

FOCUS SALUTE E BENESSERE

LA CAMPAGNA PROSEGUE FINO AL 9 AGOSTO

«In gravidanza niente alcol» Assobirra mette in guardia

Testimonial è l'attrice neomamma Francesca Cavallin
Le donne davanti ai rischi. Bevanda penalizzata dal fisco

DOXA

L'esito dello studio comportamentale relativo a 800 soggetti

Fabrizio de' Marinis

— Torna la campagna su alcol e gravidanza di Assobirra, in collaborazione con Sigo, la Società italiana di ginecologia e ostetricia, con un nuovo sito, una testimonial d'eccezione e una partnership esclusiva. La terza edizione - che ha ricevuto in passato l'apprezzamento e il sostegno del ministero della Salute - utilizzerà, fino al 9 agosto, diversi strumenti e mezzi d'informazione per raggiungere le donne da sensibilizzare. Molto responsabile il tema della campagna: «Se aspetti un bambino l'alcol può attendere».

Un nuovo sito internet (www.seaspettiunbambino.it) con una veste completamente rinnovata, raccoglierà informazioni utili sul tema «alcol e gravidanza». Un videomessaggio, inoltre, realizzato da una testimonial d'eccezione, l'attrice neomamma Francesca Cavallin, darà voce al tutto. Infine, la collaborazione strategica con uno dei principali portali di informazione (www.alfemminile.it) rivolto al mondo delle donne, con 6 milioni di utenti unici mensili. La fotografia, scattata da Doxa per Assobirra (Associazione nazionale dei produttori della birra e malto), che ha intervistato oltre 800 donne tra i 18 e i 44 anni (412 donne incinte e/o

con figli piccoli e 425 a donne senza figli) sul tema «alcol e gravidanza», ha scoperto dati interessanti: il 65% delle donne è sì informato sui rischi ma, una su tre, non sospende il consumo di bevande alcoliche, con tutti i rischi che ne conseguono.

La campagna di Assobirra rientra in una vasta azione di sensibilizzazione del mercato e dei consumatori, su un'importante filiera produttiva italiana - molto penalizzata, però, dalle alte accise - non secondaria ad altre, che sta dando grande prestigio al nostro Paese, soprattutto all'estero, con successi come quello di Londra, Berlino e New York, dove vanno per la maggiore le innumerevoli birre made in Italy. Uno studio commissionato da Assobirra a Format Research - presentato recentemente, a Milano, alla presenza di Confimprese, Fipe e Confagricoltura - ha confermato che, il peso eccessivo del sistema di tassazione italiano, sta sottraendo risorse alle aziende a scapito degli investimenti e della redditività. Nei primi cinque mesi dell'anno, infatti, i consumi di birra sono scesi del 3%. E sul sistema delle accise è stata denunciata un'anomalia

tutta italiana: un sorso di birra su due se lo beve il fisco. In nessun altro Paese europeo, questa bevanda viene penalizza-

ta come da noi. Intanto, le tasserallentano anche il fenomeno di crescita dei micro birrifici (dal +20-25%

ad appena un +4%), quando con accise più basse si potrebbero generare dai 3 mila, agli 11 mila nuovi posti di lavoro. «Abbiamo deciso di riunire tutta la filiera - spiega Alberto Frausin, presidente di Assobirra

- e chiediamo di ridurre le accise, con un intervento strutturale, magari graduale, perché il loro aumento - del 30% nell'ultimo anno - ha generato una situazione difficile da sostenere. Agricoltori, produttori (aziende di grandi dimensioni e micro birrifici), esercenti di bar e ristoranti, imprese della distribuzione e dei servizi vedono un incerto futuro».



Spazio cicogna

Vivere bene col pancione

di Maria Cristina Valsecchi

BEBÈ IN CANTIERE

Fertilità: proteggila così

Il 20% delle coppie italiane ha difficoltà a concepire per vie naturali secondo un rapporto pubblicato recentemente dal Ministero della Salute. Alcune cause di infertilità o subfertilità sono prevenibili correggendo stile di vita e comportamenti a rischio. “In primo luogo è importante sapere che la fertilità femminile inizia a declinare dopo i 35 anni e, ancor più rapidamente, dopo i 40”, dice Andrea Lenzi, ordinario di endocrinologia dell’Università La Sapienza di Roma. “Ma anche quella maschile si riduce col passare degli anni”.

Altri nemici della cicogna indicati dal rapporto sono il fumo, l’abuso di alcol, le infezioni a trasmissio-



ne sessuale, soprattutto quando non vengono diagnosticate e trattate tempestivamente.

Anche patologie non trasmissibili come la **sindrome dell’ovaio policistico** o l’**endometriosi** possono inter-

ferire con la capacità riproduttiva, ma trattandole precocemente il danno può essere contenuto. Ecco perché la prima raccomandazione è quella di **sottoporsi a controlli periodici** dal ginecologo di fiducia.

DISTURBO KO

Obiettivo “puntualità”

La pressione esercitata dall’utero sull’intestino e l’azione degli ormoni della gravidanza, che rilassano la muscolatura dell’apparato digerente, possono provocare durante l’attesa fastidiosi problemi di stitichezza e gonfiore addominale.

■ “Per prevenirli, **fin dall’inizio della gravidanza è bene adottare una dieta ricca di fibre e bere molto**: almeno due litri di acqua al giorno”, dice Anna Maria Gioacchini, ostetrica dell’Associazione nascere e crescere, maternità e dintorni, di Roma.

■ All’occorrenza, per favorire la motilità intestinale **si può ricorrere a prugne cotte o fichi secchi ammorbiditi in acqua tiepida**. “Un trucco efficace è **assumere un cucchiaino di olio d’oliva al mattino a digiuno**”, aggiunge l’ostetrica.

RICORDATI DI...

... fare attenzione alla sicurezza degli alimenti che consumi d’estate

Creme e salse preparate con uova crude e conservate più di 2 ore a temperatura ambiente, pesce crudo e frutti di mare, alimenti precotti e riscaldati possono provocare **tossinfezioni alimentari che non comportano rischi specifici per la gravidanza, ma fanno star male la futura mamma e di conseguenza, indirettamente, anche il futuro bebè.**

DEPOSITPHOTOS

Il calendario dell'attesa

1° TRIMESTRE

ATTENTA AI FARMACI

I primi tre mesi di gravidanza sono quelli più delicati per l'organogenesi, cioè lo sviluppo degli organi dell'embrione. In questo periodo i medici raccomandano la massima prudenza nell'esposizione a sostanze che potrebbero interferire con il processo. Ciò non significa che la futura mamma non possa curarsi assumendo i farmaci necessari se ne ha bisogno. Bisogna scegliere quelli che ottimizzano il rapporto tra benefici e rischi.

■ Per gestire le malattie croniche, all'inizio della gravidanza bisognerà **rivalutare le terapie abituali**. Per questo, il ginecologo si confronterà con lo specialista che ha in cura la mamma per il disturbo specifico.

2° TRIMESTRE

L'INTIMITÀ CON IL PARTNER

"Se la futura mamma sta bene e la gravidanza procede senza complicazioni, i rapporti sessuali sono consentiti per tutto l'arco dell'attesa", dice Mario Fadin, ginecologo di Milano. "Col passare del tempo e l'aumento di volume dell'utero, ovviamente i due partner dovranno adottare posizioni che non causino la compressione dell'addome.

■ Durante il rapporto o poco dopo, la donna potrebbe avvertire lievi contrazioni e notare una piccola perdita ematica. **Se le contrazioni si arrestano spontaneamente nell'arco di pochi minuti e la perdita è minima, non c'è ragione di preoccuparsi**. In caso contrario, è opportuno rivolgersi al ginecologo".

3° TRIMESTRE

COME STA LA PLACENTA?

L'ultima ecografia di controllo può evidenziare la presenza di calcificazioni sulla placenta. Un tempo in questi casi si diceva che la placenta era "invecchiata", ma il termine è caduto in disuso.

■ **"La presenza di calcificazioni non comporta necessariamente un problema"**, spiega Mario Fadin. "L'importante è che l'organo funzioni correttamente, cioè che lo scambio di ossigeno e nutrienti tra la madre e il nascituro sia adeguato. **Se il piccolo cresce come deve, non c'è ragione di preoccuparsi**. In presenza di un ritardo di crescita, invece, è opportuno valutare la funzionalità dei vasi sanguigni placentari con un'ecografia doppler".

