Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-DIC-2015
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«In Italia il record di morti per lo smog»

Studio dell'Agenzia europea dell'ambiente: nel nostro Paese 84 mila decessi prematuri nel 2012 Il caso Pianura Padana. Gli esperti: un piano sulla qualità dell'aria. Lorenzin frena: voglio verifiche

La ricerca

● Ieri l'Aea ha pubblicato la relazione «Qualità dell'aria in Europa». Il dossier studia l'esposizione della popolazione agli inquinanti atmosferici

6,5

Milioni
Le persone che si ammalano ogni anno in Europa per l'inquinamento dell'aria, che minaccia anche i due terzi degli ecosistemi europei

L'inquinamento atmosferico fa più morti in Italia che in ogni altro Paese d'Europa: lo calcola l'Agenzia europea dell'ambiente, secondo cui nel nostro Paese nel 2012 ci sono stati 84.400 decessi prematuri causati dallo smog (la Germania che ha 80 milioni di abitanti ne contava 72 mila), su un totale di 491 mila nella Ue. Un numero di vittime oltre venti volte più alto di quelle causate nello stesso anno dagli incidenti stradali. Il dato è sconcertante, tanto che la ministra della Salute Beatrice Lorenzin ha detto che lo farà verificare all'Istituto superiore di Sanità.

I maggiori danni per la salute arrivano dalle micropolveri sottili (le Pm2,5, cioè particelle che hanno un diametro inferiore ai 2,5 micromeri: più sono piccole più penetrano in profondità nell'apparato respiratorio), dal biossido di azoto e dall'ozono, a cui lo studio attribuisce rispettivamente 59.500, 21.600 e 3.300 morti precoci in Italia. La zona più colpita è la Pianura Padana. A Brescia, Monza, Milano e Torino nel 2013 la concentrazione media annua di Pm2,5 ha oltrepassato il limite fissato a livello Ue di 25 microgrammi per metro cubo d'aria (sfiorato anche da Venezia). L'elenco delle città troppo inquinate si fa più numeroso se si considera invece la soglia di rischio per la salute individuata dall'Organizzazione mondiale della sanità (molto più bassa): 10 microgrammi per metro cubo. La superano molti capoluoghi, a partire dai più grandi come Roma, Firenze, Napoli, Bologna, arrivando fino a Cagliari.

«Nella Pianura Padana c'è un problema dovuto alla topografia: i gas inquinanti non riescono a disperdersi e invecchiano nell'atmosfera trasformandosi in polveri sottili — spiega Alessandro Bigi, ingegnere ambientale e ricercatore dell'Università di Modena e Reggio Emilia —. Costituiscono fino al 40% delle Pm2,5 che respiriamo d'inverno. Se negli ultimi dieci anni la situazione è migliorata grazie alle misure per ridurre le emissioni dirette, come i filtri ai camini industriali o ai diesel, le nuove sfide sono le micropolveri di derivazione secondaria e l'ozono che si forma d'estate, quando la Pianura Padana diventa un grande reattore chimico. Le loro fonti principali sono riscaldamento delle case e traffico». Secondo la Ue il 53% delle polveri sottili è prodotto da caldaie e termosifoni e il 12% dal traffico, mentre gli ossidi di azoto derivano per il 39% dal traffico, per il 18% dalla produzione di energia e per il 15% dall'industria.

«Finora abbiamo migliorato i motori delle auto e l'efficienza delle emissioni industriali, ma servono misure più coraggiose — commenta il responsabile scientifico di Legambiente Giorgio Zampetti —. Politiche per diminuire i veicoli in circolazione (in Italia abbiamo uno dei tassi più alti di auto per abitante nella Ue) e limitare il consumo energetico degli edifici. Soprattutto, serve una strategia nazionale per la qualità dell'aria: nonostante gli annunci, la aspettiamo da anni».

Elena Tebano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La parola

AEA

È la sigla di Agenzia europea dell'ambiente, un organismo dell'Unione Europea che ha il compito di «fornire informazioni valide e indipendenti sull'ambiente». Ad oggi l'Aea conta 33 Paesi membri. La sede dell'Agenzia è a Copenaghen, in Danimarca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

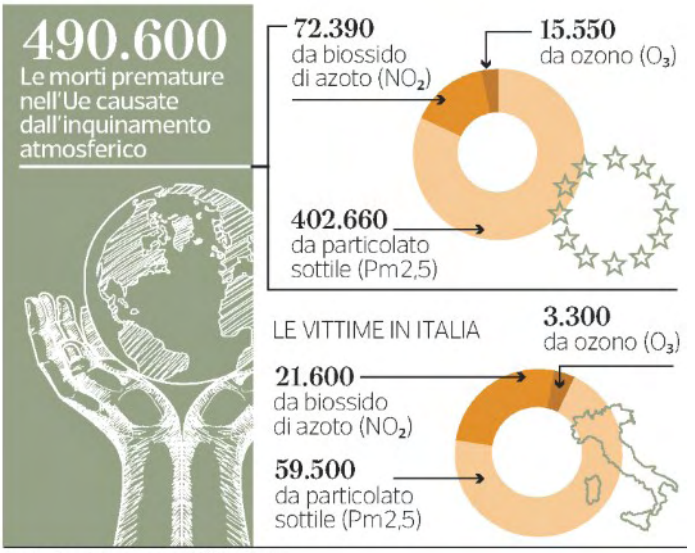
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-DIC-2015
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

I risultati



Fonte: Agenzia europea dell'ambiente

NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

ITALIA	84.400	Portogallo	6.190
Germania	72.000	Slovacchia	6.010
Francia	52.600	Croazia	4.820
Regno Unito	52.430	Svezia	3.870
Polonia	47.300	Danimarca	3.060
Spagna	33.200	Lituania	2.380
Romania	27.720	Finlandia	1.960
Bulgaria	15.300	Lettonia	1.950
Ungheria	14.130	Slovenia	1.830
Grecia	13.180	Irlanda	1.230
Paesi Bassi	13.100	Cipro	830
Belgio	11.770	Estonia	650
Rep. Ceca	11.070	Lussemburgo	320
Austria	7.080	Malta	220

d'Arco

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 170.305
Diffusione 09/2015: 125.286
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

01-DIC-2015
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Allarme dell'Agenzia europea

Italia, il triste primato delle morti per smog

In Italia si muore di più e prima del tempo, rispetto agli altri Paesi dell'Unione europea, a causa dell'inquinamento dell'aria in città. La stima arriva dall'ultimo rapporto dell'Agenzia europea dell'ambiente (Aea), secondo cui il Belpease nel 2012 ha registrato 84.400 decessi prematuri, su un totale di 491mila a livello Ue. Tre i "killer" sotto accusa: micropolveri sottili (Pm2.5), biossido di azoto (NO2) e ozono, quello nei bassi strati dell'atmosfera (O3), a cui lo studio attribuisce rispettivamente 59.500, 21.600 e 3.300 morti precoci in Italia. «Sono dati che vanno presi molto con le pinze» risponde così però il ministro della Salute Beatrice Lorenzin che pensa di chiedere una verifica all'Iss. Le maggiori indiziate sono le micropolveri sottili, che hanno provocato 403mila vittime nei 28 Paesi Ue e 432mila in tutti e 40 gli Stati europei considerati dallo studio. L'area più colpita in Italia dal problema delle micropolveri si conferma quella della Pianura Padana, con Brescia, Monza, Milano, ma anche Torino, che nel 2013 oltrepassano il limite fissato dall'Ue di una concentrazione media annua di 25 microgrammi per metro cubo d'aria.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 30 NOVEMBRE 2015

All'Italia il primato delle morti per inquinamento. Nel 2012 registrati 84.400 decessi. Il Rapporto dell'Agenzia UE per l'ambiente

Colpa dell'esposizione a particolato (PM), ozono troposferico (O3) e biossido di azoto (NO2). In rapporto al numero di abitanti peggio di noi solo i paesi dell'Est e di area Balcanica. Nella Ue a 28 stimati 491 mila decessi prematuri dovuti agli inquinanti atmosferici. Benelux, Pianura Padana, Area metropolitana di Londra e Ruhr In Germania le aree più colpite. IL RAPPORTO

Nell'Europa a 28 nel 2012 a causa dell'inquinamento atmosferico sono morte prematuramente 491mila persone e l'Italia con i suoi 84.400 decessi è prima per quanto riguarda il numero assoluto. I dati li ha forniti oggi l'Agenzia Europea per l'Ambiente (AEA) nel suo rapporto annuale che segnala come "la maggior parte degli abitanti delle città continua ad essere esposta a livelli di inquinanti atmosferici che l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) non ritiene sicuri".

Gli inquinanti più problematici per la salute umana (che possono causare o aggravare per esempio patologie cardiovascolari e polmonari, infarti cardiaci e le aritmie, e cancro) sono il particolato (PM), l'ozono troposferico (O3) e il biossido di azoto (NO2). Le stime dell'impatto sulla salute associato all'esposizione di lungo termine al PM2,5 mostrano che questo inquinante è responsabile di 432 000 morti premature in Europa nel 2012, un livello analogo alle stime degli anni precedenti. Gli impatti stimati dell'esposizione a NO2 e O3 erano rispettivamente di circa 75 000 e 17 000 decessi prematuri. In totale 491 mila decessi.

La relazione fornisce stime relative alle morti premature anche a livello nazionale dove l'Italia si colloca in testa per quanto riguardo il numero assoluto anche se in rapporto al numero di abitanti i paesi dell'Est europeo balcanico fanno registrare performance peggiori. In ogni caso l'impatto è forte anche in Germania dove si registrano 72 mila decessi, in Francia (52.600 morti) e Gran Bretagna con 52.430

Le aree a livello europeo più esposte sono quelle del Benelux, la nostra Pianura padana e l'area metropolitana di Londra così come l'area della Ruhr in Germania.

"Nonostante i miglioramenti continui degli ultimi decenni, l'inquinamento atmosferico incide ancora sulla salute degli europei, riducendo la qualità e l'aspettativa di vita" ha affermato **Hans Bruyninckx,** direttore esecutivo dell'AEA. "Inoltre, ha un impatto economico notevole, poiché aumenta i costi sanitari e riduce la produttività con la perdita di giorni lavorativi in tutti i settori dell'economia".

