna in equilibrio e si abbattono le polizze***

Una norma che va "giudicata" nella sua complessità, non nei dettagli. E «se poi ci sarà bisogno di intervenire, si provvederà». **Federico Gelli**, relatore alla Camera, è convinto che la forza della "sua" legge sia nell'aver ridefinito la cornice e le regole complessive di un sistema che non tutelava più adeguatamente né i pazienti né i professionisti.

**Onorevole Gelli, chi vince e chi perde con questa legge?**

Vincono i cittadini ma anche i professionisti. È una legge sufficientemente bilanciata da riportare le regole e il rapporto medico-paziente nel giusto equilibrio. Perdono la burocrazia, il contenzioso, la medicina difensiva. E cioè tutti quei fenomeni patologici che nel corso degli ultimi 20 anni sono andati sviluppandosi per un sistema che era uscito dal controllo e dal percorso fisiologico e che aveva reso il clima di tensione e spesso di persecuzione del professionista e di possibilità di ricevere un risarcimento.

**Come sintetizzare la legge? «Al paziente va l'onere della prova»?**

Non è così. Per il cittadino rimane la strada principale, e fondamentale, di azione nei confronti della struttura. L'onere della prova è a carico dell'azienda, quindi per il paziente nulla cambia. Se poi non si dovesse accontentare, in ambito civile, del risarcimento che la struttura può fornire, il cittadino può cimentarsi anche nei confronti del singolo o di più professionisti. Giustificando, e qui scatta l'inversione dell'onere della prova, il perché voglia "aggredire" anche il singolo sanitario. Solo in questo caso c'è l'inversione dell'onere della prova, e scattano la responsabilità extracontrattuale e la prescrizione sarà a 5 anni.

**Si può con certezza dire che si otterrà un abbattimento del contenzioso?**

Questa è una legge quadro: non vanno considerati solo gli aspetti procedurali e giudiziari, che si valuteranno attraverso un'applicazione giurisprudenziale vera, con l'interpretazione della norma. Dopodiché io dico che il pilastro fondamentale per abbattere il contenzioso è la prevenzione. Il punto di forza della norma sta nel rendere obbligatorio in tutte le strutture, pubbliche e private, un modello organizzativo di risk management. Se i professionisti impareranno attraverso questa legge a prevenire il rischio, a individuare l'evento sentinella, a lavorare sulla loro formazione perché da un semi errore non si passi all'errore a carico del paziente, scatterà una vera e propria rivoluzione culturale.

**Il tutto dovrà avvenire a costo zero...**

Dove esistono, le realtà di risk management hanno dimostrato che non si pone un problema di natura economica, ma una questione di scelte e di priorità. Ciò che serve è un investimento organizzativo. Con questa legge, di fatto, introduciamo nel mansionario di tutti gli operatori della sanità un vincolo che prima non c'era e che era solo discrezionale. D'ora in poi, il professionista sa che deve dedicare una parte della sua formazione anche alla sicurezza delle cure. Poi si tratterà di mettersi in rete e di elaborare un piano di prevenzione attraverso un coordinatore delle attività, che è il risk manager. Il contenzioso diminuirà, perché all'origine ci saranno molti meno errori.

**Le linee guida saranno lo spartiacque della responsabilità?**

Intanto va detto che questa legge va finalmente a normare un aspetto fondamentale, riuscendo dove l'Italia ha fallito fin dal primo tentativo del sistema nazionale linee guida del 2004. Ma sappiamo anche che le linee guida non possono essere l'unica esimente per la "deresponsabilizzazione" del professionista. Andranno considerate le buone pratiche clinico assistenziali, le competenze, la storia del singolo sanitario. Questi aspetti nel loro complesso non potranno che essere valutati dal giudice quando dovrà decidere se è stato commesso un errore grave o se non è stato commesso, se l'essersi attenuti alle linee guida sia stato un elemento sufficiente o meno.

**Come si esce dal caro-polizze?**

La legge alleggerisce i medici dal cosiddetto "primo rischio", che ora è a carico dell'azienda. L'unica polizza che viene richiesta al professionista è quella per l'azione di rivalsa, ammessa solo in caso di colpa grave. E questa polizza "costa poco", visto il tetto massimo di tre annualità lorde fissato dall'articolo 9. Da una simulazione con l'Ania appare che il costo, pure se proporzionato alla retribuzione lorda, è pur sempre limitato per polizze anche cumulative: nel caso di un giovane infermiere neo assunto, sarà di 50-100 euro l'anno. Per il medico neo assunto, si va sui 300-400 euro l'anno. E il chirurgo che oggi paga fino a 18mila euro l'anno, potrà assicurarsi anche con 500 euro.

**In ogni caso, le assicurazioni saranno felici di questo sistema di polizze erga omnes...**

Credo che il loro interesse fosse entrare nel mercato sanitario come garanti del rischio delle strutture. Ciò a mio avviso potrà avvenire con il passare degli anni: prevediamo che con gradualità le varie forme di au-

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

07-MAR-2017
da pag. 4
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

toassicurazione che si sono sviluppate negli ultimi anni, vedranno un ritorno alla polizza tradizionale.

**Tabelle risarcitorie: si fa riferimento al codice delle assicurazioni private.**

La volontà politica è che le tabelle di riferimento siano quelle aggiornate, previste nel Ddl Concorrenza. Ma nella ipotesi che non trovasse applicazione, al Senato è stato inserito il riferimento al codice delle assicurazioni private.

**Tornando alla colpa, mandate in soffitta il decreto Balduzzi...**

È la verità: sulla responsabilità penale c'era bisogno di fare chiarezza, e quanto è scritto nella nostra legge è in linea con la giurisprudenza più innovativa che si è andata affermando in questi anni. E cioè che la specificità del professionista è legata alla sua perizia. Non ce la siamo sentita di "forzare", introducendo anche gli altri due requisiti per la definizione di colpa e cioè la negligenza e l'imprudenza. Ha prevalso l'atteggiamento di maggior tutela verso i cittadini, perché è l'imperizia che contraddistingue e tipizza la specificità di un medico e di un operatore sanitario. Io voglio valutare il professionista rispetto alle sue capacità e competenze, non rispetto a negligenza e imprudenza. Un medico che va ubriaco in sala operatoria non può essere tutelato.

**E per quanto riguarda la distinzione tra gradi di colpa?**

Anche lì, non ci siamo permessi di arrivare noi a descrivere quando è colpa grave, lieve o media. Lì interverranno la giurisprudenza e il diritto. Per noi la colpa è colpa, ed è esclusa solo in caso di imperizia e quando siano state rispettate le buone linee e le buone pratiche.

**Barbara Gobbi**

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

07-MAR-2017
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SPECIALE RISK/ Ecco la legge sulla sicurezza delle cure e la giurisdizione civile e penale per gli operatori

# Il salvagente della responsabilità

## Per assistiti, medici, infermieri e strutture una rete di protezione tutta da valutare

Sicurezza delle cure e responsabilità degli operatori sanitari: cambiano regole e prospettive per pazienti, ospedali, medici&Co e assicurazioni. Dopo un iter sofferto, più che decennale, sfociato nell'accelerazione finale degli ultimi mesi - il Senato aveva licenziato il testo in prima lettura l'11 gennaio - la Camera dei deputati il 28 febbraio ha varato in seconda lettura la nuova legge in materia con 255 voti a favore, 113 contrari e 22 astenuti. «Oggi è una grande giornata, un altro grande passo in avanti - ha dichiarato a caldo la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** - . Dopo il Patto per la Salute, i nuovi Lea, il Piano nazionale vaccini, il Ddl di riforma degli ordini professionali che è in dirittura d'arrivo, l'approvazione della legge sulla Responsabilità professionale rappresenta un ulteriore tassello di una grande stagione riformista per il Ssn».
La legge mette poggia su un doppio pilastro: la creazione di una rete di risk management e la revisione dei profili di responsabilità.