LA RICERCA

Suoni: li sente anche nel pancione

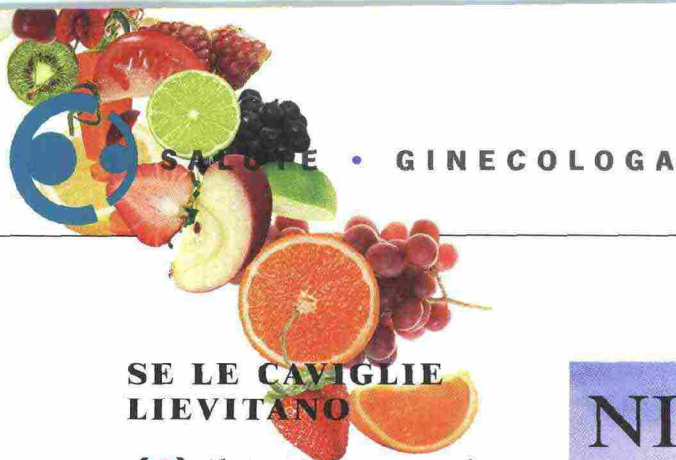


Il trillo del cellulare in prossimità del pancione è in grado di svegliare il nascituro che sta dormendo. Lo dimostra una ricerca condotta dai ginecologi del *Wyckoff Heights Medical Center* di New York e presentata al congresso annuale dell'*American College of Obstetricians and Gynecologists*. "In ogni caso, questo studio non ha constatato nulla di nuovo", commenta il ginecologo Domenico Arduini, presidente del comitato scientifico dell'Associazione per lo Studio delle Malformazioni. **"Da tempo, infatti, sappiamo che il feto già dal 5°-6° mese è in grado di percepire la componente vibratoria di alcuni suoni**. Il trillo del cellulare può effettivamente coglierlo di sorpresa e farlo sussultare le prime volte che lo avverte, ma ben presto ci si abitua e non ne è più disturbato: continuerà quindi a dormire".

NUMERI

Madri in classifica

L'associazione *Save the Children* ha pubblicato il sedicesimo rapporto sul benessere materno-infantile nel mondo, la cosiddetta "classifica delle madri", che tiene conto di parametri relativi alla salute delle mamme e dei bambini e alle condizioni sociali ed economiche della maternità. Al primo posto è risultata la *Norvegia*, seguita da *Finlandia*, *Islanda*, *Danimarca*, *Svezia*. L'Italia è al dodicesimo posto su 179 Paesi.



SALUTE • GINECOLOGA



STEFANIA PILONI lavora al S. Raffaele-Resnati e insegna Medicine Complementari alla Università di Milano. Scrivetele a: insieme@sfera.rcs.it

SE LE CAVIGLIE LIEVITANO

(?) Al 7° mese, in vacanza mi si sono gonfiate gambe e caviglie. Cosa posso fare?

Il fenomeno è del tutto naturale, dovuto proprio al caldo, che dilata i vasi e permette il ristagno del sangue venoso verso le caviglie. Dopo il 6° mese, inoltre, il bimbo che nel ventre preme sui vasi addominali, aggrava la situazione. Per prima cosa bisogna tenere in movimento i muscoli del polpaccio, che esercitano una pressione sulle vene, spingendo il sangue verso l'alto. L'ideale è camminare almeno 2 Km ogni giorno, meglio se in spiaggia e scalze. Poi indossare scarpe comode e a pianta larga, con 3 centimetri di tacco (no alle infradito!). Stare al sole non aiuta: al mare tenere rinfrescate le gambe con bagni e vaporizzatore d'acqua e preferire l'ombrellone alla luce diretta. A tavola, prediligere frutti ricchi di vitamina C, come arance, limoni, kiwi, pompelmi, ad azione antinfiammatoria e l'ananas, che ha effetto diuretico. Ottime le creme naturali a base di Ippocastano, Centella Asiatica e Amamelide. Sì al linfodrenaggio, se eseguito da operatori preparati.



NIENTE ZANZARE

1 In gravidanza meglio affidarsi a principi naturali. Per l'ambiente vanno benissimo citronella e geranio: sono essenze dal profumo gradevole che, oltre a respingere le zanzare, si spandono gradevolmente nell'aria. Comode in forma di candela.

2 Per evitare le punture, scegliete uno spray a base di Laedum Palustre, un principio naturale ottimo dissuasore. Gli spray repellenti classici devono invece essere usati con parsimonia e relegati davvero a pochi momenti.

3 Se i fastidiosi insetti hanno già colpito, si può correre subito ai ripari con i granuli omeopatici di Apis 9CH, 5 ogni 6 ore circa. Per il ponfo, al posto della tradizionale pomata antistaminica preferite come lenitivo una crema a base di amica.



Camminare sulla riva del mare è il miglior antidoto contro le gambe gonfie.

ENDOMETRIOSI: MENO DOLORE GRAZIE AD UN NUOVO FARMACO

È un progestinico (dienogest 2 mg) da prendere una volta al giorno, ogni giorno, sempre alla stessa ora. Questa innovativa pillola non è un contraccettivo, ma combatte in maniera mirata, e con meno effetti collaterali, l'endometriosi: ha già evitato a molte donne il ricorso al bisturi e ne ha salvate altrettante dalla recidiva. Inoltre, a differenza degli altri farmaci, non induce la menopausa (benché transitoria), ma riduce solo fortemente il flusso mestruale e quindi i sintomi. Ma la terapia costa, però, 50 euro al mese e non è rimborsata dal SSN. Sul web petizioni per abbassarne il prezzo o renderla mutuabile.

DEPOSITPHOTOS

Il caso

Utero in affitto in Ucraina assolta coppia di Pozzuoli

La sentenza: nessun fine di lucro, la legge 40 non è stata violata

L'odissea

Al ritorno
in Italia
si erano visti
sequestrare
cellulari e pc
Poi il rinvio
a giudizio

Il giudice

Per il gip
è legittima
la maternità
surrogata:
non c'è
una tecnica
illegale

Alessandro Napolitano

POZZUOLI. Un viaggio all'estero per poter finalmente realizzare il loro sogno, quello di avere un figlio. Senza immaginare che al loro rientro in Italia avrebbero subito perquisizioni, sequestri di oggetti personali, esami del Dna e un processo con ben quattro capi d'accusa. Ma soprattutto inconsapevoli che la loro sentenza di assoluzione sarebbe diventata un precedente giudiziario destinato a fare chiarezza su una delle leggi più controverse degli ultimi anni: quella sulla procreazione medicalmente assistita, meglio nota come «legge 40».

È la storia di una coppia di Pozzuoli che non poteva avere figli. I due hanno così deciso di raggiungere l'Ucraina, dove gli ovuli già fecondati da lui sarebbero stati impiantati ad una donna di Kiev. In pratica avrebbero scelto la via della surrogazione di maternità, più conosciuta come «pratica dell'utero in affitto». Tanti i casi puntualmente «scoperti» dall'ambasciata dell'ex Paese sovietico, ma sempre finiti con archiviazioni o assoluzioni per il solo reato di falso. Mai, prima d'ora, le coppie italiane che avessero deciso di praticare la surrogazione di maternità erano finite

sul banco degli imputati per violazione della legge 40. Dal sogno all'incubo nel giro di pochi giorni per la coppia puteolana. Partita dall'Italia alla volta di Kiev nel 2013, raggiun-

gendo uno dei paesi europei in cui vigono leggi tra le più permissive in materia di procreazione assistita.

L'impianto degli ovuli fecondati riesce perfettamente. La madre «surrogata» porta avanti la gravidanza senza alcun problema, fino alla nascita del piccolo, il 30 agosto del 2014. Così come previsto in Ucraina, la donna che ha dato alla luce il bambino ne registra la nascita all'Ufficio di stato civile di Kiev. Nel documento viene indicato anche che il padre e la madre del bimbo sono i due italiani, e che lei lo ha solo portato in grembo, rinunciando così ad ogni diritto e dovere sul bimbo. Il relativo certificato di nascita viene poi registrato dalla coppia all'ambasciata italiana e da lì trasmesso agli uffici di stato civile di Pozzuoli. Un iter perfettamente in regola con le leggi ucraine, chiarirà il giudice. La stessa ambasciata, però, trasmette gli atti alla Procura di Napoli segnalando il tutto come «un ennesimo caso di surrogazione di maternità».

Da questo momento in poi, per la coppia, inizia l'odissea giudiziaria che mai si sarebbero aspettati di dover vivere. Viene perquisita la loro abitazione, portati via telefoni cellulari, documenti e Pc. I due, assieme al piccolo, vengono anche sottoposti all'esame del Dna. Il pubblico ministero ne chiede ed ottiene il rinvio a giudizio. Sono accusati di concorso in violazione della legge 40 e di ben tre reati di falso in quanto - scrive il pubblico ministero - «falsamente dichiaravano e at-

testavano di essere i genitori naturali del piccolo»; di aver denunciato attraverso la Cancelleria consolare di Kiev «come proprio il figlio nato in realtà da fecondazione eterologa» facendolo «falsamente risultare il piccolo quale figlio naturale» della coppia; ed infine «per aver indotto mediante inganno» il Comune di Pozzuoli a formare un atto di nascita falso.

La Procura di Napoli chiede anche l'autorizzazione al ministero della Giustizia per procedere per reati commessi all'estero. Parte anche una rogatoria internazionale per l'acquisizione dei documenti redatti in Ucraina. La coppia chiede di essere processata con il rito abbreviato. Il giudice acconsente ed emette una sentenza di assoluzione piena, «Perché il fatto non costituisce reato» relativamente all'accusa di aver violato la legge 40 e «perché il fatto non sussiste» per ciò che riguarda le tre accuse di falso. Il pm chiede un anno e mezzo di reclusione per i due, richiesta alla quale si accoda anche il Comune di Pozzuoli che si costituisce parte civile.

I due coniugi vengono difesi dall'avvocato Massimo Calò. Se-



condo il gip Isabella Iaselli - richiamando anche una sentenza della Corte Costituzionale del 2014 che aveva dichiarato illegittimi alcuni articoli della legge 40 - «la surrogazione di maternità non viene considerata come forma di procreazione assistita di tipo eterologo», aggiungendo che «la coppia di coniugi con un problema di fertilità assoluta si è avvalsa della normativa più permissiva dettata dalla legge ucraina» e che «la stessa Corte riconosce che i cittadini italiani potevano e possono recarsi all'estero per fare ricorso alla procreazione assistita».

