Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-APR-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

Bufera sulla Ru486 fuori dagli ospedali Pronte altre Regioni

Il Movimento per la vita ricorre al Tar contro il Lazio In Toscana ed Emilia pillola abortiva in ambulatorio

I PUNTI

IL FARMACO
La Ru486 (mifepristone) è una pillola abortiva autorizzata in Italia il primo aprile del 2010. Può essere somministrata alla donna soltanto entro la settima settimana di gestazione

L'OSPEDALE
Le norme che hanno introdotto il farmaco prevedevano inizialmente che fosse necessario il ricovero della donna che la assumeva. Poi in alcune Regioni si è dato il via libera anche al day hospital

L'AMBULATORIO
L'idea del Lazio è quella di somministrare la Ru486 anche nei consultori familiari. Altre Regioni, come la Toscana e l'Emilia Romagna stanno puntando invece su strutture ambulatoriali

L'UTILIZZO
In media in Italia il 15% degli aborti è fatto con la pillola ma i dati variano molto da regione a regione. Il record spetta alla Liguria, dove il 40% delle interruzioni di gravidanza sono farmacologiche

E tra i ginecologi c'è chi chiede di permetterne l'utilizzo fino alla nona settimana di gravidanza

MICHELE BOCCI

LA RU486 fuori dai reparti di ginecologia degli ospedali. Altre Regioni, come il Lazio, si apprestano a cambiare le regole di utilizzo della pillola abortiva. La giunta di Nicola Zingaretti ha pensato di somministrarla nei consultori, per ora in via sperimentale, la Toscana, ad esempio, punta su strutture più grandi. Dopo Pasqua avvierà un nuovo servizio per fare l'aborto farmacologico in un ex ospedale fiorentino, l'Iot, diventato un centro con tanti ambulatori aperto solo di giorno dove sono presenti anche letti dei day hospital e dove tra l'altro si pratica anche l'aborto chirurgico. E già si pensa ad altre strutture del genere per estendere il servizio con le stesse modalità.

L'Emilia invece ha pronta una delibera per aprire alla somministrazione ambulatoriale e probabilmente, ma questo sarà approfondito, anche in consultorio. Ma sono anche altri gli assessorati dove si discute della possibilità di cambiare le strutture dove viene consegnata la pillola alle pazienti, ora che sono passati 7 anni dal primo aprile 2010, cioè dall'ingresso ufficiale del farmaco che interrompe la gravidanza nel sistema sanitario italiano. Ormai lo strumento è considerato efficace e sicuro, da tempo sono state smentite le previsioni dei suoi detrattori, coloro che temevano avrebbe fatto aumentare il numero di interruzioni di gravidanza in Italia semplificando l'aborto. In realtà i dati generali sono scesi mentre l'uso del mifepristone, questo il nome del principio attivo, è cresciuto dal 3% del primo anno al 15% del totale delle interruzioni di gravidanza. Come per tutte le attività sanitarie, ci sono grandi differenze tra le regioni, in questo caso dettate non solo da ragioni di efficienza ma anche politiche: si va dal record della Liguria (40%), seguita da Piemonte e Emilia-Romagna (32 e 25%) ai minimi di Marche (0,5%), Campania (3%) e Lombardia (5%).

Quando venne introdotto, il farmaco poteva essere somministrato soltanto con il ricovero ospedaliero, cosa non prevista in altri Paesi, e la donna che voleva tornare a casa doveva firmare e prendersi la responsabilità. Poi in certe Regioni, tra le quali l'Emilia, si è passati al day hospital e adesso appunto si promuove il servizio in ambulatorio.

Per i medici, però, sarebbe importante cambiare anche un alto aspetto. Lo spiega Sandro Viglino, presidente di Agite, associazione dei ginecologi territoriali, che lavora a Genova, dove c'è un ospedale, Villa Scassi, che fa addirittura più del 60% del totale degli aborti con la Ru486. «Per noi la svolta arriverebbe se invece di rendere possibile l'utilizzo della Ru486 solo entro la settima settimana di gestazione come avviene adesso, si alzasse il limite fino alla nona, seguendo tra l'altro l'esempio di molti altri Paesi d'Europa. Recupereremmo così tante donne che non riescono ad usare il farmaco solo per questioni tecniche legate alla tempistica».

Dopo che *Repubblica* ha reso noto il progetto del Lazio, il Movimento per la vita ha subito annunciato che farà ricorso al Tar contro la delibera di Nicola Zingaretti perché «l'iniziativa cozza sia contro la legge che ha istituito i consultori familiari, sia contro la 194 che ha legalizzato l'interruzione volontaria di gravidanza».

Per i Radicali Italiani, invece, l'innovazione del governatore «può costituire un importante passo in avanti nella tutela dei diritti delle donne, in una regione in cui il ricorso alla legge 194 viene ormai scientificamente sabotato da una strategia basata sull'adozione indiscriminata dell'obiezione di coscienza, che nel Lazio ha ormai superato la soglia critica dell'80%». I Cinquestelle in Regione, invece, rivendicano la paternità dell'idea, che avevano avanzato in una mozione del 2014.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Regione, allo studio RU486 in consultori

C'è gruppo di lavoro per studiare fase sperimentale

Redazione ANSA
ROMA

05 aprile 2017
18:49
NEWS

Suggerisci
Facebook
Twitter
Google+
Altri

Stampa
Scrivi alla redazione

© ANSA CLICCA PER INGRANDIRE

(ANSA) - ROMA, 5 APR - "C'è un Gruppo di Lavoro che alla Regione Lazio sta studiando, seguendo le direttive dei Piani Operativi approvati dal Ministero della Salute, la possibilità di offrire alle donne di accedere all'aborto farmacologico con la pillola RU486 anche nei consultori familiari. A conclusione di questa attività di studio e di lavoro si adotteranno le misure ritenute più efficaci e proprie. I dati dimostrano che gli aborti nel Lazio sono diminuiti, nel 2015 le cifre si muovono intorno ai 9.000 casi, la metà rispetto a dieci anni fa". E' quanto fa sapere la Regione Lazio. "In questi anni la Regione Lazio ha lavorato responsabilmente - si legge ancora- per mettere in campo politiche attive a favore della maternità, dell'infanzia e della salute della donna. Abbiamo rafforzato la rete dei consultori, dei centri antiviolenza e degli sportelli rosa e allargato il ruolo di filtro di Pronto Soccorso e Ospedali.

Contraccezione e prevenzione i settori su cui stiamo insistendo mediante campagne informative e investimenti importanti".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Condividi | Suggerisci

COMMENTI

ULTIMA ORA

19:14 Turismo:Ebtl,a Roma Pasqua con segno più
19:13 Stadio Roma:Giachetti,ora si ricomincia
19:12 De Rossi, Spalletti è fra migliori mondo
18:49 Regione, allo studio RU486 in consultori
16:41 E' morto attore-regista Memè Perlini
16:16 Alatri, tutti indagati accusati omicidio
16:11 Premio Ue a restauro Piramide Cestia
16:08 Derby: Questura, per 20 romanisti Daspo
16:06 Alatri, accusa omicidio a tutti gli indagati
16:00 Stadio Roma: Conf.servizi chiude con no

› Tutte le news

IMPRESE & MERCATI

Presutti, Romanice. Clima di fiducia sul settore automotive, nel 2017 nuova sede nel centro di Roma

Gioielleria Menichini, dal oltre 150 anni preziosi a Roma. Piazza di spagna, numero 1

Responsabilità editoriale di Pagine SI! S.p.A.

ANSA ViaggiArt › vai

La città secondo Alfredo Pirri al Macro

Da 12/4, I pesci non portano fucili, 50 opere pensando a P. Dick

La pillola dell'aborto anche in consultorio, è scontro in Regione Lazio

SANITÀ

Tweet

Pubblicato il: 05/04/2017 11:49

E' scontro in **Regione Lazio** sul progetto per **consentire la somministrazione della pillola abortiva Ru486 nei consultori familiari**, dunque anche **al di fuori degli ospedali**, in regime ambulatoriale. "Con la determinazione 16 marzo 2017, n. G03244 della Direzione Salute e Politiche Sociali, la Regione Lazio ha istituito un tavolo tecnico per l'elaborazione di un progetto per **eseguire l'aborto chimico in regime ambulatoriale presso i consultori.** Tale f**ase sperimentale, che dovrebbe essere attivata nel prossimo mese di maggio,** è del tutto **illegittima**, non potendo essere praticato l'aborto chimico nei consultori, ma solamente, oltre che negli ospedali, nei poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati". Lo afferma con forza **Olimpia Tarzia, vice presidente della Commissione Cultura e presidente del Gruppo Lista Storace in Consiglio regionale del Lazio**, che ha presentato un'interrogazione urgente per chiedere chiarimenti al governatore della Regione, **Nicola Zingaretti**.

"I consultori - insiste Tarzia - non possono essere assolutamente considerati poliambulatori pubblici, essendo istituiti dalla peculiare legge nazionale n. 405/75 'Istituzione dei consultori familiari', che ne definisce le finalità e le funzioni". L'aborto farmacologico mediante la somministrazione della **Ru486** "necessita di maggiore assistenza rispetto all'aborto chirurgico - continua Tarzia - non potendosi conoscere con esattezza il momento esatto dell'espulsione. Motivo per cui, anche per esigenze di salute e sicurezza per la donna, le linee di indirizzo del ministero della Salute - ricorda - stabiliscono che l'aborto farmacologico può essere effettuato solo in ricovero ordinario".

"A poca distanza dall'emanazione del bando destinato a due medici non obiettori a**l San Camillo**, il presidente Zingaretti sfodera un altro provvedimento del tutto illegittimo e non si presenta a rispondere in Commissione Salute, nonostante gli sia stato chiesto formalmente anche dal presidente Lena. Chissà - conclude Tarzia - se deciderà di venire in Aula quando verrà calendarizzata la mia interrogazione urgente, per spiegarci almeno il motivo di questo accanimento a spianare la strada al dramma dell'aborto, invece che prevenirlo".