GOBBI A PAG. 2-3

Con il via libera dell'aula di Montecitorio riscritte le regole sulla responsabilità sanitaria

# Scacco al «risk», ecco la legge

## Sicurezza delle cure: rete di protezione e trasparenza «a costo zero»

### Come sarà il doppio regime in ambito civilistico

Sicurezza delle cure e responsabilità degli operatori sanitari: cambiano regole e prospettive per pazienti, ospedali, medici&Co e assicurazioni. Dopo un iter sofferto, più che decennale, sfociato nell'accelerazione finale degli ultimi mesi - il Senato aveva licenziato il testo in prima lettura l'11 gennaio - la Camera dei deputati ha infatti varato in seconda lettura la nuova legge in materia con 255 voti a favore, 113 contrari e 22 astenuti.

«Oggi è una grande giornata per il Servizio sanitario nazionale, un altro grande passo in avanti per il nostro sistema sanitario - ha dichiarato a caldo la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** - . Dopo il Patto per la Salute - ha aggiunto la ministra -, i nuovi Lea, il Piano nazionale vaccini, il Ddl di riforma degli ordini professionali che è in dirittura d'arrivo, l'approvazione della legge sulla Responsabilità professionale rappresenta un ulteriore tassello di una grande stagione riformista».

«Quella di oggi è una data che resterà nella storia della sanità italiana. Con questa legge - ha commentato subito dopo il via libera dell'aula il relatore e responsabile Sanità del Pd, **Federico Gelli** - aumentiamo le tutele dei professionisti prevedendo, al contempo, nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento da parte dei cittadini danneggiati da un errore sanitario. L'assenza di un chiaro inquadramento legislativo su questa materia ha tolto in tutti questi anni serenità a medici e professionisti e, soprattutto, ha comportato come ricaduta l'enorme costo della medicina difensiva che pesa sul nostro sistema salute».

Plaude la senatrice **Emilia De Biasi**, presidente della "Igiene e Sanità" del Senato, la commissione che ha profondamente modificato il testo dopo la prima lettura della Camera. «Inizia una nuova vita per i diritti del cittadino paziente e per la dignità di tutti i professionisti della sanità. Ora tocca alla legge di riforma degli ordini e delle professioni sanitarie».

**Una legge-quadro.** «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie»: il titolo dà conto della doppia anima della legge - attesissima dai camici bianchi - mirata da un lato a una maggiore tutela dei pazienti e, dall'altro, a riequilibrare il rapporto, in sede di contenzioso penale e civile, tra medico e assistito. Sia negli ospedali pubblici che nelle cliniche private. Sia dal dentista che dal medico convenzionato. Sia in sala operatoria che nelle prestazioni di telemedicina. L'esigenza di prevenire e gestire il rischio clinico, il far west del contenzioso, la fuga delle assicurazioni dal settore sanitario - ma il 98 per cento dei procedimenti avviati finisce su un binario morto -, i costi stellari della medicina difensiva stimati in 10 miliardi di euro: queste le ragioni alla base del provvedimento.

**La sicurezza delle cure.** Peccato che l'attuazione dovrà avvenire a costo zero, malgrado gli adempimenti a cui sono chiamate le strutture sanitarie e sociosanitarie e le Regioni. Perché la sicurezza delle cure diventi effettivamente parte costitutiva del diritto alla salute, così come detta l'articolo 1, andrà costruita ex novo una protezione articolata. A partire dall'attivazione in ogni Regione di un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, deputato alla raccolta dei dati su rischi ed eventi avversi e su cause, entità, frequenza e onere finanziario del contenzioso. Informazioni da trasmettere all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, da istituire presso Agenas con decreto del ministero della Salute.

L'Osservatorio dovrà anche individuare progetti per la sicurezza delle cure e per la formazione del personale. «L'Osservatorio prevede un modello di rete integrato e multilivello - spiega il direttore generale di Agenas, **Francesco Bevere** - che consentirà di raccogliere e sistematizzare tutti i dati relativi agli eventi avversi e ai rischi sanitari con l'obiettivo di individuarne le cause ed evitare che possano ripetersi. Per fare questo, continueremo a lavorare con il ministero della Salute, con gli esperti regionali, con le società scientifiche, le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie e le associazioni dei cittadini, affinché l'elaborazione di linee di indirizzo e di misure idonee per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario siano condi-

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

07-MAR-2017
da pag. 2
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

vise, a tutti i livelli di responsabilità. Con questo obiettivo, verranno anche promossi percorsi di formazione specifici in tema di gestione del rischio clinico e di sicurezza delle cure».

A tutela del paziente, la direzione sanitaria avrà solo sette giorni di tempo per trasmettere la documentazione sanitaria richiesta dall'interessato. Ancora: con la legge scatta l'obbligo di pubblicare sui siti internet delle strutture sanitarie i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni.

**La responsabilità professionale.** L'altro pilastro della legge è la revisione della responsabilità professionale. L'articolo 6 introduce nel Codice penale il nuovo articolo 590-sexies - «Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario» - che esclude la punibilità, nel caso in cui l'evento si sia verificato a causa di imperizia e il professionista abbia rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida validate da società scientifiche accreditate e pubblicate online dall'Istituto superiore di Sanità.

Anche in sede di determinazione del risarcimento del danno il giudice terrà conto della circostanza che il professionista si sia attenuto a linee guida "bollinate". «Stiamo già lavorando - ha detto il presidente dell'Iss **Walter Ricciardi** - nel selezionare, produrre e validare le migliori raccomandazioni cliniche e linee guida indirizzate ai professionisti sanitari ma anche ai decisori politici».

In ambito civilistico, scatta un doppio regime di responsabilità: si conferma come contrattuale la responsabilità della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, anche per i danni derivanti dalle condotte dolose o colpose degli esercenti le professioni sanitarie. Ciò comporta un termine di prescrizione a dieci anni. Resta configurata come "contrattuale" la responsabilità di ogni professionista che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale con il paziente.

Assume invece natura extracontrattuale - onere della prova a carico del ricorrente e prescrizione a 5 anni - la responsabilità civile dei sanitari quando chiamati in causa. Il risarcimento avverrà sulla base delle tabelle sul danno biologico contenute nel codice delle assicurazioni private, in attesa degli aggiornamenti contenuti nel Ddl Concorrenza, all'esame dell'aula del Senato.

**La conciliazione obbligatoria.** Chi intenda esercitare un'azione di responsabilità civile dovrà comunque tentare una conciliazione, a partecipazione obbligatoria di tutte le parti, incluse le compagnie di assicurazione, pena la non procedibilità della domanda di risarcimento. Un consulente tecnico d'ufficio (Ctu) - la legge ne riforma la disciplina - dovrà con le sue perizie aiutare a conciliare la lite: se il tentativo non riesce o trascorso il termine di sei mesi, si passa al giudizio.

L'azione di rivalsa, contemplata solo in caso di dolo o di colpa grave, incontra paletti ben precisi: va esercitata, pena la decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento ed è esclusa se il professionista sanitario non è stato parte del giudizio.

L'azione di responsabilità amministrativa verso il sanitario spetta poi al pubblico ministero presso la Corte dei conti: scelta mirata a evitare che siano le strutture pubbliche a dover avviare la rivalsa in sede civile contro i propri professionisti. La misura della rivalsa in ogni caso non può superare il triplo della retribuzione lorda dell'anno di inizio della condotta causa dell'evento.

**Polizze per tutti.** La legge introduce una rete di copertura molto ampia. Tutte le strutture pubbliche e private devono assicurarsi per responsabilità contrattuale verso terzi e verso i prestatori d'opera, anche per i danni attribuibili al personale a qualunque titolo operante. Le strutture dovranno poi tutelarsi per la copertura della responsabilità extracontrattuale verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie, nell'ipotesi in cui il danneggiato esperisca l'azione direttamente contro di loro.

Inoltre deve assicurarsi il professionista che svolga l'attività al di fuori di una delle strutture o che presti la sua opera in regime libero-professionale. O ancora, che agisca nella struttura ma per obbligazione contrattuale con il paziente. Tutti i professionisti passibili di azione da parte della Corte dei conti per danno erariale o di rivalsa in sede civile, devono infine stipulare polizze per colpa grave.

**L'azione diretta modello Rca.** L'articolo 12 introduce la possibilità di un'ulteriore azione in capo al danneggiato: un'azione diretta - sul modello Rca auto - nei confronti dell'impresa di assicurazione della struttura sanitaria e del libero professionista. Anche qui, vige una serie di paletti: il fallimento del tentativo obbligatorio di conciliazione e il limite pecuniario delle somme per cui è stato stipulato il contratto di assicurazione.

