20-10-2015

http://www.adnkronos.com

SESSO: GINECOLOGI, 20% GIOVANI ITALIANE VITTIME DI 'BUFALÈ ONLINE
Appello Sigo, contro i falsi miti organizzare corsi ad hoc nelle scuole

Milano, 20 ott. (AdnKronos Salute) - Le 'bufalè sul sesso corrono online. Più di una giovane italiana su 5, oltre il 20% delle 20-30enni, ha appreso su Internet informazioni sbagliate sulla sfera intima, le tecniche contraccettive e i loro effetti. «La Rete è il luogo dove nascono e crescono falsi miti molto diffusi anche tra le non giovanissime», denuncia Paolo Scollo, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia, in base ai risultati di un'indagine presentata al 90esimo Congresso nazionale Sigo, in corso a Milano con la partecipazione di oltre 2.500 specialisti. «Il 2% delle ragazze crede addirittura che esista un legame tra il numero di scarpe e le dimensioni del pene - riporta l'esperto - E per il 4% un bagno caldo dopo un rapporto non protetto può rappresentare un'alternativa alla pillola del giorno dopo» per evitare gravidanze indesiderate. (segue)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

21-OTT-2015
da pag. 41
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

GENETICA

Gli embrioni manipolati e il futuro delle terapie

MILANO PAGINA 41

Siamo pronti a curarci utilizzando embrioni manipolati?

La tecnica dell'editing genetico è ancora imperfetta e solleva questioni etiche, ma è molto promettente

Giuseppe Testa
Genetista

RUOLO: È PROFESSORE DI BIOLOGIA MOLECOLARE ALL'UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO E DIRETTORE DEL LABORATORIO DI EPIGENETICA DELLE CELLULE STAMINALI ALL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

Gli scenari
L'editing genetico è diverso dalle tecniche finora usate che prevedono vettori virali con cui portare il gene giusto nelle cellule malate

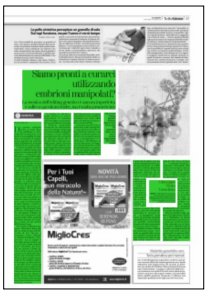
GIANNA MILANO

Da quando, nell'aprile scorso, un team cinese ha pubblicato su «Protein&Cell» un articolo in cui si descrive la possibilità di modificare con tecniche di manipolazione genetica gli embrioni umani il dibattito tra scienziati e bioeticisti non si è più sopito.

A favore di quello che viene chiamato «editing» del genoma umano si sono pronunciati, il 10 settembre, i componenti dell'Hinxton Group riuniti a Manchester, in Inghilterra, considerandolo essenziale per la ricerca e in prospettiva per eventuali applicazioni cliniche. Il gruppo - che forma un network internazionale di ricercatori di cellule staminali, bioeticisti ed esperti che vigilano sulle decisioni in fatto di temi scientifici - considera le tecniche di editing genetico su embrioni umani «fondamentali» per rispondere a una serie di quesiti sulla nostra biologia. «Finora gli studi sullo sviluppo embrionale sono stati fatti soprattutto sui topi. Siamo però convinti che la ricerca su cellule riproduttive ed embrioni umani potrebbe aiutarci a capire le basi genetiche di molte malattie e a mettere a punto terapie che possano correggerle», dice Giuseppe Testa, professore di biologia molecolare alla Statale di Milano: direttore del Laboratorio di epigenetica delle cellule staminali all'Istituto Europeo di Oncologia, è anche uno dei membri dell'Hinxton Group.

Per eseguire l'editing del genoma i ricercatori cinesi, guidati da Junjiu Huang dell'Università di Sun Yat-sen, a Guangzhou, hanno utilizzato un sistema di molecole - il Crispr-Cas9 - con cui tagliare il Dna degli embrioni umani e poi con una serie di altre molecole hanno introdotto del nuovo Dna per riparare il difetto genetico. Il team, che ha usato 86 embrioni non adatti alla riproduzione, ha così tentato di modificare il gene mutato responsabile di una malattia congenita del sangue, la talassemia beta. Ma dopo 48 ore, quando gli embrioni erano formati da otto cellule, Huang ha verificato che solo quattro contenevano il materiale genetico per riparare il difetto. «E qui ci siamo fermati, perché pensiamo che la tecnica non sia ancora matura», ha detto Huang a «Nature».

Lo studioso ha rilevato in quegli embrioni un numero sorprendente di mutazioni «fuori bersaglio», non intenzio-



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

21-OTT-2015
da pag. 41
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

nali, e potenzialmente pericolose. Problemi insuperabili? «Credo che, una volta perfezionata, la tecnologia, che già oggi è un modo semplice ed elegante di riparare un gene difettoso, possa diventare uno strumento più efficiente rispetto alle alternative finora usate per la terapia genica: queste ricorrono a vettori virali inattivati con i quali trasportare il gene giusto nelle cellule malate», commenta Testa. In effetti, in precedenti ricerche si era ricorsi all'editing del genoma per correggere mutazioni che causano disturbi metabolici e per creare cellule capaci di attaccare il tumore e altre resistenti all'Hiv.

La tecnica, secondo Testa, fa intravedere molti sviluppi futuri, come gli interventi sulle cellule staminali somatiche, ossia adulte: si prelevano queste cellule con una mutazione genetica, le si riprogramma e le si reintroduce nell'individuo da cui sono state prese. In Giappone la riprogrammazione è stata già sperimentata su un paziente con maculopatia degenerativa, malattia della vista che porta alla cecità. «Cellule della cute prelevate al malato sono state prima riprogrammate in staminali pluripotenti e poi differenziate in epitelio pigmentato della retina: questo è stato poi impiantato nell'occhio del paziente. Lo studio, che mirava a valutare la sicurezza della tecnologia, è stato però bloccato, perché nelle cellule riprogrammate sono state scoperte mutazioni genetiche di incerto significato. In futuro, comunque, l'editing potrebbe essere integrato in questo tipo di approccio, vale a dire di medicina rigenerativa. E - prosegue Testa - «si immaginano anche banche di staminali somatiche compatibili, prese da donatori, con specifiche caratteristiche dal punto di vista immunitario, che servano a tutti. O quasi».

Il dibattito bioetico sull'editing del genoma umano - che è anche un capitolo della «precision medicine» lanciata da Barack Obama ed è stato il tema della recente conferenza a Venezia di «The future of Science» - è comunque destinato a continuare. L'Accademia delle scienze Usa si prepara a tenere, a dicembre, un summit. Tra i timori, c'è quello che la manipolazione di cellule germinali, come spermatozoi e ovociti, venga usata per cambiare tratti genetici da trasmettere alle generazioni successive. E lo spettro, in assenza di regole, resta quello dei «designer babies», bambini manipolati geneticamente per assecondare i desideri dei genitori.

Edward Lanphier, della «Alliance for Regenerative Medicine», a Washington, ha chiesto una moratoria su questa tecnica anche per la ricerca di base. E altri scienziati, tra cui Jennifer Doudna dell'Università di Berkeley, uno degli inventori di Crispr-Cas9, hanno espresso la speranza di «un vigoroso dibattito» sull'argomento. Che coinvolga tutti: scienziati, politici, opinione pubblica.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

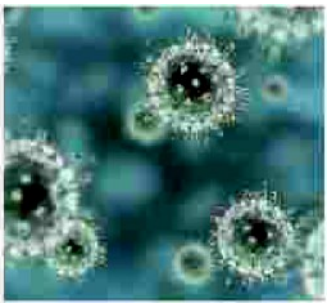
Dir. Resp.: Mario Calabresi

21-OTT-2015
da pag. 40
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

BIOLOGIA

Tra Dna e tweet le malattie non aspettano

RIZZATO PAGINA 40



"Tra geni (lenti) e tweet (veloci) gli squilibri che ci fanno ammalare"

Obesità e diabete: esempi dei paradossi dell'evoluzione biologica e di quella culturale

Lucio Luzzatto
Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'ISTITUTO TOSCANO TUMORI E PROFESSORE ONORARIO DI EMATOLOGIA ALL'UNIVERSITÀ DI FIRENZE

STEFANO RIZZATO

L'umanità è in equilibrio delicato e precario. Meglio: in equilibrio quasi impossibile. Tra un'evoluzione biologica lenta e che opera di generazione in generazione. E un'evoluzione culturale e sociale molto più rapida. Ed è lì - all'incrocio tra due ritmi che non saranno mai lo stesso - che arrivano alcuni dei mali del nostro, di tempo. Obesità e diabete in testa.

«Nascono da un tipo di alimentazione per cui il nostro genoma non è ottimizzato. E tornare indietro, ormai, non sarebbe realistico». A suggerirlo è Lucio Luzzatto, medico e scienziato, docente di ematologia, oncologia e genetica all'Università di Firenze, direttore scientifico dell'Istituto Toscano Tumori. Il 29 ottobre sarà protagonista al Festival della Scienza di Genova, con una lectio magistralis al Museo Diocesano che riprende alla perfezione il tema di tutta la manifestazione: l'equilibrio.

Professore, in che modo quello tra evoluzione biologica ed evoluzione culturale è causa di obesità e diabete?

«L'evoluzione plasma l'adattamento di una popolazione che vive in un certo contesto. Ma che cosa succede se cambiano l'ambiente o le condizioni di vita? L'alimentazione è l'esempio classico. Per migliaia di generazioni il cimento continuo dei nostri antenati è stato quello di procurarsi, per sopravvivere, abbastanza cibo. Soprattutto frutti e cacciagione. E questo ha selezionato geni che utilizzano al meglio una dieta magra e povera di carboidrati. Con l'introduzione dell'agricoltura, al massimo 50 generazioni fa, per molte popolazioni la dieta è divenuta abbondante e ricca in carboidrati. Non certo ideale per i geni precedentemente selezionati, che favoriscono l'accumulo di calorie, E oggi abbiamo una vera epidemia di obesità e di diabete».

La variabile critica è quindi il tempo?

«Se questo cambiamento nella dieta fosse avvenuto molto più lentamente, i nostri geni avrebbero potuto adattarsi. Ci sarebbe stata una retroselezione. Ma l'evoluzione biologica opera solo in senso "verticale", di generazione in generazione. Il corredo genetico è il risultato di un equilibrio dinamico. Se un gene mutato comporta un vantaggio selettivo, ci vorranno molte generazioni perché diventi frequente. Mentre invece l'evoluzione culturale è orizzontale, rapida, massiva. Come un tweet».

Domanda obbligata: da una trappola simile come si può uscire?

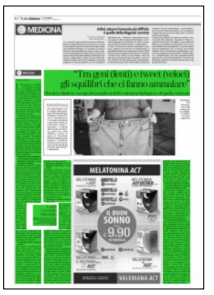
«La sfida è realizzare il massimo di equilibrio nelle condizioni in cui viviamo. Tornare indietro - cancellare l'agricoltura e tornare a mangiare selvaggina - non è realistico. La chiave è piuttosto quella che in inglese si definisce "behavioural modification". Imparare a consumare meno zuccheri e ad alimentarsi in modo più sano. C'è già un trend culturale in questa direzione».

Il problema è riuscirci davvero: come si fa?

«Sì, la parte più difficile è ottenerlo. È come con le sigarette: in chi fuma non c'è disaccordo razionale sul fatto che facciano male, ma smettere è tutto un altro discorso. Ecco perché metterei un forte incentivo su ricerche serie in questo senso. I neuropsicologi hanno capito bene quali sono i meccanismi che entrano in azione, ma non si è ancora arrivati a saperli gestire fino in fondo».

Può esserci, invece, l'ambizione a operare sui geni e risolvere così il problema per via biologica?

«Non vorrei sembrare retrogrado, ma vedo due problemi.



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

21-OTT-2015
da pag. 40
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Il primo fortemente etico. Io sono favorevole alla terapia genica sulle cellule somatiche. Ma il confine lo metterei sulle modifiche alle cellule germinali, spermatozoi e ovuli: modifiche che vengono trasmesse direttamente alle generazioni successive. Ma vedo anche un problema pratico. Per modificare i geni responsabili dell'obesità e del diabete di tipo II bisognerebbe cambiare mezza specie. La terapia genica funziona benissimo per poche malattie e in modo molto mirato. È stata a lungo malfamata, perché alcuni scienziati ne parlarono troppo presto. E oggi che porta a molti successi non ne parla quasi nessuno».

Da quest'angolatura, la medicina sembra diventare una lotta contro l'evoluzione: è così?

«L'evoluzione biologica produce spesso equilibri più o meno stabili, ma è ben lungi dal produrre organismi "perfetti", come molti biologi pensavano sia prima sia dopo Charles Darwin. La medicina si oppone a patologie potenzialmente e naturalmente letali e, così facendo, è come se si ponesse in contrasto con i meccanismi dell'evoluzione e alla trasmissione genica».

E i farmaci che ruolo hanno?

«Da un punto di vista di evoluzione biologica, non sono molto influenti. Non sono un agente significativo di selezione. A livello culturale sono invece una cosa enorme, come si vede con i tumori. E qui la cosa grave è che non sempre i nuovi farmaci sono così prodigiosi. Averne che mirano con esattezza al gene mutato responsabile di un tumore è concettualmente bellissimo. Ma poi la scena è dominata da prezzi troppo alti. Se ci chiediamo quale futuro ci sia per i farmaci innovativi, io dico: inutile vantarsi e compiacersi dei progressi, se non sappiamo controllare i prezzi. Per carità, non propongo aziende farmaceutiche di Stato o i soviet. Ma mi indigna che ai medicinali vengano applicate le regole del libero mercato. L'equilibrio, per tornare al nostro tema, va trovato in regole migliori ed enti regolatori più incisivi».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Chemio durante la gravidanza non impatta sullo sviluppo del bambino

20 ottobre 2015

I bambini le cui madri scopro nodi avere un cancro durante la gravidanza e per questo fanno la chemioterapia non sembrano avere problemi di sviluppo cardiaci, cognitivi o generali, per lo meno fino a 36 mesi di età. È quanto emerge da un nuovo studio osservazionale pubblicato di recente sul New England Journal of Medicine.

I risultati della ricerca sono stati anche presentati a Vienna, al congresso europeo di oncologia, dall'autore principale, Frédéric Amant, dell'Università di Lovanio, in Belgio.

I dati, ha spiegato Amant in un'intervista, mostrano che l'interruzione della gravidanza non è necessaria, che sottoporre la futura mamma alla terapia antitumorale è possibile e che questo trattamento dà la possibilità di prolungare la gravidanza ed evitare un parto prematuro e le sue complicanze a breve e lungo termine.

In questo studio multicentrico, condotto tra Repubblica Ceca, Italia, Paesi Bassi e Belgio, 129 bambini nati da donne alle quali durante la gravidanza era stato diagnosticato un tumore sono stati abbinati con altrettanti bambini le cui madri non avevano avuto complicazioni durante la gestazione. Tutti i bambini sono stati valutati a un'età mediana di 22 mesi.

Al momento della diagnosi, l'età mediana delle donne era di 33,4 anni e l'età gestazionale mediana di 17,7 settimane. Durante la gravidanza, 96 bambini (il 74,4%) sono stati esposti alla chemioterapia, da sola o in combinazione con altri trattamenti, e le future mamme hanno fatto da uno a 10 cicli di chemioterapia.