Tweet

TAG: sanità, Lazio, Ru486, regione, aborto, Ivg, tavolo tecnico, consultori

Commenti

Tg AdnKronos, 5 aprile 2017

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. Riscatto di laurea, come funziona
2. Raid con gas in Siria: 100 morti. E' strage di bambini
3. Dalle bici alle badanti, arriva la guida per gli 'sconti' nel 730
4. Ticket sanità, riforma in vista. Quanto si paga e chi è esente
5. 50 euro, cosa accade alle vecchie banconote?

Video

A Tokyo tornano i dinosauri, ma è spot per show

Ecco la spugna che pulisce il mare inquinato

Torino, braccia spezzate e torture: stalliere punito per aver denunciato i titolari

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

l'Unità

Dir. Resp.: Sergio Staino

06-APR-2017
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Pillola per l'aborto in consultorio, il Lazio apripista

Tre i centri individuati collegati con un ospedale e che coprono tutta la città

«Al centro del lavoro la donna e la sua salute, quello cui teniamo di più»

Le proposte del tavolo tecnico poi in estate parte la sperimentazione

Maristella Iervasi

Presto nel Lazio non ci sarà più bisogno di un ricovero in ospedale per effettuare un aborto farmacologico: basterà entrare in un consultorio familiare e chiedere la somministrazione della pillola Ru486. La scelta, però, sarà sempre delle donne. Ma lo potranno fare tutte: sia quelle adulte e maggiorenni che le ragazze minorenni, purché siano accompagnate dai genitori o abbiano il consenso del giudice tutelare. La Regione Lazio, guidata da Nicola Zingaretti, va dunque avanti come un treno senza farsi intimorire dalle mille polemiche politiche o della Chiesa sul caso. Esattamente come accadde mesi fa con il bando riservato all'esclusiva assunzione dei medici abortisti.

Zingaretti e la sua giunta, fanno dunque da apripista ancora una volta, garantendo alle donne la piena libertà di abortire come previsto dalla legge 194, la cosiddetta legge sull'aborto.

Cecilia D'Elia, consulente di Zingaretti sulle politiche di genere, rivela che il gruppo tecnico regionale è già operativo presso la Regione Lazio. La prossima riunione si terrà giovedì prossimo. Nel team figurano anche le ginecologhe Lisa Canitano, Anna Pompili e la dottoressa Patrizia Auriemma. Si tratta di una sperimentazione prevista dai programmi operativi regionali per gli anni 2016-2018. «Il tavolo tecnico si occuperà non solo di Interruzione Volontaria di gravidanza ma anche di contraccezione, soprattutto per facilitarne l'accesso alle ragazze minorenne e alle fasce disagiate». Tra le misure allo studio - si legge nel documento regionale - c'è anche «il test urinario gratuito per la diagnosi di gravidanza alle minori e alle fasce disagiate».

Compiti e punti in agenda

I consultori dovranno essere strettamente collegati con un ospedale e la sperimentazione avrà una durata di 18 mesi. Si legge infatti nel documento regionale: «Progetto per l'attivazione di una fase sperimentale, della durata di 18 mesi, per eseguire la IVG farmacologica in regime ambulatoriale presso alcuni consultori funzionalmente collegati con le strutture ospedaliere».

Al via con 3 consultori

«Al tavolo avanzeremo alcune proposte di percorso e di indirizzo - sottolinea la ginecologa -. L'idea è quella di selezionare almeno un consultorio per Asl per consentire l'avvio di questa sperimentazione. Quali? Pensiamo - rivela Pompili - a quelli che rientrano nelle grandi Aziende Sanitarie locali di Roma. Potrebbero essere dunque coinvolte la Asl Rm1, Asl Rm2 e la Asl Rm3». Insomma, strutture che coprono grandi fette di territorio della Capitale, in modo da servire più persone. Insomma, l'aborto nei consultori familiari. Del resto questi sono già luoghi deputati a sostenere le scelte procreative delle donne e i luoghi migliori dove evitare gravidanze indesiderate.

Anche la ginecologa Lisa Canitano fa parte del team e dice: «Sono tante le donne che frequentano i consultori. Donne che noi vediamo spesso. Ora queste perone avranno il diritto di poter prendere la pillola dell'aborto anche nel consultorio che già frequentano e conoscono. E abortire in casa propria se lo vorranno, rispettando la propria scelta. In Inghilterra - precisa la ginecologa - si fa già da trent'anni. Non si fa il raschiamento a tutte le donne che hanno un aborto spontaneo - sottolinea -. La signora che ha un aborto interno può espellere il prodotto di concepimento al proprio domicilio. Non è una cosa stratosferica, si fa normalmente», conclude.

I numeri

Gli aborti nel Lazio sono diminuiti, nel 2015 le cifre si muovono intorno ai 9mila casi, la metà rispetto a 10 anni fa. «Al centro del nostro lavoro la donna e la sua salute, quello cui teniamo di più», si legge in una nota la Regione Lazio.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 86.689
Diffusione 12/2016: 50.320
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

06-APR-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

È IN "DAY HOSPITAL" DAL 2014

Nel Lazio la pillola abortiva Ru486 verrà data nei consultori

DOPO UNA GIORNATA di polemiche tocca alla Regione, con una nota, riassumere i termini della questione: "C'è un gruppo di lavoro che sta studiando, seguendo le direttive dei Piani Operativi approvati dal ministero della Salute, la possibilità di offrire alle donne di accedere all'aborto farmacologico con la pillola RU486 anche nei consultori familiari. A conclusione di questa attività di studio e di lavoro si adotteranno le misure ritenute più efficaci e proprie. I dati dimostrano che gli aborti nel Lazio sono diminuiti, nel 2015 le cifre si muovono intorno ai 9.000 casi, la metà rispetto a dieci anni fa". In sostanza, in ogni Asl del Lazio saranno individuate alcune strutture - quelle più strettamente connesse agli ospedali - dove alle pazienti verrà somministrata la pillola Ru486. Senza contare, come ha spiegato all'agenzia *Adnkronos* Marta Bonafoni, componente della Commissione Salute e Politiche Sociali della Regione, che "nella Regione Lazio la Ru486 viene somministrata in day hospital dal 2014: c'è stato peraltro un incremento delle richieste e non si segnala alcun tipo di controindicazione".

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

06-APR-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Calano gli aborti illegali dimezzate le minorenni

Diminuiscono gli aborti illegali in Italia. Sono stati 144 i procedimenti penali nel 2016 presso le procure (in calo dell'8,2% rispetto ai 157 del 2015) e 239 le persone indagate (in media 1,7 per procedimento). In oltre un caso su 4 28,6% ha riguardato stranieri. È quanto emerge dalla Relazione annuale al Parlamento sul monitoraggio condotto dal Ministero della Giustizia sulla legge 194 e diffuso in questi giorni. Continua a scendere anche il numero di richieste al giudice tutelare di autorizzazione all'aborto da parte di minori, quando manca l'assenso delle persone che esercitano su di esse potestà o tutela: 692 casi, quasi la metà rispetto al 2007. Un dato che segue il calo di aborti complessivi registrato dalla relazione del Ministero della Salute al Parlamento sull'attuazione della stessa legge 194. Il Ministero della Giustizia osserva che «non emerge dai dati raccolti che vi sia una qualche tendenza a eseguire aborti clandestini in modo organizzato presso strutture pubbliche o private».

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

06-APR-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

la notizia

di MATTEO MASSI

IL BIOTESTAMENTO ARRIVA IN PIAZZA

MENTRE *l'esame del Ddl sul Biotestamento va avanti col passo pesante alla Camera (nuovo rinvio, se ne riparla il 19), l'Associazione Coscioni torna a farsi sentire. E lo fa con un'iniziativa che rischia di accendere ulteriormente gli animi sulla proposta di legge che vaga almeno da un anno e mezzo nelle stanze del potere. Mai viste così vuote come il giorno dell'approdo del Ddl a Montecitorio. Un'assenza così pesante e un silenzio così assordante da scontrarsi con tutte le dichiarazioni – alcune certamente di circostanza – dei giorni precedenti. Quando il caso di Dj Fabo, il 40enne di Milano che dopo i ripetuti appelli per arrivare a una definizione della legge sul Biotestamento, aveva scelto di andare a morire in una clinica svizzera. Perché tetraplegico e attaccato alle macchine, così non riusciva più a vivere. Sabato in dodici città (ci sono anche Milano, Roma, Firenze e Bologna), l'associazione si presenterà con notai e medici per dare la possibilità di autenticare le proprie disposizioni anticipate di trattamento. Un deciso passo in avanti. Aspettando una legge. Che sembra Godot.*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

06-APR-2017
da pag. 6
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Fine vita. Alla Camera sì a pochi emendamenti

Dat peggiorate Il cibo definito sempre «cura»

Tutto secondo copione. L'aula della Camera ratifica le decisioni del Comitato dei 9, martedì, e così la discussione sul fine vita – consenso informato e Dat (disposizioni anticipate di trattamento) – va avanti blindata. Con leggere modifiche, alcune peggiorative, al testo approvato dalla Commissione e la bocciatura degli altri emendamenti della minoranza. L'alimentazione è considerata terapia e dunque si può interrompere.