Il giudice, poi, spiega che si tratta di una «condotta realizzata non per fini di lucro ma per realizzare quel desiderio, costituzionalmente garantito, di diventare genitori». Assolti anche per i reati di falso. In quanto non hanno «attestato nulla ma solo chiesto la trascrizione producendo un atto ufficiale» e che non c'è «alcuna alterazione dello stato civile». In pratica non c'è stato alcun dolo né tantomeno intenzione di violare la legge».

Per l'avvocato

Massimo Calò «La Procura di Napoli aveva cercato di creare un caso "zero" per contrastare la pratica di maternità surrogata ritenuta, erroneamente, illegittima». Per i due genitori la sentenza di assoluzione è «la fine di un incubo. Di certo non ci aspettavamo di dover attraversare un percorso giudiziario così difficile, tortuoso e pesante anche da un punto di vista emotivo: abbiamo dovuto subire perfino perquisizioni e un esame del Dna».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<http://www.lastampa.it/>

Nati prematuri: più a rischio di ansia e introversione in età adulta

Studio britannico mostra una maggior propensione a sviluppare anche certi tratti caratteriali che non facilitano le relazioni sociali



Essere molto prematuri o con un basso peso corporeo alla nascita aumenterebbe il rischio di sperimentare difficoltà sociali in età adulta. Secondo uno studio britannico, appena apparso su *Archives of Disease in Childhood (Fetal & Neonatal Edition)*, i nati prima di 32 settimane di gestazione o con un peso corporeo inferiore a 1.5kg hanno una maggior tendenza a sviluppare dei tratti caratteriali che non facilitano la loro vita, come introversione, tendenza a preoccuparsi molto, bassa propensione al rischio.

Lo studio è stato condotto su circa 400 giovani nati nel 1985-1986 e reclutati nel Bavarian Longitudinal Study. I ricercatori hanno **confrontato i profili di personalità** di 200 soggetti nati prematuri o con basso peso alla nascita con le personalità di 197 coetanei nati a termine e normopeso, **concentrandosi in particolare su cinque tratti (i cosiddetti Big Five)**: estroversione, amicalità, coscienziosità, stabilità emotiva, apertura mentale. Ebbene, l'analisi dei dati ha fatto emergere delle caratteristiche comuni a tutti i nati pretermine e sottopeso che i ricercatori definiscono come un **tipo di "personalità ritirata"**.

«Le caratteristiche della personalità sono molto importanti perché aiutano le persone a svilupparsi come adulti e a formare e a mantenere relazioni sociali» ha commentato il professor Dieter Wolke del dipartimento di psicologia dell'Università di Warwick nel Regno Unito e responsabile dello

studio. **Questi risultati potrebbero aiutare a spiegare perché i gravi pretermine spesso hanno difficoltà sociali e lavorative.** «Questi bambini possono avere in età adulta delle personalità chiuse e sperimentare difficoltà sociali con i loro pari, gli amici e anche i loro cari».

A differenza dei loro coetanei adolescenti, naturalmente portati alla ribellione, questi bambini sono **meno propensi al rischio**. Si comportano infatti generalmente bene, non attirando l'attenzione preoccupata di genitori ed educatori come fanno i bambini più scatenati. **Ed è proprio di maggiori attenzioni che, spiegano i ricercatori, questi bambini avrebbero bisogno, di incoraggiamenti ad essere più sociali e aperti.** Infatti, anche l'atteggiamento dei genitori – che tendono ad essere ansiosi e iperprotettivi verso il prematuro – può giocare la sua parte. Per questo, è auspicabile una loro maggior educazione su come aiutare il bambino.

Dopotutto, la nostra personalità è frutto del funzionamento del nostro cervello ed è quindi naturale che certe condizioni in un momento delicato del suo sviluppo possano influire sul nostro carattere.

Risorsa "Tuteliamo gratuitamente il benessere di tutti"
Ma non basta: ci vorrebbe un presidio ogni 20 mila abitanti

Non solo aborti 40 anni di diritti nei consultori

Interruzioni in calo
"Un segnale che le leggi
di quell'epoca hanno
contribuito alla crescita
culturale del Paese"

L'ANNIVERSARIO

» CATERINA MINNUCCI

Ogni giorno nelle 2.152 strutture in Italia, medici, psicologi e altri operatori da 40 anni lavorano per difendere il più importante traguardo culturale prodotto dalla stagione delle lotte degli Anni 70: i consultori familiari. Accanto al portone di via dei Sabelli 100, nel quartiere romano di San Lorenzo, c'è una mattonella che ritrae il volto di Simonetta Tosi, il medico che qui nel 1974 aprì un consultorio autogestito. Un anno dopo, con la legge quadro n.405 del 29 luglio 1975 il Parlamento istituì i consultori familiari. Sono ancora oggi un punto di riferimento irrinunciabile nella struttura socio-sanitaria del Paese, un percorso unico in Europa che unisce le necessità sanitarie a quelle sociali. "Una garanzia del diritto di ognuno al benessere psico-fisico, e i dati ci dimostrano che non è vero che investire in campo sanitario è solo un costo - spiega al *Fatto* Salvatore Carluccio, presidente di Mondoconsumatori -. Quello che viene avvertito come una perdita nei bilanci della Sanità permette un ritorno triplo in termini di qualità della vita e di risparmio sulla diagnostica e sull'uso dei farmaci". Prevenire è meglio che curare.

FRANCESCA, 35 anni, quando è rimasta incinta, dopo la prima visita da un ginecologo privato ha deci-

so "che avere un bambino non poteva voler dire aver firmato una cambiale". Così, nonostante un buon contratto di lavoro, che le avrebbe permesso di proseguire con l'iter a pagamento, non ha avuto dubbi: "Sono andata in consultorio e sarò un altro bambino rifarò la stessa scelta. A volte pagare non significa avere un servizio migliore. Io voto per il servizio pubblico: ancora oggi porto la mia bimba per il controllo del peso e ogni volta è come essere in una grande famiglia". Al nuovo consultorio di San Lorenzo, a Roma, Antonella Turi lavora come puericultrice: "Certi giorni non riusciamo a riprendere fiato, il telefono squilla in continuazione. Ogni paziente porta qui la sua storia, alcune sono un pugno nello stomaco". Nella struttura c'è una particolare attenzione alla consulenza sull'interruzione volontaria di gravidanza, al supporto psicologico successivo e all'educazione sessuale: "Quando arriva un'adolescente che chiede la pillola abortiva, il nostro lavoro non finisce con la prescrizione: iniziamo un percorso che le permetta di ricevere gli strumenti per affrontare la sessualità in modo sano - spiega l'operatrice -. Una soluzione d'emergenza che deve essere accompagnata da un percorso educativo". Stesso approccio con le donne che decidono di effettuare l'interruzione volontaria di gravidanza: "Per evitare il rischio di un aborto ripetuto o eventuali complicanze successive ci impegniamo a prenderle in carico, anche in coppia". A riguardo il professor Marco Sani, autore del libro *"Il consultorio familiare... quarant'anni dopo"* ha monitorato anche l'interazione con la realtà multi-etnica del Paese.

I DATI DEL 2012 sull'attività dei consultori per l'IVG fanno registrare 107.192 casi con un calo del 56,3% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, 234.801 casi. "È il segnale che la stagione delle leggi degli Anni 70 ha contribuito alla crescita culturale del Paese, un patrimonio che gli amministratori di oggi hanno il dovere di tutelare - spiega il dottor Sani -. Per quanto riguarda le donne straniere l'aborto spesso rappresenta il mezzo normalmente usato per il controllo delle nascite, tanto che l'abortività volontaria ripetuta è statisticamente elevata". L'urgenza è quasi sempre la modalità con cui questo tipo di utenza si rivolge al servizio, lontana da un'ottica di prevenzione. Nel quartiere di San Giovanni, sempre nella Capitale, c'è un consultorio interno al centro di accoglienza per migranti: lì le donne si sentono in un ambiente più protetto e con l'aiuto dei mediatori culturali è stato avviato un programma di protezione. Non solo donne: Maurizio, 48 anni, è separato. Al centro "La Scarpetta" di Trastevere con l'aiuto della psicologa lui e sua moglie hanno smesso di tirarsi i piatti davanti ai bambini: "Grazie alla mediazione familiare abbiamo vissuto la separazione come un momento di crescita".

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Inumeri

2152

I consultori familiari funzionanti sul territorio nazionale, istituiti con legge del 1975

40%

Le strutture che mancano per coprire la prescrizione di legge: 1 ogni 20mila abitanti

56%

Il calo registrato rispetto al 1982, anno in cui si è rilevato il più alto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza. Risultato ottenuto grazie alla legge 194 e all'attività dei consultori

Ca ovarico, mutazioni ADAMTS predittive di sopravvivenza e sensibilità alla chemio



29 luglio 2015

In uno studio pubblicato di recente su JAMA Oncology, le donne con un carcinoma ovarico con mutazioni dei geni ADAMTS si sono dimostrate significativamente più sensibili alla chemioterapia rispetto alle donne con tumori con i geni ADAMTS wild-type.