I figli delle donne che avevano scoperto di avere un cancro mentre erano incinte sono nati un po' prematuri, ma questo è accaduto a prescindere dal fatto che la madre fosse stata curata per il tumore oppure no. L'età gestazionale mediana al momento del parto è risultata di 36 settimane e 79 bambini (il 61,2%) sono nati pretermine. Secondo gli autori, tuttavia, questo è da imputare per lo più all'induzione del travaglio piuttosto che a un travaglio spontaneo. Il range normale delle nascite pretermine nei Paesi che hanno partecipato allo studio è compreso tra il 6,8% e l'8%.

I bambini nati relativamente piccoli per la loro età gestazionale sono risultati più numerosi nel gruppo dei nati da madri alle quali era stato trovato un tumore durante la gravidanza rispetto al gruppo di controllo (22% contro 15,2%), ma la differenza non è risultata statisticamente significativa.

Inoltre, l'età gestazionale al momento della nascita è risultata correlata all'outcome cognitivo. La prematurità è risultata associata a un outcome cognitivo peggiore, ma quest'effetto è risultato indipendente dal fatto che la mamma avesse fatto o meno la chemioterapia per combattere il tumore.

Anche in un precedente studio caso-controllo più piccolo degli stessi autori, presentato lo scorso anno al congresso della European Society for Medical Oncology, la chemioterapia aveva mostrato di non influenzare negativamente la funzione cardiaca, né lo sviluppo mentale dei bambini nati da madri a cui era stato diagnosticato un cancro mentre erano incinte.

"Questo risultato rassicurante può essere spiegato dalla tempistica di somministrazione della chemioterapia e dal ruolo della placenta" scrivono gli autori nella discussione. "Tutti i cicli di chemioterapia in questa casistica sono stati somministrati dopo il primo trimestre di gravidanza. Il periodo che precede l'età gestazionale di 10 settimane è il più vulnerabile, poiché in questo periodo ha luogo l'organogenesi. La somministrazione della chemioterapia dopo il primo trimestre non si traduce in un aumento … di malformazioni congenite".

I piani di Amant e dei colleghi - tutti ricercatori aderenti all'International Network on Cancer, Infertility, and Pregnancy (INCIP) - prevedono ora di ampliare la coorte e seguire questi bambini fino a 18 anni.

F. Amant, et al. Pediatric Outcome after Maternal Cancer Diagnosed during Pregnancy. New Engl J Med. 2015; doi: 10.1056/NEJMoa1508913.
Leggi

[chiudi questa finestra]

In evidenza

Appuntamenti

- 19 novembre 2015, Campoformido (UD). Le prospettive dei malati rari
- 4 novembre 2015, Roma. Quale futuro per i farmaci innovativi in Italia?
- 30 ottobre - 1 novembre 2015, Roma. 4° Congresso europeo sulla Sindrome di Rett
- 29 Ottobre 2015, Milano. AboutPharma Digital Awards
- 29 ottobre 2015, Milano. Meetup: Bayer chiama a raccolta le startup innovative nelle Life Sciences
- 25 Ottobre 2015, San Casciano in Val di Pesa (Fi). Vent'anni di storie con l'A.B.C.
- 23-25 Ottobre 2015, Roma. XVII Congresso Nazionale AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica
- 22-25 Ottobre 2015, Catania. Congresso nazionale SIFO
- 22 Ottobre-20 Novembre 2015, Canosa di Puglia (Bt). Corso di formazione A.I.M.N.R.-Puglia
- 22 Ottobre 2015, Roma. Convegno sulla Malattia di Stargardt

Vedi l'agenda completa...

Ricerca oncologica in Italia: nasce la Federation of Italian Cooperative Oncology

Autore: Redazione , 21 Ottobre 2015

Il 35% degli studi clinici condotti in Italia riguarda l'oncologia, l'area terapeutica su cui si concentrano i maggiori investimenti. Fino ad oggi la ricerca no profit nella nostra Nazione è stata resa possibile principalmente grazie all'iniziativa di singoli Gruppi Cooperativi che hanno saputo condurre studi clinici anche di rilevanza internazionale. E' mancato però, soprattutto su grandi progetti, un punto di riferimento unico e strutturato, a cui le Istituzioni e l'industria si potessero rivolgere. Per colmare questo vuoto nasce, sotto l'egida dell'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), la Federation of Italian Cooperative Oncology Groups (FICOG), che riunisce 15 gruppi cooperativi oncologici italiani (AIOM, APRIC, ASTRO, GIM, GIOGer, Fondazione GISCAD, Fondazione NIBIT, GOIM, GOIRC, GONO, IGG, IMI, ISG, ITMO, MITO), per un totale di circa 200 strutture attive su tutto il territorio.

"La nuova Federazione – spiega il **prof. Francesco Di Costanzo**, Presidente FICOG e Direttore dell'Oncologia Medica all'Ospedale 'Careggi' di Firenze - rappresenterà un interlocutore di riferimento, con caratteristiche uniche e strutturate, sia per le Istituzioni che per l'industria. In questo modo ci attendiamo che gli investimenti nella ricerca e gli studi no profit possano aumentare del 50%. Non solo. Verificheremo la qualità dei centri di ricerca che potranno così essere accreditati con una sorta di 'bollino' della Federazione. È la prima volta che viene promosso un controllo di questo tipo nel nostro Paese, che rappresenta un passaggio fondamentale perché l'accreditamento è richiesto dalle norme europee. E ci muoveremo nei confronti delle Istituzioni perché vengano riconosciute figure molto importanti come gli infermieri di ricerca e i data manager, finora non ben definite da un punto di vista normativo. Altra conseguenza positiva offerta dall'attività della Federazione è costituita dalla spinta all'innovazione, perché potremmo mettere a disposizione dei pazienti farmaci nuovi molto più velocemente. Vogliamo rappresentare un vero e proprio motore per stimolare la ricerca clinica nel nostro Paese".

Il processo di sviluppo di un nuovo farmaco anticancro è molto lungo e complesso, richiede dai 10 ai 15 anni di ricerca. Solo una molecola su 10mila arriva sul mercato e solo 2 su 10 permettono di recuperare i costi in ricerca e sviluppo, che stanno diventando sempre più consistenti. Infatti nel 2001 per sviluppare un prodotto erano necessari circa 800 milioni di dollari, oggi questa cifra è salita a 1,3 miliardi di dollari. Attualmente in Italia il 90% delle risorse viene dall'industria, circa il 10% dai singoli gruppi di ricerca. "Il nostro Paese - afferma il **prof. Roberto Labianca,** segretario FICOG e Direttore del Cancer Center all'Ospedale Papa Giovanni XXII di Bergamo - è stato uno dei primi in Europa a promuovere la ricerca clinica cooperativa. Nella maggior parte dei trial internazionali offriamo anche oggi un contributo scientifico molto elevato e siamo secondi nel Vecchio Continente per numero di pazienti arruolati, grazie all'eccellenza raggiunta dai singoli centri. Ma soffriamo l'assenza di organizzazione e di risorse. La nuova Federazione vuole colmare proprio questo vuoto".

"In Italia – conclude il **prof. Evaristo Maiello**, tesoriere FICOG e Direttore dell'Oncologia di Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo - i progetti di cooperazione internazionale non sono strutturati e si basano sull'iniziativa di scienziati di prestigio oppure sono promossi a livello ministeriale, scontrandosi con difficoltà di tipo organizzativo, quali la mancanza di facilitazioni e la troppa e differente burocrazia. La Federazione, pertanto, si presenterà come interlocutore di riferimento anche per gestire le iniziative di cooperazione internazionale. E' chiaro che oltre a progetti internazionali, vorremmo che un'attenzione particolare ci venisse riservata anche da Istituzioni nazionali ed in particolare da AIFA, nella speranza che questo organismo possa riprendere a sostenere sperimentazioni con ricadute sul sistema sanitario nazionale. Noi siamo qui, pronti a collaborare".

"Non dobbiamo sorprenderci – continua il **prof. Di Costanzo** - se il numero degli studi clinici nel nostro Paese si è fortemente ridotto negli ultimi anni. Le cause sono note: troppi comitati etici, scarso coordinamento fra questi enti che agiscono spesso in base a protocolli differenti, tempi di autorizzazione e avvio degli studi eccessivamente lunghi, enormi differenze nei contratti per le sperimentazioni e nei contratti di assicurazione delle diverse strutture ospedaliere". In cinque anni si è registrato un calo preoccupante del numero complessivo delle sperimentazioni: nel 2009 erano 761, nel 2013 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ne ha autorizzate 583, 204 relative ai tumori. Una diminuzione sostanziale è stata quella degli studi indipendenti, calati dal 41,8% (318) del 2009 al 23,8% (139) del 2013.

"La crisi economica ha avuto un impatto significativo – sottolinea il prof. Di Costanzo -. La nascita della Federazione favorirà un rilancio delle ricerche no profit, con un incremento fino al 50%, perché potremo capitalizzare i maggiori investimenti da parte dell'industria in aspetti scientifici che le aziende farmaceutiche non ritengono opportuno approfondire. Vogliamo promuovere sperimentazioni con ricadute positive sul servizio sanitario nazionale, anche dal punto di vista finanziario e organizzativo. La ricerca indipendente garantisce risparmi e sostenibilità a tutto il sistema".

© Riproduzione riservata

Focus

MALATTIE RARE

- Angioedema ereditario
- Citomegalovirus congenito (CMV)
- Emofilia
- Fibrosi Polmonare Idiopatica
- Fibrosi Cistica
- Ipertensione arteriosa polmonare
- Iperchilomicronemia
- Ipercolesterolemia Familiare
- Immunodeficienze
- Malattia di Fabry
- Malattia di Gaucher
- Malattia di Pompe
- Mucopolisaccaridosi I (MPS I)
- Neuropatia motoria multifocale
- Sindrome di Hunter (MPS II)
- Sindrome di Cushing
- Deficit di tessuto limbare corneale
- Malattie Metaboliche

TUMORI RARI

- Mieloma Multiplo
- Sindromi Mielodisplastiche (SMD)
- Tumori differenziati della tiroide
- Carcinoma midollare della tiroide
- Tumore metastatico del colon retto

MALATTIE CRONICHE

- Degenerazione Maculare
- Altre Malattie Croniche
- Endometriosi
- Sclerosi Multipla
- AIDS - HIV
- Alzheimer
- Leucemia Linfatica Cronica
- Malattia di Parkinson
- Epatite C

PARTNER SCIENTIFICI

orphanet

MAGI Non-profit Human Medical Genetics Institute

ICGEB INTERNATIONAL CENTRE FOR GENETIC ENGINEERING AND BIOTECHNOLOGY

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CORRIERE DELLA SERA.it

21-10-2015
Lettori
38.890

http://www.corriere.it/salute/

STUDIO SUL NEW ENGLAND

Tumori del rene, rivoluzione nelle cure

In arrivo due nuovi farmaci capaci di allungare la vita al paziente con malattia avanzata o, almeno, di ritardare la sua ricomparsa

di Adriana Bazzi

Tumore del rene: due nuovi farmaci promettono di rivoluzionare la cura di questa malattia in fase avanzata, quando cioè le terapie standard, quelle attualmente in uso, sono fallite. Uno si chiama nivolumab, l'altro cabozantinib. Entrambi sono più efficaci del farmaco di riferimento utilizzato nella pratica clinica e, cioè, l'everolimus.

European Cancer Congress a Vienna

Secondo gli studi presentati all'*European Cancer Congress* appena conclusosi a Vienna, il nivolumab è in grado di far vivere di più i pazienti (aumenta, cioè, la sopravvivenza globale), mentre il cabozantinib ha dimostrato, finora, di allungare il cosiddetto "periodo libero da malattia" (si chiama "progression free survival": in altre parole, il tempo che intercorre prima che il tumore ricompaia), ma sembrerebbe anche aumentare la "overall survival", la sopravvivenza complessiva.

Riscrivere la terapia

«Dovremo riscrivere le linee guida della terapia del tumore al rene – commenta Sergio Bracardi, specialista in tumori urogenitali ad Arezzo, che ha partecipato alla sperimentazione sul nivolumab – Il dato importante è che lo studio sul nivolumab (pubblicato sulla rivista medica *New England Journal of Medicine* in contemporanea alla presentazione al congresso di Vienna, ndr) è stato interrotto perché il farmaco risultava molto più efficace dell'everolimus». Per stabilire l'efficacia di una nuova terapia si programmano studi che mettono a confronto i farmaci in uso con i più nuovi, così il nivolumab è stato paragonato all'everolimus. Ma a un certo punto dello studio (si chiama *CheckMate025 trial*) i benefici del primo risultavano nettamente superiori a quelli del secondo.

Etica degli studi

Per ragioni etiche lo studio è stato interrotto e i pazienti in trattamento con everolimus, sono passati subito al nivolumab perché nettamente più efficace. Per molti anni il trattamento del tumore al rene non ha visto novità, ma dal 2005, ha sottolineato Robert Motzer, specialista di tumore del rene al *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* di New York e coordinatore dei due studi sui due nuovi farmaci, ne sono arrivati sette. Sempre più efficaci. In passato i pazienti con malattia avanzata potevano sopravvivere dai 10 ai dodici mesi. Adesso più di trenta. E forse anche di più. Perchè le nuove immunoterapie, cui appartiene il nivolumab, possono addirittura far sperare in guarigioni, come sta avvenendo per il melanoma.

Meno effetti collaterali

Con il nivolumab la sopravvivenza mediana dei pazienti dello studio (il*CheckMate025 trial* su oltre 800 pazienti) era di 25 mesi, mentre per l'everolimus era di 19,6 mesi. I pazienti in trattamento con nivolumab, inoltre, presentavano minori effetti collaterali come la stanchezza e la nausea. «Il nivolumab – spiega Bracarda – è un nuovo farmaco immunoterapico che funziona sbloccando i "freni" che il tumore riesce a mettere al sistema immunitario, impedendogli di aggredire il tumore con i suoi linfociti T. Il farmaco, infatti, inibisce i recettori anti-Pd1, che governano la morte cellulare programmata, e dà il via alla loro distruzione» . Il cabozantinib agisce diversamente: appartiene alla classe degli inibitori della tirosina chinasi, un enzima che serve per la crescita cellulare. E nello studio (il *Meteor trial* su oltre 600 pazienti) si è rivelato in grado di ritardare la ricomparsa della malattia (stiamo sempre parlando di pazienti già trattati in prima linea, ma che sono recidivati).