SERVIZI A PAGINA 6

Fine vita, cibo e acqua si potranno sospendere

Nel testo definiti come «trattamenti sanitari»

Montecitorio

Una giornata di confronto non ha apportato migliorie sui punti decisivi, anzi: la nutrizione assistita è ora definita in modo esplicito come terapia Avanza l'asse Pd-M5S L'esame riprende il 19

Il medico, col supporto dello psicologo dovrà avvertire il paziente delle conseguenze

ANGELO PICARIELLO
ROMA

Tutto secondo copione. L'aula della Camera ratifica le decisioni del Comitato dei 9, e così la discussione sul fine vita – consenso informato e Dat (disposizioni anticipate di trattamento) – va avanti blindata. Con leggere modifiche, alcune peggiorative, al testo approvato dalla commissione e la bocciatura in blocco di tutte le proposte sostenute dal relatore di minoranza Raffaele Calabrò, di Ap. Avendo il governo rinunciato a esprimere parere, il Pd si è tenuto le mani libere facendo blocco con M5S, sui voti palesi come sui voti segreti, mentre Ap e Udc, e in molti casi anche Des-Cd, hanno aggiunto i loro voti alla Lega e Forza Italia nel vano tentativo di migliorare il testo. Discussione aggiornata, alla fine, al 19 aprile per il voto dell'intero articolato. Nella discussione degli emendamenti, che vanno a correggere il testo approvato dalla commissione Affari sociali, il punto nodale (che raccoglie in sé l'aspetto peggiorativo e quello migliorativo più importanti) è tutto contenuto nella modifica al comma 5 dell'articolo 1, relativo al consenso informato. L'aspetto peggiorativo è quello che, su proposta della dem Maria Amato, sancisce che «sono da considerarsi trattamenti sanitari», e come tali rifiutabili, «la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

06-APR-2017
da pag. 6
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Subito dopo, però, a lenire leggermente la portata di quest'equiparazione concettuale di supporti vitali al rango di cure mediche, è stato inserito nel testo l'emendamento di Ignazio Abrignani (Sc-Ala) in base al quale, «qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza», viene stabilito che «il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica».

Su idratazione e alimentazione è stata ritirata, invece, una proposta del catto-dem Alfredo Bazoli ma, messo ai voti, è stato bocciato anche un emendamento di mediazione del presidente della commissione Affari sociali Mario Marazziti, volto a introdurre - in casi specifici - la possibilità per il medico di non ottemperare alla richiesta. La proposta - con il parere negativo della relatrice Donata Lenzi, del Pd - non passava l'esame al voto segreto che era stato chiesto da Forza Italia. Stessa sorte anche per una proposta supportata da 42 deputati azzurri. «Non c'è stata nessuna volontà di discutere nel merito, neanche di fronte a proposte di buon senso - lamenta, per Fi, Antonio Palmieri -. Cosa succede ora - si chiede - se una persona non è malata terminale, ha un quadro clinico stabilizzato, e le si tolgono idratazione e nutrizione? Muore non per la malattia ma per fame e per sete. Diventa suicidio assistito».

«È la via italiana all'eutanasia», dice la deputata di Idea Eugenia Roccella. Di «testo testo aperto a soluzioni eutanasiche», parla anche Maurizio Sacconi. Il senatore ex Ncd, ora passato con Energie per l'Italia di Stefano Parisi, denuncia «l'assoluto predominio del desiderio individuale» portato avanti da stre Pd e M5S» e plaude all'unità del centrodestra. Di opposto parere Daniele Capezzone, dei Conservatori e riformisti, che si dice «deluso» da Forza Italia. «Per il Pd il dibattito democratico è un optional» denunciano invece i deputati dell'Udc Buttiglione, Binetti, Cera e De Mita.

Fra i temi accantonati anche la discussione di un emendamento Marazziti su cure palliative e sedazione profonda. Resta saldo, invece, il principio centrale del testo in base al quale il medico non sarà perseguibile se rifiuta trattamenti sanitari ottemperando a una richiesta contenuta nelle Disposizioni di trattamento (Dat). «Qualsiasi struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata sarà costretta ad accettare di far morire di fame e sete chiunque lo voglia», sostiene Alessandro Pagano, della Lega. Poi però, un timido spiraglio si è aperto almeno sugli ospedali cattolici. È stato infatti accantonato, per poterlo approfondire, l'emendamento di Mario Sberna e Gianluigi Gigli, di Des-Cd. Decisivo è stato un intervento molto duro di Gigli, presidente del Movimento per la vita, che aveva affacciato il problema in aula. L'emendamento, che sarà esaminato e messo ai voti alla ripresa della discussione, dopo Pasqua, chiede di rispettare la carta dei valori degli ospedali cattolici «i quali - denuncia Gigli - nell'attuale formulazione della legge sarebbero costretti ad assecondare la volontà del paziente di sospendere i sostegni vitali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le parole chiave

DAT

Le «disposizioni» che dettano legge

Il disegno di legge in discussione alla Camera ha come titolo «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»: in una parola, «Dat». La prima lettera, che stava per «dichiarazioni», indica ora un termine assai più obbligante per il medico. Che deve attenersi alle volontà redatte dal suo paziente.

BIOTESTAMENTO

Il foglio che vincola anche il paziente

Il «testamento biologico», o «biotestamento», è l'altro nome delle Dat. Il termine non è scelto a caso: un testamento detta volontà cui tutti devono obbedire. Ma non chiarendo la legge quando entra in azione, il testamento potrebbe legare anche il paziente, che può non essere in grado di cambiare idea quando si trova nella situazione di malattia grave.

NUTRIZIONE

Terapia o sostegno la questione decisiva

L'idratazione e la nutrizione assistita sono un altro modo per alimentare una persona che non è più in grado di farlo da sola. Rispetto alla nutrizione di chi è autonomo cambiano dunque solo le modalità, non la sostanza dell'atto. Eppure nella legge un emendamento ha messo nero su bianco che si tratta di «trattamenti sanitari». Come tali, sospendibili.

OBIEZIONE

Il diritto negato a medici e ospedali

Il personale sanitario deve attenersi alle Dat. E se applicarle causa la morte del paziente? Il medico che non vuole cooperare alla fine prematura del malato non può sottrarsi, perché la legge non prevede obiezione di coscienza. Lo stesso vale per le istituzioni sanitarie: se la morte gli è chiesta, devono assicurare il rispetto di questa volontà.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

IL DUBBIO

Dir. Resp.: Piero Sansonetti

06-APR-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

PASSA L'EMENDAMENTO ALLA CAMERA

Legge sul biotestamento: il paziente può rifiutare idratazione e nutrizione

Si regge su una anomala maggioranza, la proposta di legge sul testamento biologico. Il testo ha superato il banco di prova della prima votazione a scrutinio segreto e Pd, M5S, Mdp e Sinistra italiana hanno retto all'incognita del voto segreto, durante l'esame dell'articolo 1. L'emendamento a firma della deputata Pd Maria Amato dispone che nutrizione e idratazione artificiali possono essere rifiutate o interrotte, «in quanto rientrano tra i trattamenti sanitari».

A PAGINA 5

LEGGE SUL BIOTESTAMENTO

Passa l'emendamento sul rifiuto di nutrizione

Si regge su una anomala maggioranza, la proposta di legge sul testamento biologico. Il testo ha superato il banco di prova della prima votazione a scrutinio segreto e Pd, M5S, Mdp e Sinistra italiana hanno retto all'incognita del voto segreto, durante l'esame dell'articolo 1. L'emendamento a firma della deputata Pd Maria Amato, riformulato con il parere favorevole della relatrice di maggioranza, dispone che nutrizione e idratazione artificiali possono essere rifiutate o interrotte, «in quanto rientrano tra i trattamenti sanitari».

La disposizione sia stata molto dibattuta - con le forze politiche schierate contro il provvedimento definito «eutanasia mascherata» che permette di far «morire le persone di fame e di sete» - ma l'Aula l'ha approvata con una larga maggiortanza: i voti a favore sono 348, i contrari 32 e 27 gli astenuti. I sostenitori della legge, dunque, non hanno fatto alcun passo indietro sul diritto riconosciuto al paziente di rifiutare anche la nutrizione e l'idratazione artificiale. L'emendamento è intervenuto sul comma 5 dell'articolo 1, e specifica che «la nutrizione e l'idratazione artificiale sono trattamenti sanitari», in quanto «somministrazione su prescrizione medica di nutrienti mediante dispositivi sanitari».

Le critiche al testo sono arrivate sprattutto dal mondo cattolico, mentre Forza Italia ha lasciato libertà di voto ai propri deputati.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

l'Unità

Dir. Resp.: Sergio Staino

06-APR-2017
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Testamento biologico, avanti piano ma con larga maggioranza

L'approvazione slitta al 19 aprile. Dopo due giorni di votazioni nessuna sorpresa anche nel voto segreto. Ok alla libertà di sospendere le cure

La relatrice Lenzi (Pd): «Il testamento è il diritto di dire Sì, No a una cura ma anche "adesso basta"»

Claudia Fusani

Il via libera non arriverà questa settimana. Se ne riparla dopo Pasqua, il 19 o il 20. Ma con un passo da montagna, lento e sicuro, il disegno di legge sul testamento biologico arriverà al suo primo traguardo - l'approvazione di un ramo del Parlamento - dopo otto anni di tentativi. Dalla morte di Eluana Englaro l'Italia non è stata capace di dotarsi di norme che regolino il fine vita. Il diritto di ciascuno di noi di decidere di interrompere le cure mediche quando non è più possibile avere uno stile di vita che rispetta la dignità della persona. Il diritto che pretendevano Eluana e Piergiorgio Welby. Sei articoli, circa trecento emendamenti, la presidente della Camera Laura Boldrini che ha lasciato tempi ancora più larghi ai gruppi per la discussione di ogni emendamenti: la Camera si sta prendendo tutto il tempo necessario per un dibattito vero in aula. In modo che nessuno possa poi recriminare che ci sono state forzature da parte di qualcuno. Dopo due giorni di votazioni l'aula ha approvato l'articolo 1 che regola il consenso informato in un quadro di «tutela della vita e della salute dell'individuo» disponendo però che «nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata». Il consenso è scritto ma, se le condizioni del paziente non lo consentono, è valido anche tramite « strumenti informatici di comunicazione, videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare». Il comma 8, uno degli ultimi approvati ieri sera, stabilisce anche che «il medico deve rispettare le scelte del paziente ed è esente da ogni responsabilità civile e penale». Donata Lenzi (Pd), relatrice del testo ha spiegato in aula: «Nessuna persona, come recita la Costituzione, può essere sottoposta a cure e trattamenti sanitari senza il suo consenso». Per contro, «dire no e rifiutare di essere sottoposti a trattamenti sanitari è un atto lecito e il medico non può essere perseguito penalmente».