Inoltre, le mutazioni di questo gene sono risultate predittive di una sopravvivenza globale (OS) e una sopravvivenza libera da progressione (PFS) superiori, a prescindere dalla presenza o meno di mutazioni dei geni BRCA1/2, dallo stadio, dalla presenza o meno di tumore residuo e dall'età.

"L'identificazione precoce delle pazienti che stanno beneficiando o meno di una terapia a base di platino è fondamentale per la gestione del carcinoma ovarico avanzato e rappresenta un passo importante verso il traguardo di un trattamento personalizzato" scrivono gli autori, guidati da Yuexin Liu, del Dipartimento di Patologia dell'MD Anderson Cancer Center di Houston.

I ricercatori aggiungono, inoltre, che questi risultati hanno "importanti implicazioni a fini predittivi e della progettazione dei trial" e che "potrebbero essere un'utile aggiunta alla ricerca delle mutazioni di BRCA per le pazienti con un tumore ovarico".

Le mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 sono presenti in circa il 20% delle pazienti con tumore ovarico del Cancer Genome Atlas (un progetto avviato nel 2006 dal National Cancer Institute e dal National Human Genome Research Institute, finalizzato a creare un catalogo delle mutazioni genetiche responsabili dei tumori), ma le percentuali di chemiosensibilità alle terapie a base di platino sono circa del 70%, il che significa che la risposta alla chemioterapia può dipendere anche da qualcosa di diverso dalle mutazioni di BRCA.

Liu e i colleghi hanno quindi effettuato uno studio osservazionale al fine di identificare nuove mutazioni genetiche che potrebbero essere associate alla chemiosensibilità utilizzando dati genomici e clinici ottenuti da 512 donne con un tumore ovarico e dati di sequenziamento dell'intero esoma disponibili nel Cancer Genome Atlas tra il 2009 e il 2014.

Le analisi hanno evidenziato un tasso di mutazione complessivo di circa il 10,4% per otto membri della famiglia dei geni ADAMTS. Queste mutazioni sono risultate associate a una sensibilità alla chemioterapia significativamente più alta rispetto ai geni wild type (100% contro 64%; $P < 0,001$) e un intervallo libero da platino superiore (durata mediana di 21,7 mesi contro 10,1; $P = 0,001$).

Inoltre, le analisi hanno evidenziato nelle pazienti con mutazioni dei geni ADAMTS un'OS significativamente superiore (58 mesi contro 41,3; HR 0,54; IC al 95% 0,42-0,89; $P = 0,01$), così come una PFS significativamente più lunga (31,8 mesi contro 15,3; HR 0,42; IC al 95% 0,38-0,70; $P < 0,001$) rispetto alle pazienti con geni ADAMTS wild type.

Le donne portatrici di mutazioni di questi geni hanno mostrato un miglioramento significativo dell'OS ($P = 0,01$), della PFS ($P < 0,001$) e della sopravvivenza libera da platino ($P = 0,001$) anche dopo aver aggiustato i dati in funzione delle mutazioni di BRCA, dello stadio chirurgico, del tumore residuo e dell'età delle pazienti.

Inoltre, non è stata trovata nessuna correlazione significativa tra le mutazioni dei geni ADAMTS e quelle dei geni BRCA1 o BRCA2.

Nella discussione, gli autori sottolineano che restano ancora da identificare ulteriori fattori predittivi di sensibilità, perché molte pazienti senza mutazioni di ADAMTS o di BRCA1 o BRCA2 sono comunque chemiosensibili.

Y. Liu, et al Association of Somatic Mutations of ADAMTS Genes With Chemotherapy Sensitivity and Survival in High-Grade Serous Ovarian Carcinoma. JAMA Oncol. 2015;1(4):486-494. doi:10.1001/jamaoncol.2015.1432.

[leggi](#)

[chiudi questa finestra]

<http://www.lettera43.it/>

Hpv, baciare può trasmettere il virus del papilloma

Sarebbe un fattore di rischio maggiore rispetto al fumo per lo sviluppo dei tumori della testa e del collo.

I papilloma virus umani (Hpv, dall'inglese *Human papilloma virus*) sono virus a Dna che si trasmettono per via sessuale e che si replicano nelle cellule dell'epidermide. Ne esistono oltre 120 tipi, che si differenziano per i tipi di tessuto che infettano. Di questi, più di 40 interessano l'epitelio anogenitale, e alcuni fra questi sono definiti Hpv ad alto rischio: sono quelli collegati all'insorgenza di vari tipi di tumori, soprattutto della cervice.

IL BACIO COME FATTORE DI RISCHIO. Secondo un recente studio citato sul *Daily Mail*, baciare sarebbe uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di tumori della testa e del collo, ancor più del fumo o dell'alcol, e il bacio alla francese sarebbe in grado di trasmettere il virus del papilloma. Secondo il chirurgo del Royal Darwin Hospital australiano, il dottor Mahiban Thomas, il virus è stato responsabile per il 70 % dei casi di cancro della testa e del collo.

COLPISCE ANCHE GLI UOMINI. Secondo lo specialista, per chi viene contagiato da Hpv in orofaringe, il rischio di sviluppare il cancro della testa e del collo era 250 volte superiore a quello di una persona senza il virus. Anche se più comunemente associato ai tumori della cervice, l'Hpv può colpire sia gli uomini che le donne. Ci sono più di 120 tipi di virus, ma solo circa otto ceppi 'ad alto rischio' possono causare tumori nell'orofaringe.

Il Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie ha svolto studi che suggeriscono che l'Hpv orale potrebbe essere trasmesso durante il sesso orale o con un bacio alla francese, e che circa il 7 % delle persone è affetto dall'Hpv orale.

Sempre secondo Thomas, recenti studi hanno suggerito che anche il petting senza interazione sessuale può essere in grado di trasferire il virus. «Se si guardano le cifre provenienti dagli Stati Uniti, il 70 per cento dei tumori della testa e del collo sono dovuti all'Hpv». «Se si ha l'HPV, si ha 250 volte la probabilità di sviluppare il cancro di una persona che non ha l'HPV ».

I numeri dell'infezione da Hpv in Italia e nel mondo

L'infezione da Hpv è estremamente frequente: si stima, infatti, che almeno il 75% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della propria vita con un virus Hpv di qualunque tipo, e che oltre il

50% si infetti con un tipo ad alto rischio oncogeno. A livello mondiale, secondo i dati dell'Istituto superiore di Sanità, la prevalenza delle infezioni da Hpv in donne asintomatiche varia dal 2% al 44%. Negli Stati Uniti, secondo uno studio pubblicato nel febbraio 2007, risulta positivo all'Hpv il 26,8% delle donne fra i 14 e i 59 anni, pari a 24,9 milioni di donne in tutto il Paese.

PIÙ DIFFUSO TRA LE GIOVANI DONNE. In Italia, studi condotti su donne di età tra 17 e 70 anni, mostrano una prevalenza per qualunque tipo di Hpv compresa tra 7 e 16%. La prevalenza aumenta al 35-54% in caso di donne con diagnosi di citologia anormale, per raggiungere il 96% in caso di displasia severa o oltre. La prevalenza delle infezioni da Hpv varia con l'età: è più elevata nelle giovani donne sessualmente attive, mentre un secondo picco di prevalenza si nota nelle donne intorno alla menopausa o dopo. Uno studio condotto nell'Italia settentrionale in donne tra 25 e 70 anni ha mostrato come la prevalenza diminuisca dal 13-14% nella fascia di età 25-39 anni, all'11% nelle donne tra 40 e 44 anni, e al 5% nelle donne oltre i 44 anni. In ogni caso, la maggior parte delle infezioni (fra il 70 e il 90%) è transitoria, perché il virus viene eliminato dal sistema immunitario prima di sviluppare un effetto patogeno. In particolare, è stato documentato che, a distanza di 18 mesi dall'infezione, l'80% delle donne era Hpv-negativa. La probabilità che l'infezione evolva verso la persistenza sembra dipendere dal tipo del virus, ed è più elevata per i tipi ad alto rischio, incluso l'Hpv 16.

UN VACCINO PER LA PREVENZIONE. L'infezione da Hpv si trasmette soprattutto attraverso rapporti sessuali con partner portatori del virus. Fino a poco tempo fa, l'unico modo per prevenire il carcinoma cervicale era attraverso lo screening effettuato utilizzando il pap-test, tuttora raccomandato in Italia ogni tre anni per le donne tra i 25 e i 64 anni. Il pap-test consente infatti di identificare le lesioni precancerose e di intervenire prima che evolvano in carcinoma. Recentemente l'Agenzia europea per i farmaci (Ema) ha autorizzato in Europa il primo vaccino contro l'Hpv: il Gardasil, che previene le lesioni causate da quattro tipi del virus: Hpv 16 e 18 (complessivamente associati a circa il 70% di tutti i carcinomi cervicali), 6 e 11 (responsabili del 90% circa dei condilomi genitali). Il ciclo vaccinale consiste nella somministrazione, per via intramuscolare, di tre dosi, di cui la seconda e la terza a distanza di 2 e 6 mesi dalla prima. L'efficacia clinica del vaccino è stata valutata in donne tra 16 e 26 anni.

seguì [quotidianosanità.it](#) [Tweet](#)  stampa



Epatite C. Pani (Aifa) in audizione al Senato: “Con accordi Aifa risparmi per 2,5 miliardi in due anni. Ma c’è troppo divario tra le Regioni”

“In Italia rilevanti problemi di sostenibilità nonostante prezzi più bassi del 30% rispetto ad altri Paese”. Ma sono cinque le Regioni che non hanno attivato il programma di uso compassionevole del farmaco ‘Sovaldi’. E il divario tra regioni tende a crescere a causa dell'emersione di strumenti tecnologici innovativi. E poi sulla segretezza del prezzo: “Parlerei piuttosto di accordo di carattere confidenziale”.