Risultati «inequivocabili»

Insomma risultati importanti che l'editoriale del *New England*, a commento di questi lavori, definisce "inequivocabili" soprattutto per il nivolumab. Ma precisa anche che solo il 20-25 per cento dei pazienti risponde a questi farmaci e che a oggi non è possibile predire chi lo farà. Il tumore del rene rappresenta il 3-4 per cento di tutti i tumori registrati in Europa; le cause esatte non si conoscono, ma i fattori di rischio includono il fumo, l'esposizione a certe sostanze chimiche, l'obesità, le mutazioni genetiche e l'ereditarietà. «Il 20 per cento dei pazienti con tumore del rene si presenta con malattia già metastatizzata – specifica Bracardi. – E' un tumore difficile da diagnosticare, spesso è scoperto per caso. I sintomi premonitori? Dolore al fianco, presenza di una massa in quella sede, ematuria, cioè presenza di sangue nelle urine».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 34.515
Lettori Ed. II 2014: 197.000
Quotidiano - Ed. Firenze

LA NAZIONE FIRENZE

Dir. Resp.: Pier Francesco De Robertis

21-OTT-2015
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

Meyer, strumento scopre le cellule tumorali

L'apparecchiatura ad alta tecnologia è stata donata da Menarini

IL «DEPARRAY SYSTEM» è uno strumento brevettato da due ingegneri italiani dalla Silicon Biosystems, azienda del gruppo Menarini con sede a San Diego in California: permette di estrarre da liquidi organici singole cellule rare circolanti, come quelle cellule tumorali, e analizzarne i meccanismi genetici. Un detective tecnologico che apre nuove strade verso la ricerca e terapie sempre più personalizzate. Menarini ha donato il prezioso apparecchio al Meyer di Firenze. Sarà utilizzato, spiega il direttore generale Alberto Zanobini, in due dipartimenti: l'oncologia pediatrica diretta da Claudio Favre e quello di Neuroscienze del professor Renzo Guerrini. «Poter affidare questa tecnologia – spiega Lucia Aleotti, presidente del Gruppo Menarini - alle mani esperte dei ricercatori del Meyer è per noi motivo di grande fierezza, a disposizione dei piccoli pazienti». Nel reparto di oncologia il macchinario della Menarini sarà utilizzato sui tumori e i meccanismi autoimmuni post trapianto. «Potremo isolare e selezionare anche pochissime cellule tumorali circolanti e purissime – spiega Claudio Favre – per trovare informazioni importanti come markers per la valutazione e l'eventuale sviluppo della malattia metastatica. Potremo anche impostare un profilo molecolare per ciascun paziente così da ottenere una terapia personalizzata». Sarà usato anche nello studio post trapianto attraverso l'analisi delle biopsie intestinali per «predire l'insorgenza e la gravità della disregolazione immunitaria e controllare il corso della malattia». Nel dipartimento di neuroscienze, il DEPArray andrà a sostenere gli studi sull'epilessia: «Potremo estrarre il Dna di cellule isolate dal tessuto cerebrale di soggetti sottoposti a interventi neurochirurgici per la cura di questa patologia - spiega Guerrini –. Le nostre ricerche stanno dimostrando come l'epilessia e altre malformazioni cerebrali siano spesso determinate da alterazioni genetiche solo in alcune cellule del cervello».

Manuela Plastina

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 299.908
Diffusione 08/2015: 220.053
Lettori Ed. II 2015: 1.105.000
Settimanale - Ed. nazionale

VANITY FAIR

Dir. Resp.: Luca Dini

28-OTT-2015
da pag. 49
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

VACCINO SÌ O NO: LE RISPOSTE AI DUBBI DEI GENITORI

Mentre le vaccinazioni crollano, sui social network partono campagne, e in Tv gli esperti litigano. Il «fronte del sì» accusa quello del «no» di disinformazione, e viceversa. Ecco che cosa abbiamo capito noi

di GRETA PRIVITERA

«Flessione drammatica, rischiamo gravi conseguenze»: così l'Istituto Superiore di Sanità a inizio ottobre ha lanciato l'allarme vaccinazioni. Le quattro obbligatorie – poliomielite, tetano, difterite ed epatite B – in Italia sono scese al di sotto del 95%, considerata la soglia limite, e fino all'86% quelle facoltative contro il morbillo, la parotite e la rosolia. Il rischio è che tornino in circolazione malattie dimenticate come la pertosse (il cui vaccino è nell'esavalente con le obbligatorie), che il 4 ottobre ha ucciso una bambina di un mese, a Bologna. «I genitori tendono a vaccinare meno i figli e a non sottoporli ai successivi richiami», dice Susanna Esposito, esperta di infettivologia pediatrica e presidente WAidid, Associazione internazionale per le malattie infettive e i disordini immunologici. Non solo perché oggi in molte Regioni è tollerato il cosiddetto «dissenso informato» per chi si oppone, ma anche perché «spesso ci si "disinforma" su Internet o si ascolta il parere di alcuni pediatri "scettici" che nulla hanno a che fare con la scienza». Tra gli «scettici» c'è sicuramente Eugenio Serravalle, pediatra di Pisa e presidente di Assis, associazione in prima linea contro le strategie nazionali di vaccinazione, che ribatte: «La disinformazione non è solo quella delle bufale su Internet ma anche di chi vaccina in automatico». Del resto le informazioni abbondano: basta mettersi nei panni dei genitori, divisi tra il pediatra scettico e il medico che caldeggia tutte e 13 le vaccinazioni gratuite, l'amica che si affida all'omeopatia e quella ipocondriaca, le petizioni *#iovaccino* e quelle per la libertà di scelta, gli appelli del ministero e le sparate dei politici (come la senatrice Paola Taverna del M5S: «I vaccini sono a vantaggio delle case farmaceutiche»). Intanto, al centro, c'è il nostro bambino e la sua salute. Abbiamo raccolto i dieci dubbi più comuni, e li abbiamo girati al «vaccinoscettico» Serravalle e a Esposito, esponente della posizione medica «ufficiale»: ecco le risposte. Giudicate voi.

1

Il vaccino contro il morbillo può provocare l'autismo?

Serravalle: *«Non abbiamo certezze, ma è innegabile che alcuni bambini abbiano mostrato i primi segni della malattia poco dopo il vaccino».*

Esposito: «Non c'è alcuno studio scientifico che lega l'autismo al vaccino. È una bufala nata da una frode: nel '98, la rivista scientifica *Lancet* pubblicò uno studio del medico Andrew Wakefield, poi radiato, che alterava i dati per denaro. La malattia esordisce di solito tra il 1° e il 2° anno di vita del bambino, lo stesso periodo in cui si fa il vaccino. Ma l'associazione è solo temporale».

2

Perché, rispetto al passato, oggi ci si vaccina per il morbillo?

S. *«Perché ormai vogliamo bambini super vaccinati».*

E. «Quelli che dicono "l'abbiamo fatto tutti" non sono al corrente di quanti negli anni sono morti per questo virus: è una malattia che può essere mortale e può determinare manifestazioni neurologiche che lasciano segni permanenti».

FACEBOOK

SUI SOCIAL
Una mamma si fa un selfie con bambino pro vaccinazioni: è la campagna social #iovaccino, nata il 17 ottobre da una bolognese, Miriam Maurantonio.

3

Quali sono gli effetti collaterali dei vaccini?

S. *«I vaccini come tutti i farmaci hanno un'azione positiva ma possono causare reazioni avverse ed effetti collaterali anche gravi, come patologie del sistema nervoso».*

E. «I vaccini in commercio hanno superato test di sicurezza durissimi, sono molto sicuri. Ci possono essere degli effetti collaterali lievi: come irritabilità e febbre, in rari casi convulsioni febbrili in soggetti predisposti, poi risolte da sole. Per quanto riguarda l'Mpr (morbillo, parotite, rosolia), dopo 6-15 giorni può comparire un'esantema che mima la malattia. Niente rispetto a quella vera».

4

E le reazioni allergiche?

S. *«Può accadere lo shock anafilattico. Ma succede una volta ogni milione di vaccini».*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 299.908
Diffusione 08/2015: 220.053
Lettori Ed. II 2015: 1.105.000
Settimanale - Ed. nazionale

VANITY FAIR

Dir. Resp.: Luca Dini

28-OTT-2015
da pag. 49
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

WEEK

IN FILA Siriani in attesa di vaccino a Berlino. Il governo ha lanciato un programma vaccinale per i 280 mila rifugiati arrivati in Germania a settembre.

E. «Sono davvero infrequenti: un caso ogni milione. Per rassicurare tutti: gli shock anafilattici avvengono dopo qualche minuto ed è questo il motivo per cui si chiede alle famiglie di restare in ambulatorio 20 minuti dopo l'iniezione, perché nel caso succedesse ci sarebbero tutti gli strumenti necessari per intervenire».

5

I vaccini indeboliscono il sistema immunitario?

S. *«Possono alterare il sistema immunitario del bambino. Soprattutto se non è immunocompetente, visto che ha tre mesi di vita».*

E. «È tutto il contrario: lo "alterano" nel senso che ne favoriscono lo sviluppo, quindi lo rafforzano».

6

Nei vaccini ci sono alluminio e mercurio?

S. *«La quantità di alluminio contenuta nel vaccino esavalente è 935 microgrammi: 38 volte la dose di alluminio capace di generare encefalopatia».*

E. «I neonati assumono molto più alluminio dal latte materno della mamma, per esempio. Per quanto riguarda il mercurio, nonostante non sia mai stata dimostrata la sua tossicità, è stato eliminato da tutti i vaccini».

7

Perché si vaccina da così piccoli? Non si può aspettare?

S. *«Io consiglio sempre di fare un calendario personalizzato, basato sullo stato di salute del singolo bambino».*

E. «Il calendario non è casuale: è in quel momento che i rischi delle malattie per cui si fanno sono particolarmente elevati e che la risposta del sistema immunitario è ottimale».

8

Fare più vaccini in una volta è pericoloso?

S. *«Sì perché sono più stimolazioni antigeniche in contemporanea».*

E. «No, assolutamente. Grazie a diversi studi sappiamo che i loro effetti non si annientano e che gli effetti collaterali non si sommano. E poi i vaccini combinati convengono alla Sanità e al bambino che non deve subire tante punture».

9

Dietro ai vaccini ci sono le lobby delle case farmaceutiche?

S. *«In assoluto è il settore tra i farmaci che cresce di più, perché il vaccino si fa in massa».*

E. «No, sono raccomandati dall'Oms e dai governi di tutto il mondo. Le case farmaceutiche guadagnerebbero molto di più curando le malattie, non prevenendole».

10

Il vaccino contro il Papillomavirus è pericoloso?

S. *«Dietro a questo vaccino ci sono gli interessi delle ditte produttrici, ma la comunità scientifica è ancora perplessa sui benefici».*

E. «Non è pericoloso. L'infezione da Hpv, tra le più comuni malattie sessualmente trasmesse, è causa del cancro del collo dell'utero, secondo tumore più frequente tra le donne. Molti genitori sono prevenuti perché pensano che vaccinare la propria figlia sia come spalancarle le porte alla vita sessuale. Ma non è così, è l'unico modo per proteggerla». VF

Zone dove i cali sono più accentuati

500 MILA
Le persone da vaccinare ogni anno in Italia

5-10 MILA
Le nuove opposizioni registrate nel 2014

70%
degli italiani cerca informazioni sulle vaccinazioni, ma non sempre sceglie fonti attendibili

Morbillo: i numeri del rischio

copertura: dal 90,35 all'86,63%

4.103 i casi di morbillo in Italia dal 2013 a metà 2015

80,2% bambini colpiti non vaccinati

17,3% bambini che avevano fatto una sola dose

37,3% i contagiati ricoverati in ospedale

24,7% contagiati che hanno avuto almeno una complicanza

GETTY IMAGES

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2015: 100.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Erasmo D'Angelis

21-OTT-2015
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Vaccini, rinviato il piano nazionale Cassazione: danni imprevisti non risarcibili

Slitta al 5 novembre il progetto che ha avuto il via libera delle Regioni

Giuseppe Vittori

Il Piano nazionale vaccini è stato rinviato di 15 giorni e quindi andrà a finire alla Conferenza delle Regioni del 5 novembre: lo ha annunciato il coordinatore degli assessori alla sanità della Conferenza delle Regioni, Sergio Venturi. «Non c'è stato un problema di nodi - ha spiegato ieri a margine dei lavori della Conferenza dei governatori - ma un accordo tra il ministro e il vicepresidente della Conferenza delle Regioni, Toti, per rinviare il tutto di 15 giorni, credo dovuto al fatto delle considerazioni che i governatori faranno giovedì sulla legge di stabilità».

«Noi abbiamo già espresso parere favorevole sul piano vaccinale e in generale sul documento - ha detto Venturi, che è assessore alla Sanità in Emilia Romagna - e quindi lo vogliamo inserire in un quadro complessivo che riguarda le risorse per il fondo sanitario nazionale; giovedì ci vedremo in Conferenza delle Regioni e non discuteremo del piano vaccinale ma delle risorse». Su questo capitolo specifico, ha aggiunto, «sono previsti 300 milioni in più, anche perché ci sono numerosi nuovi vaccini. Alcuni di questi prima non erano disponibili ma ora sono raccomandati, quindi si tratta di un'estensione della campagna. Ad esempio in Emilia Romagna le vaccinazioni che raccomandiamo non sono a pagamento».

E intanto ieri sui vaccini si è espressa la Cassazione: quando il medico esegue correttamente l'iniezione per la vaccinazione obbligatoria, in caso si manifestino effetti imprevisti, la Asl non è tenuta a risarcirli. La Cassazione, rileva che il vaccino è «una pratica routinaria» che non necessita di accertamenti preventivi. La Suprema Corte, con la sentenza 21177 in tema di responsabilità medica e danno da vaccinazione, ha respinto il ricorso di una donna napoletana che aveva riportato «postumi permanenti» dopo la vaccinazione obbligatoria antitifica. La dottoressa che aveva eseguito l'iniezione, pur avendola eseguita correttamente e nel punto giusto, aveva però leso il «nervo circonflesso» determinando così un effetto collaterale dannoso e non voluto. Per questo la donna danneggiata dal vaccino, Filomena P., aveva fatto ricorso nel 1997 al pretore di Torre Annunziata, per ottenere il risarcimento dei danni subiti, a carico della Asl 5 di Napoli, «a seguito della cattiva esecuzione di una iniezione intramuscolare finalizzata alla vaccinazione obbligatoria antitifica». Nel 2003 il tribunale di Torre Annunziata ha rigettato la domanda risarcitoria e nel 2011 la corte d'appello di Napoli ha ritenuto non ci fosse responsabilità del medico. Filomena P. contro questa decisione si è rivolta alla Cassazione, che le ha dato torto.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

21-OTT-2015
da pag. 44
foglio 1
www.datastampa.it

VACCINI E CASSAZIONE

Niente risarcimenti con iter corretto

Patrizia Maciocchi ▸ pagina 44

Sanità / 1. La Cassazione esclude il risarcimento se il medico ha eseguito l'iniezione nel rispetto del protocollo

Vaccini: iter corretto, niente danno

La pratica «routinaria» non richiede ulteriori accertamenti

Patrizia Maciocchi
ROMA

Niente risarcimento per il **danno imprevisto** riportato dopo una **vaccinazione obbligatoria** se il medico ha fatto l'**iniezione in maniera corretta**. La Corte di cassazione, con la sentenza 21177 depositata ieri, ha respinto il ricorso di una signora napoletana che chiedeva alla Asl un "indennizzo" per i postumi permanenti insorti dopo che si era sottoposta alla vaccinazione obbligatoria antitifica. L'intramuscolare eseguita da una dottoressa aveva, infatti, toccato e danneggiato il nervo circonflesso.

Ma la domanda della ricorrente viene respinta in tutti i gradi di giudizio, con una motivazione che la Suprema corte sottoscrive.

Nessuna responsabilità poteva essere addebitata al medico che aveva somministrato il vaccino e di conseguenza alla Asl, perché l'iniezione era stata fatta in modo tecnicamente corretto e nel rispetto del protocollo. La causa dell'incidente doveva essere attribuita alla caratteristica del nervo che varia da persona a persona. Né è ipotizzabile che la dottoressa fosse tenuta a eseguire altri e più complessi accertamenti preventivi prima di eseguire «una pratica routinaria».

Una conclusione che non cambia anche se è accertata l'esistenza di un nesso causale tra la vaccinazione e il danno riportato dalla paziente. Il binomio che apre la strada al risarcimento non è utile allo scopo se viene esclusa qualunque responsabilità colposa nel provocare l'evento.