Un altro passaggio stretto della giornata è stato il comma 6 sull'abbandono totale delle terapie. Con una piccola modifica presentata dalla stessa Commissione, «al paziente che rifiuta o rinuncia al trattamento sanitario è consentito l'abbandono terapeutico pur essendo sempre assicurato il coinvolgimento del medico di famiglia e l'erogazione delle cure palliative».

Con tenacia da fondista e l'ottimismo - questa volta - non della volontà ma della ragione, Donata Lenzi sfida gli scettici e quelli che pensano che il testamento biologico sarà anche questa volta sommerso nella palude dei veti incrociati. «Eutanasia e suicidio assistito non c'entrano nulla con questa legge. Parliamo di Disposizioni anticipate di trattamento (Dat) e questo testo è frutto di un lavoro importante ed equilibrato in base al quale ciascuno di noi avrà il diritto di dire Sì o No ad una cura ma anche "adesso basta"». Parole di saggezza, che nascono dall'ascolto della vita e delle sofferenze delle persone e delle famiglie. E che riflettono l'andamento delle votazioni in aula. Le circa 80 votazioni di questi due giorni hanno sempre avuto una maggioranza molto larga. Anche nei voti segreti (tre) dove quello che è andato "peggio" dal punto di vista della maggioranza ha avuto 91 voti contrari e 350 favorevoli. Numeri tali per cui nel pomeriggio chi è contrario e sperava di trovare preziose alleanze nel voto segreto, ha anche smesso di chiedere il voto segreto.

«Semplicemente prevale il buon senso e la consapevolezza che si tratta di una legge che tutela pazienti, famiglie e anche i medici» commenta Giuditta Pini (pd) tra i deputati più giovani di questa legislatura. Facendo gli scongiuri, i timori dei veti incrociati della vigilia sembrano oggi eccessivi. Resta il blocco dei contrari che vede insieme Lega e il gruppetto dei cattolici iper conservatori e trasversali da Buttiglione alla Binetti, dalla Roccella a Pagano, e poi Sberna, Gigli e i piddini Bazoli, Casati, Burtone e Preziosi. Posizioni più che legittime ma che nell'insieme non hanno spostato finora l'andamento dei voti. Il Pd tiene. Mdp vota che gli ex compagni e anche

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

l'Unità

Dir. Resp.: Sergio Staino

06-APR-2017
da pag. 7
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Sinistra italiana dice ok seppur proverà, in un secondo tempo, ad andare oltre e introdurre l'eutanasia. Anche i 5 Stelle - a cui è stata congelata la sospensione dall'aula per i moti sui vitalizi - stanno votando compatti con la maggioranza.

Significativa, in questo senso, anche la riunione che c'è stata ieri pomeriggio del gruppo di Forza Italia proprio per decidere cosa fare. L'indicazione del gruppo è di votare no ma poi è stata lasciata libertà di coscienza. Stessa storia per i centristi - da Ap a Scelta civica a Civici e Riformatori - dove c'è anche chi rivendica «la libertà di votare a favore» (Fabrizio Cicchitto). Il leghista Pagano cerca di provocare e di rompere la maggioranza parlando di nuova alleanza «Pd-M5s».

Certo, la speranza era di licenziare il testo dall'aula entro questa settimana. Ma anche qualche giorno in più non sembra poter cambiare il senso di marcia di una legge che sancisce quello che è un diritto della persona. Dire Sì, No a una terapia. Ma anche: «Adesso basta».

SCHEDA

Tutte le novità della legge

1

Consenso informato

L'articolo 1 prevede che «nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito senza il consenso informato dell'interessato». Il consenso può essere espresso anche tramite pc

2

Nutrizione e idratazione

Ogni maggiorenne ha il diritto di accettare o rifiutare le cure per la sua patologia anche se comporta l'interruzione della nutrizione e idratazione artificiali. Sempre assicurate le cure palliative

3

Responsabilità del medico

Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente che non può mai esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge e alla deontologia professionale

4

Il testamento

Ogni persona, in previsione di una propria futura incapacità di autodeterminarsi può, attraverso Disposizioni anticipate di trattamento (DAT), esprimere la propria volontà sulle cure. È prevista la nomina di un tutore

5

Revocabilità

Le Dat devono essere scritte, datate e sottoscritte davanti a un pubblico ufficiale, a un medico o a due testimoni o attraverso strumenti informatici di comunicazione. Sono sempre rinnovabili, modificabili e revocabili

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

06-APR-2017
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Revisione bluff dei ticket: peserà sulla classe media

Sanità, l'operazione costerebbe 3 miliardi. Ma le Regioni temono altri tagli e fermano le trattative

IL CASO

di **Antonio Signorini**
Roma

L'abolizione o la riforma dei ticket su farmaci e prestazioni sanitarie con tutta probabilità non arriverà mai al traguardo. Ma se il governo dovesse, invece, premere sull'acceleratore non saranno buone notizie per la classe media. I «ricchi» sui quali verrà concentrata la tassa rischiano di essere le famiglie con redditi complessivi dai 35mila euro lordi in poi. Un salasso mascherato da detassazione.

La novità di ieri è in realtà che all'incontro con il ministro Beatrice Lorenzin, i governatori si sono rimangiati la disponibilità mostrata quando l'idea era filtrata dal dicastero della Sanità. Tutto è rinviato a quando Def, Pdr, il piano nazionale delle risorse e chiaramente la manovra, saranno già stati approvati. «Dopo Pasqua istituiremo un gruppo di lavoro. Per il momento non ci sono proposte, ma l'obiettivo è di arrivare ad averle entro la prossima estate», ha spiegato il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, Antonio Saitta. All'incontro di ieri l'argomento ticket è stato toccato solo per dire che non se ne fa niente.

«Abbiamo evitato di parlare di ipotesi - ha sottolineato Saitta - perché prima vogliamo vedere bene i dati, vogliamo approfondire seriamente. Poi vedremo quali sono le soluzioni percorribili. Occorre vedere i numeri, gli effetti».

Il costo dell'operazione, ha ricordato il rappresentante delle Regioni, è tre miliardi. Cifra ammessa dallo stesso ministro Lorenzin. Se vengono sottratti ai bilanci delle regioni, devono essere trovati in altro modo. Le ipotesi in campo sono due. La prima è appunto quella di rivedere le detrazioni delle spese sanitarie. L'idea dei ticket nasce proprio nel contesto della revisione del taglio alle *tax expenditures*. Via il *bonus* fiscale per i più ricchi. Su quale soglia non è dato sapere. Poi c'è l'idea di stabilire a livello nazionale che sopra una certa soglia di reddito i *ticket* si pagano. O, legare il loro importo al reddito. E in questo caso un'idea della soglia di reddito è possibile farsela. Alcune regioni già applicano un meccanismo progressivo. L'Emilia-Romagna, per fare un esempio, ha esentato dai ticket per le famiglie con un reddito complessivo inferiore a 36.152. Sopra i 100mila, si pagano interamente. L'alternativa è tra colpire duramente la classe media, oppure mettere nei guai le regioni con un buco da tre miliardi.

Due scenari che il partito azionista di maggioranza, il Pd di Matteo Renzi, non può gradire. Non è un caso che ieri la riunione regioni-governo sia terminata con la convocazione di un tavolo per la riforma dei *ticket*, che si riunirà per la prima volta il 19 aprile. A nove giorni dalla presentazione del Def e dopo l'approvazione della manovra correttiva. Come dire che il progetto è, se non fallito del tutto, molto depotenziato.

I numeri del progetto

35mila
Il reddito minimo delle famiglie dal quale partire con la tassazione nel caso in cui andasse in porto l'idea dell'abolizione del ticket sanitario

36.152
Il reddito delle famiglie dell'Emilia-Romagna dal quale si parte per far pagare i ticket. Quelle sotto questa somma sono esentate dai ticket

14
I giorni da oggi al 19 aprile, data in cui si riunirà per la prima volta un tavolo per la riforma dei ticket. Progetto che pare nato già morto

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 15.207
Diffusione 12/2016: 6.561
Lettori Ed. I 2016: 252.000
Quotidiano - Ed. Basilicata - Calabria

il Quotidiano del Sud

Dir. Resp.: Rocco Valenti

06-APR-2017
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

L'INTERVISTA Parla il ministro Lorenzin

Ticket? «Abolirli è un percorso difficile»

Il ministro al dicastero della Sanità Beatrice Lorenzin

di FABIO DE PONTE

ROMA - «Oggi (ieri per chi legge) al tavolo con le Regioni proporrò una commissione tecnica mista. Dopo di che dovremo fare tutta una serie di valuzioni del contesto, delle proposte e delle misure da condividere».

Mette le mani avanti il ministro della Sanità Beatrice Lorenzin sulla questione dei ticket. Arrivare all'abolizione, spiega a LaPresse, sarà un percorso difficile, perché «c'è grande preoccupazione» da parte delle Regioni e bisogna definire i meccanismi alternativi di finanziamento della spesa sanitaria.

Ma l'obiettivo finale è abolire i ticket?

«Gli obiettivi - precisa - sono diversi. Abbiamo il patto della salute che prevede già una rimodulazione dei ticket. E quindi il primo obiettivo è quello. E poi vogliamo valutare insieme altre ipotesi, che possono essere dall'abolizione graduale a un vincolo del gettito, una volta rimodulato, a prestazioni particolari. Siamo ancora in una fase preliminare».