29 LUG - **le="margin-left: 1.5pt;">** “Considerando tutti i medicinali per l'epatite C autorizzati e rimborsati, il risparmio generato dagli accordi sottoscritti da **AIFA** con le aziende farmaceutiche ammonterà nei prossimi due anni a 2,5 miliardi di euro in funzione della rapidità di avvio al trattamento dei pazienti. Questo quanto afferma il Dg dell'Agenzia del Farmaco **Luca Pani** durante l'audizione di oggi in commissione Igiene e Sanità in merito all'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn e in special modo, dopo l'[audizione del presidente della Toscana Enrico Rossi](#) sul tema dei farmaci per l'epatite C.

Ecco il resoconto dell'Audizione.

Il Dg **Aifa** Luca Pani ha fornito in primo luogo, elementi informativi sull'attivazione dei percorsi di utilizzo terapeutico compassionevole dei farmaci per l'epatite C, ponendo in evidenza i problemi che hanno caratterizzato la dispensazione da parte delle regioni: cinque regioni risultano non aver attivato il programma di uso compassionevole del farmaco "Sovaldi", e la distribuzione regionale degli usi compassionevoli è stata comunque piuttosto squilibrata.

Quanto al tema del prezzo e della rimborsabilità dei medicinali per l'epatite C, Pani ha segnalato che in Italia sussistono rilevanti problemi di sostenibilità, essenzialmente dovuti ad una prevalenza della patologia nettamente superiore a quella degli altri paesi europei. In questo senso è stato fatto presente che **AIFA** si rese conto per tempo di tali profili di sostenibilità e, a negoziazione in corso, fornì evidenza pubblica di un problema morale sul profitto aziendale, con un editoriale intitolato "Dall'etica del profitto al profitto dell'etica".

Il Dg **Aifa** ha sottolineato inoltre che l'Agenzia, al fine di conoscere il potenziale numero di pazienti da trattare a carico del Servizio sanitario nazionale, ha avviato precocemente, in accordo con il Ministero della salute, una serie di iniziative, tra cui l'istituzione di un tavolo

tecnico che ha coinvolto tutti i possibili stakeholder (associazioni di pazienti, società scientifiche, Centro nazionale trapianti, rappresentanti regionali, infettivologi ed epatologi). E in questo senso ha evidenziato che, in materia, si registra una certa confusione, desumibile anche dal dato di 26 mila pazienti potenzialmente trattabili fornito dalla Regione Toscana, che a suo avviso rappresenta il frutto di una stima di tipo conservativo.

Quanto all'accordo sul prezzo d'acquisto, Pani ritiene improprio qualificarlo in termini di segretezza: si tratta piuttosto di un accordo di carattere confidenziale, i cui contenuti non sono stati rivelati pubblicamente per non incorrere in una inadempienza contrattuale che avrebbe impedito di raggiungere importanti obiettivi di risparmio. In ogni caso il Dg **Aifa** ha rimarcato come che tutte le Regioni hanno ricevuto comunque una documentazione esaustiva sui termini di tale accordo, avendo **AIFA** trasmesso il 3 dicembre 2014 a tutti gli assessorati regionali, in via confidenziale, un documento denominato "Linee di indirizzo **AIFA** relative all'accesso ed erogazione a carico del Ssn del medicinale Sovaldi", finalizzato ad indirizzare ad una corretta programmazione dell'accesso e dell'erogazione del medicinale in questione. Inoltre – ha precisato - alle

sudette linee di indirizzo era allegata una tabella in cui era elencato, per ogni Regione, il numero di pazienti per ogni scaglione di sconto. Invita poi a considerare che, in sostanza, i termini dell'accordo sono stati rivelati dalla stampa specializzata, che rese noto che "L'accordo è stato trovato con una sorta di gradualità al ribasso con prezzi che vanno da 37 mila euro a terapia fino ai circa 4 mila euro delle ultime dosi" (citazione da "Quotidiano sanità").

Il Dg **Aifa** ha fatto presente inoltre che, dopo il "Sovaldi", l'Agenzia ha completato le procedure di rimborsabilità e prezzo anche degli altri medicinali innovativi per la cura dell'epatite, prevedendo approcci negoziali ulteriori nelle successive trattazioni del prezzo. E ha rimarcato come tali economie siano state possibili grazie alla capacità di sottoscrivere accordi soggetti a confidenzialità (prassi invalsa, come emerge da uno studio dell'Organizzazione mondiale della sanità, in tutti i Paesi europei). Pani ha poi evidenziato che l'Italia è il Paese in cui si registrano, in generale, i prezzi più bassi: tale risparmio arriva al 30 per cento per i medicinali relativi all'epatite C, in considerazione di una capacità negoziale potenziata dalla più elevata prevalenza della malattia (analoghi risultati di risparmio non sono stati però conseguiti dalle assicurazioni private negli Stati Uniti, che pure hanno prevalenze assimilabili a quella italiana).

Il Dg **Aifa** ha poi spiegato che la strategia negoziale utilizzata dall'Agenzia è stata quella di applicare un modello di accordo prezzo-volume, approvando diversi farmaci in competizione tra loro, e fissando un costo massimo di trattamento per paziente indipendente dalla sua durata. In questo modo – ha fatto notare – l'alta prevalenza di malattia caratterizzante l'Italia consente un rapido raggiungimento degli scaglioni di prezzo più bassi. Pani è passato quindi a trattare delle difformità di comportamento delle diverse Regioni nella gestione dei farmaci innovativi per la cura dell'epatite C, segnalando le anomalie registrate in tale ambito: a fronte di un payback pari a 41 milioni di euro, le Regioni con prevalenza percentuale massima che avrebbero dovuto trattare più pazienti, e quindi arrivare prima agli scaglioni progressivi di sconto e ottenere un rimborso maggiore, sono viceversa quelle che hanno trattato meno pazienti, con le intuibili conseguenze mediche, etiche ed economico-sociali.

In conclusione, il Dg **Aifa** ha rilevato che, considerando tutti i medicinali per l'epatite C autorizzati e rimborsati, il risparmio generato dagli accordi sottoscritti da **AIFA** con le aziende farmaceutiche ammonta nei prossimi due anni a 2,5 miliardi di euro in funzione della rapidità di avvio al trattamento dei pazienti.

Nel suo intervento il presidente **Aifa Sergio Pecorelli** ha ritenuto che la problematica dei farmaci innovativi per la cura dell'epatite C debba rappresentare l'occasione per una riflessione sugli scenari futuri legati alla emersione di nuovi medicinali, anche per la terapia delle malattie oncologiche. E ha sottolineato come centrale il tema delle disparità regionali nell'accesso ai farmaci innovativi, con le relative implicazioni di carattere etico.

Al termine di questo primo giro i senatori hanno posto alcune domande.

La senatrice del PD **Nerina Dirindin**, relatrice per la procedura informativa, ha segnalato che il provvedimento con cui **AIFA** ha dato avvio alle procedure di rimborso dei farmaci non definisce in maniera chiara il proprio ambito applicativo, né reca elementi informativi certi su numero dei trattamenti e entità degli sconti. La senatrice domanda se **AIFA** abbia contezza del ricorso ai farmaci innovativi con acquisti a carico dei pazienti e se possa fornire dati in materia. Chieste inoltre delucidazioni specifiche sul farmaco denominato "Simeprevir", e, più in generale, quali siano le vere ragioni della secretazione degli accordi intercorsi con le aziende, in un momento storico in cui il principio della trasparenza dovrebbe essere massimamente preservato.

Il senatore di CRi **Luigi D'Ambrosio Lettieri**, relatore per la procedura informativa, ha domandato se ad avviso degli auditi siano necessari dei correttivi alla normativa che disciplina i rimborsi alle Regioni in relazione al trattamento dei pazienti con i farmaci innovativi. Chiesto inoltre se la creazione di una centrale di acquisto unica, di carattere sovranazionale, sia ritenuta una prospettiva valida e da perseguire. Nel rilevare una certa lentezza nell'avvio dei trattamenti, il senatore ha domandato quali iniziative possano essere intraprese al fine di fornire maggiori informazioni ai pazienti potenzialmente interessati alla somministrazione dei nuovi farmaci. Chiesto infine, se le rilevate difformità tra i comportamenti delle regioni facciano apparire necessari, nell'opinione degli auditi, interventi di revisione costituzionale sul tema della governance sanitaria.

Le risposte di Pani. Il Dg **Aifa** ha ribadito che le regioni riceveranno indicazioni precise in merito al numero di pazienti per ogni scaglione di sconto, nell'ambito della tabella allegata alle linee di indirizzo a suo tempo trasmesse **dall'AIFA**. Quanto all'ambito applicativo, segnala che vi è in effetti un problema di classificazione dei farmaci innovativi, in alcuni casi annoverati in classe H.