Oltre alla salute, il Rapporto ricorda anche come gli **inquinanti atmosferici hanno un effetto nocivo sulla vita vegetale e sugli ecosistemi**. Tali problemi, unitamente all'eutrofizzazione provocata dall'ammoniaca (NH3) e dall'ossido di azoto (NOx) e ai danni causati dall'O3 sulle piante, sono ancora diffusi in Europa.

"Il particolato può causare o aggravare le patologie cardiovascolari e polmonari, gli infarti cardiaci e le

aritmie, e può provocare il cancro. Nel 2013, l'87 % della popolazione urbana nell'UE era esposto a concentrazioni di PM2,5 superiori ai valori definiti dall'OMS per proteggere la salute umana. Le norme dell'UE in materia di qualità dell'aria sono meno rigide e solo il 9 % era esposto al PM2,5 oltre il valore obiettivo dell'UE".

L'Agenzia ci dice anche che "migliorare la qualità dell'aria in Europa presenta vantaggi evidenti: rispettare i valori limite dell'OMS in materia di qualità dell'aria porterebbe a un calo di un terzo delle concentrazioni di PM2,5, ossia 144 000 morti premature in meno rispetto alla situazione attuale. PM2,5 si riferisce a particelle di diametro pari o inferiore a 2,5 µm. Le particelle di piccole dimensioni possono penetrare in profondità nei polmoni".

L'esposizione all'ozono nelle città resta molto elevata: il 98 % della popolazione urbana nell'UE-28 è stato esposto a concentrazioni di O3 superiori ai valori previsti dalle linee guida dell'OMS nel 2013. Il 15 % è stato esposto a concentrazioni superiori al valore obiettivo dell'UE (meno rigido) per l'O3. Le concentrazioni di ozono danneggiano anche le colture agricole, le foreste e le piante riducendone velocità di crescita e resa. L'obiettivo a lungo termine per la protezione della vegetazione dall'O3 è stato superato in relazione all'86 % dell'intera superficie agricola dell'UE-28.

Il biossido di azoto colpisce direttamente il sistema respiratorio, ma contribuisce anche alla formazione di PM e O3. Nel 2013, il 9 % della popolazione urbana nell'UE-28 è stato esposto a concentrazioni di NO2 superiori ai valori limite fissati dall'OMS, e a valori analoghi dell'UE, con il 93 % dei superamenti avvenuti in prossimità di strade.

Il benzo(a)pirene è un inquinante organico cancerogeno che si forma solitamente dalla combustione del legno; l'esposizione al BaP è diffusa, soprattutto in Europa centrale e orientale. Nel 2013, un quarto della popolazione urbana nell'UE-28 è stato esposto a concentrazioni di BaP superiori al valore obiettivo e il 91 % è stato esposto a concentrazioni di BaP oltre il livello di riferimento stimato sulla base dei parametri di rischio dell'OMS.

Le buone notizie. Le emissioni di anidride solforosa (SO2) sono invece diminuite in modo significativo negli ultimi decenni grazie alla legislazione dell'UE, che richiede l'uso di tecnologie di depurazione delle emissioni e un ridotto contenuto di zolfo nei carburanti. Nel 2013 il valore limite di SO2 nell'UE è stato superato solo in alcuni casi.

Nel 2013 le concentrazioni di monossido di carbonio, benzene e metalli pesanti (arsenico, cadmio, nichel e piombo) nell'aria esterna sono state generalmente basse nell'UE, con pochi casi di superamento dei rispettivi limiti e valori obiettivo fissati dalla normativa UE.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 33.552
Diffusione 09/2015: 23.386
Lettori Ed. II 2015: 479.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

01-DIC-2015
da pag. 3
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il record delle morti premature causate dall'inquinamento è stato certificato da un rapporto dell'Aea

L'area più colpita dalle micropolveri si conferma quella della Pianura Padana: Brescia, Monza, Milano, ma anche Torino

Smog, 84.400 decessi L'Italia è prima nell'Ue

Sotto accusa polveri sottili (Pm2.5), biossido di azoto (NO2) e ozono (O3)

● **BRUXELLES.** In Italia si muore di più e prima del tempo, rispetto agli altri Paesi dell'Unione europea, a causa dell'inquinamento dell'aria in città. La stima arriva dall'ultimo rapporto dell'Agenzia europea dell'ambiente (Aea), secondo cui il Belpease nel 2012 ha registrato 84.400 decessi prematuri, su un totale di 491mila a livello Ue. Tre i "killer" sotto accusa: micropolveri sottili (Pm2.5), biossido di azoto (NO2) e ozono, quello nei bassi strati dell'atmosfera (O3), a cui lo studio attribuisce rispettivamente 59.500, 21.600 e 3.300 morti precoci in Italia. «Sono dati che vanno presi molto con le pinze non vorrei che fosse una notizia come quella della carne dell'Oms», risponde così però il ministro della Salute Beatrice Lorenzin che pensa di chiedere una verifica all'Istituto Superiore della Sanità. Le maggiori indiziate sono le micropolveri sottili, che hanno provocato 403mila vittime nei 28 Paesi Ue e 432mila in tutti e 40 Stati europei considerati dallo studio. L'impatto stimato dell'esposizione al biossido di azoto e all'ozono invece è di circa 72mila e 16mila vittime precoci nei 28 Paesi Ue e di 75mila e 17mila per 40 Paesi europei. Non sorprende quindi il dato che l'87% della popolazione urbana dell'Ue, nel 2013, sia stata esposta a concentrazioni di micropolveri sottili (Pm 2.5) superiori ai valori raccomandati dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), così come è avvenuto per il 98% di chi vive in città, nel caso dell'ozono (O3).

L'area più colpita in Italia dal problema delle micropolveri si conferma quella della Pianura Padana, con Brescia, Monza, Milano, ma anche Torino, che nel 2013 oltrepassano il limite fissato a livello Ue di una concentrazione media annua di 25 microgrammi per metro cubo d'aria, sfiorata invece da Venezia. Considerando poi la soglia ben più bassa raccomandata dall'Oms di 10 microgrammi per metro cubo, il quadro italiano peggiora sensibilmente, a partire da altre grandi città come Roma, Firenze, Napoli, Bologna, arrivando fino a Cagliari.

L'inquinamento dell'aria, sottolinea l'Aea, è ancora il maggiore rischio accorciando gli anni di vita della popolazione e contribuendo a malattie gravi, come quelle cardiache e respiratorie, oltre che ai tumori. Secondo lo studio, la maggior parte di chi vive in città in Europa si ritrova sempre esposta a livelli di inquinanti non considerati sicuri dall'Oms.

«Nonostante i continui miglioramenti nelle recenti decadi, l'inquinamento dell'aria ancora colpisce la salute degli europei, riducendo la loro qualità e aspettativa di vita» afferma il direttore esecutivo dell'Aea, Hans Bruyninckx. Lo stesso inquinamento «aumenta le spese sanitarie e diminuisce la produttività con giornate lavorative perse» conclude Bruyninckx. «Come Anci – spiega Bruno Valentini, sindaco di Siena e delegato Anci all'Ambiente, – chiederemo di far luce sullo stato della salute nelle nostre Città, coinvolgendo l'OMS e le istituzioni governative. Chiederemo a tutte le istituzioni risposte rispetto alle procedure di infrazione cui è già esposto il nostro Paese». Nella classifica delle fonti energetiche, per quanto riguarda gli ossidi di azoto (NOx) GPL, metano e gasolio registrano la stessa quantità di emissioni (50g/GJ), mentre legna e pellet arrivano al doppio e addirittura l'olio combustibile registra 3 volte il valore dei combustibili gassosi. Il GPL vanta un impatto praticamente nullo rispetto alle altre fonti energetiche: ad esempio per quanto riguarda le emissioni di particolato (PM10 e PM2,5), GPL e metano registrano un valore di 0,2g/GJ, mentre l'olio combustibile è a quota 33, e addirittura 76 per pellet e 480 per la legna. I dati, conclude Ermete Realacci, presidente della VIII Commissione Ambiente della CameraItalia, «sono un ulteriore stimolo a ridurre le emissioni puntando su rinnovabili, efficienza energetica e mobilità sostenibile. Le misure per ridurre gli inquinanti dovuti soprattutto al traffico e al riscaldamento coincidono in larga parte infatti con quelle che aiutano a ridurre la emissioni di gas serra».

Chiara Spegni

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 33.552
Diffusione 09/2015: 23.386
Lettori Ed. II 2015: 479.000
Quotidiano - Ed. nazionale

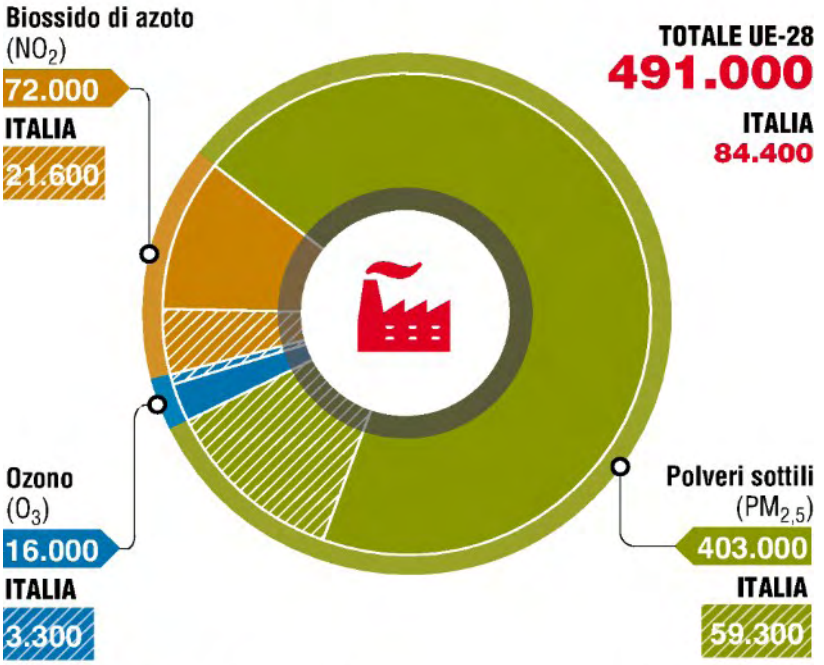
LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

01-DIC-2015
da pag. 3
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Le morti per smog

Decessi imputabili all'inquinamento atmosferico nel 2012 nell'Unione europea



Fonte: Agenzia europea dell'ambiente (Aea)

ANSA centimetri

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-DIC-2015
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