Nel caso esaminato - sottolineano i giudici - neppure la ricorrente aveva attribuito alla dottoressa la responsabilità di una manovra errata.

Il danno è dovuto al caso fortuito «ovvero all'andamento variabile e talvolta imprevedibile del nervo circonflesso». Un'incognita fuori dalla sfera di controllo della professionista.

Sempre ieri la Cassazione è tornata sulla responsabilità medica. Con la sentenza 21175 la Suprema corte ha respinto il ricorso dei congiunti di un uomo morto in seguito all'applicazione di tre by pass coronarici. Secondo i ricorrenti il modulo per il consenso informato era stato alterato, elevando l'originario rischio dal livello 0 al livello 1. Per i giudici però la variazione non è significativa perché 1 e 0 possono essere considerati "valori" omogenei. Gli "stadi" del rischio spaziano, infatti, da 0 a 39 e il livello iniziale dal quale il rischio può essere valutato come alto è il sei.

Sulla decisione pesano anche le condizioni di partenza, già compromesse del paziente, per il quale l'intervento benché programmato e non di urgenza, era comunque necessario. Un elemento che fa perdere rilevanza alla non completa informazione. Nè era ipotizzabile che l'uomo avrebbe rifiutato l'operazione se informato del diverso fattore di rischio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La responsabilità

01 | LE LINEE GUIDA
Anche se è verificato il nesso causale tra il pregiudizio subìto dalla paziente e la sommistrazione del vaccino il risarcimento è escluso se il medico ha fatto l'iniezione in maniera corretta seguendo il protocollo per quanto riguarda la localizzazione e la modalità di esecuzione

02 | LA ROUTINE
La Cassazione sottolinea che la vaccinazione è una pratica routinaria, per questo il professinista che l'ha eseguita non era tenuto a mettere in atto altri e più complessi accertamenti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 36.455
Diffusione 08/2015: 23.481
Lettori Ed. II 2015: 424.000
Quotidiano - Ed. Sicilia

LA SICILIA

Dir. Resp.: Mario Ciancio Sanfilippo

21-OTT-2015
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Vaccini, danni imprevisti non sono risarcibili

Sentenza della Cassazione. Slitta il piano nazionale: nodo risorse

I dati dell'Iss

«Negli ultimi anni 19 milioni di vaccinati e soltanto 5 reazioni allergiche»

GIANCARLO COLOGGI

ROMA. Il vaccino è una pratica di routine che non necessita di «accertamenti preventivi». Dunque se il medico esegue correttamente l'iniezione per la vaccinazione obbligatoria, in caso si manifestino effetti imprevisti, la Asl non è tenuta a risarcirli. Lo sottolinea la Cassazione che, con la sentenza 21177 in tema di responsabilità medica e danno da vaccinazione, ha respinto il ricorso di una donna napoletana che aveva riportato «postumi permanenti» dopo la vaccinazione obbligatoria antitifica.

La dottoressa che aveva fatto l'iniezione, pur avendola eseguita correttamente e nel punto giusto, aveva però leso il «nervo circonflesso» determinando così un effetto collaterale dannoso e non voluto. Per questo la donna danneggiata dal vaccino, Filomena P., aveva fatto ricorso nel 1997 al pretore di Torre Annunziata, per ottenere il risarcimento dei danni subiti, a carico della Asl 5 di Napoli, «a seguito della cattiva esecuzione di una iniezione intramuscolare finalizzata alla vaccinazione obbligatoria antitifica».

Nel 2003 il tribunale di Torre Annunziata ha rigettato la domanda risarcitoria e nel 2011 la Corte d'appello di Napoli ha affermato che «benché sia stato provato che l'iniezione aveva toccato e danneggiato il nervo circonflesso, nessuna responsabilità era ascrivibile al medico vaccinatore e per esso alla Asl, avendo il medico somministrato il vaccino in maniera tecnicamente corretta e avendo il predetto nervo un andamento variabile da individuo ad individuo».

Per l'annullamento di questa decisione, Filomena P. si è rivolta alla Cassazione. I supremi giudici però hanno stabilito che la corte d'appello «non ha violato i principi in tema di responsabilità medica». I magistrati napoletani - sottolinea la Cassazione - hanno «positivamente accertato l'esistenza del nesso causale tra la vaccinazione e il danno riportato dalla paziente» ma hanno poi escluso, in base alle risultanze delle consulenze tecniche, «che alcuna responsabilità colposa gravasse sulla dottoressa che ha eseguito la vaccinazione, la quale si è attenuta ai protocolli nella localizzazione dell'iniezione e nelle modalità della sua esecuzione, né era tenuta, trattandosi di una pratica routinaria, ad eseguire altri e più complessi accertamenti preventivi». Pertanto in mancanza di una colpa riconducibile «all'autrice della vaccinazione», prosegue il verdetto della Cassazione, «il verificarsi dell'evento dannoso è stato ricondotto al caso fortuito», in questo caso «all'andamento variabile e talvolta imprevedibile del nervo circonflesso», una circostanza «che ha ricondotto all'esterno della sfera di controllo e di prevedibilità della professionista che ha effettuato l'intervento routinario».

Così il ricorso di Filomena P. è stato rigettato con condanna a pagare circa 4mila euro di spese legali.

«Negli ultimi anni in Italia ci sono stati 19 milioni di vaccinati e solo 5 reazioni allergiche, nessun morto. Questi sono i dati sui vaccini». A fornirli, annunciando la prossima pubblicazione di un database in merito, è Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, (Iss), a margine dell'audizione di ieri in Commissione Igiene e Sanità del Senato. Dati non diversi dagli Usa, dove «su 25 milioni di vaccinati negli ultimi 10 anni ci sono state 33 reazioni allergiche gravi», specifica. «Alcuni medici, invece, spaventano le famiglie con una "immunologia che non esiste", cose assolutamente false che spingono il 33% dei genitori ad avere paura. Poi - conclude - si vanno a informare e coloro che hanno scendono fra il 15 o il 5%».

Intanto slitta di 15 giorni l'approvazione del Piano nazionale vaccini che sarà esaminato nella Conferenza delle Regioni del 5 novembre. Le regioni hanno deciso uno spostamento del via definitivo dell'atteso e discusso documento per fare piena luce su una delle questioni centrali: le risorse.

Nessun dubbio quindi sui contenuti che ieri hanno raccolto anche l'autorevole consenso dell'oncologo Umberto Veronesi che si è detto favorevole all'obbligo delle vaccinazioni per l'iscrizione a scuola.

Il coordinatore degli assessori alla sanità della Conferenza delle Regioni, Sergio Venturi ha riferito di un accordo tra il ministro della Salute Beatrice Lorenzin e il vicepresidente della Conferenza delle Regioni, Toti, per rinviare il tutto di 15 giorni, «credo dovuto al fatto delle considerazioni che i governatori faranno giovedì sulla legge di stabilità».

«Noi abbiamo già espresso parere favorevole sul piano vaccinale e in generale sul documento - ha detto Venturi, che è assessore alla Sanità in Emilia Romagna - e quindi lo vogliamo inserire in un quadro complessivo che riguarda le risorse per il fondo sanitario nazionale».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 36.455
Diffusione 08/2015: 23.481
Lettori Ed. II 2015: 424.000
Quotidiano - Ed. Sicilia

LA SICILIA

Dir. Resp.: Mario Ciancio Sanfilippo

21-OTT-2015
da pag. 9
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

19
MILIONI

«Negli ultimi anni in Italia ci sono stati 19 milioni di vaccinati e solo 5 reazioni allergiche, nessun morto. Questi sono i dati sui vaccini». A fornirli, annunciando la prossima pubblicazione di un database in merito, è Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, (Iss), a margine dell'audizione di ieri in Commissione Igiene e Sanità del Senato. Dati non diversi dagli Usa, dove «su 25 milioni di vaccinati negli ultimi 10 anni ci sono state 33 reazioni allergiche gravi», specifica. «Alcuni medici, invece, spaventano le famiglie con una "immunologia che non esiste", cose assolutamente false che spingono il 33% dei genitori ad avere paura».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 39.851
Diffusione 08/2015: 9.931
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

21-OTT-2015
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

CENSIS

Il 41% degli italiani rinuncia alle cure. E il governo taglia altri fondi al welfare

CHIARI | PAGINA 5

Salute / IL CENSIS: LA SPESA SANITARIA SEMPRE PIÙ VERSO IL PRIVATO

Il 41% degli italiani rinuncia alle cure. E dal governo altri tagli al welfare

Riccardo Chiari

Signori, si taglia. E gli effetti sulla cura e sulla salute si vedono: nel 41,7% dei nuclei familiari, almeno una persona in un anno ha dovuto fare a meno di una prestazione medica. Per giunta gli italiani pagano di tasca propria il 18% della loro spesa sanitaria totale, vale a dire oltre 500 euro pro-capite l'anno, mentre la percentuale della spesa individuale dei singoli cittadini si attesta in Francia al 7%, e in Inghilterra al 9%. I dati che arrivano dall'indagine «Bilancio di sostenibilità del welfare italiano» del Censis, e dalle ricerche delle associazioni dei consumatori, confermano peraltro quanto era già stato segnalato dall'Istat. Quando ancora non si sapeva che il governo, nel ddl di stabilità, avrebbe deciso di lasciare a quota 111 miliardi il fondo per il sistema sanitario nazionale. Non solo nel 2016. Almeno fino al 2019.

Brutte notizie in serie per chi ha necessità di cure, e per le famiglie di anziani o con anziani in casa. Brutte notizie anche per un governo che si conferma quantomeno disinvolto nelle affermazioni («abbiamo aumentato di un miliardo i fondi per il 2016»), a dispetto di quanto lo stesso esecutivo scrive nel suo ddl di stabilità. «Dopo tante dichiarazioni e discordanti rassicurazioni da parte del governo – tira le somme Federconsumatori - alla fine il finanziamento del Fondo sanitario nazionale risulta ulteriormente tagliato o, come si preferisce dire, definanziato. Un provvedimento grave e pericoloso, dal momento che è evidente come le esigenze di bilancio continuino a prevalere sulla salute dei cittadini, e sull'esistenza stessa del Ssn».

A buttare il sasso nello stagno, pur con garbo istituzionale, sono state le Regioni. Senza dichiarazioni roboanti – il governatore Chiamparino, coordinatore dei colleghi, non rilascia interviste in materia – ma con alcuni numeri. Quelli, recuperati anche dal Sole 24 Ore, di un articolo del ddl di stabilità che, rispetto ai previsti incrementi al Ssn, riduce i fondi ai bracci operativi regionali per 1,8 miliardi nel 2016, per 3,98 miliardi nel 2017, e per 5,48 miliardi nel 2018 e nel 2019.

Come ormai d'abitudine, l'esecutivo replica accusando i gangli periferici dello Stato di sprecare risorse. «E' stato un errore fatale delegare la sanità alle Regioni, perché alla fine il risultato lo vediamo – ha detto papale papale la ministra Lorenzin - ma ora cambia l'orizzonte». Nel merito sembra risponderle il solo Stefano Fassina: «In sanità via gli sprechi, ma i risparmi devono andare a ridurre liste di attesa e ticket, non a chi vive in case milionarie. I presidenti di Regione, in particolare quelli del Pd, non hanno nulla da dire?».

Proprio le chilometriche liste di attesa e i ticket sempre più salati sono, secondo l'indagine del Censis e le ricerche delle associazioni dei consumatori, i principali motivi per cui in quasi una famiglia su due accade di rinunciare alle cure per questo o quel congiunto. «Nel complesso – si rileva nel rapporto con dati riferiti al 2014 - circa la metà delle famiglie italiane ha dovuto rinunciare in un anno ad almeno una prestazione di welfare, dalla sanità all'istruzione, al socio assistenziale e al benessere. Le quote più elevate sono nei comuni con al massimo 10mila abitanti, dove oltre il 59% delle famiglie ha razionato le spese nel welfare, nelle regioni del sud e isole,(57%), tra le famiglie monogenitoriali e i 'millenials' (i più anziani, ndr)».

Giuseppe De Rita, presidente del Censis, riassume così la situazione: «Il welfare italiano sta cambiando, e le famiglie rispondono con processi di adattamento che includono una forte esposizione finanziaria, e anche con fenomeni di rinuncia alle prestazioni. Questo cambio del welfare è problematico e non ci saranno grandi riforme. Ciò di cui c'è bisogno è che la famiglia ritrovi quella percezione di fiducia essenziale per fare sviluppo".

Fiducia o non fiducia, per i più abbienti naturalmente non ci sono grossi problemi: la sanità del privato sociale o del privato tout court accoglie a braccia aperte. Basta pagare. In genere parecchio. Per tutti gli altri, cioè la stragrande maggioranza, vale il Rapporto annuale dell'Istat della scorsa primavera: in quattro province su nove più di 13 persone su 100 rinunciano a curarsi, mentre la media italiana, dato su cui già si dovrebbe riflettere, è del 9%. Una situazione, ricorda l'Istituto di statistica, in gran parte dovuta all'introduzione dei ticket, e delle quote di compartecipazione alla spesa a carico del paziente di turno.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2013: 25.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

LA NOTIZIA GIORNALE.IT

Dir. Resp.: Gaetano Pedullà

21-OTT-2015
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità, liste d'attesa infinite Gli italiani non si curano più

Una famiglia su due è costretta a rinunciare E le prestazioni pagate in nero salgono al 32%

di **MARCELLO DI NAPOLI**

Liste di attesa infinite, tanto da spingere i pazienti a rivolgersi altrove. Un quadro, quello dipinto dal Censis, che denota ancora una volta come in Italia fare una visita medica all'ospedale pubblico sia una sorta di scommessa. E pensare che la sanità è uno dei capitoli di spesa più importanti della macchina pubblica, quella voragine che porta le regioni sull'orlo del fallimento.

LO SCENARIO

Secondo quanto emerge dall'indagine "Bilancio di sostenibilità del welfare italiano" del Censis e dalle ricerche delle associazioni dei consumatori realizzate per il Forum Ania-Consumatori, il 41,7% delle famiglie almeno una persona in un anno ha dovuto rinunciare a una prestazione sanitaria. Ma non solo, perché gli italiani mettono mano al portafoglio nel 18% della loro spesa sanitaria totale, vale a dire oltre 500 euro pro-capite l'anno. In Francia la spesa individuale per le cure sanitarie è al 7% e in Inghilterra al 9%. Una differenza abissale. Infine, il Censis parla di 3 milioni di cittadini non autosufficienti che necessitano di assistenza, oltre 1,3 milioni le "badanti", con una spesa per le famiglie di circa 10 miliardi l'anno. Così le casse delle famiglie italiane languono. La sanità pubblica c'è, ma non funziona o non soddisfa le richieste dei cittadini. Così le spese si moltiplicano, e spesso si colorano di nero. Secondo il Censis, infatti, "nell'ultimo anno, al 32,6% degli italiani è capitato, direttamente o a un membro della famiglia, di pagare prestazioni sanitarie o di welfare in nero". Inoltre, "il 21% ha pagato senza fattura o ricevuta visite medico specialistiche, il 14,4% visite odontoiatriche, il 2,4% ripetizioni di matematica e di lingue e l'1,9% prestazioni infermieristiche".