Riguardo alla spesa sostenuta dai privati per l'acquisto dei medicinali in questione, Pani fa rilevare che tale fenomeno sfugge ai registri dell'Agenzia ma è oggetto di approfondimento in altre sedi, trattandosi di acquisti non sempre motivati da necessità terapeutiche realmente sussistenti. Dopo aver fatto rilevare che in merito al "Simeprevir" si farà luogo ad una rinegoziazione, Pani ha osservato che la confidenzialità degli accordi serve in realtà a tutelare la forza contrattuale del Servizio sanitario nazionale: una totale trasparenza in materia potrebbe precludere il raggiungimento degli auspicati abbattimenti di spesa, ed è probabilmente per questo - evidenza - che le aziende farmaceutiche non hanno mai rilasciato dichiarazioni a favore del mantenimento del regime di riservatezza dei termini degli accordi.

Sul tema delle disparità di trattamento legate ai comportamenti difformi delle regioni, Pani ha posto in rilievo che il divario tende a crescere a causa dell'emersione di strumenti tecnologici innovativi che, per ragioni di costo, non tutti gli erogatori possono mettere a disposizione dell'utenza. Quanto alla rilevata lentezza di avvio dei trattamenti, ha osservato che essa dipende in alcuni casi da scelte di natura clinica.

In conclusione, il Dg **Aifa** ha espresso l'avviso che la creazione di una centrale unica di acquisto a carattere sovranazionale rappresenti un obiettivo di notevole rilievo, che risulta peraltro già inserito nell'agenda europea, anche grazie agli impulsi scaturiti dal semestre di presidenza italiana.

29 luglio 2015
 © Riproduzione riservata

Altri articoli in Governo e Parlamento

quotidianosanita.it

Giovedì 30 LUGLIO 2015

Corte dei conti. Tra 2008 e 2015 tagliati 17,5 mld alla sanità. Su le tasse e giù gli investimenti

Negli ultimi 7 anni un totale di 40mld di tagli agli Enti locali. “Ne è derivato un inasprimento della pressione fiscale, e per le Regioni, a causa di una diversa disciplina del Patto, una compressione delle funzioni extra-sanitarie, con flessione, soprattutto, delle spese di investimento”. [**LA RELAZIONE SULLA FINANZA TERRITORIALE**](#)

Tra il 2008 ed il 2015 ci sono stati 40 miliardi di tagli (il 2,4% del Pil), per i vincoli imposti dal Patto di stabilità, con riduzione dei trasferimenti dallo Stato per circa 22 miliardi e dei finanziamenti nel comparto sanitario regionale per 17,5 miliardi. È quanto segnala la Corte dei Conti nella relazione sulla finanza territoriale.

La relazione espone unitariamente i dati di cassa dell'esercizio 2014 della finanza regionale e comunale, posti a raffronto con i risultati del triennio precedente e con gli esiti del monitoraggio sul Patto di stabilità interno, così da offrire una visione d'insieme degli effetti finanziari e delle problematiche che hanno interessato i due comparti. La relazione affronta i nodi problematici che contrassegnano i rapporti tra il disegno politico-istituzionale di revisione del sistema fiscale locale ed il progetto di federalismo avviato nello scorso decennio, segnalando i rischi connessi al riassetto istituzionale in corso ed i possibili riflessi sugli equilibri economici delle Autonomie territoriali.

Tra il 2008 ed il 2015, la dimensione complessiva delle correzioni di spesa poste a carico degli enti territoriali, per i vincoli imposti dal Patto di stabilità, ha raggiunto i 40 miliardi (pari al 2,4 per cento del Pil), con riduzione dei trasferimenti dallo Stato per circa 22 miliardi (e dei finanziamenti nel comparto sanitario regionale per 17,5 miliardi). Ne è derivato, per gli enti locali, un inasprimento della pressione fiscale, e per le Regioni, a causa di una diversa disciplina del Patto, una compressione delle funzioni extra-sanitarie, con flessione, soprattutto, delle spese di investimento.

Per il 2014, i vincoli del Patto di stabilità sono stati rispettati da tutte le Regioni ad eccezione della Regione Lazio, che ha superato il proprio tetto di spesa di 977 milioni, nell'intento dichiarato di favorire il più sollecito pagamento dei debiti pregressi e la ripresa economica e produttiva del territorio.

Il quadro complessivo che emerge dalle analisi effettuate sui dati di cassa del comparto Regioni e Province autonome evidenzia il permanere di una sofferenza di liquidità, pur in presenza della consistente quantità di risorse (circa 20 miliardi) immessa in via straordinaria dal d.l. n. 35/2013 e incrementata dal d.l. n. 102/2013 e n. 66/2014 per il pagamento dei debiti pregressi.

L'analisi conferma come le entrate regionali abbiano subito, nel 2014, una considerevole contrazione (-18,8%), anche a seguito dell'iniezione di liquidità che ha determinato gli straordinari risultati del 2013 e, di conseguenza, un picco sul versante della spesa, a fronte di valori sostanzialmente stabili nel biennio 2011-2012.

La componente non sanitaria della spesa corrente mostra una leggera, tendenziale crescita, soprattutto per le Regioni a statuto ordinario, mentre la spesa in conto capitale fa registrare una flessione costante nel periodo 2011-2014 (-3,71%), con l'eccezione del 2013 per effetto delle risorse aggiuntive.

Rimane sempre elevato (l'aumento medio è del 2,9%) il livello della spesa sanitaria sostenuta dalle Regioni nel biennio 2013/2014 rispetto ai valori raggiunti nel biennio precedente, e ciò per effetto delle anticipazioni di liquidità ottenute per il pagamento dei debiti commerciali accumulati dai rispettivi enti sanitari; l'incremento risulta, tuttavia, inferiore all'entità delle risorse finanziarie trasferite dallo Stato a tale scopo. Analogamente, anche gli enti sanitari incrementano gli incassi complessivi, senza un aumento in misura corrispondente dei relativi pagamenti ai fornitori, con conseguente formazione di disponibilità liquide per 2,8 miliardi, al netto delle anticipazioni di tesoreria. Significative riduzioni di pagamenti, inoltre, si registrano in materia di personale (-2,77% rispetto al 2013 e - 5,75% rispetto al 2011).

Meno esami più prevenzione I risparmi della nuova sanità

Lorenzin: da adesso tutto sarà reinvestito nel settore

L'intervento

**Il sottosegretario
De Filippo: tanti
sprechi nel sistema
ma la qualità
non sarà intaccata
Il vero cambiamento?
Arriverà dalla
medicina del territorio**

VITO SALINARO

Nessuno, al ministero della Salute, vuol sentire parlare di tagli. Perché i 2,35 miliardi in meno per il 2015 sono «un mancato aumento rispetto al 2014». E «non esistono tagli per 10 miliardi in 5 anni». Ma soldi, dice il ministro **Beatrice Lorenzin**, «che vanno risparmiati nella sanità» ma che «nella sanità andranno reinvestiti». Di fronte «all'invecchiamento della popolazione» e «all'arrivo di nuovi costosissimi farmaci», il ministro vuole un massiccio programma di prevenzione e «riforme, anche sul fronte della trasparenza, della lotta alla corruzione e del controllo della spesa». Le cifre al ribasso non sono comunque una sorpresa per le Regioni visto che il "risparmio" è stato concordato tra esecutivo e governatori il 2 luglio scorso. Ma se proprio di tagli si vuol parlare, **Lorenzin** ammette che saranno gli ultimi "lineari" perché il Sistema sanitario nazionale (Ssn) «non potrà più tollerarli».

Cosa cambierà tra un mese

Il Patto per la salute è appena stato recepito nel decreto Enti locali. E tra un mese arriveranno i protocolli attuativi che disegneranno una nuova sanità. Con più vincoli per medici e, dunque, per i malati. I camici bianchi potranno trovarsi a limitare ecografie, tac, risonanze, ma anche analisi del sangue. Tutto dovrà rispondere ad esigenze di «appropriatezza». E cioè di (estrema) utilità. Salvo casi urgenti, potremo misurare trigliceridi e colesterolo ogni 5 anni; oppure procedere privatamente. Una patologia cardiaca o epatica che veniva monitorata con 4 o 5 ecografie all'anno, potrà essere valutata con la metà degli esami. Non sarà così automatico il ricorso alla risonanza magnetica quando si presenta un mal di schiena; conterranno la patologia e anche l'età: l'esame effettuato per un'ernia si pagherà, quello per un sospetto tumore sarà rimborsato. Potranno essere più lunghi, inoltre, i periodi di degenza da trascorrere a casa e meno spazi per le terapie riabilitative.

Le scelte delicate dei medici di famiglia

«Se devo ordinare più esami ad un paziente, dovrò distinguere tra quelli rimborsabili, che indicherò nella ricetta rossa, e quelli non rimborsabili per i quali userò la ricetta bianca; questi ultimi dovranno essere pagati», spiega Giacomo Milillo, segretario generale della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg). I camici bianchi potrebbero trovarsi di fronte a un quesito difficile: ordinare esami pur in presenza di sintomi non particolarmente evidenti – evitando conseguenze giudiziarie in caso di negligenze –, oppure rimandare lo screening, dal momento che, se fosse superfluo, potrebbe pesare sulla sua stessa remunerazione? Una situazione, incalza Milillo, «che finirà per creare disaffezione del cittadino nei confronti del Ssn e che indurrà chi potrà permetterselo a rivolgersi ad assicurazioni e a fondi privati. Non sempre però questi ultimi sono in grado di garantire prestazioni qualitativamente e quantitativamente adeguate».