Il commento

I due meccanismi che permettono alle sostanze tossiche di farci ammalare

di **Sergio Harari**

Davvero l'inquinamento può essere responsabile di decine di migliaia di morti premature nel nostro Paese e addirittura centinaia di migliaia in tutta Europa? In realtà i dati dell'Agenzia europea per l'ambiente non stupiscono più di tanto gli esperti e appaiono sostanzialmente in linea con le stime di altri importanti studi. Che l'inquinamento nuoccia gravemente alla salute, ritardi la crescita polmonare nei ragazzi, favorisca l'insorgenza di asma, bronchite cronica, polmoniti e malattie cardio-vascolari, contenga cancerogeni che aumentano il rischio di sviluppare tumori polmonari, sono dati ormai noti non solo alla comunità scientifica ma anche a tutti coloro che vogliono guardare in faccia la realtà. I principali meccanismi mediante i quali lo smog arreca i suoi danni sono due. Il primo è la diffusione attraverso la circolazione: il sangue irrora i nostri polmoni, che hanno una funzione di ossigenazione e di filtro per tutto l'organismo; alcuni inquinanti, una volta inalati, oltrepassano il filtro polmonare (soprattutto i più piccoli, come il Pm2,5) e raggiungono il sangue, per poi essere trasportati a qualsiasi organo. Il secondo meccanismo comporta un'azione indiretta: le sostanze tossiche impattando sui polmoni determinano la liberazione di fattori infiammatori e di altra natura che vengono poi riversati nel sangue, raggiungendo così qualsiasi struttura del nostro corpo. È questo il caso, ad esempio, dei fattori pro-coagulanti, ovvero di quelle sostanze che favoriscono la coagulazione e che sono responsabili dell'aumento dei casi di infarto cardiaco e in genere di malattie cardio-vascolari causate dall'inquinamento. Ozono (le cui concentrazioni sono particolarmente alte nei mesi estivi nel nostro Paese), particolati e NO2 danneggiano bronchi e polmoni, è anche causa loro l'aumento esponenziale delle malattie polmonari di questi ultimi 20 anni, oggi diventate la terza causa di morte al mondo. L'inquinamento è anche all'origine di malattie meno note, come i deficit cognitivi e di concentrazione, difetti di lacrimazione, congiuntiviti, dermatiti e altre ancora. Anche la notizia che la Pianura Padana sia l'area geografica più inquinata d'Europa non stupisce, un dato trascurato dalla politica, dall'attenzione dei media e dei cittadini. Speriamo che non succeda anche questa volta come in passato, dopo un breve clamore tutti dimenticano.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-DIC-2015
da pag. 4
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Le dieci proposte per un'assistenza equa ed efficiente

A PAG. 4

OASI 2015/ Il decalogo della Bocconi per rendere l'assistenza efficace, equa e sostenibile

Ssn, il cocktail dell'efficienza

Proseguire con le fusioni, individuare categorie di pazienti e più hi-tech

Cabina di regia per l'innovazione

Selezionare il gruppo dirigente

DI PATRIZIO ARMENI *
CLARA CARBONI *
LORENZO FENECH *
FRANCESCO LONGO *
FRANCESCO PETRACCA *
ALBERTO RICCI *
E SILVIA SOMMARIVA *

Il Cergas e la Sda Bocconi, con gli Alumni Bocconi (Baa), in parallelo all'elaborazione annuale del Rapporto Oasi 2015, hanno avviato un percorso per elaborare "Proposte per rendere il Ssn più efficace, equo e sostenibile". Le proposte che seguono rappresentano una sintesi di un documento più esteso (disponibile sul sito www.cergas.unibocconi.it), che comprende un approfondimento del contesto di riferimento e una serie più ampia di proposte d'azione. Le proposte sono raggruppate per ambiti tematici.

1. La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari

● Il Ssn deve distinguere più nitidamente i diversi gruppi di pazienti, che necessitano di servizi, percorsi e, in parte, di modalità di compartecipazione alla spesa (copayment) distinti e specifici. In particolare, il sistema deve differenziare: la popolazione sana (da sottoporre a screening e prevenzione primaria), gli utenti occasionali, i pazienti acuti, i pazienti cronici, le persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza con bisogni di Long term care.

● Negli ospedali per acuti, le Uo con un livello di casistica insufficiente devono essere accorpate in un arco di tempo definito (es. entro 3 anni), lasciando alle Regioni e alla collaborazione inter-aziendale la programmazione e l'attuazione locale. In molte Uo ospedaliere, infatti, la casistica è insufficiente rispetto agli standard definiti per specialità o procedura, con il rischio di competenze cliniche e disponibilità tecnologiche inadeguate. Nei contesti metropolitani si possono privilegiare logiche di accentramento che rafforzino gli hub e i centri specializzati. In contesti più decentrati e dispersi è possibile ipotizzare sia modelli basati su hub locali, sia modelli basati su ospedali con vocazioni distinte in rete tra di loro. Quest'ultima soluzione è volta a salvaguardare una quota di capillarità erogativa e il consenso degli stakeholder locali.

2. Il governo dell'innovazione e delle tecnologie

● Il mancato rinnovamento dello stock infrastrutturale e tecnologico e lo scarso investimento in ricerca, selezione e diffusione delle migliori tecnologie rappresentano un "debito implicito": non è possibile rinviare tali spese a tempo indefinito senza minare il mantenimento dei Livelli essenziali di assistenza.

● Il Ssn mostra un'importante capacità di controllo della spesa farmaceutica, la cui incidenza sulla spesa totale del Ssn è calata dal 18,2% nel 2001 al 15,3% nel 2013. In questo quadro finanziario, è però importante:

- rafforzare le logiche di Health technology assessment (Hta): valutazioni multi-criterio, interazione trasparente con gli stakeholder, valorizzazione degli istituti di ricerca per la conduzione degli studi, separazione tra momento della valutazione (assessment) e mo-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-DIC-2015
da pag. 4
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

mento della decisione (appraisal);

- una maggiore trasparenza del livello centrale, associata a un maggiore impegno delle regioni nell'evitare interventi che vanno a ridefinire le condizioni di accesso già negoziate in sede nazionale;

- ripensare al sistema dei tetti sulla spesa farmaceutica, che potrebbe superare l'agganciamento alle risorse complessive del Ssn. Tale meccanismo, pur essendo efficace per il controllo della spesa, non consente di incorporare nella negoziazione delle condizioni di prezzo e rimborso il valore terapeutico e gli effetti che un farmaco ha su altre prestazioni sanitarie (costi evitati);

- introdurre un criterio univoco e oggettivo di valutazione del valore terapeutico aggiunto (innovatività) e che questo venga in qualche modo associato al premio di prezzo da garantire a farmaci innovativi.

● È necessario dare attuazione al modello di governance recentemente adottato dal ministero della Salute per il settore dei medical device, in una logica di Hta sistemica. Il ministero stabilisce a quali tecnologie dare priorità per la valutazione, commissionando studi e formulando raccomandazioni. Il ministero dovrebbe essere supportato da Agenas, Aifa (soprattutto per dispositivi interagenti con medicinali) e Regioni, nell'ambito di una "Cabina di regia". Gli studi di Hta potranno essere di volta in volta affidati a organi tecnici regionali o aziendali di Hta, Agenas, Università o centri di ricerca accreditati.

● Il rinnovamento delle grandi tecnologie deve essere associato alle dinamiche di accorpamento di Uo ospedaliere, in modo da concentrare e diversificare gli standard tecnologici in funzione della missione e delle casistiche delle singole Uo.

● È necessario valorizzare gli enormi potenziali dei sistemi informativi aziendali in essere: essi devono aggiungere alla misurazione della produttività dei singoli silos produttivi delle metriche per la gestione integrata della cronicità, attraverso la raccolta di evidenze clinico-gestionali sulla presa in carico globale del singolo paziente. Per raggiungere questo obiettivo non servono investimenti particolari, a parte un'imponente opera di riconnessione di flussi di dati già, in gran parte, esistenti.

● È necessario rivedere il livello di indebitamento per investimenti consentito alle aziende del Ssn in ragione dei risparmi potenzialmente ottenibili nel medio periodo grazie alla riorganizzazione della loro rete di offerta (cfr. paragrafo 1) e grazie alla dismissione o destinazione a reddito degli immobili non riconvertiti. I piani di rinnovo infrastrutturale così finanziati dovrebbero favorire i necessari processi di cambiamento della geografia dei servizi.

3. I nuovi perimetri delle aziende sanitarie pubbliche e la governance dei processi di fusione

● È importante esplicitare quale sia l'obiettivo delle fusioni aziendali, per orientare i cambiamenti possibili e disporre di target attesi (master plan) rispetto ai quali indirizzare la gestione e il monitoraggio dei risultati di breve e lungo periodo. Le possibili finalità sono molteplici: necessità di concentrare le casistiche e le unità operative per migliorare la qualità dell'offerta; ricerca di maggiore omogeneità nei livelli quali - quantitativi dei servizi; ricerca di economie di scala nei processi di acquisto e di erogazione; condivisione e riduzione dei costi amministrativi e dei servizi di supporto; espansione dei processi di knowledge management, ecc.

● Laddove le aziende assumono dimensioni molto rilevanti (vicino o oltre 1 mld di bilancio annuo) è necessario ipotizzare una diversificazione delle soluzioni istituzionali e organizzative. Al crescere delle dimensioni, si dovrebbe valutare di "divisionalizzare" l'azienda (per territori o per materie), definendo livelli infra-aziendali dotati di significativi livelli di autonomia e correlati meccanismi di accountability manageriale e di rappresentatività istituzionale decentrata. In questi casi l'azienda si avvicinerebbe al modello della "holding di servizi sanitari di area vasta".

● I processi di fusione e di intensa cooperazione interaziendale richiedono risorse, che, nelle fasi iniziali di pianificazione, devono costruire la capacità di affrontare le sfide del cambiamento istituzionale. Esiste infatti una correlazione positiva tra investimento sostenuto inizialmente e tempi ed efficacia del cambiamento, a causa delle seguenti ragioni:

- l'importanza di avere a disposizione tecnostrutture centrali e funzioni di supporto con capacità e competenze adeguate a gestire il cambiamento e i conseguenti processi di razionalizzazione e ottimizzazione organizzativa;

- i complessi processi di selezione del nuovo gruppo dirigente, che devono prevedere la possibilità di innesti di competenze dall'esterno per contaminare l'organizzazione;

- le necessità di formazione e sensibilizzazione necessari per allineare linguaggio, valori e culture organizzative.

4. Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel Ssn

● *Tutela dei pazienti-consumatori.* È necessario estendere/rivedere la regolamentazione di interi comparti (dalla medicina estetica alle assicurazioni sanitarie integrative) per garantire standard di trasparenza e qualità accettabili, agendo sui processi di autorizzazione, sui tariffari e sulle tutele per i pazienti.

● *Sviluppo dell'imprenditorialità pubblica.* È necessario ragionare su quali siano le competenze e le logiche organizzative che mancano alle aziende sanitarie pubbliche per essere produttori attivi ed efficaci nel settore dei consumi privati.

● *Integrazione tra le prestazioni erogate in regime Ssn e privato.* A tutela dei pazienti e del Ssn è necessario sviluppare logiche e strumenti capaci di valorizzare nei circuiti pubblici le prestazioni sanitarie efficaci già acquisite privatamente, per evitare duplicazioni o gap informativi sul percorso sanitario complessivo del paziente. Con il consenso del paziente, anche le prestazioni private dovrebbero essere integrate con i sistemi informativi del Ssn.

5. I cambiamenti necessari nella gestione del personale

● È necessario esplicitare e governare le dinamiche di skill mix change, cioè di cambiamento nella combinazione di figure professionali richieste per le attività sanitarie. Il governo dello skill mix change necessita:

- di una maggiore indirizzo e monitoraggio nei confronti delle istituzioni che formano e rinnovano le competenze delle professioni sanitarie ("specificazione e definizione delle competenze");

- dell'elaborazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali che si basino, fin dalla loro progettazione, anche sulla revisione delle competenze professionali e delle responsabilità da attivare;

- della definizione di sistematiche valutazioni di costo efficacia di tali innovazioni organizzative, le cui metodologie devono essere definite ex ante e i cui risultati devono essere messi a disposizione del sistema.

● L'invecchiamento degli organici richiede una revisione ragionata dei rapporti di impiego. Sul piano contrattuale, è necessario proporre modifiche alle discipline sul tempo parziale, sugli orari di lavoro e sulle progressioni retributive consentendo una maggiore flessibilità. Ad esempio, si potrebbero proporre aumenti delle ferie e delle giornate libere a pari o minore retribuzione, per favorire il riposo o venire incontro alle necessità familiari del personale più senior. Ciò dovrebbe limitare i comportamenti opportunistici che caratterizzano una quota delle richieste di inidoneità alla mansione e dei permessi accordati secondo la legge 104/1992.

** Cergas Bocconi*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dieci proposte per rendere il Ssn più efficace, equo e sostenibile

1	Indurre nelle aziende del Ssn processi organici di accorpamento delle unità operative che non hanno la casistica minima per garantire la necessaria clinical competence o il bacino di utenza minimo rispetto agli standard definiti
2	Promuovere all'interno delle aziende sanitarie, anche grazie alle accresciute dimensioni medie, la riduzione degli stabilimenti ospedalieri, dismettendo quelli piccoli o modificandone la missione a favore delle cure intermedie e di servizi di prossimità soprattutto per cronicità e anziani. Questo permetterebbe di concentrare le poche risorse disponibili per gli investimenti infrastrutturali e tecnologici
3	Valorizzare i processi di accorpamento delle aziende, esplicitandone le finalità, orientandole alla riorganizzazione della geografia dei servizi
4	Le nuove aziende sanitarie dalle dimensioni rilevanti (oltre 1 mld di budget) richiedono nuove e diversificate configurazione istituzionali che dovrebbero prevedere anche rilevanti processi di "divisionalizzazione" o autonomizzazione di sottosistemi aziendali, per territori o per materia, con precisi livelli di accountability manageriale e rappresentatività istituzionale
5	Distinguere concettualmente e operativamente le procedure di accesso e le logiche di erogazione per cluster prevalenti di pazienti: i sani, i cronici, gli acuti, gli occasionali, i non autosufficienti per correlare le specificità dei bisogni alle caratteristiche distintive dei servizi
6	Rendere più trasparenti i criteri di inclusione dell'innovazione farmaceutica evitando secondi livelli regionali di regolazione all'accesso, e superare progressivamente la logica dei silos di spesa per fattore produttivo per ragionare con la logica costo/efficacia per patologia
7	Dare attuazione al sistema nazionale di Hta per i Md, capace di rendere pubblici criteri di inclusione e di utilizzo, su cui innestare un sistema di benchmarking inter-aziendale e inter-regionale dei consumi correlati ai casi trattati
8	Valorizzare il potenziale dei sistemi informativi disponibili per rendere visibile la quota di prevalenza delle patologie presa in carico, il tasso di adesione della filiera professionale ai percorsi programmati, l'indice di compliance dei pazienti
9	Riconoscere la rilevanza dei 33 miliardi di spesa sanitaria privata, regolamentandola per meglio tutelare i consumatori, integrandola con le prestazioni del Ssn per evitare sovrapposizioni o gap informativi, anche sviluppando un ruolo imprenditoriale del Ssn
10	Definire un mix di politiche del personale per rispondere al crescente shortage dei medici, al progressivo invecchiamento dei dipendenti del Ssn e il conseguente rilevante tasso di burn out (ad esempio incidenza demansionamenti e permessi ex legge 104/1992)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-DIC-2015
da pag. 14
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Come disinvestire dagli sprechi per riuscire a garantire sostenibilità e innovazione

FOCUS GIMBE/ Sostenibilità e innovazioni organizzative tra ospedale e cure primarie

Come si disinveste dagli sprechi

Ripartire dagli standard ospedalieri, più qualità e certezze sulle risorse

In condizioni di crisi economica, tre sono le strategie che un Paese può mettere in campo per garantire la sostenibilità del proprio sistema sanitario:

● **Ridurre il finanziamento pubblico.** Strada ampiamente battuta, visto che dal 2012 la politica ha disinvestito pesantemente dal Ssn. Infatti, dopo i 25 miliardi sottratti da varie manovre finanziarie nel periodo 2012-2015, la sanità pubblica ha recentemente lasciato per strada altri 6,8 miliardi, rispetto alle risorse definite dal Patto per la Salute.

● **Identificare altri canali di finanziamento.** Anche se i ticket rappresentano uno strumento impopolare per la politica e, oggi, poco sostenibile da una popolazione fortemente impoverita, le Regioni mantengono autonomia di scelta come dimostrano i variegati interventi sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini. Nel frattempo, l'intermediazione assicurativa si sta insinuando subdolamente tra incertezze delle Istituzioni e minori tutele della sanità pubblica, rischiando di trasformare inesorabilmente in un sistema misto il modello di un Ssn pubblico, equo e universalistico.

● **Ridurre gli sprechi e aumentare il value dell'assistenza,** attraverso un rigoroso processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze e riallocazione delle risorse in servizi essenziali e innovazioni.

Quest'ultima strategia è stata lanciata tra le righe del Patto per la Salute, dove si afferma che «I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie». Tuttavia, a seguito del riaccendersi del conflitto istituzionale tra Stato e Regioni, la maggior parte delle misure previste sono rimaste inattuate: tra i pochi traguardi raggiunti spicca l'entrata in vigore del «Regolamento sugli standard qualitativi, tecnologici, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 4 giugno 2015.

Il regolamento avvia la fase applicativa del processo di qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del Ssn. Il regolamento promuove standard organizzativi secondo il modello di clinical governance, i cui strumenti utilizzati secondo un approccio di sistema concorrono a sviluppare le capacità necessarie a erogare un'assistenza di qualità, sostenibile, responsabile e centrata sui bisogni della persona.

Considerato che la sostenibilità del Ssn non è una questione esclusivamente finanziaria, perché la salvaguardia della sanità pubblica dipende dalla capacità di ottenere il massimo ritorno in termini di salute dalle risorse utilizzate, un'adeguata riorganizzazione della rete ospedaliera guidata dagli standard ospedalieri e dai dati del Programma nazionale esiti (Pne) permetterebbe alle Regioni un cospicuo disinvestimento da sprechi e inefficienze che, oltre a consumare preziose risorse, peggiorano gli esiti di salute delle persone.

Considerato che secondo i dati del Pne 2015 nell'ambito dell'assistenza ospedaliera permangono numerose sacche di inefficienza, di inappropriatezza e di outcome sfavorevoli per i pazienti, Regioni e Aziende sanitarie sono urgentemente chiamate a utilizzare questi dati per la riorganizzazione dei servizi e per l'implementazione di percorsi assistenziali aziendali e interaziendali, finalizzati a sviluppare le reti e potenziare la continuità di cure con il territorio.

Per guidare Regioni, Aziende sanitarie e professionisti in questo ambizioso processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze la Fondazione Gimbe ha adattato al contesto italiano tassonomie internazionali degli sprechi in sanità, stimando un impatto di oltre euro 25 miliardi/anno, assorbiti da sei categorie di sprechi: sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate, frodi e abusi, tecnologie sanitarie e beni e servizi non sanitari acquistati a costi eccessivi, sottoutilizzo di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate, inadeguato coordinamento dell'assistenza. È stato quindi sviluppato il framework per un efficace disinvestimento nel Ssn - oggetto di un protocollo di intesa siglato con l'Agenas - basato su un approccio di sistema che sotto una regia nazionale deve estendersi a cascata, attraverso le autonomie regionali, all'organizzazione ed erogazione di servizi e prestazioni a livello delle Aziende sanitarie.

Se vogliamo realmente mantenere un modello di sanità pubblica, equa e universalistica il tema della sostenibilità deve essere posizionato su un orizzonte temporale più ampio su cui effettuare una programmazione di medio-lungo periodo, partendo da alcune ragionevoli certezze:

● il Def 2015 lascia intendere che la percentuale del Pil destinato alla sanità pubblica diminuirà sino al 2020 (6,6%) per poi tornare a crescere. In ogni caso, considerato che tutti i governi europei stanno disinvestendo dalla sanità, l'incremento complessivo del Fsn sino al 2025 difficilmente sarà superiore ai 10 miliardi di euro;

● la spesa privata out-of-pocket (euro 33 miliardi nel 2014) difficilmente potrà aumentare oltre euro 1 miliardo/anno considerato il notevole impoverimento della popolazione; è possibile solo che il carico sui cittadini venga alleggerito da un ingresso ben gestito del pilastro assicurativo nel Ssn;

● in assenza di un'adeguata riorganizzazione dell'assistenza, le eventuali risorse aggiuntive (pubbliche e private) finirebbero in parte per alimentare gli sprechi;

● una consistente quota della spesa sanitaria può essere "riqualificata" attraverso il processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze e riallocazione in servizi essenziali e innovazioni.