**Il Fondo di garanzia.** Nei casi di importi eccedenti i massimali, di insolvenza o del venire meno della copertura per recesso unilaterale dell'impresa, un Fondo di garanzia per danni da responsabilità sanitaria offrirà una ciambella di salvataggio. Sarà gestito da Consap e alimentato dai versamenti annuali - il cui ammontare andrà fissato con decreto - delle imprese assicuratrici autorizzate alla Rc per danni da responsabilità sanitaria.

**Barbara Gobbi**

**9%**
Secondo l'Oms, la percentuale di persone che, entrate in ospedale, vanno incontro a un evento, prevenibile nel 50% dei casi

**10%**
La percentuale di decessi che sempre secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità sarebbe attribuibile a errori di diagnosi

**53%**
La percentuale di cittadini che temono di subire un danno quando vanno in ospedale, secondo un'inchiesta condotta dall'Ue

**0,1%**
I pazienti che chiedono un risarcimento per lesioni personali o decesso e solo la metà sono quelli che lo ottengono

**64.910 euro**
Secondo l'ultima relazione Ivass è il valore medio del massimo di franchigia per singolo operatore

**26,6%**
La percentuale di denunce per sinistri sanitari pervenute nel 2010 che risultano definitivamente liquidate a fine 2015

**40%**
La quota di sinistri senza seguito, costante fino al 2013. Aumenta invece il numero dei sinistri posti a riserva: il 72,8% dei denunciati

**32%**
Secondo l'ultima indagine Pit di Cittadinanzattiva in un caso su 3 la documentazione clinica consegnata dalle strutture ai pazienti è incompleta

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.294
Diffusione 12/2016: 40.109
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

07-MAR-2017
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

L'ANALISI

# Biotestamento: non sia occasione di risse

DI CARLO VALENTINI

***Servono norme chiare contro il fai-da-te***

Ancora una volta la discussione sui diritti alla persona non avviene pacatamente analizzando i contenuti, trovando un positivo equilibrio tra le diverse proposte e considerando sia i passi avanti sul piano scientifico avvenuti negli anni sia la sensibilità che permea la società. Sul caso della legge sul biotestamento che finalmente il 13 marzo approderà alla Camera si rischia di assistere all'ennesimo muro contro muro. Una tenzone ideologica che non tiene conto dello sviluppo della medicina con la conseguente possibilità di tenere in vita per lungo tempo un organismo in modo più o meno artificiale, ciò che pone il problema della dignità a cui una persona ha diritto, del resto anche a Papa Wojtyla è stato risparmiato l'accanimento terapeutico, col riconoscimento implicito pure da parte della Chiesa del diritto a una morte dignitosa.

**Ma il tema della vita (e della morte)** non può essere trattato con leggerezza, come se l'approccio all'eutanasia fosse alla stregua di quello a un'appendicite. Anche in Svizzera il percorso per arrivare allo stadio finale ha degli step codificati e il loro presunto allentamento in taluni casi per trasformare l'eutanasia in business incomincia a fare discutere all'interno dello Stato elvetico proprio perché il fine vita è assai più di un intervento sanitario.

**Non ha senso bloccare una legge** necessaria né forzarne i contenuti. I risultati delle contrapposizioni sono sempre stati leggi inadeguate. Sulle unioni civili è la magistratura a decidere al posto della politica che, sull'adozione, in pratica non si era espressa mentre sull'aborto è stata concessa un'obiezione di coscienza che si è trasformata in un rifiuto che il più delle volte con la coscienza ha poco a che fare e che pone le strutture sanitarie in difficoltà a dare attuazione a un diritto che la legge riconosce alla donna. La politica finirà per fare confusione anche sul fine vita?

**Un sommesso appello è non farne** una bandiera di partito né inalberare un radicalismo religioso ma approvare una legge che con norme chiare definisca in che modo esercitare il diritto a interrompere la vita quando essa è diventata insopportabile.

**C'è poi il rischio che la legge non** arrivi al traguardo a causa del ping pong tra Camera e Senato e della legislatura agli sgoccioli. Rimarrebbe così questo fai-da-te, la ricerca di un medico amico e compiacente che aumenta la dose del sedativo o il viaggio in Svizzera: il trionfo dell'arte di arrangiarsi.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

07-MAR-2017
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

**I dati Istat** L'età media è di 44 anni e 9 mesi. Le donne più longeve nel 2016 sono state le trentine

# Calo record delle nascite

## L'Italia mai così vecchia. Triplicato il numero di chi sceglie di lasciare il Paese

Mai così pochi bambini nati in Italia: 474 mila nel 2016 secondo l'Istat, ancor meno dei 486 mila del 2015. La fecondità è ridotta a 1,34 figli per donna, mentre l'identikit è quello di un Paese più vecchio, 44,9 anni di media, e più longevo: primato alle trentine. Triplicati i trasferimenti all'estero.

alle pagine 8 e 9

**Angelucci, Marro, Tebano**
e l'intervista di **Federico Fubini**

# In un anno solo 474 mila neonati Mai così pochi nella storia d'Italia

## L'Istat: record negativo nel 2016. La popolazione cala ed è più vecchia. Liguria prima per centenari

**ROMA** Si fanno meno figli di sempre, la popolazione invecchia, ed è triplicato negli ultimi sei anni il numero di italiani che decidono di trasferirsi all'estero. Se non fosse per la ripresa dell'aumento della speranza di vita, dopo la sorprendente diminuzione che si era registrata nel 2015, non ci sarebbe nulla di cui rallegrarsi negli Indicatori demografici per il 2016 diffusi ieri dall'Istat. L'Italia ha urgente bisogno di invertire la tendenza al calo delle nascite, altrimenti sarà difficile guardare con ottimismo al futuro.

### Età media: 44,9 anni

Non sono mai nati così pochi bambini in Italia come nel 2016: appena 474 mila, ancora meno dei 486 mila del 2015, anno che aveva visto il precedente minimo storico.

La fecondità è ridotta a 1,34 figli per donna (1,35 nel 2015), che è la media tra i figli per donna straniera residente in Italia (1,95) e quella, decisamente più bassa, per donna italiana (1,27). L'età media in cui si diventa madre è salita a 31,7 anni. Nel 2016 i decessi sono stati 608 mila, con un saldo fra nascite e morti negativo di 134 mila unità. Di conseguenza cala, per il secondo anno consecutivo, la popolazione residente in Italia, scendendo a 60 milioni 579 mila, cioè 86 mila unità in meno rispetto all'anno precedente.

L'età media dei residenti al primo gennaio del 2017 sale a 44 anni e 9 mesi, due mesi in più dell'anno precedente. Le persone con più di 65 anni superano ormai i 13,5 milioni (il 22,3% dell'intera popolazione), quelle con più di 80 anni 4,1 milioni (6,8%), gli ultranovantenni sono 727 mila e ci sono 17 mila residenti con più di 100 anni.

Il record degli ultracentenari va alla Liguria: 50 ogni 100 mila residenti. Segue il Molise con 43.

### Vita più lunga a Trento

La speranza di vita alla nascita raggiunge 80 anni e 6 mesi per gli uomini e 85 anni e un mese per le donne, confermando l'Italia ai primi posti nel mondo nella classifica della longevità. L'Italia, però, osserva l'Istituto di statistica, «continua a essere un Paese caratterizzato da importanti differenze» sulla speranza di vita. «I valori massimi continuano ad aversi nel Nord-Est, dove gli uomini possono contare su 81,1 anni di vita media e le donne su 85,6. Quelli minimi, invece, si ritrovano nel Mezzogiorno, con 79,9 anni per gli uomini e 84,4 per le donne», uno scarto di un anno e due mesi. Che sale a circa tre anni se si confrontano le donne che vivono in provincia di Trento, le più longeve nel 2016 con 86,4 anni di vita media, e le residenti in Campania, in fondo alla graduatoria con 83,5 anni. Un segno di come le disparità economiche e delle prestazioni sanitarie abbiano una conseguenza diretta sulla durata della vita.