AL SUD

Nel Meridione "il 41% degli intervistati ha pagato prestazioni in nero". "La situazione dei pagamenti in nero delle prestazioni di welfare è leggermente migliore al Centro - continua il Censis - dove negli ultimi dodici mesi ha pagato senza ricevere fattura il 36,4% degli intervistati, mentre al Nord-Ovest la percentuale si ferma al 28,6% e al Nord-Est al 17,1%". Per quanto riguarda le visite mediche specialistiche, invece, "sono state pagate in nero nel 31% dei casi al Sud, nel 23,7% al Centro, nel 19,2% al Nord-Ovest e solo nel 5% delle situazioni al Nord-Est". Per le prestazioni odontoiatriche, senza fattura sono state pagate "il 19,2% degli intervistati del Centro, il 17,9% del Sud e Isole, il 12,7% del Nord-Ovest e il 5,8% del Nord-Est.

Il salasso

I cittadini mettono mano al portafoglio per coprire il 18% del totale delle proprie spese sanitarie

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

21-OTT-2015
da pag. 29
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Lunghe attese nel servizio pubblico nazionale e costi troppo elevati nei privati: nel 41,7% delle famiglie almeno una persona ha dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie. E chi è andato dal medico o a sottoporsi ad esami ha pagato di tasca propria e spesso in nero. È questa l'ultima fotografia scattata dal Censis sul nostro welfare

Sanità, mezza Italia non si cura

PROBLEMI DI RISORSE E DI RIASSETTO DELL'OFFERTA: SLITTA AL 5 NOVEMBRE IL VIA LIBERA AL PIANO VACCINI

IL CASO

Dalla lista delle spese prioritarie di due famiglie su cinque sono state depennate le cure odontoiatriche, le visite specialiste, gli esami diagnostici. Ma anche la palestra come cura. E, chi non ha rinunciato ai servizi sanitari, li ha pagati in nero. Prezzo basso, niente ricevuta.

Quasi un italiano su due si è trovato costretto a limitare accertamenti e terapie oppure ha iniziato a rinviare le scadenze con i medici e i controlli. Per mancanza di denaro. Nel 41% delle famiglie, l'anno scorso, almeno un componente ha dovuto rinviare una prestazione sanitaria.

LO STUDIO

Tra lunghe attese e alti costi del privato la tutela della salute ci sta rimettendo. Come si legge in uno studio Censis realizzato per il forum Ania-Consumatori. Bastano pochi dati per "disegnare" la situazione: il 32,6% degli italiani, nel 2014, ha pagato senza fattura o senza ricevuta fiscale le visite specialistiche (21%), il 14,4% le cure odontoiatriche mentre l'1.9% le prestazioni infermieristiche. Al Sud la percentuale è ancora più alta dal momento che a pagare questo tipo di servizi in nero è stato il 41% degli intervistati.

Chi decide di andare dal medico non pubblico o di sottoporsi ad esami specialistici più o meno costosi spesso paga di tasca propria: il 18% della spesa sanitaria totale. Per oltre 500 euro l'anno a testa. Contro il 7% delle spese private in Francia e il 9% in Gran Bretagna. Le cifre lievitano se mettiamo a confronto il numero delle persone non autosufficienti, tre milioni, e le badanti, 1,3 milioni: le famiglie devono sborsare circa dieci miliardi.

Il campione preso in esame dal Censis ha risposto che sono state tagliate le spese sanitarie perché «la copertura dello stato sociale si è ridotta». «Il welfare italiano sta cambiando - commenta Giuseppe De Rita presidente Censis - e le famiglie rispondono con processi di adattamento che includono una forte esposizione finanziaria, anche con fenomeni di rinuncia alle prestazioni». Che non sono solo consulti medici o radiografie. Ma anche, per esempio, sedute di fisioterapia che permettono una migliore qualità della vita. E, soprattutto negli anziani, limitano il pericolo cadute e permettono una più rapida ripresa dopo un intervento chirurgico.

LA DECISIONE

E proprio per una questione di risorse e di riassetto dell'offerta slitterà di quindici giorni l'approvazione del Piano vaccinale al vaglio della Conferenza Stato-Regioni. L'incontro era fissato per ieri, poi lo stop. Dopo l'allarme per il calo delle vaccinazioni (l'86% della copertura invece del 95% auspicato dall'Oms) anche obbligatorie, tra i bambini le Regioni avevano chiesto maggiori sostegni finanziari per campagne di informazione (anche tra i medici) e l'allargamento della profilassi. L'appuntamento, proprio per ridiscutere il reperimento e la distribuzione dei fondi, è stato spostato al 5 novembre. Priorità viene data alla legge di stabilità.

Per il capitolo risorse, spiega Sergio Venturi coordinatore degli assessori alla Salute «sono previsti 300 milioni in più anche perché ci sono numerosi nuovi vaccini». «Alcuni di questi prima non erano disponibili - aggiunge - ma ora sono raccomandati, quindi si tratta di un'estensione della campagna. Ad esempio, in Emilia Romagna, le vaccinazioni che vengono raccomandate non sono a pagamento».

Sull'obbligatorietà che i bambini vengano vaccinati per potersi iscrivere a scuola è intervenuto anche l'oncologo Umberto Veronesi: «E' giusto l'obbligo. Ai genitori che si battono contro le vaccinazioni e che sostengono a testa alta il loro diritto a non far vaccinare i figli, voglio sommessamente ricordare che la loro opposizione è resa possibile proprio dal fatto che altri bambini sono stati immunizzati».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

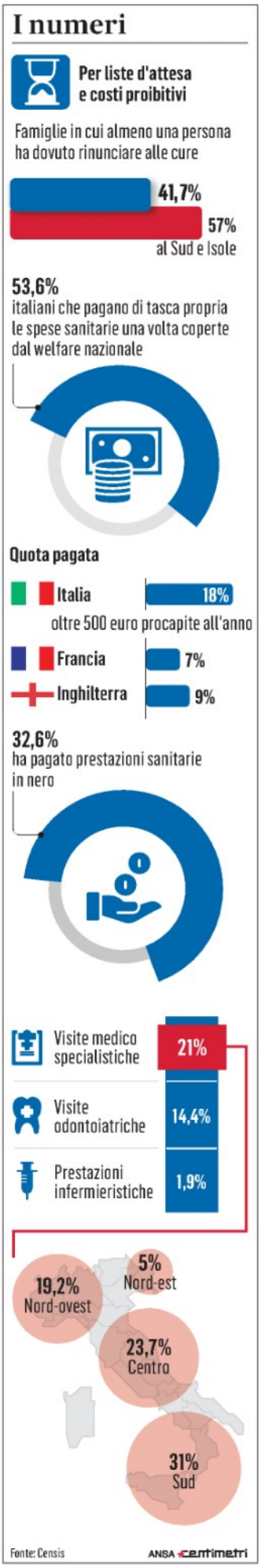
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

21-OTT-2015
da pag. 29
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

I numeri



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

21-OTT-2015
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Liste d'attesa e costi alti: 41,7 per cento delle famiglie rinuncia a curarsi

Roma. Quasi un italiano su due smette di curarsi oppure comincia a rimandare analisi cliniche e visite mediche. La colpa è delle lunghe attese della sanità pubblica e dei costi ancora troppo elevati di quella privata, che spingono le famiglie a tirare la cinghia e a risparmiare anche sui servizi di welfare che prima ritenevano indispensabili. Questa la fotografia scattata da un recente rapporto del Censis, che evidenzia come, nell'ultimo anno, nel 47,1% delle famiglie, almeno una persona ha dovuto rinunciare a una prestazione sanitaria.

Chi decide di andare lo stesso dal medico o di sottoporsi a esami specialistici più o meno costosi spesso paga di tasca propria «il 18% della spesa sanitaria totale». Una percentuale molto più alta rispetto al 7% della Francia e al 9% dell'Inghilterra e che si traduce in una spesa pro capite annua di circa 500 euro. Una situazione che fa riflettere i cittadini e fa dichiarare al 53,6% degli intervistati dal Censis che «la copertura dello stato sociale si è ridotta». Nel complesso, circa la metà delle famiglie italiane ha dovuto infatti rinunciare in un anno ad almeno una prestazione di welfare: dalla sanità all'istruzione, dal socio assistenziale e al benessere.

Le quote più elevate di rinunciatari sono nei comuni con al massimo 10mila abitanti (dove oltre il 59% delle famiglie ha razionato le spese nel welfare), nelle regioni del Sud e delle Isole (57%), tra le famiglie mono genitoriali e i Millenials.

Non è un caso se a queste tematiche si aggiunge anche un altro problema: quello di servizi di welfare pagati senza fatture o ricevute. Nell'ultimo anno, infatti, secondo il Censis «al 32,6% degli italiani è capitato, direttamente o a un membro della proprio famiglia, di pagare prestazioni sanitarie o di welfare in nero».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

21-OTT-2015
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Liste d'attesa infinite e costi troppo alti Niente cure per due famiglie su cinque

Il Censis: ogni italiano spende 500 euro l'anno per visite ed esami

il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

Ben due famiglie su cinque che rinunciano a curarsi per colpa delle liste d'attesa e dei costi proibitivi del privato, mentre chi può paga oramai di tasca propria oltre 500 euro l'anno per visite, analisi e ricoveri. Il 18% della spesa sanitaria totale. Eccola l'altra faccia dei tagli e degli sprechi in sanità, fotografata dal «Bilancio di sostenibilità del welfare italiano», stilato dal Censis e dalle associazioni dei consumatori per l'Ania, l'associazione degli assicuratori, interessati a giocare la loro partita sulla sanità. Avremo anche il sistema più universalistico del mondo, ma ogni nuovo studio sull'accesso alle prestazioni sanitarie dimostra che quella del «tutto gratis a tutti» è oramai una formula sempre più lontana dalla realtà.

I dati parlano chiaro. Il 51,7% delle famiglie italiane ha rinunciato a curarsi e chi ha pagato lo ha fatto nel 32,6% dei casi in nero. Percentuale che al Sud sale al 41%. E se si spendono oramai in media 500 euro a testa per aggirare le liste d'attesa nel privato per gli anziani va ancora peggio. Con una popolazione sempre più di nonni, 3 milioni dei quali non autosufficienti, l'assistenza domiciliare, soprattutto dal Lazio in giù, è un optional per il nostro servizio sanitario pubblico. Ed ecco che a fare da salvagente arriva l'esercito delle badanti: un milione e trecentomila, che pesano sulle famiglie per altri 10 miliardi e vanno ad aggiungersi ai 33 miliardi di spesa sanitaria privata che gli italiani sborseranno a fine anno. Rispetto al 2014 un miliardo in più. Appunto il 18% della spesa sanitaria complessiva. Un record europeo, visto che in Francia non si va oltre il 7% e in Inghilterra al 9%.

Di questa emorragia di denaro le principali responsabili restano le liste d'attesa. Che non di rado asl e ospedali «chiudono» per far quadrare i bilanci erogando meno prestazioni. Ecco allora che, sempre secondo il Censis, nell'ultimo anno per una risonanza al ginocchio si è passati da un'attesa media di 45 a una di 60 giorni, da 58 a 71 per un'ecografia all'addome, da 69 a 79 per una colonscopia. «Da tempo denunciamo il fenomeno dell'allungamento dei tempi d'attesa che non può essere certo governato – rimarca Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale dei diritto del malato- con il decreto sul taglio delle cosiddette prestazioni inappropriate, che finirà per far riversare ancora più soldi nel privato». «Serve invece un nuova Piano nazionale sulle liste d'attesa, visto che quello che c'è è scaduto nel 2012», denuncia.

«Il welfare sta cambiando, ma il cambio sarà problematico se non ci saranno le riforme», prevede il presidente del Censis, Giuseppe De Rita.

Per ora all'orizzonte ci sono solo tagli. Ai 2,3 miliardi di quest'anno se ne aggiungono i 2 che la legge di stabilità ha depennato dal Fondo sanitario nazionale, fermo a 111 miliardi contro i 113 previsti. E tra le pieghe della manovra sembra spuntare anche qualche nuova brutta sorpresa. Secondo la Cgil medici l'articolo 46 della legge di stabilità conterrebbe un altro taglio di 1,8 miliardi nel 2016 a carico delle regioni, e quindi in larga parte della sanità, che rappresenta l'80% dei bilanci regionali. Domani conferenza delle regioni sulla manovra. Si prevedono scintille tra governo e governatori. Anche quelli di parte «amica».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

21-OTT-2015
da pag. 10
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Italiani e spese sanitarie

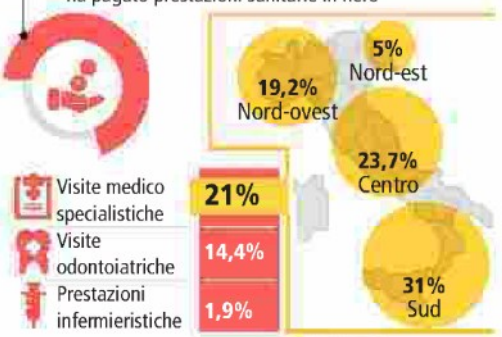
14,2 per cento
Gli italiani che nel corso del 2014 hanno dovuto rinunciare ad andare dal dentista Percentuale che sale al 32,3% se si considerano i redditi bassi

Per liste d'attesa e costi proibitivi
Famiglie in cui almeno una persona ha dovuto rinunciare alle cure

53,6%
italiani che pagano di tasca propria le spese sanitarie una volta coperte dal welfare nazionale

Quota pagata

32,6%
ha pagato prestazioni sanitarie in nero



Fonte: Censis

centimetri - LA STAMPA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori Ed. II 2015: 752.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LEGGO

Dir. Resp.: Alvaro Moretti

21-OTT-2015
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

Intervista
a Claudio Cricelli
Pres. Società di medicina generale SIMG

«Faremo come gli Usa Assicurazioni private per il 70% dei pazienti»

Sempre più italiani pagano di tasca propria i servizi sanitari. E' meravigliato?

«No. E' l'inevitabile conseguenza di scelte di politica economica che vanno in questa direzione. La sostenibilità del SSN è legata al trasferimento sui consumi privati delle prestazioni mediche».

E' la fine della Sanità per tutti?

«Il concetto di sistema universalistico sta scomparendo. Ci sarà sempre più una differenziazione per fasce di reddito e quindi di accesso ai servizi».

Vede un futuro a tinte fosche?

«Nel 2025 finiremo come gli Usa. Ci sarà sempre più spazio per le assicurazioni private e un doppio "pilastro": una Sanità pubblica per il 30% e un altro 70% ormai totalmente privata. Quest'ultima però dovrà avere i costi del tutto detraibili dalle tasse». **(A.Cap.)**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

21-OTT-2015
da pag. 44
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità / 2. Esclusa la validità della prova testimoniale resa da un dottore della stessa équipe

Il consenso informato è sempre scritto

Vittorio Occorsio

Il **consenso informato** deve essere scritto. La Cassazione, con la sentenza 19212, si è per la prima volta espressa sulla necessità che il consenso informato sia prestato per iscritto e sull'insufficienza di eventuali consensi verbali.

Il caso riguardava un intervento chirurgico eseguito per errore su un arto sano: una paziente straniera, che a causa di un incidente sugli sci aveva riportato una rottura di un legamento, si è risvegliata dall'anestesia con entrambe le ginocchia operate. Ciò ha di per sé avuto evidenti conseguenze dannose, in termini di aggravio del decorso post operatorio, a causa di una prolungata impossibilità di deambulazione.