Questa vicenda dei ticket naturalmente non poteva non attirare l'attenzione.

«Certo - ribatte - e infatti valuteremo insieme alle Regioni. Ma quello di ieri non era un evento straordinario. Bisogna istruire il lavoro. Bisogna essere seri, non diamo risultati prima di averlo istruito».

Ma dalle Regioni ha raccolto disponibilità?

«C'è grande preoccupazione - spiega la ministra - perché c'è una sperequazione del gettito, ci sono problemi di equità. C'è grande interesse e voglia di mettere mano in modo organico al tema». Insomma, bisogna valutare diversi passaggi.

«Esattamente - conclude il ministro - Non è una cosa semplice».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

06-APR-2017
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

Le riforme

Tavolo Regioni-governo

Ticket sanitari meno cari ma stretta sulle esenzioni attraverso il reddito Isee

PAOLO RUSSO
ROMA

Di cancellare i ticket sanitari non se ne parla ma sicuramente il modo di pagare su medicine, visite e analisi cambierà e di molto. Prima di tutto riducendo il numero degli esenti, visto che oggi la metà degli italiani non paga e sono quelli che consumano circa tre quarti delle prestazioni sanitarie. Ma la riforma, è scritto a chiare lettere nel Patto per la salute sottoscritto da Governo e regioni due anni fa, dovrà essere «a invarianza di gettito». Quindi se saranno in più a pagare però i ticket saranno meno cari, in modo da evitare sia la fuga verso il privato che la rinuncia alle cure.

Ieri il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin e le Regioni hanno deciso di aprire un tavolo tecnico che, insieme a Economia e Agenas (l'Agenzia per i servizi sanitari regionali), dovrà definire la riforma prima dell'estate, in tempo utile per la prossima manovra. «Non sussistono ipotesi precostituite ma è comune obiettivo rivedere il sistema di compartecipazione secondo principi di equità, solidarietà e universalismo», recita la nota congiunta diffusa al termine dell'incontro. Ma l'obiettivo finale lo sintetizza il coordinatore degli assessori regionali alla salute, il piemontese Antonio Saitta: «Estendere la platea di chi paga per far pagare tutti meno, con regole uniche in tutta Italia che superino l'attuale giungla regionale dei ticket».

Un'idea di lavoro c'è già. È quella ridurre il numero degli esenti, basandosi non più sull'Irpef, notoriamente ad alto tasso di evasione, ma su un indicatore di ricchezza meno approssimativo come l'Isee. Magari "corretto" per la sanità, scontando reddito e patrimoni per anziani e non autosufficienti, oltre che per le famiglie numerose e con disabili a carico. Il tetto di reddito Isee potrebbe regolare anche le esenzioni per patologia, oggi concesse a ricchi e poveri.

In questo modo, secondo i tecnici, si potrebbe ridurre di un 30-40% la popolazione esente e abbassare così i ticket, evitando tra l'altro la fuga verso il privato che fa tariffe quasi pari all'obolo e senza liste d'attesa. Secondo l'Agenas oggi mediamente i non esenti pagano 150 euro a testa, ma per chi necessita di cure la stangata sale anche fino a oltre mille euro quando ci si sottopone a una batteria di controlli. Costi insostenibili per molti, che si cercherà ora di stemperare chiamando a contribuire anche chi magari è esente solo perché le tasse non le paga.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

150 euro
È il costo medio annuale per i ticket pagato dai non esenti. Ma chi necessita di cure paga anche più di mille euro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

06-APR-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

Le Regioni vedono Lorenzin: dubbi sul taglio del ticket

FISSATO IL PROSSIMO APPUNTAMENTO SUBITO DOPO PASQUA GLI ASSESSORI: «TEMIAMO CHE MANCHINO I FONDI»

ROMA Abolizione ticket, primo round. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin e le Regioni riprenderanno la trattativa il 19 aprile. Ieri l'incontro per capire quanto possa essere percorribile l'ipotesi di cancellare la compartecipazione alla spesa per visite, esami ed analisi.

I CONTI

Intervistato ieri dal Messaggero, il ministro ha annunciato l'impegno a cercare di superare i ticket, mossa che Ap considera strategica insieme alla revisione dei voucher e alla legittima difesa in vista della campagna elettorale. Tutti gli assessori concordano con l'ipotesi di un'eventuale eliminazione del ticket ma, una volta che si mettono a fare i conti, sorgono le perplessità. Quei tre miliardi che arrivano alle casse dello Stato dalla tassa sanitaria servono come il pane in certe Regioni. Sono la benzina per affrontare le emergenze, per continuare a mandare avanti alcuni ambulatori per fare campagne di prevenzione.

E' da due anni che aspetta la riforma del sistema di compartecipazione sanitaria e questo potrebbe essere il momento per valutare la possibilità di arrivare all'obiettivo. Magari entro la fine dell'anno, come si augurano i più ottimisti.

Il timore degli amministratori è quello di dover pensare di nuovo ad una stretta nelle prestazioni. Di tagli, il ministro Lorenzin, non ha parlato ma, alcuni addetti ai lavori non vedono alternative.

«Nell'eventualità di una finale abolizione dei ticket - commenta Antonio Saitta, coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, andrà comunque garantita la quota attualmente derivata da questa entrata. Fondamentale per garantire l'attività sanitaria». Oltre che per evitare la riduzione del fondo, spiegano gli amministratori, anche per arginare la possibile corsa al pronto soccorso dove, i codici bianchi (il più basso livello di gravità) devono pagare la tassa. Lo scenario che tratteggiano non è solo quello di una difficoltà economica ma anche organizzativa.

Luca Coletto, assessore del Veneto proprio sull'emergenza ha concentrato i suoi dubbi: «Se non mettiamo un filtro per i pronto soccorso, dove ci troviamo sempre percentuali esasperate di codici bianchi, non riusciremo più a contenere le inappropriatezze».

LE ESENZIONI

La decisione di rivedere il sistema ticket è strettamente legata alla disparità di pagamento nelle diverse Regione. E, soprattutto, rispetto al numero degli abitanti, le esenzioni. Che siano per patologia o per reddito. Obiettivo principe del tavolo tra il ministro della Salute e le Regioni è quello di ripristinare, nelle zone dove non c'è, il principio di equità e solidarietà.

Il 19 aprile verrà istituito un gruppo di lavoro al quale parteciperanno le Regioni, i rappresentati dei ministeri di Economia e Salute, l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) e i tecnici. Entro l'estate potrebbero essere sul tavolo le prime proposte. Tre al momento, le possibili strade percorribili già indicate da Beatrice Lorenzin: una revisione della compartecipazione alla spesa, ovvero i ticket, sulla base dei componenti familiari o della perdita del lavoro, ma a parità di gettito, un recupero di risorse attraverso la spending review che consenta, eliminando gli sprechi, di immettere più fondi nel sistema, con il risultato di arrivare all'abolizione, una revisione delle modalità di raccolta con una formula più proporzionale al reddito, vincolando le risorse alle fasce fragili e in difficoltà.

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 04/05/2017

5 apr 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

AZIENDE E REGIONI

Superticket, Cittadinanzattiva: «Quantificare il reale gettito per arrivare all'eliminazione»

Il superticket sanitario rappresenta un ostacolo all'accesso alle cure dei cittadini: è iniquo e per molti una ragione per rinunciare alle cure. E anche sul suo reale supporto economico al Ssn ci sono dubbi: sulla carta è 834 milioni euro l'anno ma da alcuni approfondimenti il reale gettito si aggirerebbe intorno ai 500 milioni di euro. E su questo chiediamo una verifica puntuale e una operazione di trasparenza sul reale gettito.

«Piuttosto, per garantire la fattibilità della abolizione del superticket sarebbe opportuno utilizzare le entrate che derivano dallo svolgimento dell'intramoenia», ha dichiarato Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva. «Inoltre, un ulteriore fonte è rappresentata dal maggior gettito che deriverà in termini di ticket dal passaggio di tutta una serie di prestazioni dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale, come previsto nei nuovi Lea. Così come potremmo contare su tutte le maggiori entrate derivanti proprio dall'effetto positivo della stessa eliminazione del superticket, perché renderebbe più conveniente l'accesso a prestazioni che sono oggi invece più concorrenziali nel privato, come ad esempio quelle della laboratoristica. Va inoltre sottolineato come i laboratori analisi pubblici avrebbero oggi la capacità di rispondere ad una maggior domanda e senza problemi di lista di attesa.

«Siamo disponibili a ragionare sulle introduzione di una progressività nella compartecipazione, in base al reddito - ha aggiunto Aceti - vale a dire che chi ha maggiore disponibilità economica potrebbe contribuire pagando una quota superiore rispetto a chi questa possibilità non ha. Ovviamente sino ad un livello di ticket che comunque garantisca la concorrenzialità del Ssn rispetto a quanto offerto dal privato. Facendo salve le esenzioni totali per disoccupazione, cronicità e patologie rare. Per garantire che però a pagare non siano sempre i "soliti noti" questa operazione non può prescindere da una parallela e efficace attività di contrasto alla evasione fiscale.