### Quelli che lasciano

Gli stranieri residenti nel nostro Paese sono arrivati a 5 milioni 29 mila, 2.500 in più rispetto al primo gennaio 2016 e rappresentano l'8,3% della popolazione. Un nato su cinque in Italia ha madre straniera. Nel 2016 si sono trasferite dall'estero in Italia 293 mila persone, 258 mila delle quali straniere, con un aumento del 3,1% rispetto al 2015. Allo stesso tempo sono emigrate dall'Italia 157 mila persone, di cui 115 mila italiani, ben il 12,6% in più rispetto al 2015. Nel 2010, sottolinea ancora l'Istat, gli italiani emigrati all'estero erano solo 40 mila. Negli ultimi sei anni il loro numero si è «quasi triplicato». Il territorio da dove si parte di più verso l'estero è la provincia di Bolzano, seguito dal Friuli Venezia Giulia. In coda Puglia e Basilicata.

**Enrico Marro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 125.801
Diffusione 12/2016: 65.889
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

07-MAR-2017
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA FOTOGRAFIA DELL'ISTAT

## Culle vuote: i figli li fanno gli immigrati

Nascite ai minimi storici e popolazione sempre più anziana. A fare i figli, in Italia, restano però gli immigrati: è la fotografia in chiaroscuro scattata dall'Istat.

**Francesca Angeli** a pagina **14**

LA FOTOGRAFIA DEL PAESE DELL'ISTAT

# Nascite ai minimi storici A fare ancora figli ci pensano gli immigrati

*La popolazione invecchia: il 25% è over 65*
*E tra i giovani chi può è fuggito all'estero*

**Francesca Angeli**

**Roma** Dai pannolini ai pannoloni. Una battuta cruda e un po' indigesta ma che rende bene l'involuzione generazionale del nostro Paese alla quale stiamo assistendo da decenni senza riuscire a intervenire in modo efficace a causa della nostra classe dirigente politica ed economica in molti casi inerte in altri incapace.

L'Italia all'inizio del 2017 segna un meno 86mila: la popolazione in un anno è diminuita scendendo a 60 milioni e 579mila. Una crisi inarrestabile causata prima di tutto dal calo delle nascite scese a 474mila nel 2016. Un nuovo record negativo dopo quello del 2015 quando i neonati erano stati 486mila, che ha come conseguenza primaria l'invecchiamento della popolazione. In particolare diminuiscono i cittadini italiani che scendono a 55 milioni e 551mila segnando un meno 89mila.

Non solo gli under 40 continuano a fuggire all'estero. Sono 115mila gli italiani che hanno preferito lasciare il Paese segnando più 12,6 rispetto al 2015. Un numero triplicato in sei anni dai 40mila del 2010.

La promessa dell'ex premier Matteo Renzi di un'Italia che guarda al futuro, rinvigorita dalle scelte del suo governo si infrange contro il muro delle cifre tutte drammaticamente con il segno meno. Un Paese senza figli non ha futuro e anche negli anni dell'era renziana le culle degli italiani sono rimaste vuote. Diminuiscono anche i decessi, 608mila, dopo il picco registrato nel 2015 con 648mila casi che vennero addebitati a un'epidemia di influenza più virulenta delle altre ma soprattutto a un'estate torrida. Il «saldo» tra nascite e morti resta negativo: 134mila. L'invecchiamento della popolazione dunque prosegue. L'età media degli italiani è salita a 44,9 anni, due decimi in più rispetto alla stessa data del 2016. Vent'anni fa gli italiani erano più giovani con una media di 38 anni. Cresce la popolazione over 65: 13,5 milioni ovvero il 22,3 per cento del totale. Certo si vive molto più a lungo: abbiamo 4,1 milioni di ottantenni; 727mila ultranovantenni e pure 17mila ultracentenari.

Si fanno sempre meno figli e sempre più tardi: l'età media per il primo parto è salita a 31,7 anni mentre il tasso di fecondità è sceso a 1,34 figli da 1,35 del 2015 anche perché diminuiscono le donne in età fertile con l'invecchiamento progressivo della popolazione. Invecchiamento che ora coinvolge anche le donne straniere che hanno avuto in media 1,95 figli nel 2016 contro 1,94 nel 2015. Le italiane sono rimaste a 1,27 figli, come nel 2015. Si conferma l'allungamento della vita media: 80,6 anni per gli uomini e 85,1 per le donne. Perché non si riesce ad invertire la tendenza? Per il Codacons le motivazioni sono principalmente economi-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 125.801
Diffusione 12/2016: 65.889
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

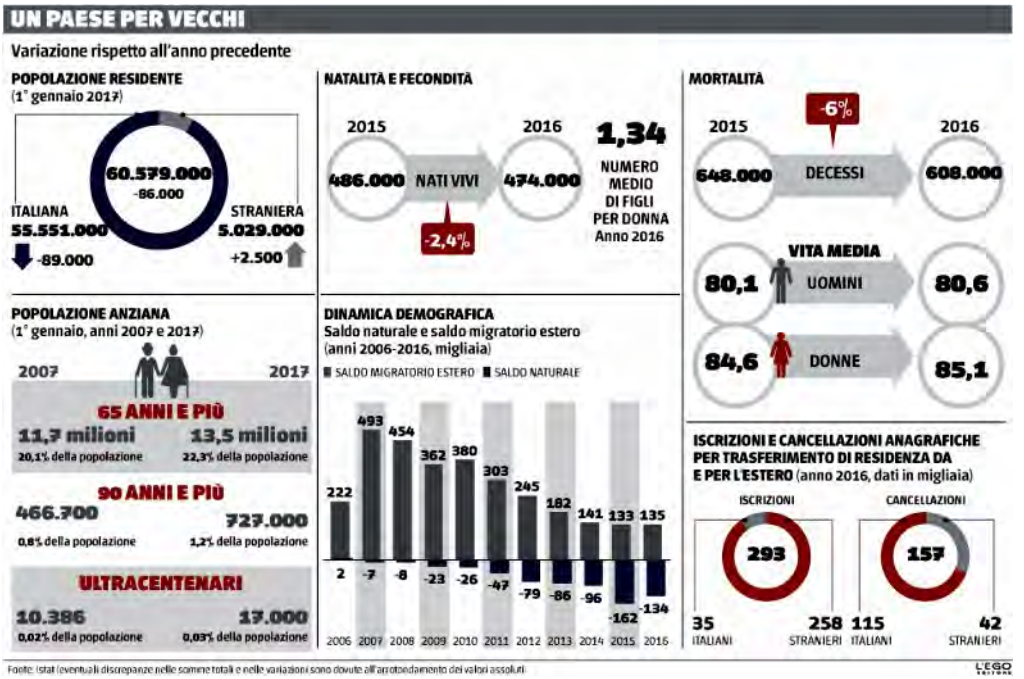
il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

07-MAR-2017
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

che: mantenere un figlio, dicono dall'associazione a tutela dei consumatori «costa 10mila euro all'anno».

Il Moige, associazione di genitori di ispirazione cattolica, chiede che «la famiglia diventi la priorità nel nostro Paese perché i dati confermano che il crollo delle nascite è diventato un'emergenza». E mentre, Enrico Costa, ministro Affari Regionali con delega per la Famiglia, sostiene che il governo Renzi aveva avviato «una politica organica di sostegno alla natalità» l'ex ministro per le Pari Opportunità, Mara Carfagna di Forza Italia, controbatte criticando le scelte fatte da Renzi e dal Pd. «Speriamo che chi governa comprenda finalmente che bisogna smetterla con le azioni spot e con i bonus una tantum alle neo-mamme, che danno solo un aiuto nell'immediato - osserva la Carfagna - Bisogna iniziare a studiare azioni strutturali e prolungate nel tempo. Politiche per le famiglie volte ad incentivare seriamente la natalità e una rete di asili nido degna di questo nome».




data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 53.894
Diffusione 12/2016: 40.592
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

07-MAR-2017
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'analisi

# L'Italia senza nascite che sogna i bambini

**Alessandro Rosina**

Eccoci con un altro record negativo certificato dall'Istat. Il rischio vero ora è l'assuefazione. Partiamo però dai dati. Nel 2016 si sono festeggiate, nel nostro Paese, 474 mila nascite.