Del resto, sottolinea Filippo Maria Boscia, presidente dell'Associazione medici cattolici italiani, il sistema del "tutto gratuito a tutti", «non è più sostenibile e oculate razionalizzazioni sono opportune». Boccia invoca «una scelta etica della spending review, commisurando ogni decisione alla dignità della persona umana», salvaguardando la più debole, e pur in presenza di tagli, salvando «la qualità».

Guerra dichiarata agli sprechi

Una visione «pienamente condivisa» dal sottosegretario al ministero della Salute, **Vito De Filippo**. «Nessuno, nell'ambito dell'accordo tra Stato e Regioni, ha mai pensato di ridurre servizi essenziali o farmaci per patologie gravi – dichiara **De Filippo** ad *Avvenire* –. L'intesa nasce anche dalla consapevolezza dei numerosi sprechi ancora presenti nel nostro sistema sanitario. Combattendoli salvaguarderemo la qualità delle prestazioni». In questo senso gli ambiti di intervento sono numerosi: «Penso al sistema delle gare centralizzate per beni e servizi che ci farà risparmiare fino al 20% – evidenzia il sottosegretario –; ma anche a ricoveri impropri in strutture ospedaliere pubbliche e in quelle private al di sotto dei 40 posti letto, ai processi di innovazione della spesa farmaceutica e alla "rivoluzione" della medicina del territorio che stiamo organizzando». **De Filippo** non ha dubbi: «Quanto più funzionerà la medicina del territorio (che, integrando i servizi tra medici di base, équipe di cure primarie e ospedali, evita ricoveri impropri, ndr), tanto più vi saranno elevate attività di "spending" dalle mancate ospedalizzazioni e dalla riduzione di prestazioni in emergenza-urgenza e di prescrizioni specialistiche improprie». Un esempio: «L'Italia – afferma **De Filippo** – è tra i primi Paesi al mondo per prestazioni radiologiche; molte volte però si tratta di esami inutili, spesso conseguenza di quella medicina difensiva che vogliamo superare con una normativa adeguata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mercoledì 29 LUGLIO 2015

Manovra sanità. I medici italiani bocciano il decreto e mettono in guardia il Governo: "Renzi dica con chiarezza cosa vuol fare della sanità". Secco no anche dalle professioni sanitarie

Dura nota del Comitato centrale della Fnomceo all'indomani dell'approvazione al Senato del maxi emendamento con i tagli alla sanità per il 2015 e 2016. "Questi tagli, e quelli annunciati dalla prossima spending review, nonostante alcune rassicurazioni di facciata, mettono a serio rischio la sostenibilità del sistema e l'accessibilità dei cittadini alle cure". Forti critiche al provvedimento anche [dai sindacati e dalle associazioni professionali delle professioni sanitarie](#).

"I tagli in Sanità, nonostante alcune rassicurazioni di facciata, mettono a serio rischio la sostenibilità del Sistema Sanitario e l'accesso dei cittadini alle cure": è con forte preoccupazione che la Fnomceo (nella foto a lato la presidente **Roberta Chersevani**), guarda ai provvedimenti sulla Sanità contenuti nel "Maxiemendamento Enti Locali", approvato ieri dal Senato, e a quelli preannunciati dal Commissario alla Spending Review, **Yoram Gutgeld**.

E si appella direttamente al Presidente del Consiglio **Matteo Renzi**, chiedendogli, "al di là dell'enunciazione di luoghi comuni in materia sanitaria, una chiara assunzione di responsabilità, di fronte a tutti i cittadini, su quali impegni intenda assumersi nel campo della tutela della salute".

Ecco la nota del Comitato Centrale:

"La Fnomceo esprime profonda preoccupazione per i tagli al Sistema Sanitario Nazionale approvati dal Senato e per quelli preannunciati nella "Spending Review". Questi tagli, nonostante alcune rassicurazioni di facciata, mettono a serio rischio la sostenibilità del sistema e l'accessibilità dei cittadini alle cure.

E questo diventa ancora più drammatico nell'attuale momento storico di grave crisi economica, che porta le persone a rinunciare alle cure perché ormai privi di risorse. Al di là dei tecnicismi regolatori - e di un eccesso di retorica sulla lotta agli sprechi - saranno inevitabili ricadute negative sui livelli qualitativi delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, con una riduzione del tasso di equità e di universalismo dei servizi. In questo concitato affacciarsi sui tagli, anche il lavoro professionale è misurato e ricondotto alle sue mere espressioni di costi diretti e indotti.

La stessa appropriatezza prescrittiva, da delicato e complesso processo di interpretazione e mediazione dei bisogni nella relazione di cura tra medico e persona assistita - nel rispetto delle evidenze scientifiche, della giustizia sociale e dell'etica civile -, viene ridisegnata in un'anonima e burocratica funzione di aderenza a obblighi regolamentari. L'appropriatezza si consegue riconoscendo autonomia e responsabilità ai professionisti, non consegnando loro il "menù del giorno" a prezzo fisso e minacciando di intaccare il loro stipendio a giudizio del burocrate di turno.

Si continua a fare riferimento a fantasiose stime economiche riguardanti la cosiddetta medicina difensiva, senza tener conto della delicata relazione medico-paziente e della complessità del processo diagnostico, come se invece fosse un mero e passivo esercizio commerciale. La medicina difensiva, se veramente esiste, va affrontata non a valle ma a monte, adottando atti legislativi che giacciono in Parlamento, sulla responsabilità professionale sanitaria e sulle coperture assicurative, che restituiscano serenità all'esercizio professionale.

Pur consapevoli delle grandi difficoltà che attraversa il nostro sistema Paese, anzi proprio in ragione di queste, non intendiamo subire una deriva del nostro Servizio Sanitario Nazionale che lo porti ad essere "insostenibile", claudicante e bisognoso di improvvisati "fai da te". Siamo stati, siamo e saremo convinti sostenitori e protagonisti di un sistema di tutela della Salute a finanziamento pubblico equo e universalistico.

E lo facciamo non per ragioni ideologiche né per tornaconti corporativi, ma perché costa meno, a parità di risultati, utilizza e distribuisce in modo più efficace le risorse della collettività, rende disponibili innovazioni scientifiche e tecnologiche, allevia le disuguaglianze e aiuta il sistema paese a crescere nella solidarietà, nella coesione sociale e certamente... in Salute.

Considerato che, nei fatti, la politica governativa sta sempre più disimpegnando lo Stato dal Sistema Sanitario Nazionale a favore di un sistema assicurativo, chiediamo al Presidente del Consiglio, Matteo Renzi, al di là dell'enunciazione di luoghi comuni in materia sanitaria, una chiara assunzione di responsabilità, di fronte a tutti i cittadini, su quali impegni intenda assumersi nel campo della tutela della salute.

Oggi i tagli sono etichettati come efficientamenti e razionalizzazione ma mettono invece in crisi l'erogazione di assistenza, soprattutto da parte delle realtà eccellenti e virtuose sparse su tutto il territorio nazionale. È una pia illusione che in Sanità si possa spendere meno di quanto si spende, senza andare a toccare la quantità, la qualità e il livello di assistenza erogata ai cittadini."

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 29 LUGLIO 2015

Lorenzin alla Camera: "Ssn non può tollerare altri tagli lineari. Norma su inappropriata prescrivibile non è contro i medici"

Durante il question time il Ministro ribadisce che "non è previsto alcun taglio di 10 miliardi del Fondo sanitario nazionale". E poi evidenzia, in vista della Legge di Stabilità 2016, che non ci saranno tagli lineari. E poi sulla norma contro le prescrizioni inappropriate: "Razionalizza le prescrizioni che sono fatte in modo non appropriato dando ai medici anche la possibilità di difendersi contro un eccesso di denunce".

"In vista della prossima legge di stabilità 2016 intendo ribadire in quest'Aula che il Sistema sanitario nazionale non può tollerare tagli lineari, essendoci spazio esclusivamente per interventi di efficientamento e razionalizzazione in specifici settori della spesa sanitari". È quanto afferma oggi il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** rispondendo durante il Question time a due interrogazioni, una di **Marisa Nicchi** di Sel ([Vedi interrogazione](#)) e un'altra di **Donata Lenzi** del Pd ([Vedi interrogazione](#)), dopo il caos scatenatosi in questi giorni in merito ai tagli alla sanità.

"Siamo di fronte ad un'intervista giornalistica – ha detto il Ministro riferendosi al [titolo di Repubblica](#) di domenica scorsa - che, a mio parere, è stata in gran parte travisata e tra l'altro non è stata rilasciata da me, dove il titolo ha fatto un po' l'agenda di questa settimana. Come Ministro vorrei ribadire che non è previsto alcun taglio di 10 miliardi del Fondo sanitario nazionale".

Lorenzin ha ricordato poi come "la riduzione del fondo sanitario nazionale non è riconducibile all'intesa del 2 luglio, bensì a quella precedente del febbraio 2015 e risponde a una scelta univoca delle regioni".

Per quanto riguarda il futuro l'obiettivo sarà riprendere le fila del Patto per la Salute. Il Ministro ha specificato come "nel Patto della salute, lo scorso anno, abbiamo indicato una mappa di interventi da attuare per rendere efficiente, trasparente e sicuro il nostro Ssn e soprattutto sostenibile nei prossimi anni perché la sanità è una materia in cui si programma, non si lavora per il consenso che si può raggiungere il giorno seguente ad una dichiarazione giornalistica ma si programma da qui ai prossimi quindici anni".