Considerato che, secondo le stime della Fondazione Gimbe, il tendenziale a 10 anni identifica nella riqualificazione della spesa sanitaria la principale fonte di incremento di risorse per il Ssn (figura), è indispensabile che le Istituzioni diano chiari segnali di voler realmente preservare un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico. In particolare spetta al Governo:

● offrire ragionevoli certezze sulle risorse da destinare alla sanità pubblica, nella consapevolezza che il definanziamento si sta

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-DIC-2015
da pag. 14
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

pericolosamente avvicinando a limiti che riducono l'aspettativa di vita della popolazione;

- avviare un'adeguata governance per regolamentare l'intermediazione assicurativa, identificando quali prestazioni, idealmente solo quelle non essenziali, possono essere finanziate da risorse private;
- rendere realmente continuo l'aggiornamento dei Lea, i criteri di appropriatezza clinica e organizzativa e potenziare gli strumenti di indirizzo e verifica sui 21 sistemi regionali per garantire equità d'accesso a tutte le persone e coordinare il processo di disinvestimento.

Dal canto loro, le Regioni, chiamate dalla legge di Stabilità a concorrere alla finanza pubblica per euro 3,98 miliardi nel 2017 ed euro 5,48 per gli anni 2018 e 2019, nel rispetto dei Lea e con la certezza che le risorse recuperate rimangono in sanità, devono avviare e mantenere un rigoroso processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, responsabilizzando e coinvolgendo attivamente le aziende sanitarie e queste, a cascata, professionisti sanitari e cittadini. In alternativa, difficilmente i tagli per la sanità non saranno lineari perché sarà il Governo a decidere dove tagliare, come previsto dall'articolo 34 della legge di Stabilità.

Nino Cartabellotta
presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli standard generali di qualità

La sezione 5 del documento sugli standard ospedalieri riporta che «Le strutture ospedaliere declinano le dimensioni della clinical governance, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi [...] per tutti i presidi ospedalieri (base, I livello, II livello) lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di»:

Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi
- Identificazione del paziente, checklist operatoria, scheda unica di terapia
- Sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione procedure sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
- Programmi di formazione specifica

Evidence based medicine

- Implementazione di linee guida
- Definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici

Health technology assessment

- Acquisizione delle valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale e internazionale
- Partecipazione a reti di Hta, facenti capo alla rete nazionale Hta coordinata dalla Agenas

Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche

- Misurazione della performance clinica e degli esiti
- Audit clinico
- Valutazione della qualità percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti

Documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente

- Misurazione della performance clinica e degli esiti
- Audit clinico
- Valutazione della qualità percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti

Formazione continua del personale

- Rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione alla introduzione di innovazioni tecnologiche e organizzative nonché all'inserimento di nuovo personale
- Valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati

Nell'ambito della survey è stato chiesto ai partecipanti di assegnare uno score numerico al grado di implementazione/attuazione degli standard generali di qualità nella propria Azienda (1= nessuno; 2= minimo; 3= adeguato; 4= eccellente). I risultati riportati in tabella dimostrano che, a eccezione della gestione del rischio clinico, l'implementazione degli altri strumenti di clinical governance è ancora ben lontana da standard accettabili

Standard generali di qualità	Media (±DS)	Range
Gestione del rischio clinico	2,94 (±0,78)	2-4
Evidence base medicine	2,44 (±0,55)	2-3
Health technology assessment	2,16 (±0,68)	1-3
Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche	2,26 (±0,54)	1-3
Documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente	2,46 (±0,60)	2-4
Formazione continua del personale	2,47 (±0,61)	1-3

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Classificazione delle strutture ospedaliere

- Il 74% ritiene che, in caso di incongruenze, il criterio primario per classificare una struttura ospedaliera (base, I livello, II livello) debba essere l'offerta di strutture e servizi, piuttosto che il bacino d'utenza e il tipo di azienda
- Nonostante pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari sia di competenza regionale, il 90% ritiene che i requisiti minimi di accreditamento delle strutture ospedaliere, definiti da ciascuna Regione, dovrebbero essere allineati a quanto definito dal Regolamento sugli standard ospedalieri, al fine di garantire uniformità di offerta di servizi su tutto il territorio nazionale

Standard di strutture per singola disciplina

- Riguardo al dimensionamento dei bacini di utenza per definire gli standard di strutture per singola disciplina/specialità, il 76% lo ritiene adeguato solo per alcune discipline/specialità, il 18% per tutte e il 5% inadeguato
- Analizzando i fattori utilizzati per il dimensionamento dei posti letto per acuti (3/1.000 abitanti), il 50% ritiene che sia stato influenzato (al ribasso) dal tasso di ospedalizzazione (160/1.000 abitanti), il 28% dall'indice di occupazione (80-90%), il 11% dalla degenza media (gg)
- Ulteriori fattori da utilizzare per "aggiustare" il dimensionamento dei posti letto per acuti potrebbero essere la presenza/assenza di reti (42%), la mobilità sanitaria (34%), la percentuale di PI privati accreditati (15 per cento)

Volumi ed esiti

- Le attività di audit promosse da Agenas costituiscono un utile strumento per consentire agli ospedali di identificare le criticità e avviare un piano di miglioramento. Tuttavia, i partecipanti ritengono necessario definire un limite temporale: 1 anno (63%), 2 anni (24%), 3 anni (8%)
- Superati i limiti temporali definiti, il 79% ritiene che la disattivazione del servizio (nel pubblico) o la re-voca dell'accreditamento (nel privato) debba essere messo in atto quale strumento di governance per i presidi che mantengono performance inadeguate

Reti ospedaliere

- L'ostacolo principale per attivare modelli hub spoke viene riconosciuto nella resistenza al cambia-mento professionale e organizzativo dal 62% dei presenti. Altri fattori identificati sono la competizio-ne tra aziende sanitarie (14%), i contratti di lavoro/accordi sindacali (11%) e l'inadeguata informazione ai cittadini (11%)
- Il 64% ritiene che l'implementazione delle reti può essere facilitata differenziando le tariffe di rimborso tra centri hub spoke

Continuità ospedale-territorio

- La riorganizzazione integrata tra ospedale e territorio viene ostacolata fondamentalmente da tre fattori: limitata offerta di servizi territoriali (32%) che possano consentire la de-ospedalizzazione, carenza di percorsi integrati (32%), cultura ospedalocentrica della popolazione (29%)
- Solo il 3% ritiene che l'Accordo collettivo nazionale per la medicina convenzionata sia compatibile con la riorganizzazione delle cure primarie proposta dal Patto per la Salute: per il 51% occorrono rilevanti modifiche, per il 30% modifiche minime; il 18% lo ritiene invece incompatibile
- Secondo il 34% dei partecipanti le attuali modalità di gestione della libera professione non ostacolano la riorganizzazione integrata ospedale-territorio. Gli altri due terzi ritengono che l'influenza sia minima (14%), media (26%), notevole (26%)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-DIC-2015
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Quel «risk» che promette ristoro

Aggiornato il codice penale, riscritte le norme sulla responsabilità civile, riveduto e corretto il ruolo delle compagnie assicurative, il testo unificato sulla responsabilità professionale dei medici e degli altri operatori sanitari volta pagina sul capitolo quantomai spinoso del contenzioso sanitario. All'origine, secondo le stime, di quella "medicina difensiva" che peserebbe sul servizio sanitario come una zavorra da almeno 10 miliardi di euro.

Ora, dopo anni di stand-by parlamentare e complice l'accelerazione impressa a fine estate dal ministero della Salute, la gestione del rischio sanitario è a una svolta: il testo che riordina la materia è ai pareri delle commissioni competenti e sta per approdare in aula alla Camera dei deputati dove è calendarizzato subito dopo il via libera alla manovra, previsto entro il 18 dicembre. Dove in parte vedrà stralciate le norme - di sicuro quelle sulla responsabilità civile - che possono essere traghettate nella legge di Stabilità 2016 (v. articolo a pag. 7), mentre al resto dei 14 articoli di cui si compone il provvedimento sarà assegnata una corsia preferenziale. Il via libera della Camera, è l'auspicio del relatore **Federico Gelli** (Pd), è atteso entro gennaio; mentre la legge vedrà la luce, forse, entro la primavera.

Intanto, sono molte e di rilievo le novità in campo. «Per un testo - rileva Gelli - che ha come obiettivo quello di aumentare le tutele dei professionisti prevedendo, al contempo, nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento da parte dei cittadini danneggiati da un errore sanitario». «Dopo mesi di lavoro - prosegue **Amedeo Bianco**, senatore Pd che anche da presidente Fnom aveva perorato una revisione delle regole sul risk - abbiamo ottenuto un testo che innanzitutto va a garanzia della sicurezza delle cure. Non a caso, i primi articoli vertono sulla gestione del rischio».

Cambia la responsabilità del medico sia dal punto di vista civile che da quello penale: la prima sarà di natura extracontrattuale, per tutti i camici bianchi che non siano liberi professionisti. Mentre il codice penale si arricchisce di un articolo, il 590-ter: la morte o la lesione della persona assistita sono imputabili al medico soltanto in caso di colpa grave e questa sarà comunque esclusa se il medico avrà rispettato le linee guida stilate e aggiornate da società scientifiche accreditate dal ministero.

Ancora: le strutture sanitarie, tenute a stipulare una polizza assicurativa così come del resto tutti i medici, potranno rivalersi su questi solo a determinate condizioni. Esclusivamente per dolo o colpa grave e soltanto a risarcimento avvenuto, nel caso in cui il danneggiato, nel giudizio promosso contro la struttura, non abbia convenuto anche il sanitario. In ogni caso l'azienda non potrà rivalersi per un importo superiore al quinto della retribuzione mensile, mentre l'alt all'avanzamento di carriera sarà limitato ai tre anni successivi il passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa. Le cause più controverse prevedono la consulenza di periti esperti, specialisti nella materia.