Questo valore è il più basso non solo di questo secolo, ma anche di quello precedente e di quello prima ancora, quantomeno da quando l'Italia è unita. Ma già nel 2013 avevamo fatto meno bambini di sempre. Poi nel 2014 abbiamo ritoccato al ribasso tale valore. Siamo scesi ancor di più nel 2015 e nel 2016 abbiamo fatto ancora peggio. Detto in altre parole, il declino delle nascite italiane oramai non è più una notizia. Intanto però la demografia è implacabile - se non si fanno le scelte giuste per tempo - nell'erodere i margini del nostro futuro. E come lo fa? Levando mattoni dal basso del nostro edificio demografico che così diventa via via meno solido con il passare del tempo.

La denatalità non determina, infatti, solo una diminuzione della popolazione, ma ancor più un aumento degli squilibri strutturali. L'espansione della longevità è di per sé un fenomeno positivo ma fa anche aumentare la popolazione anziana. L'invecchiamento favorisce l'aumento della spesa sociale, non solo per le pensioni ma anche per la salute pubblica e i servizi di assistenza per chi perde autonomia nelle attività quotidiane.

Ma sull'aumento degli anziani non siamo così diversi dagli altri paesi avanzati. Vi sono però due differenze rilevanti, la prima è che la nostra spesa pubblica è meno efficiente, ovvero a parità di euro spesi riusciamo ad aiutare di meno chi è in condizioni di difficoltà; la seconda è che abbiamo molto meno giovani e quindi meno potenziali produttori di ricchezza presente e futura. Ovvero, il problema dell'Italia è che aumenta progressivamente la parte di popolazione che ha dato in passato ed è ora nella necessità di ricevere, mentre - più da noi che altrove - è in continua riduzione la parte di popolazione che dovrebbe essere, nel presente e prossimo futuro, nella condizione di produrre. Come conseguenza delle dinamiche passate ci troviamo infatti oggi con una delle percentuali di under 35 più basse in Europa. Invece che provare a risalire gli ultimi dati sulle nascite ci dicono che stiamo scendendo ancora di più.

Perché, allora, se il fare così pochi figli crea squilibri sociali e frena la crescita economica, continuiamo a farne sempre di meno? Una prima risposta è di tipo tecnico. Nel 2016 il numero medio di figli avuti non è stato inferiore a quello del 2015, il valore è infatti rimasto attorno a 1,27 per le donne di cittadinanza italiana e a 1,95 nel 2016. Quello che è successo è che le trentenni, ovvero il pilastro centrale delle potenziali madri, si sta indebolendo per effetto dei tre decenni passati di denatalità. Detto in altre parole, a parità di figli mediamente avuti è diminuito il numero delle madri e questo porta ad ancor meno nascite, per la precisione 12 mila in meno nel 2016 rispetto al 2015. Per rompere questo avvitamento verso il basso è ancor più necessario consentire alle trentenni di formare una famiglia e conciliare efficacemente, assieme a mariti e partner, tempi di lavoro e cura della prole. La seconda risposta è quindi quella che riguarda la possibilità di realizzare in pieno i propri progetti di vita. Quello che preoccupa non è, infatti, tanto la bassa fecondità, ma il fatto di essere bloccata su valori così bassi da lungo tempo.

All'interno di questo quadro negativo ci sono tre elementi incoraggianti che tengono viva la speranza che il Paese non si avvii in un declino irreversibile, non solo della popolazione ma della possibilità di essere una realtà vitale, in grado di dare il proprio contributo originale all'interno di un mondo che cambia. Il primo è il fatto, come risulta in modo coerente da varie indagini, che gli italiani vorrebbero avere in media almeno due figli. Quindi margini, con politiche adeguate in un contesto favorevole, di aumento della natalità sono possibili. Il secondo è che prima della grande recessione economica la fecondità era in effetti aumentata in varie regioni del Nord Italia. In particolare in Lombardia e, ancor più, in Emilia Romagna, il numero di figli è passato da valori vicini ad uno a metà de-

IL MATTINO

Napoli, fai vedere il tuo cuore Kroll

Nasce l'Europa a più velocità

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 53.894
Diffusione 12/2016: 40.592
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

07-MAR-2017
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

gli anni Novanta a oltre un figlio e mezzo per donna prima che la crisi arrivasse a mordere. In quindici anni si è ottenuto, quindi, un incremento di grande rilievo. Se si riuscisse a fare altrettanto con l'interno Paese nei prossimi quindici anni si arriverebbe a livelli analoghi alla Svezia. Per farlo servirebbe una combinazione favorevole tra uscita dalla crisi e realizzazione politiche solide ed efficaci, con particolare attenzione verso le nuove generazioni e nel Mezzogiorno. Il terzo elemento incoraggiante è l'aumento delle nozze nel 2015. E' il dato demografico più positivo dall'inizio della crisi, con una crescita soprattutto delle primi unioni tra italiani. Inoltre il dato delle nascite del secondo semestre del 2016 è migliore rispetto al primo semestre. Ma perché questi tre elementi diventino la base di una ripresa vera di vitalità del paese devono essere mescolati con altri due ingredienti: la riconquista della fiducia verso il futuro da parte dei cittadini e un bel salto di credibilità dell'azione politica locale e nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

07-MAR-2017
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

# «L'obiettivo del governo? Dimezzare i punti gioco»

## *Il sottosegretario Baretta: accordi con gli enti locali*

**La distanza con i Comuni**

**Il punto principale è la collocazione sul territorio Bisogna stare attenti a non creare quartieri diciamo a luci rosse In futuro più controlli**

di
ALESSIA GOZZI

**«IL NOSTRO** obiettivo è dimezzare i punti gioco». Il sottosegretario all'Economia, Pier Paolo Baretta (**nella foto**), tratta per il Governo l'intesa con le Regioni sul riordino del settore: «Dopo due anni, l'intesa è vicina», assicura, ma la manovrina per l'Europa con i rumors di nuove tasse rischia di ingarbugliare le cose. «Teniamo le cose separate ma – ammette – tutte le carte sono sul tavolo».

**Il riordino del settore doveva avvenire entro aprile 2016 ma siamo ancora qui a discuterne. Cosa si è inceppato?**

«Preferiamo trovare una soluzione concordata con Regioni ed enti locali, stiamo cercando un accordo».

**Qual è il nodo che non si riesce a sciogliere?**

«Sono diversi. Questo settore è stato da tempo privo di regolamentazione, abbiamo ripreso una situazione che era sfuggita di mano e ricostruito una proposta complessiva di riordino ma gli enti locali, in assenza di linee nazionali, si sono attrezzati con soluzioni specifiche. Ora si tratta di armonizzare tutto tenendo conto delle scelte fatte negli ultimi anni».

**Intanto, c'è un far west di regole che genera incertezza.**

«C'è una doppia incertezza: economica per le aziende e sociale perché, mancando una regolamentazione, non c'è un'adeguata protezione del giocatore. Per questo la riforma è urgente».

**La proposta del governo è sul tavolo, cosa non torna?**

«Abbiamo proposto una riduzione del 30% delle slot e il dimezzamento nell'arco di un triennio dei punti gioco. Dobbiamo definire la loro collocazione sul territorio e questo è il tema principale di distanza. Da un lato, bisogna stare attenti a non creare quartieri a luci rosse del gioco e, dall'altro, individuare i punti veramente sensibili attorno ai quali costruire una soluzione concordata».

**In futuro tutti i punti gioco avranno una sorta di bollino di garanzia?**

«La prospettiva è di dimezzarli mentre quelli che restano dovranno avere sistemi di controllo e certificazione che ne garantisca la regolarità. Le slot oggi sono 400mila e i punti gioco 96mila, parliamo di un'operazione robusta».

**Quanto le vicende interne al Pd complicano la strada dell'intesa con i governatori?**

«Non credo ci saranno riflessi dalla situazione politica, stiamo lavorando da due anni a questo piano e siamo a buon punto».

**Il governo ha fissato il nuovo traguardo al 30 aprile 2017, ce la farete?**

«Dopo l'ultima richiesta di rinvio, preferisco riconvocare la Conferenza Stato-Regioni solo quando avremo la certezza di un risultato. Penso sia questione di settimane, spero in un'intesa entro aprile».