Nei primi gradi di giudizio la domanda di risarcimento era stata rigettata. Secondo i giudici di merito l'intervento al ginocchio sano sarebbe stato autorizzato a parole dalla paziente, quando in realtà costei nemmeno avrebbe potuto capire cosa le veniva spiegato sulla necessità di operare anche l'altro ginocchio, poiché non capiva l'italiano. Tanto che il consenso informato (l'unico valido, ossia quello scritto), era stato reso in lingua inglese, in cui peraltro la formula utilizzata (al singolare) lasciava pochi dubbi sul convincimento di sottoporsi all'operazione ad un solo ginocchio.

La Cassazione, nell'accogliere il ricorso, ribadisce come l'obbligo del consenso informato in capo al medico costituisca una prestazione diversa da quella dell'intervento medico.

Ma la novità della sentenza si ha in punto di onere della prova, e precisamente sull'applicabilità al consenso informato del divieto di prova testimoniale previsto dall'articolo 2722 del Cc (ai sensi del quale «La prova per testimoni non è ammessa se ha per oggetto patti aggiunti o contrari al contenuto di un documento, per i quali si alleghi che la stipulazione è stata anteriore o contemporanea»): la Corte d' appello aveva ritenuto che tale norma non si applicasse al caso in esame, in quanto il termine «documento» avrebbe dovuto intendersi come riferito al documento «contrattuale» e non riguarderebbe il consenso informato. Il consenso informato infatti non avrebbe la natura di una convenzione tra le parti, consistendo in una dichiarazione di scienza non negoziale. Pertanto, la prova testimoniale, resa da un medico della stessa équipe, sarebbe stata idonea a superare quanto emergeva dal documento scritto. Invece, la Suprema corte ha stabilito che un eventuale consenso orale non vale come consenso informato. Quindi un intervento diverso da quello convenuto sarebbe un atto *in corpore vili*, che esporrebbe peraltro a responsabilità anche penali.

La confutazione di quanto assunto dalle corti di merito appare meritevole di sviluppi e riflessioni ulteriori, che già sembrano delinearsi come corollari interpretativi, nel senso di precisare definitivamente la natura negoziale o contrattuale del consenso informato (e non solo al fine dell'applicabilità dell'articolo 2722 del Cc), nonché la natura "normativa" del codice deontologico, che già prevede la necessità che il consenso informato sia reso in forma scritta quando «si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sanità24 Il Sole 24 ORE

21-10-2015

Lettori

402.957

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

Ricciardi (Iss): nel 2014 avanzo di 9 mln tagliando i viaggi in business class. Corte dei Conti: contenere ancora i costi e puntare sulla prestazione di servizi

di *Rosanna Magnano*

L'Istituto superiore di sanità migliora i conti ma la politica della cinghia stretta deve continuare, puntando a diminuire la dipendenza dai fondi pubblici. È questo in estrema sintesi il verdetto della Corte dei Conti sulla gestione finanziaria dell'Iss 2013-14.

L'Istituto superiore di sanità - commissariato nel luglio 2014 - dopo aver registrato un disavanzo finanziario nel 2013 per euro 2,76 mln (-4,35 nel 2012) ha recuperato nell'esercizio 2014, che ha chiuso con un avanzo di 9,6 mln di euro. Ma l'obiettivo di camminare sulle proprie gambe è ancora un miraggio. «Resta sostanzialmente costante - si legge nella relazione della Corte dei conti - l'indice di dipendenza finanziaria dalle pubbliche contribuzioni che supera il 90% in quanto le risorse proprie dell'Istituto non raggiungono il 10% delle entrate». Tra i suggerimenti dei giudici contabili per smarcarsi dai finanziamenti statali quello di potenziare «le entrate connesse alla "vendita di beni e prestazioni di servizi" costituite principalmente dalle somme derivanti dai servizi a pagamento resi a terzi, che invece subiscono una contrazione: sono pari a 5,9 milioni di euro nel 2012 e a 5 milioni nel 2013, mentre nel 2014 si assiste ad una lieve ripresa sostanziandosi in 5,3 milioni di euro».

L'Istituto nel 2014 ha avviato la sua azione al riequilibrio economico-finanziario ma gli effetti saranno pienamente valutabili dall'esercizio 2015. In particolare l'ente ha ridefinito alcune procedure legate alla propria attività che incidevano sulle entrate: è stato aggiornato il tariffario dei servizi resi a terzi; si è dato rilievo al cosiddetto «overhead», ossia la percentuale di rimborso di una quota di spese generali sostenute dall'Iss e sono stati istituiti tre gruppi tecnici per migliorare l'azione dell'istituto.

In diminuzione i costi della produzione

«Passati dai 175,1 milioni di euro del 2012 ai 164,2 milioni di euro del 2013 (-6,2%) per attestarsi nel 2014 su 160,5 milioni di euro (-2,2%, rispetto al 2013)». Un segnale positivo evidente, sottolinea la Corte dei Conti, «dell'azione dell'ente diretta a ridurre i costi sostenuti per l'acquisizione di beni e servizi, attraverso il monitoraggio delle procedure di approvvigionamento e delle procedure per gli acquisti centralizzati».

Pur in diminuzione, permane il fenomeno dei residui attivi e passivi che si attestano ancora su un volume elevato al termine dell'esercizio 2014. In conclusione, «l'esame delle risultanze gestionali complessive e in particolare della gestione caratteristica porta a ritenere necessario proseguire con scelte gestionali di contenimento dei costi e di sviluppo dell'attività convenzionale, che consentano all'Istituto di far fronte anche ad eventuali ulteriori limitazioni dei finanziamenti pubblici, dai quali, allo stato, resta ancora quasi

totalmente dipendente».

Ricciardi: «Risultato ottenuto tagliando i viaggi in business class»
La politica della cinghia stretta deve quindi continuare anche se ha già dato i suoi primi frutti. «Abbiamo riportato i bilanci dell'Istituto in attivo per 9 milioni - sottolinea oggi **Walter Ricciardi**, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, durante l'audizione in Commissione Igiene e Sanità al Senato - e abbiamo recuperato ben 19 milioni di euro solo grazie al fatto che sono state evitate spese improprie non inerenti alla ricerca, ma ascritte tra le spese per la ricerca, come i biglietti aerei in classe business».

«Stiamo lavorando - ha detto - per un nuovo ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità come produttore di conoscenza scientifica e alla creazione di un portale della conoscenza, facilmente consultabile, in cui le nostre ricerche vengano messe a disposizione dei cittadini in modo semplice e divulgativo».

Nel 2014, visto il particolare momento critico vissuto dall'Istituto, allora sotto commissariamento, gli 80 anni dell'Istituto sono passati inosservati, ha sottolineato Ricciardi, «ma nel 2016 festeggeremo gli 82 anni attività» e nello stesso anno, «speriamo di poter ospitare un grande convegno internazionale su come il nostro paese può lottare contro il cambiamento climatico». Tutte cose, ha specificato, che «vogliamo fare attraverso i lavoratori dell'istituto». Per utilizzarlo al meglio «abbiamo attivato una piattaforma intranet che identifica e ridistribuisce dove necessario le competenze delle persone: abbiamo 500 precari che possiamo ora orientare sulla base della loro expertise sulle esigenze scientifiche». E, a proposito delle risorse del personale, da un sondaggio condotto tra i 1.100 dipendenti è emerso che i punti di forza dell'Istituto, «sono percepiti essere il prestigio dell'ente, la competenza, il forte senso di appartenenza. Punti deboli sono eccessiva burocratizzazione, mancanza di meritocrazia, obsolescenza delle strutture, frammentazione delle competenze, alta età media».

Quanto ai fondi per la ricerca e alla preoccupazione dell'ingresso di privati, «il nostro obiettivo primario - ha detto Ricciardi - è vincere finanziamenti competitivi: partecipare, perché siamo bravi, a bandi concorsuali dove ci sono i veri soldi. Horizon 2020 - ha esemplificato - ha 70 miliardi di euro, l'Italia vi contribuisce per il 17% eppure a tutt'oggi per le strutture pubbliche è stata una debacle, ad eccezione dell'Iss con gli unici quattro progetti di ricerca finanziati. A dimostrazione del fatto che quando metti insieme i fattori produttivi, competi e vinci. Vogliamo innanzitutto fare questo: prendere i soldi veri dove ci sono. Se l'Italia prendesse il 17% dei soldi che da'...ma ci basterebbe prenderne l'1%: sarebbero 700 milioni di euro e avremmo messo tutto a posto».

Emilia Grazia De Biasi (Pd): «Servono investimenti per stabilizzare i precari»
«La riorganizzazione presentata dal presidente dell'Iss mi sembra molto ambiziosa e importante, essenziale per dare finalmente all'Istituto la credibilità anche internazionale che ha sempre avuto. Rimane il problema della stabilizzazione dei precari e per farlo servono investimenti». Lo ha affermato **Emilia Grazia De Biasi**, presidente della Commissione Sanità del Senato, a margine dell'audizione di Ricciardi. «Cercheremo di capire nella legge di Stabilità, se sarà possibile, come poter contribuire come Parlamento alla soluzione di questo problema - ha aggiunto - I dipendenti sono tanti, c'è un mix generazionale da mantenere, ma c'è il tema della stabilizzazione e su questo vediamo che spazi si potranno aprire».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

21-OTT-2015
da pag. 42
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

LA GUIDA PRATICA ALLA MANOVRA / 3

Part time, opzione donna e tagli: tutte le novità per previdenza e sanità

Servizi ▸ pagine 42 e 43 DOMANI LE PARTITE IVA

LA GUIDA PRATICA ALLA MANOVRA

03 | Pensioni e sanità

CANTIERE-PENSIONI, INTERVENTI LIMITATI PER LA FLESSIBILITÀ

Con effetto dal 2017 si amplia la «no tax area» Gestione separata: l'aliquota resta al 27%

Vecchi requisiti

Finora le domande di «tutela» sono state inferiori alle previsioni

La platea

Chance dell'orario ridotto per iscritti all'Ago e ai fondi sostitutivi

Volontà individuale

La scelta di lavorare meno non è legata ad accordi aziendali

Matteo Prioschi

Nessun intervento di ampia portata in **ambito previdenziale** per aumentare la **flessibilità del pensionamento**. Per evitare di complicare ulteriormente la situazione e compiere errori, il **governo** alla fine ha preferito rimandare tutto al (prossimo) futuro. E per quanto riguarda il presente, le misure contenute nel **disegno di legge di Stabilità 2016** devono farei i conti con le risorse a disposizione. Dove si è potuto (esodati) si è fatto ricorso fin dove consentito dalle regole di bilancio, ai risparmi degli anni passati. Per gli altri interventi il conto a carico dei pensionati stessi potrebbe essere presentato nel 2017.

Per quanto riguarda la flessibilità, il Ddl introduce comunque la possibilità di ridurre l'orario di lavoro con l'approssimarsi della maturazione dei requisiti minimi di vecchiaia. Quest'ultimo è una sorta di scivolo volontario verso la pensione che, a differenza delle ipotesi circolate nei mesi scorsi, non prevede una decurtazione dell'assegno previdenziale una

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

21-OTT-2015
da pag. 42
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

volta raggiunti i requisiti. Tuttavia il lavoratore dovrà convivere con un taglio dello stipendio, seppur inferiore alle ore non lavorate, nel periodo in cui svolgerà attività part time.

Rientra nell'ambito della flessibilità, questo sì con un taglio dell'assegno previdenziale, l'intervento effettuato sulla cosiddetta "opzione donna". All'opzione potranno accedere anche le donne che maturano i requisiti, e non la decorrenza, quest'anno. Su questo fronte, però, sono già stati annunciati emendamenti da parte della Lega Nord per eliminare l'adeguamento all'aspettativa di vita, quindi per concedere l'opzione già a 57 o 58 anni, come previsto in origine dalla legge 243/2004.

I 26.300 nuovi posti contenuti nell'ultimo, così dovrebbe essere, intervento di salvaguardia sono inferiori ai 50.000 richiesti dai comitati spontanei che rappresentano i più penalizzati dalla riforma Monti-Fornero. Ma, a dire il vero, i numeri finora testimoniano che le domande di salvaguardia presentate e approvate sono state meno delle previsioni.

Ulteriore intervento tampone per i professionisti iscritti in maniera esclusiva alla gestione separata dell'Inps: anche nel 2016 l'aliquota contributiva sarà del 27% invece di crescere come stabilito dalla legge 92/2012.

Per chi è già in pensione, invece, è stato previsto l'ampliamento della no tax area: per gli under 75 passerà da 7.500 a 7.750, mentre per chi ha almeno 75 anni salirà da 7.750 a 8.000 euro. Questa modifica al Testo unico delle imposte sui redditi (Dpr 917/1986) si applicherà dal 2017.

Ma poiché questi seppur non rivoluzionari interventi hanno un costo, sempre dal 2017, invece del ripristino della più favorevole perequazione stabilita dalla legge 388/2000, potrebbe rivivere il meccanismo introdotto dal governo Letta a fine 2013. Qui il condizionale è d'obbligo, perché in base alle bozze del disegno di legge il ritorno della "perequazione Letta" è certo, mentre il ministro del Lavoro Giuliano Poletti ha affermato che scatterà solo se non si troveranno fondi sufficienti nel corso del 2016.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le uscite

LUNEDÌ
La casa
Dal taglio della Tasi per l'abitazione principale alla proroga dei bonus sui lavori

IERI
Fisco e imprese
Le regole sugli incentivi agli investimenti e gli altri sconti fiscali

OGGI
Pensioni e sanità
Dal part-time per chi sta per chiudere la carriera lavorativa ai tagli alla sanità

DOMANI
Le partite Iva
Le nuove regole su Fisco e contributi per i professionisti

VENERDÌ
Lavoro e pubblico impiego
Dalla decontribuzione per le assunzioni ai tagli nella Pa

LEGENDA: I BENEFICIARI

F Famiglie
P Professionisti
I Imprese
PA Pubblica amm.

IL REGIME PER LE DONNE

Opzione-contributivo con età e contributi entro il 2015

Il disegno di legge Stabilità sembra mettere fine alla questione relativa alle cosiddette **donne optanti**. Infatti, salvi gli adeguamenti legati alla speranza di vita registrati nel triennio 2013/2015, sono ammesse al regime sperimentale anche coloro che raggiungeranno il **requisito** anagrafico e contributivo **entro il 31 dicembre 2015** e che, a causa dell'applicazione della finestra mobile, potrebbero riscuotere il primo assegno pensionistico oltre tale data. Ripercorriamo cosa è successo negli anni. L'articolo 1, comma 9 della legge 243/2004 ha previsto, in via sperimentale e per le sole lavoratrici, la possibilità di accedere alla pensione di anzianità con 57-58 anni di età e 35 anni di contributi a condizione che le stesse accettassero un assegno calcolato esclusivamente con le regole del sistema contributivo e, di conseguenza, di importo più basso rispetto a quello ordinariamente spettante. Tale facoltà è esercitabile fino al 31 dicembre 2015.

Il ricorso a tale possibilità ha subito notevoli incrementi dal 2012, quando all'indomani della riforma Monti-Fornero (Dl 201/2011), i requisiti di accesso alla pensione sono diventati più severi. Con le circolari 35 e 37 del 2012 emanate previo parere del ministero del Lavoro, l'Inps ha precisato che al requisito anagrafico deve essere applicata anche la speranza di vita e quindi dal 2013 sono necessari 57 anni 3 mesi per le dipendenti e 58 anni 3 mesi per le autonome. La decorrenza del trattamento pensionistico, inoltre, avrebbe dovuto collocarsi entro il 31 dicembre 2015 per verificare l'esito della sperimentazione e quindi la finestra mobile di 12 mesi (18 per le autonome) deve risultare già aperta alla stessa data. Significa che solo le lavoratrici autonome nate entro il 28 febbraio 1956 e con 35 anni entro il 31 maggio 2014 avrebbero avuto tale possibilità. Le lavoratrici dipendenti del settore privato dovevano essere nate entro il 31 agosto 1957 con almeno 35 anni di contributi entro il 30 novembre 2014 oppure essere nate entro il 30 settembre 1957 (se appartenenti al pubblico impiego) con almeno 35 anni di contributi entro il 30 dicembre 2014. La diversità delle date di maturazione dei requisiti in capo alle lavoratrici dipendenti risente delle peculiarità delle singole gestioni dove sono iscritte.