«Vogliamo essere coinvolti nel processo di revisione della normativa - ha quindi concluso Aceti - mettendo a disposizione le nostre evidenze ed esperienza, e per evitare distorsioni su un tema che affronta il sacrosanto principio della equità e della universalità del Ssn. Su questo ci aspettiamo un segnale concreto da parte del Ministero della Salute e delle Regioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2014: 6.072
Lettori Ed. I 2016: 31.000
Quotidiano - Ed. Bari

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
BARI E PUGLIA

Dir. Resp.: Enzo D'Errico

06-APR-2017
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

L'intervento

Agenzia

L'INTERVENTO

Sì all'Agenzia del farmaco Qui possiamo

di **Roberto Perrone**

Negli ultimi giorni viene esposta da più parti l'idea di candidare la Puglia per l'insediamento in Italia dell'Agenzia europea del farmaco, Ema, che abbandonerà la sede di Londra dopo la Brexit. Per dare un contributo alla fondatezza di tale prospettiva che a prima vista può sembrare solo un sogno, una utopia, riporto come Direttore del dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco dell'Università di Bari, unico del genere in Puglia, quanto invece la formazione universitaria nel settore del farmaco erogata sul territorio pugliese può garantire la disponibilità di competenze specifiche e necessarie per tale prospettiva. Entrando nello specifico delle competenze che possono essere utili ed indispensabili per l'attività di un'Agenzia metto in evidenza che è proprio di questi giorni l'approvazione da parte del Consiglio universitario, Cun, del nuovo ordinamento per il corso di laurea in Farmacia dell'Università di Bari, che prevede tra le novità introdotte, sembra proprio ad hoc, insegnamenti nel campo della normativa dei medicinali, farmacoeconomia, farmacovigilanza, dispositivi medici, farmacoepidemiologia, statistica medica, tutti ambiti essenziali appunto per le attività di un'agenzia del farmaco. Il corso di laurea in Farmacia così ristrutturato sarà erogato già a partire dal prossimo anno accademico 2017-18 così come deliberato dal Consiglio di Dipartimento.

Il corso rappresenta quindi la giusta premessa culturale che può contribuire insieme a tutti gli altri percorsi di formazione, nell'ambito del farmaco e della salute, offerti da altri Dipartimenti del sistema universitario pugliese, a creare le condizioni favorevoli per l'iniziativa in questione. Oltre ai necessari ed indispensabili presupposti di formazione, bisogna considerare anche la maturazione della cultura di fare rete promossa dalla Regione Puglia al fine di raccordare e fare sinergia tra le diverse realtà pubbliche e private del settore farmaceutico tramite l'emanazione di bandi regionali tra cui tra i più recenti Innonetwork e Innolab. Alla cultura di fare rete contribuisce anche il Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco rendendosi promotore qualche anno fa, insieme alle altre strutture universitarie pugliesi, di uno studio di fattibilità per un Distretto produttivo del farmaco e prodotti per la salute a cui hanno aderito tutte le imprese farmaceutiche piccole, medie e grandi presenti e sparse su tutto territorio pugliese. Inoltre il Dipartimento organizza ogni anno, su problematiche che riguardano il farmaco, la «Giornata pugliese del farmaco e prodotti per la salute» e proprio nella V edizione del 2016 il tema trattato è stato proprio quello sul Regolatorio Farmaceutico a cui ha partecipato l'Agenzia Italiana del Farmaco, Aifa. Infine con l'asse sempre più forte che il Dipartimento di Farmacia dell'Università di Bari sta costruendo in questi ultimi anni con l'altra sponda dell'Adriatico, con l'istituzione di un corso di laurea internazionale in Farmacia interAteneo con l'Università di Tirana in Albania, la Puglia ambisce a fare da cerniera con i paesi del mediterraneo e creare un ponte verso i paesi dell'est dell'Unione Europea per lo sviluppo economico ed occupazionale nel settore farmaceutico in quei territori; non a caso è stato realizzato dai due Atenei, di Bari e di Tirana, lo scorso anno un evento ampiamente partecipato sul tema molto attuale «Contraffazione dei farmaci e diritto alla salute» sulla base dell'esperienza maturata nel Master in tale ambito attivo da due anni nel Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco dell'Università di Bari. Tutto questo per rappresentare le solide fondamenta su cui ben si può reggere in Puglia una prestigiosa realtà quale l'Agenzia europea del farmaco.

Direttore del dipartimento di Farmacia - Scienze del Farmaco
Università degli Studi di Bari

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

06-APR-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Lea, la provetta costa

Si aggira attorno ai 300 milioni di euro il giro d'affari delle tecniche di procreazione assistita. Ora le Regioni potrebbero avere problemi di sostenibilità

di Graziella Melina

Supporti tecnologici per le persone disabili, una nuova classificazione delle malattie rare. E poi anche prestazioni ambulatoriali per la procreazione medicalmente assistita (Pma), omologa ed eterologa.

Tra le novità dei nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza, prestazioni e servizi che lo Stato assicura gratuitamente o al costo del ticket, entrati in vigore dopo la pubblicazione del 18 marzo sulla Gazzetta Ufficiale, c'è dunque la fecondazione in vitro. Nel nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, come sottolinea il ministero della Salute, sono state inserite infatti «tutte le prestazioni necessarie nelle diverse fasi del percorso di procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa».

Firmato lo scorso 12 gennaio dal presidente del Consiglio Paolo Gentiloni, il documento sostituisce il precedente decreto del 29 novembre 2001 e introduce dunque tra i servizi del Servizio sanitario nazionale le procedure della procreazione medicalmente assistita che finora venivano erogate solo per il ricovero ospedaliero. D'ora in poi, quindi, basterà pagare solo il ticket. Per tutte le spese «connesse alle prestazioni di raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive finalizzate alla Pma eterologa – sottolinea il ministero – è previsto un contributo il cui importo è fissato dalle singole Regioni». L'investimento complessivo previsto dal governo per i nuovi Lea, Pma inclusa, è pari a 800 milioni di euro all'anno.

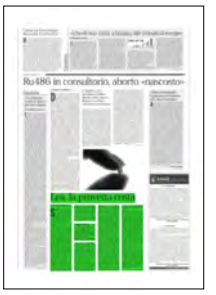
La palla però ora passa alle Regioni, che dovranno garantire il servizio, nonostante i conti spesso in rosso. A fare da apripista l'Emilia Romagna, che ha già annunciato di essere la «prima a partire» grazie alla delibera 365 approvata lo scorso 27 marzo. Più caute altre Regioni, come la Lombardia, che attendono il decreto ministeriale sulle tariffe massime delle prestazioni. Il Veneto intanto ha individuato nel Centro di crioconservazione dei gameti maschili di Padova la struttura che coordini a livello regionale la procedura della Pma e organizzi la donazione degli spermatozoi.

In realtà, problemi logistici a parte, il vero problema resta quello della sostenibilità dei costi. A Trento, alle coppie residenti in provincia che si rivolgono ai centri di procreazione assistita delle altre regioni, l'Azienda sanitaria riconosce un rimborso che corrisponde alla tariffa unica convenzionale approvata il 25 settembre del 2014 alla Conferenza delle Regioni: per la fecondazione eterologa con seme da donatore con inseminazione intrauterina sono previsti 1.500 euro; 3.500 euro per la fecondazione eterologa con seme da donatore in vitro; infine 4mila euro per la fecondazione eterologa con ovociti da donatrice.

Secondo l'ultima relazione del ministero della Salute, nel 2014 i cicli per l'eterologa sono stati 246. In linea di massima, considerati i costi per un ciclo di terapia per l'ovodonazione, che è di circa 8.500 euro, nel 2014 e in tre soli mesi il valore complessivo si aggirava sui 2milioni di euro. Per quanto riguarda invece la fecondazione omologa, sempre nel 2014, i cicli effettuati sono stati 66.845. Calcolando che il costo di un ciclo per la fecondazione in vitro si attesti più o meno intorno ai 5mila euro, il volume di affari si presume si aggiri sui 300milioni di euro.

Restano fuori dai nuovi Lea invece le prestazioni della diagnosi preimpianto, ora accessibile anche alle coppie fertili portatrici di malattie genetiche, come ha stabilito la sentenza 96 del 2015 della Corte Costituzionale. Anche in questo caso, per chi fornisce il servizio, il giro di affari si presume non sia indifferente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 05 APRILE 2017

Corte dei conti: “Disavanzo sanutà in calo, ma serve maggiore qualità”. Lorenzin: “Priorità sono equità di accesso e standard minimi di qualità”. E lancia la sfida: “L’innovazione in sanità non è un costo. È un investimento e va considerata come tale”

Secondo il Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica illustrato oggi, il deficit sanitario è in calo soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, ma il contenimeno della spesa non ha consentito di erogare in modo uniforme e con la stessa qualità numerose prestazioni, specie quelle a favore dei più fragili. Lorenzin: “Per questo dobbiamo fornire a tutti equità di accesso e garantire standard qualitativi minimi” E poi: “Perché quando si parla di farmaci innovativi invece di parlare di spesa non utilizziamo il termine ‘investimento’, come fosse un fattore di produzione ‘a lento rigiro’ che esplica la sua utilità su più periodi?”. RAPPORTO FINANZA PUBBLICA 2017, L'INTERVENTO DI LORENZIN.

Nel 2016 il deficit sanitario si abbassa ancora, seguendo il trend degli ultimi anni: le perdite delle gestioni sanitarie regionali, passando dai 944 milioni del 2015 a 847 milioni. E va meglio dal punto di vista della spesa in quelle in Piano di rientro, che migliorano i risultati passando da un disavanzo di 396 milioni del 2015 a poco più di 271 milioni del 2016. Le altre peggiorano, anche se di poco, il risultato 2015 con un deficit complessivo di circa 576 milioni.

A illustrare i risultati 2016 della sanità pubblica italiana è il Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica, presentato oggi dalla Corte dei conti che giudica il 2016 - tra efficienza e qualità dell’offerta – “un anno impegnativo per il settore sanitario, condizionato soprattutto dal confronto sulla ripartizione dei compiti di governo tra Stato e Regioni”.

“Il punto critico non sono solo i conti – ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenendo alla presentazione del Rapporto -. Se analizziamo il sistema dal punto di vista dell’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza – spiega il ministro - i progressi non sono stati molti. Anzi, in alcuni casi le Regioni hanno addirittura peggiorato i risultati: insieme alle Regioni, credo, dovremo lavorare per ripristinare un livello essenziale di assistenza e cure uniforme su tutto il territorio italiano”.