**Intanto, però, il governo ha aumentato le tasse sul gioco: oltre 10 miliardi nelle casse dell'erario.**

«È vero, ma sono anche aumentati molto sia l'offerta di gioco sia i volumi. È arrivato il momento di invertire la tendenza».

**Eppure si parla di nuove tasse nella manovrina.**

«Non c'è niente di definito, terrei separate le due cose. La priorità è raggiungere l'accordo e ridurre l'offerta».

**Tassare ancora e tagliare: non si rischia di eccedere? Le casse dello Stato ne risentirebbero.**

«Diciamo che è contraddittorio e, infatti, non c'è nulla di definito. Nel momento in cui tagliamo, è chiaro che mettiamo in conto una riduzione delle entrate».

**Ma resta sul tavolo?**

«Tutte le carte sono sul tavolo in questo momento».

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

07-MAR-2017
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it

**Fratture.** Il gesso non serve più. A Napoli si sperimentano tutori su misura in 3D. E neanche più costosi

# Niente paura, il braccio si ripara con la stampante

TUTTA colpa del goal. Il pallone finisce in porta e Carlo vola a terra. Ha soltanto dieci anni. E il suo braccio si frattura. Un'ora dopo, al pronto soccorso, la radiografia conferma: lesione a "legno verde" del radio. Nella sfortuna, un elemento positivo: non deve essere operato e non ha bisogno di "trazione". Vuol dire che i monconi di osso sono in asse e che basta l'immobilizzazione con gesso. Le solite pesanti fasce da bagnare e poi avvolgere attorno alla pelle? Non più. Almeno non in casi come questo. Stavolta infatti gli ortopedici del Santobono, il polo pediatrico di Napoli, propongono una novità: applicare un esoscheletro in Abs su misura del braccio di Carlo. Ma la tecnica richiede una serie di passaggi, a differenza del gesso, confezionato a qualche giorno dal trauma e rimosso dopo 4 settimane. Un tempo appena più lungo per applicarlo (un giorno), ma quella protesi coloratissima, venuta fuori da una stampante 3D, si annuncia già rivoluzionaria. In particolare per Carlo, che ha continuato a vivere la sua quotidianità. Sfogliare un libro, mangiare, scrivere, fare la pipì. Nessuna limitazione grazie all'esoscheletro ultraleggero.

La sperimentazione partita a Napoli (grazie a un progetto pilota della fondazione Santobono-Pausilipon, presieduta da Annamaria Minicucci, in collaborazione col Cnr), prevede l'applicazione del tutore "personalizzato" su 60 bambini tra 11 e 14 anni. «In questa prima fase - spiega il primario ortopedico Pasquale Guida, col suo collaboratore Antonio Casaburi - trattiamo esclusivamente le fratture composte stabili del braccio, quelle che richiederebbero solo il gesso. E si è scelto l'arto superiore perché le gambe sono sottoposte al carico del peso corporeo». Il manicotto in Abs, definito esoscheletro per la funzione di contenimento della struttura ossea sottostante, viene realizzato sulla base di calcoli precisi. Abs è l'acronimo di "acrilonitrite butadiene stirene", polimero termoplastico utilizzato per creare oggetti leggerissimi ma ultraresistenti.

E allora, cosa di meglio di una protesi? Pesa meno di 50 grammi, è forata, non procura piaghe alla pelle e non ostacola i movimenti. In più, ha gli stessi costi del gesso. Nella ricerca è impegnato un team guidato da due ingegneri, biomedico ed edile, mentre il software è stato adattato dall'équipe del Cnr guidata da Fabrizio Clemente. Ma quali sono le fasi che precedono l'impianto sull'arto fratturato? Si parte dalle misure del braccio rilevate da uno scanner. I dati, elaborati dal software, vengono trasmessi alla stampante 3D che realizzerà il modello richiesto. L'ultimo step, una volta terminata la fase realizzatrice dell'impianto, riguarda il paziente, a cui saranno applicate le due valve che sostituiscono il gesso. «Il tutore personalizzato è molto più rigido del tradizionale gesso - rivela Guida - non teme l'acqua, è poco ingombrante, igienico, conforme all'ergonomia del bambino e, anche, ecologico perché riciclabile. Per ora ne abbiamo impiantati cinque».

*giuseppe del bello*

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

06-03-2017

http://www.doctor33.it/

# Inquinamento, Oms: l'esposizione responsabile di un quarto delle morti in età pediatrica

Ogni anno l'esposizione all'inquinamento uccide 1,7 milioni di bambini con meno di 5 anni, praticamente un quarto di tutti quelli che muoiono. Sono cifre che arrivano dall'Organizzazione Mondiale della sanità (Oms), che ha trovato la relazione tra questi decessi e i rischi ambientali: l'inquinamento dell'aria, l'esposizione a prodotti chimici, la mancanza di pulizia e igiene. L'Oms sottolinea infatti che il sistema immunitario più debole e in via di formazione rende i bambini più vulnerabili ai fattori inquinanti; e che circa un quarto dei decessi di bambini sotto i 5 anni avvenuti nel 2012 avrebbero potuto essere evitato riducendo i rischi ambientali. L'esposizione all'aria inquinata è pericolosa anche durante la gravidanza perché aumenta il rischio di nascite premature. I neonati e i piccoli in età prescolare esposti all'inquinamento, tanto nelle proprie case che all'aperto, sono a più alto rischio di contrarre polmonite o malattie respiratorie croniche.

Ma quando si è esposti a un ambiente inquinato cresce anche significativamente la probabilità di sviluppare malattie cardiovascolari, cancro o infarto. «Un ambiente contaminato è un ambiente letale, in modo particolare per i bambini», ha detto la direttrice generale dell'Oms, Margaret Chan. «Gli organi e il sistema immunitario in via di sviluppo, l'organismo e le vie respiratorie più piccoli, li rendono particolarmente vulnerabili all'acqua e all'aria sporca». Con la pubblicazione dei due rapporti ("Inheriting a Sustainable World: Atlas on Children's Health and the Environment" e "Don't pollute my future! The impact of the environment on children's health"), l'obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è trasmettere il messaggio che la riduzione dei fattori ambientali di rischio potrebbe evitare questi decessi.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2015: 68.092
Lettori Ed. I 2016: 450.000
Quotidiano - Ed. Torino

LA STAMPA
TORINO

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

07-MAR-2017
da pag. 47
foglio 1
www.datastampa.it

## Il processo al medico che curava il cancro con la psicologia

# "Stai tranquilla non morirò per un tumore"

## Il racconto di un'amica della donna poi deceduta

il caso/1

CLAUDIO LAUGERI

«Devi stare tranquilla, perché io non morirò di cancro». Mirella V., 58 anni, ha un groppo in gola e le lacrime agli occhi quando racconta di quella chiacchierata in auto, con l'amica Marina L., 53 anni, uccisa da un melanoma pochi mesi dopo quelle parole. Era in cura dalla dottoressa Germana Durando (difesa dall'avvocato Stefano Castrale), specialista in omeopatia, finita a giudizio per aver causato quella morte.

È una sostenitrice della filosofia Hameriana e aveva convinto Marina a seguire quella dottrina. O almeno, questa è la tesi del pm Rossella Salvati e di Rudy, il fratello della donna, che ha deciso di costituirsi parte civile (assistito dall'avvocato Marino Careglio).

### L'amica

In aula, Mirella cerca di mantenere per quanto possibile il distacco dalla vicenda. Racconta il rapporto di amicizia, fino all'epilogo, su un letto d'ospedale, il 24 settembre 2014. «Conoscevo Marina dal 1984-1985, la frequentazione era occasionale. Poi, nel 1991 abbiamo incominciato a lavorare insieme. Abbiamo stretto un'amicizia molto forte, è stata la mia testimone di nozze ed era madrina dei miei figli», spiega.

All'inizio, Marina parlava del neo e della «mappatura dei nei, per tenerli sotto controllo. Ne aveva tanti». E quando aveva notato che quello sulla scapola sinistra s'ingrossava, aveva deciso di «andare a Chivasso per una visita. Mi disse che il medico le aveva consigliato di farsi operare per toglierlo». Ma lei aveva deciso di parlare della questione «con Germana, la chiamava così. E lei le aveva detto di aspettare». Dopo una chiacchierata con la dottoressa Durando, Marina aveva «deciso di tenerlo, perché era bene non andare a togliere delle cose».