A fine novembre 2014, l'Inps – con il messaggio 9231/2014 – ha dato una lettura più estensiva della norma. Fino ad allora si era ritenuto che l'opzione dovesse essere esercitata entro il 31 dicembre 2015; per l'Inps, invece, fermi i requisiti anagrafici e contributivi nonché la risoluzione del rapporto di lavoro, l'accesso sarebbe potuto avvenire anche dopo il 2015, a patto che la prima decorrenza teorica del trattamento pensionistico si collochi entro il 31 dicembre 2015. A distanza di pochi giorni, con il messaggio 9304/2014, l'Istituto previdenziale aveva invitato le sedi provinciali a non rigettare le domande di coloro che avrebbero perfezionato i requisiti entro il 2015 e per le quali, a causa della finestra mobile, la prima decorrenza utile si collocava oltre data, in attesa che il ministero fornisse chiarimenti. A questo punto l'intervento legislativo riesce a superare quasi tutte le criticità rilevate, con l'eccezione dell'aumento dei requisiti dovuto all'aspettativa di vita.

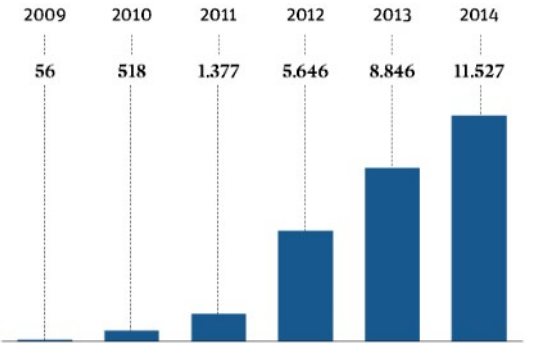
Fabio Venanzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Beneficiari: F

Così finora

Numero di pensioni liquidate con l'opzione donna



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

21-OTT-2015
da pag. 42
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

ESODATI

Settima salvaguardia per altri 26.300 lavoratori

La **settima salvaguardia** aggiunge 26.300 posti in favore di altrettanti **lavoratori**, ma al contempo riduce di 24.064 quelli previsti dai sei interventi precedenti.

Con un'operazione analoga a quelle già effettuate in passato, il governo, alla luce delle richieste inviate dagli interessati, ridimensiona la "capienza" delle salvaguardie rimaste in parte inutilizzate e contemporaneamente aggiunge nuovi posti a vantaggio di quelle categorie di lavoratori non ancora pienamente tutelati. Si spiega così perché, a fronte dei 170.230 posti garantiti dalle prime sei salvaguardie, con la settima si sale a "soli" 172.466.

Per quanto riguarda i nuovi salvaguardati (per il dettaglio di numeri e caratteristiche si veda la scheda qui sotto), la legge di Stabilità interviene sull'impianto determinato dagli interventi precedenti, in alcuni casi citandoli in modo esplicito e in altri no (almeno in base al testo normativo finora disponibile). Le categorie coinvolte sono gli autorizzati alla contribuzione volontaria, gli esodati veri e propri, i licenziati, chi dopo un contratto a termine non ha più trovato un impiego stabile e i lavoratori in mobilità o beneficiari dello specifico trattamento per il settore edile. A parte che per questi ultimi, la legge interviene ampliando di dodici mesi, rispetto a quanto previsto dalle precedenti salvaguardie, il termine utile per maturare la decorrenza della pensione con i requisiti pre-riforma del 2011. Quindi saranno tutelati i lavoratori che andranno in pensione entro il 6 gennaio 2017 sulla base delle vecchie regole.

Per quanto riguarda gli interventi precedenti, da 170.230 posti previsti si è scesi a 146.166 secondo questo calcolo, come confermato dal ministero del Lavoro: per la prima, terza, quarta e quinta salvaguardia, ritenute concluse, si sono considerate le certificazioni del diritto già inviate dall'Inps ai lavoratori che hanno fatto domanda (circa 79.000), più le domande giacenti, che sono poche centinaia; inoltre è stata considerata ancora la capienza "piena" della seconda e sesta salvaguardia (rispettivamente 35.000 e 32.100) perché le procedure non si sono ancora concluse. Finora, dunque, i salvaguardati con i requisiti richiesti e che hanno fatto domanda sono stati meno delle previsioni.

La copertura finanziaria per la settima salvaguardia è di 2 miliardi di euro spalmati tra il 2016 e il 2023.

M. Pri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Beneficiari: F

I nuovi salvaguardati

5.300
Mobilità
Tutelati i lavoratori in mobilità o con trattamento speciale edile in base ad accordi stipulati entro il 2011 o senza impiego il 2012 a seguito di cessazione dell'attività aziendale o procedure concorsuali che maturano i requisiti per la pensione entro il periodo di fruizione del trattamento o, versando contributi volontari, entro i 24 mesi successivi alla fine del trattamento

10.000
Contributori volontari
Autorizzati al versamento volontario dei contributi, con o senza almeno un contributo volontario versato entro il 2011, e che maturano la decorrenza entro il 6 gennaio 2017

6.000
Esodati e licenziati
Viene previsto un limite cumulativo per lavoratori suddivisi in categorie distinte nella quinta salvaguardia, e cioè gli esodati entro il 30 giugno 2012, gli esodati tra il 1° luglio e il 31 dicembre 2012, i licenziati tra il 2007 e il 2011, che maturano la decorrenza entro il 6 gennaio 2017

2.000
In congedo
Previsti altri 2mila posti per i lavoratori in congedo per assistere figli con gravi disabilità. Anche in questo caso decorrenza della pensione entro il 6 gennaio 2017

3.000
Tempo determinato
Aggiunti ulteriori posti per chi ha concluso un contratto a tempo determinato tra il 2007 e il 2011 e successivamente non ha trovato impiego indeterminato. Decorrenza della pensione entro il 6 gennaio 2017

FLESSIBILITÀ

Lavoro part time nei tre anni prima dell'assegno di vecchiaia

Uscita anticipata rispetto alla vecchiaia e contribuzione piena per il calcolo della pensione. È questo l'effetto dell'articolo 24 del Ddl stabilità 2016. La bozza prevede la possibilità per i lavoratori **dipendenti del settore privato** iscritti all'Assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive (come fondo Volo) assunti a tempo pieno e indeterminato e che maturano **entro il 31 dicembre 2018** il requisito per la **pensione di vecchiaia** di effettuare un'**uscita morbida** dal mondo del lavoro con una **riduzione dell'orario di lavoro**.

Dal prossimo anno e fino a tutto il 2018 i requisiti per l'accesso alla pensione di vecchiaia subiranno l'incremento di +4 mesi per effetto dell'adeguamento legato alla speranza di vita. Pertanto i lavoratori dipendenti potranno accedere, ordinariamente, alla pensione con 66 anni e sette mesi. Discorso a parte per le lavoratrici che accederanno alla pensione di vecchiaia – nel biennio 2016/2017 - con 65 anni e sette mesi mentre con 66 anni e sette mesi dal 2018, anno in cui i requisiti anagrafici di accesso alla pensione di vecchiaia saranno uniformati per tutti i lavoratori e i settori di impiego. Tra i requisiti da possedere, per accedere all'agevolazione, è previsto che il lavoratore abbia maturato i requisiti minimi di contribuzione per il diritto alla pensione di vecchiaia, cioè venti anni di contribuzione accreditata a qualsiasi titolo. Raggiunta l'intesa con il datore di lavoro, il periodo non potrà superare quello compreso tra la data di accesso al beneficio e quello di maturazione del requisito anagrafico per l'accesso alla pensione di vecchiaia. Deve ritenersi quindi che in nessun caso, tale strumento possa essere utilizzato al fine di incrementare l'anzianità contributiva una volta raggiunto il limite previsto per la vecchiaia. La riduzione dell'orario di lavoro dovrà essere compresa tra il 40 e il 60 percento. Su un monte ore di 40 ore settimanali potrebbe significare lavorare tra le 16 e le 24 ore settimanali. Il datore di lavoro, a seguito della riduzione della prestazione lavorativa, verserà al lavoratore una somma pari alla contribuzione previdenziale che sarebbe dovuta essere versata all'Inps per la prestazione lavorativa non effettuata limitatamente alla sola quota a carico del datore di lavoro stesso. Tale somma non concorrerà alla formazione del reddito da lavoro dipendente non sarà assoggettata a contribuzione previdenziale. Pertanto, si deve desumere, che sarà versata come "netto in busta". Le imprese di fatto continueranno a pagare la propria contribuzione in misura piena mentre "risparmieranno" la parte di retribuzione correlata alla mancata prestazione lavorativa. Per il monte ore non lavorato sarà riconosciuta la contribuzione figurativa commisurata alla retribuzione corrispondente alla prestazione lavorativa non effettuata.

In ogni caso, la scelta volontaria di lavorare meno non potrà comportare un assegno pensionistico di importo più elevato – limitatamente alle sole quote retributive - rispetto a quello calcolato ordinariamente se tale scelta non fosse stata fatta. Il costo stimato di tale operazione è di 240 milioni di euro. Tale facoltà è subordinata alla presentazione di una domanda alla direzione territoriale del Lavoro che rilascerà la relativa autorizzazione.

Fabio Venanzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Beneficiari: F I

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

21-OTT-2015
da pag. 42
foglio 4 / 4
www.datastampa.it

LA CLAUSOLA

Ritorna la perequazione «Letta» se mancano i fondi

La legge di Stabilità potrebbe prorogare l'applicazione del meccanismo di **rivalutazione automatica delle pensioni** introdotta dal **governo Letta** a fine 2013.

La sentenza 70/2015 della Corte costituzionale che ha dichiarato illegittimo il comma 25 dell'articolo 24 del decreto legge 201/2011, con cui per gli anni 2012 e 2013 la rivalutazione è stata riconosciuta al 100%, esclusivamente alle pensioni di importo complessivo fino a tre volte il trattamento minimo Inps, il governo Renzi ha emanato il decreto legge 65/2015 con il quale ha previsto la restituzione parziale degli arretrati dovuti per il 2012 e 2013, per i trattamenti complessivi fino a sei volte l'importo minimo, escludendo la restituzione di qualunque arretrato per i trattamenti superiori a 6 volte il minimo e gestisce, con diversa percentuale, l'attribuzione della rivalutazione per gli anni 2012 e 2013.

Chiusa questa fase, dovrebbe ritornare in vigore, dal 2017, il meccanismo previsto dall'articolo 69 della legge 388/2000, e cioè l'attribuzione della rivalutazione del 100% per la fascia di trattamenti complessivi entro 3 volte il trattamento minimo Inps, il 90% per la fascia oltre 3 e fino a 5 volte il minimo e il 75% per la fascia oltre 5 volte il minimo.

Tuttavia la legge di Stabilità 2016, al fine di concorrere alla copertura dei maggiori oneri derivanti dall'opzione donna e anche in funzione della salvaguardia della solidarietà intergenerazionale, potrebbe estendere fino al 2018 le disposizioni dell'articolo 1, comma 483 della legge 147/2013 in materia di rivalutazione automatica dei trattamenti pensionistici. In conferenza stampa il ministro Giuliano Poletti ha affermato che questa clausola scatterebbe solo se nel 2016 non verranno reperite in altro modo le somme necessarie.

La legge 147/2013 prevedeva l'attribuzione della rivalutazione delle pensioni con un importo secco, sulla base dell'importo complessivo dei trattamenti pensionistici percepiti. Di conseguenza anche per gli anni 2017 e 2018 la rivalutazione automatica dei trattamenti pensionistici sarebbe riconosciuta:

- al 100% per i trattamenti pensionistici complessivamente pari o inferiori a tre volte il trattamento minimo Inps;
- al 95% per i trattamenti superiori a tre e pari o inferiori a quattro volte il minimo;
- al 75% per i trattamenti superiori a quattro e pari o inferiori a cinque volte il minimo;
- al 50% per i trattamenti superiori a cinque volte e pari o inferiori a sei volte il minimo;
- al 45%, per ciascuno degli anni 2016, 2017, e 2018 per i trattamenti superiori a sei volte il minimo.

M.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Beneficiari: F

LA PAROLA CHIAVE

Perequazione

● È l'adeguamento automatico dell'importo delle pensioni all'andamento dell'inflazione così come calcolata dall'Istat e "certificata" da un decreto del ministero dell'Economia. L'adeguamento avviene a gennaio di ogni anno su base provvisoria per l'anno in corso e in maniera definitiva per quello precedente.

SALUTE

Nella sanità debutta la cura dei costi standard

Tra giro di vite sugli **acquisti, piani di rientro** per gli ospedali in rosso, nuovi **livelli essenziali di assistenza** e costi standard al debutto, la **sanità** è protagonista anche della **manovra 2016**.

Si parte dal "contributo" alla spending review targata Yoram Gutgeld, che nel complesso impegna 5,8 miliardi: il cuore, al netto del mancato incremento per 2 miliardi del Fondo sanitario nazionale, è nei risparmi attesi - tra 800 milioni e un miliardo - dalla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi e dalla valorizzazione del ruolo di Consip.

Nel 2016 il Fondo per Asl e ospedali si riduce dunque dai 113 miliardi preventivati a 111 miliardi. Che diventeranno 110,2 miliardi, al netto degli 800 milioni riservati ai nuovi livelli essenziali di assistenza, inseriti in manovra su richiesta della ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. Poi, sono da mettere in conto il rinnovo dei contratti pubblici, imposto dalla Consulta dopo sei anni di stand-by, e il finanziamento di capitoli di spesa cruciali, come il fondo farmaci innovativi istituito lo scorso anno.

Ai governatori che domani si incontreranno - carte e (se ci saranno) tabelle alla mano - per esprimere il giudizio politico sulla legge di Stabilità, l'orizzonte si va facendo più chiaro: torna infatti alla ribalta il «contributo alla finanza pubblica» che già la manovra 2015 aveva imposto alle regioni nella misura di 4 miliardi e che quest'anno ha comportato un taglio da 2,35 mld per la sanità. Nel 2016 si replica: le regioni dovranno contribuire per altri 4 miliardi nel 2017 e per 5,5 miliardi per ciascuno degli anni 2018 e 2019. Cifre tendenziali, perché dal 2017 il ministero punterebbe sull'incremento del Fondo per almeno un miliardo, ma i governatori sono in allerta.

Intanto, quest'anno l'efficientamento passerà anche per ricette innovative, come i piani triennali di rientro per gli enti Ssn in rosso, che saranno penalizzati in caso di risultati negativi, e la costituzione delle "aziende sanitarie uniche", frutto dell'incorporazione nelle Asl delle aziende ospedaliero-universitarie.

Ma la manovra 2016 significa anche più risorse (150 milioni) per la non autosufficienza (cui oggi vanno 400 milioni) e la conferma di 6mila borse di specializzazione per i giovani medici.