Non per questo la questione economica è meno importante. Il ministro la mette al secondo posto dopo l’erogazione appropriata e uniforme delle prestazioni, è vero, ma la definisce comunque “la sfida della sostenibilità economica del sistema universalistico nazionale”.

Per Lorenzin “è impensabile che si continui a iniettare denaro all’infinito nel sistema: bisogna, prima di tutto, recuperare le risorse all’interno delle risorse esistenti grazie a una forte azione di efficientamento complessivo dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi, a una maggiore appropriatezza dei setting assitenzaili, all’introduzione di più ICT in sanità, alla definizione di nuove modalità di pricing dei farmaci innovativi e nuove regole per discriminare puntualmente ciò che è innovativo da ciò che non lo è. Infine – conclude il ministro - è necessario leggere con occhi nuovi il sistema sanitario: la sanità è un elemento non di costo ma di investimento, di produzione di ricchezza (tangible e intangible) per una nazione e contribuisce in maniera determinante al benessere sociale ed allo sviluppo economico e non solo di un paese”.

Il Rapporto della Corte dei Conti – che in termini di assistenza giudica un "progresso significativo" l'approvazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza – fa poi i conti considerando i trasferimenti e le coperture aggiuntive già contabilizzate nei conti economici . In questo senso le Regioni in piano di rientro registrano addirittura un avanzo di circa 750 milioni rispetto all'utile di 134 milioni dello scorso anno e solo Puglia e Abruzzo resterebbero in perdita dopo le coperture previste. Gli altri enti invece hanno perdite di 458 milioni, l'84% riconducibile anche in questo caso a due Regioni: Liguria e Sardegna. Tra il 2009 e il 2016 le Regioni in piano di rientro sono passate da una perdita di oltre un miliardo (considerando le coperture e il gettito fiscale da incremento delle aliquote) a un avanzo di circa 750 milioni. Nello stesso periodo sono stati riassorbiti i disavanzi che degli esercizi precedenti per poco meno di due miliardi.

Sul versante delle prestazioni Lorenzin conferma il giudizio positivo della Corte dei Conti sui nuovi Lea che aumentano la qualità dell'assistenza sanitaria, secondo il ministro, "prevedendo che siano erogate a carico del Servizio sanitario nazionale nuove prestazioni sanitarie che tengano conto dell'evoluzione scientifica e nuovi dispositivi medici, tecnologicamente avanzati, dotati di componenti innovative e qualità costruttiva (come: ausili digitali, comunicatori oculari e attrezzature domotiche). Ciò pur perseguendo l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'eliminazione di alcune piccole (ma sistematiche) inefficienze organizzative, come l'acquisto di determinate prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica "a tariffa", piuttosto che con una gara aperta al miglior offerente".

Per Lorenzin, la prima sfida che ci attende nell'immediato futuro è sulla la necessità che il Ssn sia in grado di fornire a tutti i cittadini italiani una equità di accesso ai servizi sanitari ma anche garantire degli standard qualitativi minimi, indipendentemente dal luogo geografico in cui si vive. "Non possiamo consentire – ha detto - che il diritto alle cure e all'assistenza sia regolato dal caso o dalla fortuna di vivere in una Regione piuttosto che un'altra. Se è vero che le Regioni hanno scontato una situazione finanziaria critica, va anche detto che gli strumenti individuati (ad esempio, commissariamenti e piani di rientro) hanno consentito di generare importanti miglioramenti della situazione economica".

Quei miglioramenti, appunto, sottolineati dalla Corte dei conti, che comunque ricorda anche le "profonde trasformazioni sul piano qualitativo" che hanno preceduto i risparmi: razionalizzazione dell'offerta con la rimodulazione dei servizi ospedalieri e processi di concentrazione, accorpamento di strutture organizzative interne e diminuzione dei punti fisici di accesso ai servizi ospedalieri.

Ma i dati della Relazione della Corte dei conti evidenziano anche alcune carenze attuali. Come quelle nella rete di assistenza alle disabilità. Le differenze nella dimensione dell'assistenza offerta nelle diverse aree del Paese sono rimaste, sotto questo profilo, rilevanti e in crescita. L'assistenza domiciliare agli anziani risulta ancora insufficiente, anche se in recupero, in alcune Regioni in piano di rientro (Campania, Lazio, Calabria). Insufficiente anche l'offerta di posti equivalenti in strutture residenziali per anziani non autosufficienti (le giornate di assistenza effettivamente erogate), con punte minime dello 0,63 in Campania e 0,72 Molise rispetto a un valore soglia del 9,8 per mille. Il monitoraggio della Corte mette in evidenza carenza nella dotazione di posti equivalenti nelle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili, e nella dotazione di posti letto in strutture hospice.

Un occhio poi al confronto tra l'Italia e il resto d'Europa. Il rapporto si sofferma sul forte ridimensionamento degli investimenti in capitale fisso nel settore, una spesa che assume crescente rilievo nella qualità delle cure. In Italia, solo lo 0,36% del prodotto è destinato ad accumulazione nel settore, contro importi doppi nelle principali economie europee (lo 0,75 della Germania, lo 0,65 della Francia). Nel nostro Paese la flessione è stata di circa il 30% tra il 2009 e il 2013, a fronte di aumenti di circa il 10% sia in Francia che in Germania. Anche nel 2016 gli investimenti hanno segnato una flessione molto consistente. I pagamenti per questa finalità delle aziende sanitarie, ospedaliere e degli IRCSS, si sono ridotti, a livello nazionale, di oltre il 16 per cento.

D'altra parte, ricorda Lorenzin, l'Italia spende meno in assoluto per la sanità degli altri Paesi. "Tutte le analisi comparate con gli altri stati europei e non solo – ha detto - evidenziano come l'Italia investisse (e continua ad investire) in salute - in rapporto al Pil molto meno rispetto agli altri. Una tendenza confermata anche per il 2016 e, come indicato nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, rappresenta poco più del 9% a fronte di una media Ue di quasi il 10% e di molto inferiore a quella della Francia (11%), della Germania e della Svezia (entrambe all'11,1%). Anche l'analisi della spesa sanitaria pro-capite 2015, secondo dati Ocse, evidenzia per l'Italia valori molto al di sotto di quelli degli altri partner europei: 1.900 euro contro i 3.400 euro dei tedeschi ed i 2.627 euro dei francesi".

Ma, ha sottolineato ancora Lorenzin “alcune importanti ricerche di prestigiosi centri studi internazionali assegnavano nel 2014 al nostro sistema sanitario il terzo posto al mondo in termini di efficienza, alle spalle di Singapore e Hong Kong e davanti a Giappone, Corea del Sud e Australia. La Francia si posiziona ottava, il Regno Unito decimo, mentre gli Stati Uniti si trovano molto indietro in classifica. La graduatoria, stilata da una prestigiosa società internazionale, aveva preso in considerazione i dati forniti da Banca Mondiale, Fmi e Oms (Bloomberg, 2014)”.

Tra le altre misure positive per la sanità, il ministro ha ricordato poi i piani di rientro aziendali che seguono “una logica diametralmente opposta a quella dei tagli lineari, facendo leva su interventi mirati, in grado di colpire, con misure correttive, solo gli enti che presentino effettivamente inefficienze e cattive gestioni”, la riduzione dei comportamenti di medicina difensiva da parte dei professionisti sanitari, in termini di eccessivo ricorso ad indagini diagnostiche sia in sede ambulatoriale che ospedaliera, in regime di ricovero e non, di eccessivo ricorso a procedure chirurgiche in regime di ricovero e di eccessivo ricorso alla prescrizione e somministrazione di farmaci; la riduzione degli oneri connessi alla copertura assicurativa del rischio sanitario (in termini di premi assicurativi e di autoassicurazione) da parte degli enti pubblici del Ssn, per effetto sia del rafforzamento della gestione del rischio da parte della struttura sanitaria pubblica (e privata) che eviterà il manifestarsi del danno, sia dell’alleggerimento dell’onere per il professionista sanitario di provare che il danno è stato determinato a causa a lui non imputabile.

Infine il ministro ha sottolineato l’importanza dell’innovazione, “fenomeno più complesso di quanto possa sembrare. E’ sicuramente – ha aggiunto - un’opportunità, in quanto permette di guarire malattie prima incurabili ovvero consente di vivere meglio e più a lungo anche in presenza di patologie gravi; d’altra parte, può diventare anche un vincolo a causa degli alti costi associati ai farmaci di nuova generazione, rappresentando un ulteriore e piuttosto rilevante fattore che mette ancor di più sotto pressione la già precaria sostenibilità economico-finanziaria dei sistemi sanitari nazionali”.

“A breve arriveranno sul mercato farmaci per curare le malattie neurodegenerative (ad esempio, l’Alzheimer di cui è di pochi giorni fa la notizia di un importante studio condotto da ricercatori italiani) o alcune malattie croniche che presenteranno prezzi sempre più elevati. Ma perché – ha aggiunto Lorenzin ricordando il fondo per i farmaci innovativi - quando si parla di farmaci innovativi invece di parlare di spesa non utilizziamo il termine ‘investimento’, come fosse un fattore di produzione ‘a lento rigiro’ che esplica la sua utilità su più periodi?”.

“Se adottassimo questo approccio potremmo, ad esempio, cominciare a valutare il farmaco innovativo come se ci trovassimo di fronte ad un progetto di investimento, potremmo confrontare il prezzo di acquisto del medicinale (costo) con la sommatoria dei benefici (ricavi appositamente attualizzati su un orizzonte temporale standard) diretti ed indiretti futuri che lo Stato/SSN/SSR ritrarrà dalla guarigione del paziente: se la somma dei vantaggi futuri (in termini di minori costi) dovesse essere superiore al costo, allora l’investimento – ha concluso - non solo consentirà una migliore qualità della vita ai cittadini/pazienti, ma potrà essere effettuato con, passatemi il termine poco tecnico, serenità in quanto anche economicamente sostenibile”, ha concluso il ministro della Salute.