Ma il passaggio in tribunale è l'extrema ratio: scatta l'obbligo di conciliazione, cui dovranno partecipare tutte le parti, comprese le compagnie. La mancata partecipazione obbliga il giudice a condannare le parti che non abbiano partecipato, con il provvedimento che definisce il giudizio, al pagamento delle spese di consulenza e di lite e a una pena pecuniaria in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

La legge introduce poi la possibilità di un'azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicurativa, e istituisce infine presso Consap un Fondo di garanzia che risarcirà i danni di importo superiore ai massimali previsti dai contratti stipulati dall'azienda sanitaria o dal professionista sanitario o nel caso in cui la compagnia sia fallita. La legge mira quindi alla certezza dei risarcimenti: «Perché mai più si ripetano - avverte l'onorevole **Donata Lenzi** - casi drammatici come quello, annoso, del mancato indennizzo agli emotrasfusi».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-DIC-2015
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

I punti cruciali del provvedimento

- Audit clinici: medici e altri operatori sanitari sono incentivati dal totale anonimato a denunciare gli eventi sentinella
- Profilo penale: il professionista sanitario è punibile solo per colpa grave (o per dolo) e se non abbia rispettato le linee guida emesse da società scientifiche accreditate presso il ministero della Salute
- Profilo civile: per i medici la responsabilità diventa di natura extracontrattuale, mentre resterà contrattuale per strutture sanitarie e professionisti privati
- Il difensore civico diventa garante per il diritto alla salute; in ogni Regione è istituito senza maggiori oneri il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati su contenzioso ed errori sanitari e li trasmette all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza in Sanità, da creare in Agenas entro 6 mesi dall'entrata in vigore della legge. L'Osservatorio predispone con le società scientifiche le linee guida per la prevenzione e la gestione del rischio, per la formazione e per l'aggiornamento del personale sanitario
- Le strutture sanitarie pubbliche e private sono tenute alla trasparenza sulle prestazioni erogate e a pubblicare sul proprio sito internet i dati sulle polizze e su tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio
- Scatta il tentativo obbligatorio di conciliazione: la partecipazione è cogente per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici
- Il danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione delle strutture e dell'esercente
- Entro 3 mesi dall'entrata in vigore della legge nasce presso Consap il Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria che non abbiano trovato ristoro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-DIC-2015
da pag. 25
foglio 1
www.datastampa.it

Il commento

Ma proteggiamo il rapporto umano medico-paziente

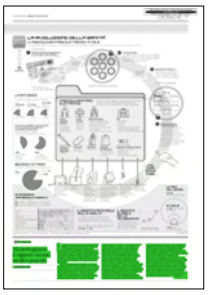
di **Luigi Ripamonti**

Secondo i dati dell'Osservatorio Innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano una rivoluzione digitale completa nel nostro Paese comporterebbe risparmi per circa 15 miliardi l'anno, tra maggiore produttività per le strutture sanitarie e tempo guadagnato per i cittadini. L'Osservatorio Netics abbassa la cifra a 6,9 miliardi, ma si tratta comunque di somme importanti.

Sempre il Politecnico di Milano ha calcolato che nel 2014 la spesa per il digitale nella sanità è aumentata del 17% rispetto all'anno precedente, raggiungendo quota 1,37 miliardi di euro. Ma ciò equivale a 23 euro per ciascun abitante, contro i 70 della Danimarca, i 63 della Svezia, i 60 della Gran Bretagna e i 40 della Francia.

L'Italia, quindi, cerca di fare la sua parte ma la strada è lunga. La «palla», come sempre in questi casi, è per forza in mano ai decisori politici apicali, però anche altri attori del sistema possono fare la propria parte. Per cominciare, viste le differenze fra le Regioni anche in questo settore, affrontare i temi relativi al titolo V della Costituzione non farebbe che bene. Inoltre, se è vero (si veda l'articolo a fianco) che è ancora una minoranza, persino fra i giovani, a conoscere e utilizzare i servizi informatici sanitari non è solo questione di digital-divide generazionale, ma di efficacia informativa. Sul fronte della professione medica, invece, al di là dell'adeguamento di mentalità che è giusto chiedere ai dottori, forse vale una riflessione più generale, su quanto la digitalizzazione potrà influenzare il rapporto con il malato. Perché se è indubitabile che opportunità e progressi dell'informatica sono da accogliere promuovere, c'è da sperare che un approccio tecnologico e distante non impoverisca il rapporto con il paziente. In un mondo che si sta tramutando sempre più nella propria rappresentazione, fatta di immagini, dati, comunicazioni virtuali, avremo bisogno di medici tecnologicamente evoluti, ma anche capaci di ricordare che quando si ha bisogno di loro non si desidera trovarsi davanti solo una figura tecnica ma anche un uomo capace di conoscere, comprendere e condividere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-DIC-2015
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Professioni con «tessera Ue»

Procedura elettronica per semplificare i riconoscimenti e un sistema d'allerta anti-truffa: arriva la «tessera professionale europea» che aprirà il mercato delle professioni all'interno dell'Unione. Ecco come e per chi.

SERVIZIO A PAG. 16

Via libera della Stato Regioni al Dlgs di recepimento della direttiva sulla tessera professionale europea

Professioni più libere nel mercato Ue

Procedura elettronica per semplificare i riconoscimenti - Sistema d'allerta anti-truffa

Più vicina la tessera professionale europea che consentirà ai professionisti della salute di circolare più liberamente all'interno dell'Unione. Ha avuto infatti il via libera della conferenza Stato Regioni di giovedì il decreto legislativo che recepisce la direttiva 2013/55/Ue sul riconoscimento delle qualifiche professionali e sulla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno (Regolamento Imi).

Il provvedimento introduce importanti novità come appunto la «tessera professionale» che dovrebbe favorire la libera circolazione dei professionisti e rafforzare il mercato interno. Si tratta infatti di una procedura elettronica che semplifica il riconoscimento da parte delle Autorità nazionali della qualifica ottenuta nel proprio Paese, riducendo tempi e oneri burocratici. Previsto anche un quadro di formazione comune e prove di formazione comuni per il riconoscimento automatico delle qualifiche professionali.

E la riduzione dell'esperienza professionale richiesta a quei cittadini europei che provengono da Paesi che non regolamentano una data professione, sia nel caso di richiesta di libera prestazione di servizi che in quello di richiesta di stabilimento. Tra le novità anche il riconoscimento del tirocinio professionale svolto in un altro Stato membro e l'informatizzazione delle procedure, escluse le prove attitudinali.

Al momento la tessera riguarda solo cinque professioni: infermiere, farmacista, fisioterapista, guida alpina e agente immobiliare ma in futuro potrà essere estesa ad altre professioni. D'obbligo i controlli sulla conoscenza linguistica per le professioni (come quelle sanitarie) che hanno ripercussioni sulla sicurezza dei pazienti.

Un meccanismo di allerta segnalerà su tutto il territorio Ue i professionisti colpiti da una sanzione disciplinare o penale che abbia incidenza sull'esercizio della professione. Fuori dal mercato anche i falsi laureati: il meccanismo di allerta scatterà infatti anche nel caso di falsificazione delle qualifiche professionali nell'ambito di una richiesta di riconoscimento. L'allerta dovrà essere inviata attraverso il sistema Imi dagli ordini e dai collegi professionali; in assenza di questi, dalle autorità competenti.

Poiché l'allerta deve essere inviata tempestivamente da quando se ne è avuta conoscenza è stato introdotto l'onere di informazione a carico delle autorità giudiziarie che emettono provvedimenti che incidono sull'esercizio della professione, nei confronti degli ordini e dei collegi professionali e delle autorità competenti.

Prevista la possibilità di ottenere un accesso parziale alla professione e di ottenere il riconoscimento del tirocinio professionale effettuato in parte all'estero.

Novità per la professione di medico chirurgo: gli anni della formazione medica di base devono essere almeno 5 (in precedenza erano 6) e devono consistere in almeno 5.500 ore.

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-DIC-2015
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

CODICE ROSSO a cura di Cineas

Serve una visione organica per ricondurre tutto a sistema

Il baricentro sugli erogatori

Le novità introdotte dalla commissione Affari sociali nel settore della responsabilità dei professionisti sanitari, almeno sulla carta, si potrebbero rivelare di un forte impatto su alcune problematiche di portata generale come quelle della natura stessa della responsabilità, nonché della distribuzione dell'onere della prova.

La ricetta proposta dalla riforma in commento, per ridurre gli effetti negativi della medicina difensiva e del contenzioso legato al rischio clinico con l'obiettivo di tutelare il paziente, si muove lungo alcune precise direttrici di marcia: 1) una modifica sostanziale dei criteri di imputazione che governano la responsabilità sanitaria; 2) l'introduzione di un vero e proprio obbligo di assicurazione a carico delle strutture; 3) il potenziamento delle attività di prevenzione e gestione dei rischi, anche in funzione dell'ottimizzazione dei processi assicurativi.

Ma vediamo più nel dettaglio alcune delle norme attorno cui ruotano tutti i propositi di riforma. Il perno centrale delle due proposte è chiaramente posizionato sulla ridefinizione della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, sia in ambito civile che penale. Per quanto concerne i profili penali, l'articolato si propone, anzitutto, l'introduzione nel nostro codice penale, di un nuovo articolo, il 590-ter, che sotto la rubrica "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario", prevede la punibilità solo in caso di colpa grave dell'operatore sanitario, il quale, a causa di imperizia, provoca la morte o la lesione personale del paziente. Tuttavia, la colpa grave è esclusa quando, tenuto conto delle rilevanti specificità del caso concreto, l'esercente la professione sanitaria si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida o alle buone pratiche clinico assistenziali.

Un profilo di assoluta novità rispetto all'articolo 3, comma 1, del c.d. Decreto Balduzzi, è da rintracciare nella formalizzazione e valorizzazione normativa di quali linee guida e buone pratiche dovranno essere prese a riferimento come concreto parametro di misurazione della colpa, e precisamente quelle adottate dalle società scientifiche iscritte in un apposito elenco, istituito con decreto del ministro della Salute. È pur vero, tuttavia, che tali direttive sanitarie appariranno tanto più autorevoli quanto più sarà possibile sottoporle ad un'approfondita verifica, finalizzata a riscontrare la correttezza del procedimento di formazione, della maggiore o minore condivisione in letteratura, oltre che, dell'influenza di fattori e profili economico-aziendalistici, certamente estranei a quelli propriamente scientifici.