### L'indecisione

Fino a quel momento, Marina pareva risoluta. «Non discuteva tanto, era "tranchante"», ricorda Mirella. Fino a quando, il vaso della sofferenza è colmo e la spinge a confidare all'amica: «Il regalo più bello che potrei avere sarebbe che Germana mi dicesse di togliermi il neo». Quando accade, è troppo tardi.

### La cartella

In questa vicenda c'è anche un «giallo». Riguarda la «cartella clinica» di Marina. «Nello studio medico non c'era. Abbiamo cercato ovunque», spiega il sovrintendente di polizia Marco Conti, che all'epoca aveva fatto la perquisizione nell'ambulatorio della dottoressa. Quella documentazione è sparita. Il medico ha detto di averla lasciata a Marina, ma a casa non c'era. Il fratello ha trovato soltanto un diario e poco altro. Ma perdere o anche distruggere quella «cartella clinica» non sarebbe comunque un reato: non è la documentazione di un ospedale o comunque di una struttura pubblica.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 03/06/2017



2017/03/06 16:50

# Rischio amianto, Ministero dispone ritiro Lanterne cinesi volanti. Cosa fare se le avete comprate

Foto dal sito www.salute.gov.it

06 marzo 2017

Il ministero della Salute **ha disposto il divieto di vendita nazionale, il ritiro e il richiamo dal mercato** dell'articolo 'Lanterne volanti' prodotte nella Repubblica popolare cinese, importate e distribuite in Italia dalla ditta Ebbei Store, "per la presenza di amianto".

**La disposizione** "è stata emessa in seguito al sequestro da parte della Asl RmC di Roma di 32 lanterne volanti ('lanterne sky') della Ditta 'Leone d'oro' di viale Palmiro Togliatti 1053, in quanto contenevano al loro interno cordini in materiali di amianto", segnala il ministero.

Il Centro regionale amianto del Lazio ha riscontrato nel cordino, che sostiene la struttura della lanterna, la presenza di amianto friabile. Le fibre di amianto, ricorda il dicastero di Lungotevere Ripa, sono cancerogene per inalazione (responsabili del mesotelioma pleurico).

"La persona più a rischio - si legge - è chi maneggia direttamente la lanterna; toccando il cordino, infatti, le fibre di amianto possono sfaldarsi, essendo di materiale friabile (praticamente amianto puro); ugualmente il rischio di dispersione delle fibre si può avere quando l'articolo ricade a terra".

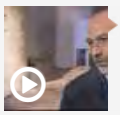
Il ministero ha disposto, inoltre, che l'importatore in Italia, in collaborazione con le ditte distributrici, completi il ritiro degli articoli eventualmente ancora presenti nella rete, mentre per quelli già acquistati dai consumatori, effettui il richiamo mediante cartellonistica, sistemi di rintraccio clienti (fidelity card) o altri modi ritenuti efficaci, avvisando i consumatori del rischio legato all'amianto (è cancerogeno se inalato).

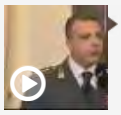
Fortunatamente non tutte le lanterne cinesi contengono amianto, ve ne sono anche altre con la struttura in filo di ferro. "Comunque, ai fini cautelativi, il ministero ha disposto ai Nas di estendere il divieto di vendita a tutti gli articoli sprovvisti di idonea certificazione attestante l'assenza di amianto; questi verranno campionati ed inviati ad analisi presso i Centri regionali amianto", e "saranno rilasciati a libera commercializzazione solo quelli privi di amianto".

**Cosa fare se le si è comprate**

Ecco alcune raccomandazioni del ministero della Salute a chi avesse acquistato il prodotto: "Evitare di aprire le confezioni; se le confezioni sono state già aperte, evitare di manipolare il cordino; non gettare nella spazzatura le lanterne acquistate, ma conservarle sigillate e restituirle al negozio in cui è stato acquistato".

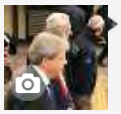
ITALIA


AMATRICE CAPITALE DEL FAIR PLAY


LA GUARDIA DI FINANZA SEQUESTRA BENI PER 40 MILIONI DI EURO A UN FACCENDIERE ROMANO

UNA MOSTRA DI VEZZOLI CELEBRA LA RAI ANNI '70, "LA MIGLIORE TELEVISIONE DEL MONDO"

CASO CUCCHI: SOSPESI DAL SERVIZIO I TRE CARABINIERI ACCUSATI DI OMICIDIO PRETERINTENZIONALE


TERREMOTO, GENTILONI IN VISITA A NORCIA

Rai - Radiotelevisione Italiana Spa
Sede legale: Viale Mazzini, 14 - 00195 Roma
Cap. Soc. Euro 242.518.100,00 interamente versato

Ufficio del Registro delle Imprese di Roma
© RAI 2014 - tutti i diritti riservati. P.Iva 06382641006

Privacy policy
Cookie policy
Società trasparente

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.306
Diffusione 12/2016: 27.904
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

07-MAR-2017
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

Pillole di salute

# L'alimentazione corretta per bambini e adulti che si tengono in forma

LUCA BERNARDO*

Si sente spesso parlare di obesità, sovrappeso e scorrette abitudini alimentari. In vista dell'estate, gli argomenti più gettonati riguardano l'alimentazione per la prova costume o per sopravvivere al caldo. Ma vogliamo andare contro tendenza e parlare, insieme alla dottoressa Lisa Mariotti, esperta di nutrizione pediatrica, a chi ha già un corretto stile di vita, a chi fa attività fisica, approfittando delle Linee Guida pubblicate dalla Rivista della Società Italiana di Medicina Generale.

Una delle peculiarità della nutrizione sportiva è che la composizione e la tempistica di assunzione dei pasti devono essere modulate tenendo conto dell'orario di allenamento o gara. Quando si inizia l'attività fisica, l'organismo non deve essere eccessivamente impegnato nei processi digestivi del pasto precedente. Al contrario, con un pasto consumato molto prima, si rischia di affrontare l'impegno fisico con livelli di glicemia troppo bassi. «È quindi opportuno organizzarsi a seconda dell'orario di allenamento, prestando attenzione alla digeribilità del pasto e al suo indice glicemico. Durante l'attività, qualora l'impegno si protragga a lungo, allo scopo di mantenere stabile la glicemia e ottenere una idonea idratazione, si possono assumere piccole dosi ripetute di bevande sportive e, in caso di impegni continuativi di molte ore, anche piccole quantità di alimenti solidi, quali frutta, marmellata e fette biscottate. Subito dopo è prioritario reintegrare le perdite di acqua e di sali minerali, prima di consumare il pasto principale o lo spuntino previsti per l'ora. La sua composizione deve essere "dedicata" al muscolo per i processi di riparazione e di ripristino dei depositi di glicogeno (pane e bresaola). Importante», spiega la Mariotti, «specificare la differente organizzazione dell'alimentazione in base all'orario dell'allenamento o gara».

Per chi si allena al mattino, è importante organizzarsi in modo che la colazione sia consumata due o tre ore prima, nella sua più tradizionale versione dolce (latte e prodotti da cereali) o in quella salata (pane, prosciutto, formaggio e frutta). Per chi si allena al pomeriggio, colazione e spuntino di meta mattina dovrebbero apportare buone calorie in modo da poter alleggerire il pranzo che andrà consumato 2-3 ore prima. Si potrebbero proporre piatti unici completi (pasta o riso conditi con sugo di carne o parmigiano/ grana e una porzione di frutta). Talvolta può succedere che fra il pasto e l'inizio dell'attività passi soltanto un'ora o poco più. In questi casi, prima dell'attività è meglio assumere solo una porzione di frutta o barrette di cereali. Chi si allena alla sera si potrà concedere anche un secondo a pranzo e un robusto spuntino pomeridiano almeno due ore prima (pane con prosciutto o salmone o bresaola, oppure yogurt e frutta), mentre la cena (un'ora dalla fine dell'allenamento) dovrà essere più leggera. Se la gara è invece in notturna si potrà consumare la cena tre ore prima, affidandosi a digeribili piatti unici "completi".