Restano fuori le nuove misure sulla responsabilità professionale dei camici bianchi, che la commissione Affari sociali della Camera sta definendo: un emendamento le inserirà in corsa nella Stabilità. L'obiettivo è contrastare il fenomeno della medicina difensiva e tendere la mano ai dottori, che proprio oggi si riuniscono a Roma per gli Stati generali della professione. La piattaforma? Difesa del ruolo del medico, diseguaglianze regionali nell'accesso alla salute, tutela dei giovani, contrasto del precariato, appropriatezza prescrittiva.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Beneficiari: P PA

Il bilancio

111 miliardi

La dote

È l'importo del Fondo sanitario nazionale per il 2016: un miliardo in più del Fsn 2015 e due di meno rispetto a quanto preventivato e richiesto dalle regioni. All'interno di questo budget vanno "isolati" 800 milioni da destinare ai nuovi Livelli esenziali di assistenza e al Nomenclatore protesi e ausili. Altre risorse dovrebbero essere destinate al rinnovo dei contratti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

21-OTT-2015
da pag. 4
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

PARLA IL MINISTRO LORENZIN

«La mia road map contro gli sprechi nella sanità»

Roberto Turno ▸ pagina 4

«La mia road map contro gli sprechi»

Ospedali in rosso e acquisti, chi sgarra paga - I risparmi restano nel Ssn: è scritto per legge

Governatori e Titolo V

«Non ho attaccato le regioni, ma gli errori del federalismo. Per questo è nato il Patto-salute»

Oltre la manovra

«I tagli dal 2017 sono sul tendenziale: ma se risparmiamo e reinvestiamo, e il Pil cresce...»

IMEDICI

La sanità nella crisi è stata tenuta in piedi dai medici e dagli operatori sanitari: i loro sacrifici vanno riconosciuti

IL CAMBIAMENTO

Dal 2013 più risorse e la politica sanitaria la fa la Salute. Il 2016 l'anno strategico della svolta per il Ssn

di **Roberto Turno**

Una road map a tutto campo contro gli sprechi in sanità: dal buco nero degli ospedali in rosso per 950 mln solo nel 2014, fino ai "buoni acquisti" anti illecito. La certezza che i risparmi realizzati il prossimo anno saranno reinvestiti in sanità. «Il 2016 può essere l'anno della svolta, un anno strategico», assicura la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. Che considera quei 111 mld concessi al Ssn per il prossimo anno con la manovra chance per «fare tante cose, a partire dai nuovi Lea che saranno aggiornati ogni anno». E che per questo chiama le regioni a un ruolo di massima partecipazione per raddrizzare la barca del Ssn e rilanciarlo. Regioni con le quali, dice, non ha fatto polemica: «Le storture del federalismo le conosciamo tutti da sempre». E a medici e operatori sanitari riconosce l'onore delle armi: «Ho visto in quali condizioni lavorano: in questi anni di crisi la sanità è stata tenuta in piedi dai loro sacrifici». Sarà la pace?

Ministro Lorenzin siamo certi che 111 mld basteranno il prossimo anno per la sanità?

Sono le risorse che abbiamo a disposizione per fare tante cose. A tante condizioni. Perché il 2016 può essere un anno di svolta, un anno strategico per cambiare, in meglio, la sanità pubblica. Garantendo più qualità e salvaguardando i più deboli, incidendo sulle disuguaglianze.

Per fare cosa, per cominciare.

Intanto per fare i nuovi Lea, un successo dopo 14 anni di attesa, con 840 mln in più. Li aggiorneremo ogni anno, calando sul campo le nuove scoperte per una appropriatezza che porti le cure più efficaci ai cittadini.

Eppure l'Italia non è certo al top per finanziamenti al Ssn.

Ma in questi anni s'è invertita una tendenza: da una crescita esponenziale fino al 2008 ai tagli lineari nel pieno della grande crisi con la Salute sotto il Mef. Dal 2013 la tendenza è cambiata: il ministero della Salute con la conferenza delle regioni ha ripreso le redini della politica sanitaria e i finanziamenti sono tornati a crescere.

Dica la verità, quanto servirebbe per il 2016?

Il problema non è il finanziamento, ma come lo si usa. In questa manovra viene stabilito tra l'altro che i risparmi realizzati resteranno dentro il Ssn, per reinvestirli in salute e riutilizzarli nel sistema. È stato un successo cruciale. Io spero che le regioni sappiano usare le leve che della manovra. Per risparmiare e reinvestire. È un impegno da mantenere insieme. Alla fine avremo vinto tutti, avremo fatto un vero cambiamento. Senza tagli lineari ma con una spending interna col bisturi.

A cominciare dai piani di

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 210.680
Diffusione 08/2015: 146.191
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

21-OTT-2015
da pag. 4
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

rientro per gli ospedali-azienda in rosso. Un grande spreco con quei 950 mln di rosso totale nel 2014, a partire dalla perdita di 158 mln del San Camillo di Roma.

Un grave peccato. Finanziario e di salute. Che non nasce necessariamente solo dai singoli amministratori, ma viene da lontano. Problemi che non risolvi in un colpo e che vogliamo affrontare anche risolvere le gravi segnalazioni di deficit qualitativi. Ma senza computare gli investimenti in ricerca scientifica. Quella è spesa "sana". Gli ospedali avranno tre anni per mettersi in regola, con i direttori generali massimamente responsabilizzati, fino alla rimozione. Ma la regola vera, lo ripeto ancora, è la qualità. L'assistenza che davvero danno gli ospedali. Quella sarà la cartina di tornasole per gli italiani.

L'altra mossa per cambiare sono i "buoni acquisti", spending da 1 mld circa, con acquisti centralizzati e basta al fai-da-te locale. Fin dal 1 gennaio 2016.

Certo, è un altro passaggio decisivo. Che non a caso scatta fin dal primo giorno dell'anno nuovo. Sarà una cura totale di trasparenza. Non si sgarra più.

La manovra mette in campo dal 2017 al 2019 altri tagli: 4 mld già nel 2017, anche se non solo per la sanità. Non c'è il rischio di cristallizzare anche per gli anni a venire quei 111 mld?

Intanto pensiamo al 2016. Per i prossimi anni - una volta reinvestiti i risparmi, disinnescata con le nuove regole sulla responsabilità professionale la medicina difensiva, attuata la centralizzazione dei sistemi operativi con un unico linguaggio informatico per tutti, lanciata davvero la sanità digitale, evitati gli esami inutili - il quadro sarà diverso. Non dimentichiamo che stiamo parlando di una manovra espansiva, che genera fiducia e aumenta i consumi. Ci aspettiamo un aumento del Pil e da lì penso di poter recuperare risorse. Ma non possiamo permetterci di sprecare 1 euro.

Però dal 2017 può scattare qualcosa ancora...

Nella manovra è scritta quella che sarebbe una riduzione del tendenziale di spesa. In ogni caso non riguarderebbe solo la sanità e tutto verrebbe rinviato a un'Intesa. Nel momento in cui non è più il Mef a fare la politica sanitaria, ma sono le regioni che la fanno col ministero della Salute, è allora tanto più indispensabile che questo capitale di fiducia lo spendiamo tutti bene. E tutti insieme. L'unico modo è attuare il Patto per la salute punto per punto. Se si fallisce questo mandato rimangono solo delle macerie. In primis del Ssn.

Questa è la sfida di cui parla?

Oggi più che mai si deve gestire al meglio ciò che si ha, individuare le priorità e realizzarle con una programmazione pluriennale. Con una road map di interventi, di priorità e di misurazione dell'efficacia delle misure messe in campo per i prossimi dieci anni. Abbiamo qualche anno per svoltare, togliere le diseguaglianze che sono enormi e fare in modo che le regioni avanzate possano essere sempre più avanzate.

Pensa a un fondino per quelle "virtuose"?

Serve un meccanismo che premi le regioni virtuose, al quale però possano accedere anche quelle più indietro, se migliorano.

A proposito di regioni, il suo attacco le ha lasciate di sasso.

Ma quale attacco. Ho solo detto quello che tutti ci ripetiamo a tutti i convegni: il titolo V in questo modo non ha funzionato. Fin dalla sua nascita, col pasticcio delle materie concorrenti, per finire con l'Italia delle cure divisa in tante repubbliche. Magari adesso ci sono nervi scoperti, ma non ho accusato nessuno. Tanto che poi abbiamo fatto il Patto per la salute proprio per un progetto di riequilibrio del sistema. A un certo punto c'è stato un freno a mano sul Patto, ma adesso va pigiato di nuovo sull'acceleratore.

Ministro, con i medici i rapporti non sono idilliaci. Oggi celebrano gli Stati generali della professione.

Ho la massima considerazione e stima per i medici e per tutti gli operatori sanitari. Ho visto in quali condizioni lavorano. So che la sanità in questi anni di crisi è stata tenuta in piedi dal loro sacrificio, che hanno rinunciato ai rinnovi contrattuali, che c'è stato il blocco del turn over, che hanno orari di lavoro pesantissimi, che i giovani che non vanno avanti...

Il loro slogan oggi è «sanità a pezzi, meno diritti più disuguaglianza, ora basta». Condivide?

Ho detto che c'è disuguaglianza, frammentarietà di servizi, gap Nord Sud. Sono fatti reali e oggettivi. Che dobbiamo superare. Tutti insieme.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 20 OTTOBRE 2015

Stabilità. La scure sulle aziende ospedaliere in rosso: una su 4 è a rischio piano di rientro. Deficit record nel Lazio. La mappa di Agenas

La bozza della stabilità prevede che le aziende ospedaliere (compresi universitari e Irccs pubblici) con deficit superiori al 10% o ai 10 milioni di euro entrino in piano di rientro sotto la responsabilità diretta del DG. Che se fallisce il ripiano perderà il posto. Censite 108 aziende ospedaliere, di cui 31 in deficit delle quali 24 superano le soglie di allarme. Maglia nera, oltre al Lazio, a Piemonte, Veneto, Liguria, Toscana, Calabria e Sardegna. I BILANCI DEGLI OSPEDALI

Con la legge di stabilità appena varata dal Consiglio dei Ministri, e secondo quanto scritto nell'ultima bozza circolante, le aziende ospedaliere "in rosso" rischiano di pagarla cara. A partire dai loro direttori generali che perderanno il posto se non riusciranno a rimettere a posto i conti entro tre anni dall'accertamento di un buco di bilancio pari o superiore al 10% della differenza tra costi e ricavi rispetto ai ricavi stessi o comunque di una cifra superiore ai 10 milioni di euro. A stabilire nel dettaglio la metodologia di valutazione dello scostamento sarà un apposito decreto della Salute, di concerto con il Mef, sentita la Stato Regioni.

La fotografia al 2014 di come vanno le cose nelle regioni italiane l'ha appena scattata l'Agenas che ha pubblicato oggi tutti i bilanci delle 108 aziende ospedaliere italiane (compresi policlinici universitari e Irccs pubblici).

Ne esce fuori uno spaccato simbolico di come la sanità italiana possa considerarsi tale solo di nome in quanto a unitarietà di sistema e gestione. Ci sono Regioni con tutte le aziende in attivo o in pareggio e altre dove il colore rosso caratterizza tutte le AO.

Ma andiamo con ordine e prendendo a riferimento le indicazioni della legge di stabilità, nelle more del decreto che dovrà indicare con più precisione la metodologia di calcolo per il deficit, abbiamo provato a vedere, seocndo i dati di bilancio di Agenas, quali sarebbero ad oggi le aziende ospedaliere a rischio di piano di rientro, in quanto con disavanzi superiori ai 10 milioni di euro o con percentuali tra deficit e ricavi maggiori del 10%.

In tutto sono 31 su 108 le aziende con bilanci in rosso. E di queste 24 sono a rischio piano di rientro secondo i parametri indicati al momento dalla legge di stabilità. Praticamente quasi 1 su 4, anche se la loro distribuzione territoriale non è omogenea. Le aziende da risanare sono infatti tutte concentrate in 7 Regioni (Piemonte, Veneto, Liguria, Toscana, Lazio, Calabria e Sardegna).

Ma vediamo il dettaglio regione per regione:

Piemonte. Le 6 aziende censite presentano tutte bilanci in rosso, ma sono solo 3 quelle a rischio presentando un buco superiore ai 10 milioni di euro, anche se l'AO San Luigi sfora il limite per 145 mila euro e quindi potrebbe anche cavarsela. Le altre tre, pur in deficit, lo sono però per percentuali inferiori al 10% previsto dalla stabilità e quindi dovrebbero salvarsi dal piano di rientro.

Lombardia. Tutte in pareggio o in attivo le 35 aziende ospedaliere dlela Regione che supera quindi l'esame a pieno titolo.

Veneto. Sulle 3 aziende censite, 2 superano i 10 milioni di euro di deficit e quindi entrerebbero in piano di rientro, mentre la terza è in attivo.

Friuli Venezia Giulia. Tutte in attivo le 5 aziende censite.

Liguria. In rosso, per cifre superiori ai 10 milioni di euro, le due aziende liguri, anche se una di queste (il Gaslini) sfora la soglia di soli 395mila euro.

Emilia Romagna. Tutte in attivo le 6 aziende ospedaliere censite.

Toscana. In rosso invece tutte e quattro le aziende toscane. Ma in Piano di rientro andrebbero solo in tre perché il Meyer ha un disavanzo sotto quota di allarme.

Umbria. Bene per le aziende umbre, tutte due in attivo.

Marche. Bene anche per le tre aziende marchigiane, tutte quante in attivo.

Lazio. Profondo rosso invece per le 9 aziende laziali, tutte concentrate nella capitale, con disavanzi oltre la soglia e il disavanzo record italiano di oltre 158 milioni per il San Camillo Forlanini su poco più di 297 milioni di ricavi.

Campania. Tutte promosse le 10 aziende campane, delle quali 9 in attivo e una in deficit ma di "soli" 506mila euro su ricavi per oltre 121 milioni.

Puglia. Bene anche le aziende pugliese, tutte e 4 in attivo.

Basilicata. Promosse anche le 2 aziende lucane, entrambe in attivo.

Calabria. Sulle 5 aziende calabresi, 2 andrebbero in piano di rientro superando le soglie di deficit consentito mentre delle altre 3 una è in attivo e le altre pur in rosso si situano sotto soglia di allarme.

Sicilia. Buone notizie per le 9 aziende siciliane, tutte in attivo.

Sardegna. Va male invece all'altra isola italiana con 3 aziende su 3 con rossi oltre soglia e quindi a rischio piano di rientro.

GESTIONE AZIENDE OSPEDALIERE (COMPRESI UNIVERSITARIE E IRCCS) - ANNO 2014			
Regione	**Totale Aziende**	**Totale Aziende in deficit**	**Aziende in deficit a rischio piano di rientro**
Piemonte	6	6	3
Lombardia	35	0	0

Veneto	3	2	2
FVG	5	0	0
Liguria	2	2	2
E.Romagna	6	0	0
Toscana	4	4	3
Umbria	2	0	0
Marche	3	0	0
Lazio	9	9	9
Campania	10	1	0
Puglia	4	0	0
Basilicata	2	0	0
Calabria	5	4	2
Sicilia	9	0	0
Sardegna	3	3	3
Totale	**108**	**31**	**24**

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati Agenas
Nota: il calcolo sulle aziende destinate al piano di rientro triennale è stato fatto tenendo conto di quanto previsto nelle anticipazioni della legge di Stabilità 2016 (art. 40, commi 4 e 8, vedi bozza)