Nell'articolato le novità sul versante civilistico, si segnalano, da un lato, nella conferma della natura contrattuale della responsabilità civile della struttura pubblica e privata, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del Cc, dall'altro lato, nel sancire come extracontrattuale la responsabilità del professionista sanitario che opera all'interno delle medesime, «anche se scelto dal paziente e ancorché non dipendente della struttura stessa». Due annotazioni. La prima è che le conseguenze più immediate legate alla previsione della responsabilità extracontrattuale dell'esercente la professione sanitaria, sono, per citare le più importanti, una riduzione dei termini di prescrizione a 5 anni (anziché 10 anni previsti per la responsabilità contrattuale), e lo spostamento dell'onere probatorio sul paziente. La seconda è che, se la ratio ispiratrice del disegno di legge è la riduzione della medicina difensiva (positiva e negativa) per i costi e i rischi che essa comporta, tuttavia, la formulazione non particolarmente perspicua della norma in questione, darà certamente luogo a non poche difficoltà interpretative, in particolare in tutte quelle ipotesi in cui il danneggiato abbia concluso con il medico un contratto d'opera professionale, per una prestazione medico-chirurgica da eseguire (in regime ambulatoriale o di ricovero) presso una struttura sanitaria (pubblica o privata).

Sempre nell'ottica di spostare il baricentro del sistema della responsabilità sanitaria dal singolo operatore sull'ente che eroga le prestazioni sanitarie, deve esser letta, sul piano strettamente assicurativo, la previsione di un vero e proprio obbligo di assicurazione a carico delle strutture sanitarie, a vantaggio del proprio «personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente». Da notare, tuttavia, che anche il dipendente deve essere a sua volta assicurato «al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa», che rimane condizionata alla sussistenza del dolo o della colpa grave del professionista.

Un elemento di assoluta novità connesso proprio all'azione di rivalsa, è rappresentato dall'obbligo, posto a carico delle strutture sanitarie, di comunicare al medico, affinché lo stesso vi possa intervenire, l'instaurazione del giudizio civile nel quale sia richiesto il risarcimento del danno.

Completano il quadro, da un lato, un'azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione delle strutture sanitarie e/o dei medici, nel tentativo di replicare un modello di protezione del danneggiato tipico dell'assicurazione obbligatoria della RC auto; dall'altro lato, nell'intento di deflazionare il contenzioso, la previsione di esperire, preliminarmente all'introduzione di un giudizio per il risarcimento del danno da responsabilità medica, un accertamento tecnico preventivo a fini conciliativi, di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile, cui devono partecipare obbligatoriamente tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici della struttura sanitaria e del medico. In conclusione, l'auspicio è che il tentativo di riperimetrare molte delle principali problematiche che tormentano la responsabilità sanitaria, sappia coniugarsi con una visione organica che consenta di collocare in una prospettiva di sistema tale disciplina.

Ernesto Macrì
docente Cineas del master in Hospital risk management e componente del Tavolo Cineas Assicurazione e sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 391.681
Diffusione 09/2015: 270.207
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

01-DIC-2015
da pag. 49
foglio 1
www.datastampa.it

RSALUTE

> CAMICI & PIGIAMI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

I FARMACI CHE COSTANO MOLTO VALGONO SE MIGLIORANO LA VITA

SI STIMA che 2.587.347 persone oggi siano vive dopo una diagnosi di cancro (4.4 per cento degli italiani). Lo studio di Airtum working group dimostra che ogni anno c'è un aumento del 3 per cento delle diagnosi. Un quarto di queste persone sono considerate definitivamente guarite. L'Airtum Report 2014 descrive le loro caratteristiche in 50 forme diverse di cancro, identificandole per sesso ed età. Queste informazioni stimoleranno studi sulla qualità della vita durante e dopo le fasi di trattamento e gli effetti a distanza delle terapie (soprattutto se fatte da bambini). Servono anche a ricavare una proiezione dei futuri costi, con i prezzi crescenti dei nuovi farmaci. Più potenti e specifici, potrebbero abbreviare le terapie e curare più malati, ma essere così onerosi da risultare insostenibili. La pianificazione della cura dei tumori passa attraverso una maggior sobrietà dei protocolli. Non abbiamo bisogno di esami ridondanti e superflui, ma di controlli giusti, al momento giusto. Non dobbiamo trattare persone che non traggono beneficio dalle terapie: possiamo chiamare così un allungamento medio della vita di 3 settimane? No, se è pagato al prezzo di dolorosi, costosissimi, ricoveri ospedalieri. Ma chi disegna, discute e concorda i protocolli di terapia nelle diverse forme di cancro? Ha interesse alla sobrietà? O ad indurre il consumo dei prodotti di aziende che sponsorizzano meeting? La sobrietà deve essere premiata quanto si premiano oggi i medici che consumano inutilmente, esperti che producono schemi di terapia (protocolli) esuberanti per esami di controllo e per farmaci da miscelare. *camici.pigiami@gmail.com*

©RIPRODUZIONE RISERVATA

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

01-DIC-2015
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

Amianto, presto una legge unica per l'«emergenza nazionale»

● Entro giugno un testo al posto di 400 norme
Boeri: con questi ritmi 85 anni per la bonifica

● Renzi: «Impegno massimo per sanare la ferita»
Palazzo Chigi parte civile nel processo Eternit bis

L'Anci: «Serve un censimento nel territorio» Galletti: «Cancellarne ogni traccia»

Dal 2020 il picco del mesotelioma per chi ha avuto contatti col materiale

Natalia Lombardo

Una giungla normativa nella quale restano impigliate le azioni di bonifica, smaltimento, risarcimento per le vittime dell'amianto: 400 norme, polverizzate come il micidiale minerale che si pianta nei polmoni e, dopo trent'anni, fa esplodere il fulminante mesotelioma. Una confusione e un rimpallo di responsabilità da un Ente a un altro, con pastoie burocratiche, nessuna norma sulla ricostruzione.

Da questo nasce l'urgenza di approvare un Testo unico per affrontare in modo più veloce ed efficace quella che Matteo Renzi ha definito una vera «guerra» contro l'amianto che il governo si impegna a combattere (si è anche costituito parte civile nel processo Eternit bis), ha assicurato il presidente del Consiglio nel messaggio alla «L'Assemblea Nazionale sull'Amianto» che si è tenuta a Palazzo Giustiniani. Un appuntamento promosso dalla senatrice Pd Camilla Fabbri, presidente della Commissione d'inchiesta sugli infortuni sul lavoro e sulle malattie professionali. Nel suo intervento Tito Boeri, presidente Inps, dice che la soluzione è «lontana» perché «ci sono 32 milioni di tonnellate di amianto ancora presenti sul territorio», e col ritmo attuale di bonifica «riusciremo a liberarci del problema amianto di qui a 85 anni, un'infinità». Ritardi dovuti a «resistenze delle singole imprese in nome dei costi» ma anche a «problemi di natura istituzionale, con le Regioni che non hanno approvato i piani, e ad una complessità normativa che rende importante l'adozione di un testo unico».

Nel convegno alla Sala Zuccari è intervenuto il presidente del Senato, Pietro Grasso: «Dal 1992 è vietato l'uso dell'amianto» con la legge 257 ma, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il numero di malattie nell'Ue «è compreso tra 20.000 e 30.000 all'anno, ed è destinato a crescere» vista la latenza del tumore. Completare la bonifica è «un'emergenza», ha detto Grasso, «ho ricevuto Romana Blasotti Pavesi nel mio studio» - la "pasionaria" di Casale Monferrato - «mi ha detto: ho perso cinque familiari, ho finito anche le lacrime». Un passo avanti si è fatto con la legge contro gli Ecoreati, voluta dai presidenti di Senato e Camera e approvata a larga maggioranza, ma anche nella Stabilità 2015 le cifre per il Fondo vittime dell'amianto «sono state estese, in via sperimentale e fino al 2017» a chi si è ammalato di mesotelioma «per esposizione familiare con lavoratori impiegati nella lavorazione dell'amianto o per esposizione ambientale comprovata», ha spiegato Grasso. Il "collegato ambientale" approvato dal Senato il 4 novembre, ora alla Camera, inoltre, istituisce un Fondo per le bonifiche negli edifici pubblici contaminati.

La situazione è ancora allarmante, perché tra il 2020 e il 2025 sarà raggiunto il "picco" del mesotelioma, per chi ha lavorato nelle fabbriche Eternit ma, ormai, per chi ha vissuto in ambienti inquinati dall'amianto. Massimo De Felice, presidente Inail, illustra i dati in crescita: «Nel 2008 ci sono state 13.965 vittime di amianto, nel 2014 sono state 17.428», ben 23mila vittime negli ultimi 20 anni, aggiunge Nicola Pondrano, presidente del Fondo vittime per l'amianto che si batte perché i fondi arrivino ai familiari. Molta strada è ancora da fare, per Camilla Fabbri, perché solo il 2% del territorio nazionale è stato bonificato, infatti si augura che nel giugno 2016 il Testo Unico possa essere presentato e chiede il sostegno del governo. Anche il ministro dell'Ambiente Gian Luca Galletti ha mandato un messaggio dalla Cop21 di Parigi: al novembre 2015 sono «oltre 44.000 siti sparsi sul suolo nazionale» inquinati da amianto, ma garantisce l'impegno del governo. Il ministro del Lavoro, Poletti, auspica una «governance interdisciplinare» della bonifica, una collaborazione fra ministeri «a volte non si sa chi se ne occupa», dice. È pronto a discutere con il Senato sul Testo Unico: la «frammentazione normativa, spesso è una scusa per non affrontare il tema».