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale HiQPdf Evaluation 04/05/2017 ABBONATI ACCEDI

5 apr 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

DAL GOVERNO

Corte dei conti: «L'Italia migliora sulla spesa ma perde sulle cure». Il Rapporto 2017 sul coordinamento della Finanza pubblica

di *Barbara Gobbi*

Il Rapporto 2017 sul coordinamento della Finanza pubblica

La relazione della ministra Lorenzin

Bene lacapacità di perservare in quella "manutenzione continua" che negli ultimi anni «ha consentito di rispondere alle esigenze di riassorbimento di inefficienze e squilibri continuando a confrontarsi su nuove opportunità di cura ed esigenze». Ma ritardi e inefficienze pesano come un macigno, a guardare le cartine di tornasole dell'assistenza domiciliare agli anziani, ancora sotto-soglia in Campania, Lazio e Calabria e in ogni caso estremamente eterogenea nelle altre regioni che pure raggiungono la sufficienza.

Nel suo Rapporto 2017 sul coordinamento della Finanza pubblica - presidente Arturo Martucci di Scarficci - introdotto da Angelo Buscema, Presidente di coordinamento delle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti e illustrato dal Consigliere Enrico Flaccadoro, la Corte dei conti (sezioni riunite in sede di controllo) fa il punto sulla Sanità, «Tra efficienza e qualità dell'offerta». In un quadro, va premesso, in cui «Nonostante le incertezze iniziali, l'andamento dell'economia sembrerebbe avere segnato un'inversione di marcia verso un'espansione meno fragile e più qualitativa» e dove i magistrati contabili segnalano che «si è finalmente usciti da una fase di recessione protrattasi per otto anni».
La conferma arriva dal ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan: «I primi segnali dell'anno in corso - ha sottolineato intervenendo alla presentazione del Report - sono molto incoraggianti. L'economia italiana è in una fase di transizione verso una crescita più robusta e duratura».

Per la Sanità, si parte dal dato di crescita della spesa riportato nel preconsuntivo della Nota di aggiornamento del Def 2016: +1%. E dalla riduzione in media di 1,1 punti all'anno, in termini reali, delle risorse che l'Italia ha destinato alla Sanità. Un dato in controtendenza rispetto ai principali Paesi europei (nella sola Germania le risorse per la Sanità nello stesso periodo sono cresciute di 2 punti), che ovviamente si riflette sia sulla spesa pro capite (1.900 euro da noi, 2.600 euro in Francia e 3.400 in Germania) sia sul rapporto con il Pil: 9,1 per cento in Italia rispetto all'11% di Francia e Germania e al 9,9% della media europea).

Al miglioramento dei risultati economici e gestionali molto ha contribuito la stretta nelle Regioni in Piano di rientro: al diminuire delle perdite 2016, dai 944 milioni del 2015 agli 847 milioni dell'anno passato, le amministrazioni "controllate" hanno partecipato infatti con una riduzione delle perdite da 396 milioni del 2015 a 271 milioni. Le Regioni non in Piano confermano invece il risultato: il deficit complessivo si attesta sui 540 milioni di euro.
Ancora, rilevano dalla Corte dei conti: tra 2009 e 2016, considerando le coperture scontate nei conti economici (CE) e il gettito fiscale da incremento delle aliquote, le

Regioni in Piano sono passate da una perdita di oltre un miliardo ad un avanzo di circa 750 milioni.

HiQPdf Evaluation 04/05/2017

Tutto bene, quindi? No, come detto. Perché a ben guardare come poi l'offerta sanitaria si declina rispetto agli assistiti, le "insufficienze" si moltiplicano. Ancora gli anziani, e in barba al galoppante invecchiamento della popolazione, gravata per altro in Italia da un numero di anni vissuti in buona salute inferiore alla media europea (9,7 anni nel 2015): in molte Regioni in Piano gli anziani sono infatti scoperti non solo dal punto di vista delle cure a domicilio, ma anche sul fronte delle strutture residenziali per le fragilità in generale e degli hospice. Anche qui il divario Nord-Sud è drammatico: 4 anni in meno di speranza di vita senza limitazioni a 65 anni, nel Meridione d'Italia.
Ma le inefficienze, come detto, riguardano tutti. Questo il verdetto che si legge nella Sintesi al Rapporto: «sembra corretto ritenere che l'attuale struttura di assistenza sanitaria, anche ove al di sopra degli standard minimi richiesti, non sia sufficiente a rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana, affetta da cronicità e con oltre 2,5 milioni di non autosufficienti». La Corte cita esplicitamente il Piano nazionale cronicità, come possibile strumento di integrazione tra cure primarie e specialistiche, di promozione della continuità assistenziale e di modelli basati sul domicilio o in ogni caso sulla centralità del paziente.
La stretta sulla spesa rischia di compromettere i livelli di qualità anche quando si guarda agli effetti dei minori investimenti, che sono passati tra 2013 e 2016 a -38,3%: ne risentono - rilevano ancora i magistrati - strutture, aparecchiature, dispositivi e farmaci ad alto contenuto tecnologico. Oltre il 30% delle apparecchiature ancora in esercizio, si legge ancora nella Relazione, ha un'età superiore ai 10 anni e andrebbe sostituita. Anche perché macchinari efficienti riducono tempi d'attesa e di degenza. In ogni caso, la loro concentrazione in pochi nodi principali può essere «un inevitabile motore di mobilità regionale».
Ultimo, non certo in ordine d'importanza, il riferimento al taglio sul capitale umano, che ha «introdotto distorsioni che incidono sull'adeguatezza del servizio. Il blocco del turnover, ricordano dalla Corte, ha inciso sull'età media dei lavoratori Ssn, oggi particolarmente elevata e sulla possibilità di adeguare la composizione tra le figure professionali per rispondere, con un potenziamento delle professioni sanitarie, ai nuovi biosogni di cura della popolazione.

Dopo aver molto lavorato sul «riassorbimento degli equilibri strutturali», è su questo complesso di fragilità che bisogna lavorare,

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Corte dei conti: ripresa fragile. Tasse sulle imprese 25 punti sopra la media Ue
di *Vittorio Nuti*

quotidianosanità.it

Mercoledì 05 APRILE 2017

Alcol. Aumentano i consumi italiani. Soprattutto fuori pasto. La Relazione al Parlamento

Dall'analisi del tipo di bevande consumate si conferma la tendenza già registrata negli ultimi dieci anni che vede una progressiva riduzione della quota di consumatori che bevono solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le donne e un aumento della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, aumento che si registra nei giovani e i giovanissimi ma in misura percentuale maggiore negli adulti oltre i 44 anni e gli anziani. LA RELAZIONE.

"L'alcoldipendenza è un fenomeno che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano". Parte da questa premessa la nuova Relazione sugli interventi realizzati nel 2016 in materia di alcol e problemi correlati, del Ministero della Salute trasmessa al Parlamento il 21 marzo 2017.

Aumentano i consumi, soprattutto fuori pasto
Secondo i dati ISTAT nel corso del 2015 il 64,5% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 64 mila persone) ha consumato almeno una bevanda alcolica, con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,9%) rispetto alle femmine (52,0%). Rispetto al 2014 si registra un incremento dei consumi: nel 2014, infatti, ha consumato almeno una bevanda alcolica il 63% degli italiani di 11 anni e più (pari a 34 milioni e 319 mila persone).

L'aumento dei consumi risulta confermato anche dai dati forniti dal database europeo Health For All (HFA-DB), che mostra nella rilevazione dei litri di alcol puro medio pro capite consumati nella popolazione ultra quindicenne in Italia, nel corso degli ultimi quattro anni, un nuovo incremento in controtendenza rispetto agli anni precedenti.

Nel 2015 si osserva una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri, mentre continuano a crescere i consumatori fuori pasto (nel 2013 erano il 25,8%, nel 2014 erano il 26,9%, nel 2015 risultano il 27,9%).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2005-2015 l'ISTAT ha rilevato:
· una diminuzione della quota di consumatori (dal 69,7% al 64,5%)
· una diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% al 22,2%)
· un aumento dei consumatori occasionali (dal 38,6% al 42,3%)
· un aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,7% al 27,9%).

I cambiamenti nelle abitudini, a distanza di 10 anni, sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata:
· tra i giovani 18-24enni e tra gli adulti 25-44enni a diminuire di più sono i consumatori giornalieri
· tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.

Resta allarmante il fenomeno del binge drinking
Il binge drinking, ossia l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo, nel 2015 è stata pari a 10,8% tra gli uomini e 3,1% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica oltre 3.700.000 binge drinker di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione.

Le percentuali di binge drinker sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,2%; F=8,6%); oltre questa fascia di età le percentuali

diminuiscono nuovamente. La percentuale di binge drinker di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi (consumo abituale eccedentario e bingedrinking) dall'Istituto Superiore di Sanità, è stata nel 2015 del 23% per uomini e dell'9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000) che nel 2015 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica.

Aumenta il consumo di aperitivi, amari e superalcolici

Dall'analisi del tipo di bevande consumate si conferma la tendenza già registrata negli ultimi dieci anni che vede una progressiva riduzione della quota di consumatori che bevono solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le donne e un aumento della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, aumento che si registra nei giovani e i giovanissimi ma in misura percentuale maggiore negli adulti oltre i 44 anni e gli anziani.

Il consumo nelle Regioni italiane

Lo studio sui consumi alcolici nelle Regioni Italiane dimostra che il consumo di alcol nell'anno è decisamente aumentato rispetto all'anno precedente sia al Nord e sia al Centro Italia, mentre non si rilevano variazioni statisticamente significative al Sud e nelle Isole.

Fonte: ministero della Salute