Due sono le sfide più grandi che ci attendono. "Una è l'invecchiamento della popolazione, l'altra l'arrivo di nuovi costosissimi farmaci. Queste due nuove sfide insieme determineranno un aumento della domanda sanitaria cui dobbiamo dare una risposta senza aumentare le tasse dei cittadini e su questo stiamo lavorando. Non siamo nella fase delle ipotesi: le norme sono già state approvate e ogni mese sta andando avanti un lavoro di attuazione con decreti attuativi o con interventi all'interno delle leggi di stabilità ogni anno o anche all'interno di momenti decisionali della Conferenza Stato-regioni".

Il Ministro ha ribadito anche come è "assolutamente importante riuscire a realizzare in tempi brevi questo programma di riforme che ha già in sé una serie di misure già attuate contro la corruzione e contro lo spreco: dalle centrali uniche di acquisto, come ho già detto, alla diversa nomina dei commissari nelle regioni in piano di rientro, a, per esempio, una nuova metodologia per selezionare i direttori generali cioè i manager del sistema sanitario, la politica diverrà estranea alle decisioni in merito alle nomine dei direttori sanitari e dei primari negli ospedali. Saranno previsti elementi di controllo e di


[Share](#) stampa

Lorenzin alla Camera: "Ssn non può tollerare altri tagli lineari. Norma su inappropriata prescrizione non è contro i medici"

Durante il question time il Ministro ribadisce che "non è previsto alcun taglio di 10 miliardi del Fondo sanitario nazionale". E poi evidenzia, in vista della Legge di Stabilità 2016, che non ci saranno tagli lineari. E poi sulla norma contro le prescrizioni inappropriate: "Razionalizza le prescrizioni che sono fatte in modo non appropriato dando ai medici anche la possibilità di difendersi contro un eccesso di denunce".



29 LUG - "In vista della prossima legge di stabilità 2016 intendo ribadire in quest'Aula che il Sistema sanitario nazionale non può tollerare tagli lineari, essendoci spazio esclusivamente per interventi di efficientamento e razionalizzazione in specifici settori della spesa sanitaria". È quanto afferma oggi il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** rispondendo durante il Question time a due interrogazioni, una di **Marisa Nicchi** di Sel ([Vedi interrogazione](#)) e un'altra di **Donata Lenzi** del Pd ([Vedi interrogazione](#)), dopo il caos scatenatosi in questi giorni in merito ai tagli alla sanità.

"Siamo di fronte ad un'intervista giornalistica - ha detto il Ministro riferendosi al titolo di *Repubblica* di domenica scorsa - che, a mio parere, è stata in gran parte travisata e tra l'altro non è stata rilasciata da me, dove il titolo ha fatto un po' l'agenda di questa settimana. Come Ministro vorrei ribadire che non è previsto alcun taglio di 10 miliardi del Fondo sanitario nazionale".

Lorenzin ha ricordato poi come "la riduzione del fondo sanitario nazionale non è riconducibile all'intesa del 2 luglio, bensì a quella precedente del febbraio 2015 e risponde a una scelta univoca delle regioni".

Per quanto riguarda il futuro l'obiettivo sarà riprendere le fila del Patto per la Salute. Il Ministro ha specificato come "nel Patto della salute, lo scorso anno, abbiamo indicato una mappa di interventi da attuare per rendere efficiente, trasparente e sicuro il nostro Ssn e soprattutto sostenibile nei prossimi anni perché la sanità è una materia in cui si programma, non si lavora per il consenso che si può raggiungere il giorno seguente ad una dichiarazione giornalistica ma si programma da qui ai prossimi quindici anni".

Due sono le sfide più grandi che ci attendono. "Una è l'invecchiamento della popolazione, l'altra l'arrivo di nuovi costosissimi farmaci. Queste due nuove sfide insieme determineranno un aumento della domanda sanitaria cui dobbiamo dare una risposta senza aumentare le tasse dei cittadini e su questo stiamo lavorando. Non siamo nella fase delle ipotesi: le norme sono già state approvate e ogni mese sta andando avanti un lavoro di attuazione con decreti attuativi o con interventi all'interno delle leggi di stabilità ogni anno o anche all'interno di momenti decisionali della Conferenza Stato-regioni".

Il Ministro ha ribadito anche come è "assolutamente importante riuscire a realizzare in tempi brevi questo programma di riforme che ha già in sé una serie di misure già attuate contro la corruzione e contro lo spreco: dalle centrali uniche di acquisto, come ho già detto, alla diversa nomina dei commissari nelle regioni in piano di rientro, a, per esempio, una nuova metodologia per selezionare i direttori generali cioè i manager del sistema sanitario, la politica diverrà estranea alle decisioni in merito alle nomine dei direttori sanitari e dei primari negli ospedali. Saranno previsti elementi di controllo e di verifica molto più forte con un rafforzamento di Agenas, l'agenzia che deve verificare e controllare non solo come vengono spesi i soldi nelle singole regioni e per le singole strutture ma anche con quale esito perché al centro di questa politica di visione c'è il cittadino e il paziente. Quindi non vi sarà più soltanto una visione ragionieristica per dover rientrare da soldi che purtroppo sono stati spesi in modo errato solo negli ultimi anni e quindi non più un ragionamento solo sui tagli - ricordiamo che in questi anni sono stati tagliati 25 miliardi di euro al Fondo - ma invece cominceremo a lavorare sulla qualità, sugli esiti, sulla qualità delle prestazioni. In Italia noi abbiamo ancora un grandissimo Servizio sanitario nazionale. Siamo considerati tra i migliori al mondo, quindi quello che noi dobbiamo fare è preservare questo servizio e colmare quelle che sono delle divergenze, delle diversità inaccettabili tra il nord e il sud del nostro Paese e garantire a qualsiasi cittadino, dovunque sia nato nel nostro Paese, di avere accesso a cure adeguate, le migliori che può offrire il nostro Servizio sanitario nazionale e per farlo dobbiamo rimettere al centro anche gli operatori sanitari, i medici.

E proprio alla famosa norma per le prescrizioni inappropriate sui cui si sta già lavorando per il decreto attuativo, che tocca da vicino i medici. "Non è una norma contro i medici - afferma il Ministro - ma è una norma che invece razionalizza le prescrizioni che sono fatte in modo non appropriato dando ai medici anche la possibilità di difendersi contro un eccesso di denunce e questo è un dibattito in atto in quest'Aula e nella Commissione Affari sociali dove c'è un importante disegno di legge che sto seguendo e a cui sto cercando di dare un contributo per vederlo presto realizzato".

"Inoltre - ha detto il Ministro - poiché Governo e regioni hanno condiviso la necessità di introdurre modifiche normative sulla responsabilità civile e penale dei professionisti sanitari, in modo da favorire l'appropriatezza prescrittiva e limitare gli effetti deleteri della cosiddetta medicina difensiva ed entro fine mese la commissione ministeriale da me nominata e presieduta dal professor Alpa completerà i lavori, è mia intenzione consegnare quanto prima il documento finale alle Camere e proporre contestualmente al Governo di valutare l'inserimento nel ddl stabilità del relativo pacchetto normativo. Tale iniziativa ci permetterà di liberare in un arco pluriennale risorse preziose per gli obiettivi sopra indicati. Ma non solo. Aggiungo, onorevole, che il parere e la volontà del Parlamento italiano di preservare il Fondo sanitario nazionale credo sia utile a tutti per capire dove agire per ridurre la spesa pubblica improduttiva nel nostro Paese e dove, invece, incentivare trasformazioni e innovazioni necessarie per garantire qualità e servizi ai nostri cittadini".

 segui [ilFarmacistaonline.it](#)


iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Forum riforma Enpaf.** La categoria pronta al cambiamento. Base di partenza, ampiamente condivisa, la proposta della Fofi
- 2 Ddl concorrenza.** Di nuovo ritirato emendamento che prevedeva nuove funzioni per il farmacista
- 3 Repubblica intervista il nuovo Commissario alla spending e spara il titolone: "10 miliardi di tagli alla sanità".** Ma le cose non stanno proprio così
- 4 Ddl concorrenza.** L'appello delle Parafarmacie: "Da ingresso capitali nessun vantaggio per consumatori"
- 5 Malattie rare.** La realtà italiana tra punti di forza e criticità. Bene i registri. Ricerca fa passi avanti. Restano troppe differenze assistenziali. E 58% famiglie di malati rare non arriva a fine mese
- 6 Ema.** In Luglio il Chmp dà il via libera a 10 nuovi farmaci. Dalla malaria al colesterolo
- 7 Un contributo all'appropriatezza prescrittiva: un position paper sugli inibitori di pompa protonica**
- 8 Manovra sanità e riordino Aifa.** Commissione Bilancio approva emendamenti Governo. Ma per la revisione dei prezzi dei farmaci l'Aifa dovrà tenere distinti generici e branded. **I test**
- 9 La manovra sanità sbarca in Aula al Senato.** Tagli per 2,352 miliardi a decorrere dal 2015. Ma per quattro volte manca numero legale sulle pregiudiziali. Seduta rinviata a domani
- 10 Spesa farmaceutica.** Tar Lazio annulla determina Aifa su ripoano sfondamento 2013: "Illegittimi sconti per grossisti e farmacisti"