Un ultimo consiglio riguarda la priorità che spetta all'acqua. «La reidratazione deve essere precoce per non incorrere nel rischio di disidratazione molto più frequente nel bambino», spiega la Mariotti, «con conseguente rapido decadimento delle prestazioni e rischio di colpo di calore e/o ipotensione, soprattutto durante eventi sportivi prolungati. Diventa pertanto indispensabile assumere acqua già poco prima e durante l'impegno sportivo (100-200 ml ogni 15-20 minuti). In caso di impegni prolungati è invece indicata una bevanda gluco-idro-salina per ripristinare la perdita di sali minerali. Sconsigliata l'assunzione di soft drink per l'elevato tasso di zuccheri, spesso presenti».

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

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il pornoricatto a Tiziana era tutta un'invenzione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 06 MARZO 2017

# Nucleo dei Nas si insedia in Aifa. Lorenzin: “Porteranno nuove competenze straordinarie, tecniche e investigative”

I Carabinieri rafforzano la collaborazione con AIFA mettendo al servizio dei cittadini professionalità qualificate. Previsto un insediamento permanente all’interno dell’Agenzia. I commenti di Lorenzin, Vincelli e Melazzini.

“Oggi è un giorno molto importante per l’AIFA. L’insediamento del Nucleo dei Carabinieri per la Tutela della Salute (N.A.S.) porterà all’interno dell’Agenzia competenze straordinarie, tecniche e investigative, che garantiranno ai cittadini standard di qualità sempre più alti nei controlli in materia di farmaci”.

Lo ha dichiarato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin intervenendo all’insediamento del 39° comando del NAS, che si è insediato ufficialmente questo pomeriggio nella sede romana di AIFA di Via del Tritone. “I militari dell’Arma – ha proseguito il ministro - contribuiranno a migliorare il lavoro quotidiano dell’Agenzia, la sua percezione dall’esterno e la sua competitività sul piano internazionale. Ho voluto fortissimamente che ciò accadesse, e devo ringraziare il Comando Generale dei Carabinieri, i ministri della Difesa e dell’Interno, che hanno condiviso il percorso che ci ha portato a questa giornata”.

“Per volontà del Ministro Lorenzin e del Comandante Generale dell’Arma, d’intesa con i Ministri della Difesa e Interno, i Carabinieri rafforzano la collaborazione con AIFA - ha commentato il Generale comandante dei N.A.S. Claudio Vincelli - mettendo al servizio dei cittadini professionalità qualificate. Ufficiali, di cui alcuni specializzati in farmacologia, insieme a Marescialli e Carabinieri già esperti di investigazioni. Essi costituiranno una squadra capace di migliorare la sperimentata sinergia tra NAS e AIFA, in prima linea nel contrasto al crimine farmaceutico e sempre a tutela del cittadino”.

“Con il ministro Lorenzin - ha dichiarato il Direttore Generale di AIFA Mario Melazzini - abbiamo avuto una totale comunione d’intenti e sono particolarmente grato a tutti coloro che hanno reso possibile realizzare il Nucleo all’interno di Aifa. La collaborazione con Ministero e N.A.S. ha dato nel corso degli anni un contributo fondamentale per la tutela della salute degli italiani. A partire da oggi potremo ottimizzare ulteriormente le sinergie e vigilare in maniera ancora più efficace sulla filiera farmaceutica. ”.

Le attività di vigilanza farmaceutica dei N.A.S. sono regolate nel dettaglio da un protocollo sottoscritto dalle istituzioni.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

07-MAR-2017
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

# L'esperta. «Così nascono nuove malattie»

## *Bustreo: un clima malato cambia la geografia delle patologie*

**L'epidemiologa: «Finché i governi prenderanno decisioni solo per aumentare il Pil sarà difficile mettere al primo posto il diritto alla salute»**

EMANUELA CITTERIO

L'inquinamento e i cambiamenti climatici non fanno solo sciogliere i ghiacciai al polo nord. «Quando capisci che fanno venire l'asma a tuo figlio cominci a guardare gli aspetti del problema in modo più interconnesso». Medico, epidemiologa, esperta di salute pubblica, Flavia Bustreo, 55 anni, dal 2010 è vicedirettore generale per la Salute della famiglia, delle donne e dei bambini dell'Organizzazione mondiale della sanità. Nel 2015 si è battuta perché il diritto alla salute rientrasse nella discussione sui cambiamenti climatici al summit di Parigi, e in questi mesi ha seguito da vicino tutto l'iter che ha portato alla pubblicazione del rapporto sulla salute dei bambini e l'inquinamento dell'ambiente.

**Con questo rapporto l'Oms ha voluto lanciare un messaggio?**

L'Oms produce molti dati sulla mortalità infantile, ma questa volta volevamo mettere in evidenza i fattori ambientali che la determinano. Quando si parla di questo argomento, si pensa ai Paesi a basso reddito, invece questo rapporto parla di una tendenza negativa anche nei Paesi industrializzati. Nel nord del mondo i progressi nell'accesso alle cure sanitarie e nella diffusione dei vaccini sono stati notevoli. Non è stato così per quanto riguarda la qualità dell'aria. E le patologie connesse all'inquinamento atmosferico, come l'asma, nei bambini sono aumentate.

**Cosa possono fare i governi?**

I due Paesi con il più alto livello di inquinamento atmosferico sono l'India e la Cina. Di sicuro lì bisogna intervenire sull'incenerimento a cielo aperto dei rifiuti, che produce inquinamento chimico e polveri sottili. Con il governo indiano stiamo studiando un piano di controllo. È più difficile intervenire negli agglomerati informali periurbani o gli insediamenti dove vivono i profughi, dove l'incenerimento a cielo aperto è diffusissimo. Nel sud del mondo sono in aumento anche le patologie legate al contatto con i rifiuti elettronici. Fanno impressione le discariche a cielo aperto in molte periferie urbane, dove i bambini bazzicano per cercare qualcosa da rivendere, entrando inevitabilmente in contatto con sostanze nocive. In questi Paesi lo Stato deve riprendere il controllo della gestione dei rifiuti. Ma il problema della qualità dell'aria riguarda tutti: anche nella pianura padana i livelli di polveri sottili sono sempre oltre la norma.

**Bisognerebbe cambiare modello di sviluppo, ha scritto papa Francesco nell'enciclica Laudato Si'. Cosa ne pensa?**

Posso dire, perché c'ero e l'ho toccato con mano, che l'Enciclica ha avuto un enorme impatto sulle negoziazioni per la Conferenza sul clima di Parigi del 2015. In quel periodo cercavamo di far capire come clima e salute fossero strettamente connessi e l'Enciclica ha avuto il merito di affrontare il problema dell'ambiente in modo olistico. Il Papa non ha parlato solo del clima, ma della madre terra. E in modo "etico". Di certo, il cambiamento del modello di sviluppo è un tema che provoca molto e non è facile da far accettare. Oggi lo sviluppo sociale e ambientale è in totale subordinazione di priorità rispetto alla crescita economica. Finché i governi prenderanno decisioni solo con la finalità di aumentare il Prodotto interno lordo sarà difficile mettere al primo posto il diritto alla salute.

**I cambiamenti climatici hanno quindi un impatto sulla salute?**

Sì, possono avere delle conseguenze sulla salute della popolazione mondiale, con particolare riferimento ai soggetti più deboli: donne, bambini e anziani. Il cambiamento climatico sta già influenzando la diffusione dei vettori di alcune malattie. Nell'altopiano dell'Etiopia e del Kenya è stata rilevata la presenza delle zanzare che trasmettono la malaria ad altitudini dove si sono mai trovate prima, a causa dell'innalzamento delle temperature. Alcuni nostri studi suggeriscono che anche l'esplosione dell'epidemia Zika sia stata favorita dal fenomeno meteorologico del Niño. Un'altra conseguenza del recente cambiamento climatico è l'insicurezza alimentare. In alcuni Paesi stiamo assistendo a periodi di siccità protratta che causano perdita di raccolti e quindi malnutrizione, soprattutto nei bambini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Flavia Bustreo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media