L'amianto persiste in tantissimi edifici, in 2400 scuole italiane, nei cassoni dell'acqua dei condomini, in 500 edifici pubblici, nelle coperture e negli acquedotti, secondo Maurizio Mangialardi dell'Anci, ma «serve un censimento nei territori». Il Guardasigilli Orlando fa notare che «l'Italia fino al 1992 è stata la maggior produttrice di amianto nella comunità europea dopo l'Urss» e anche ora si deve rispondere a una procedura di infrazione della Ue sul sistema di tutela generale delle vittime per i reati violenti. Poi si potrà approvare «rapidamente» una disciplina unica, che «non cancellerà molto dolore ma farà tornare chi rappresenta le Istituzioni a guardare in faccia chi ha sofferto».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-DIC-2015
da pag. 24
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Sanità 2.0 Dal Fascicolo elettronico, con i dati su ricoveri e visite, alla «mobile Health», l'assistenza che sfrutta l'evoluzione dei telefonini: le potenzialità di un sistema globale che vale tra 90 e 160 miliardi

s@lute

Pillole intelligenti, cure online, robot La frontiera della medicina digitale

Il telemonitoraggio a casa dei cardiopatici può migliorare il tasso di sopravvivenza del 15% e ridurre del 26% i giorni di ospedale

600
milioni
Le prescrizioni per il rimborso dei farmaci che ogni anno vengono erogate in Italia dal servizio sanitario

6,4
La percentuale
degli italiani che superano gli 80 anni: siamo il Paese più vecchio d'Europa e secondi solo al Giappone

di **Ruggiero Corcella**

Se c'è un settore dove la rivoluzione digitale promette effetti dirompenti sulla vita quotidiana di ognuno di noi, quello è la sanità. Gli analisti internazionali vedono nella cosiddetta e-Health una miniera d'oro per l'economia, con un mercato globale stimato tra i 90 e i 160 miliardi di euro.

La sanità elettronica è considerata un'evoluzione quasi naturale delle cure nell'era digitale, destinata a spostare sempre di più terapie e monitoraggio dei pazienti fuori dall'ospedale, spinta anche per la sempre maggiore disponibilità di sensori e app dedicati.

L'Unione Europea stima che un telemonitoraggio a casa dei malati di cuore potrebbe migliorare i tassi di sopravvivenza del 15%, mentre si potrebbe ridurre il numero di giorni passati in ospedale del 26% e di conseguenza risparmiare il 10% dei costi sanitari. Usando inoltre le ricette elettroniche, si potrebbero ridurre gli errori di aderenza terapeutica del 15%. Si prevede inoltre che l'e-Health sarà fondamentale per mantenere la sanità accessibile e alla portata di tutti nelle società europee che invecchiano.

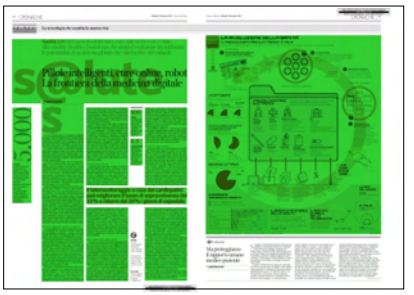
Dati dell'Organizzazione mondiale della sanità alla mano, l'Italia è il Paese «più vecchio» d'Europa con il 21,4% dei cittadini over 65 e il 6,4% over 80, ed è secondo al mondo preceduto solo dal Giappone. Deve perciò fare i conti, più degli altri, con l'aumento delle malattie croniche e la diminuzione delle risorse disponibili, alla ricerca di una formula che permetta di salvare un sistema sanitario riconosciuto tra i migliori esistenti. Non a caso il governo ha inserito la sanità digitale tra i pilastri della riforma della pubblica amministrazione, uno dei capisaldi dell'Agenda digitale nazionale: Centri unici di prenotazione (Cup) telematici; Fascicolo sanitario elettronico (Fse); ricette elettroniche; certificati telematici e telemedicina sono alcuni degli ambiti in cui si stanno promuovendo iniziative di sanità in Rete.

Il nuovo rapporto medico-paziente

La sanità digitale sta anche definendo un nuovo paradigma nel rapporto medico-paziente, con quest'ultimo chiamato a svolgere un ruolo sempre più attivo nel mantenimento e nel miglioramento della propria condizione di salute.

Oggi sanità elettronica vuole dire mobile «Health» (un tipo di assistenza che sfrutta le potenzialità di dispositivi mobili come i cellulari, gli smartphone o i tablet), telemedicina, comunità online, sanità robotica (dai sistemi per la produzione di farmaci «su misura», ai robot chirurgici; dagli armadi farmaceutici automatizzati, ai carrelli robotizzati per la distribuzione di terapie), tecnologie indossabili (indumenti muniti di sensori che trasmettono parametri vitali), ingeribili (pillole «intelligenti») e impiantabili, stampa in 3D di protesi e ausili.

Ma qual è la situazione in Italia? Arriveremo anche noi a sposare con entusiasmo l'idea di un «medico digitale» e di una visita a distanza fatta «dal divano di casa», che negli Stati Uniti si sta velocemente diffondendo come spiega un re-



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-DIC-2015
da pag. 24
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

cente articolo del *Time*? I tempi non saranno così rapidi. Se l'Unione Europea nel suo complesso sconta un ritardo di almeno 10 anni nell'applicazione della tecnologia informatica all'ambito dell'assistenza sanitaria, da noi la sanità federalista ha prodotto 21 sistemi diversi e la solita sconsolante situazione a «macchia di leopardo» con Regioni all'avanguardia e altre ancora ferme quasi agli albori del digitale.

Senza esserne ancora del tutto consapevoli, tuttavia, la sanità digitale ce l'abbiamo già in tasca. Sta racchiusa in un rettangolo di plastica blu (ocra, in Lombardia). La usiamo quando il nostro medico ci prepara una ricetta, comperiamo le medicine in farmacia o andiamo in ospedale per un esame o un ricovero, prenotiamo visite e analisi sui Centri unici di prenotazione online, oppure leggiamo e stampiamo i referti e gli esami a casa o da terminali in ospedale e nelle Asl. Ora la tessera è diventata anche Carta nazionale dei servizi: un microchip, ed è questa la novità, permette infatti l'accesso sicuro ai servizi in rete offerti dalla pubblica amministrazione come finora accadeva solo in Lombardia che il microchip lo aveva già inserito sulle tessere dei lombardi dieci anni fa.

L'archivio personale

La tessera è la chiave per accedere al Fascicolo sanitario elettronico, la vera «architrave» del palazzo della sanità digitale italiana, dove sono (o saranno) depositate le nostre informazioni sui ricoveri in ospedale, le visite specialistiche, le prestazioni farmaceutiche, l'assistenza residenziale, l'assistenza domiciliare e gli accessi al Pronto soccorso. Dunque in teoria, dopo avere abilitato la Carta sanitaria (occorre attivarla presso uno degli sportelli abilitati presenti nella propria regione) ogni cittadino può consultare il proprio Fascicolo. In teoria perché il Fascicolo è partito a pieno regime solo in quattro Regioni — Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana e Provincia autonoma di Trento — seguite da Veneto e Sardegna. Il ministero della Salute ha dovuto concedere una proroga fino a fine anno, per consentire a tutte di creare almeno il nucleo minimo di informazioni previsto. Ma soprattutto il Fascicolo non è ancora entrato a far parte della «routine» quotidiana né del personale sanitario, né dei cittadini.

Dieci milioni di «informati»

Almeno 10 milioni di italiani hanno già attivato o conoscono il Fascicolo. La maggior parte però ancora non sa cosa sia, non lo utilizza e non si dimostra neppure molto interessato. In generale, la stessa considerazione vale un po' per tutti i servizi digitali in sanità. Questa almeno è la fotografia scattata da un'altra indagine dell'Osservatorio Innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano, in collaborazione con Doxapharma, su un campione di 1.000 persone sopra i 15 anni rappresentative della popolazione italiana.

E non fanno eccezione neppure i cosiddetti «millennials» — cioè i nati tra gli anni Ottanta e i primi anni Duemila nel mondo occidentale — che pure nell'ultima indagine del *Deloitte Center for Health Solutions* sono indicati come i più propensi, almeno negli Stati Uniti, a usare la tecnologia per monitorare il proprio stato di salute e anche per confrontare le prestazioni di medici, ospedali e piani sanitari di assistenza. Da un sondaggio fra duemila studenti delle scuole superiori del Veneto condotto da Arsenàl.it, il consorzio delle 23 aziende sanitarie e ospedaliere venete per l'e-Health, è emerso che il 69% non ha mai visitato il sito web della propria azienda sociosanitaria e il 53% non conosce i servizi di sanità digitale attivati in Regione.

Per sfruttare appieno le enormi potenzialità del digitale bisogna allora partire da una capillare opera di informazione non solo dei comuni cittadini ma anche degli operatori sanitari. Lo hanno più volte sottolineato sodalizi scientifici come la Società italiana di telemedicina e associazioni civiche come CittadinanzAttiva.

La ricetta elettronica

Sia pure a fatica e tra mille ostacoli, il mosaico della rivoluzione digitale in Italia si va componendo. La ricetta rossa scritta a mano, ad esempio, sta ormai scomparendo a favore di quella elettronica: Federfarma calcola che su circa 600 milioni di prescrizioni per farmaci rimborsati fatte ogni anno in Italia, oltre il 52% è ormai dematerializzato con punte superiori all'80% in Veneto, Sicilia, Campania e Provincia di Trento. Unico «inconveniente», finora non eliminabile, al paziente viene consegnato un promemoria di carta (con numero di ricetta elettronica, codice fiscale, eventuali esenzioni e prescrizione) per il ritiro dei medicinali in farmacia. Con il Fascicolo sanitario elettronico, anche questo problema si dovrebbe risolvere. Quando si parla di sanità digitale, si pensa subito alla telemedicina. L'Italia è stata tra i primi Paesi al mondo a sperimentarla, con la trasmissione di elettrocardiogrammi a distanza a partire dal 1970, e con l'impiego della videocomunicazione per il consulto remoto e lo scambio d'informazioni, immagini diagnostiche e referti nei vari settori delle scienze mediche. Centinaia i progetti messi in campo: dal teleconsulto con le isole minori al monitoraggio clinico e cardiologico per le carceri di massima sicurezza fino al monitoraggio e all'assistenza medica alle navi in navigazione. Alcuni sono ormai consolidati. Spesso invece restano solo a livello di sperimentazione per mancanza di fondi.

L'Italia, una fra le poche nazioni al mondo, ha emanato l'anno scorso le Linee guida sulla telemedicina e ancora tuttavia non si è riusciti a rimuovere uno degli ostacoli principali alla sua diffusione, cioè la previsione di una tariffa dei servizi e delle prestazioni offerte. A livello internazionale, i benefici dei programmi di telemedicina sono scientificamente dimostrati. Lo studio *Whole System Demonstrator Programme*, il più grande finora effettuato, su 6.200 pazienti inglesi con patologie croniche come diabete, insufficienza cardiaca o broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) seguiti in teleassistenza, ha registrato una riduzione del 45% nella mortalità e del 20% in ricoveri al Pronto soccorso.

E non è finita: la tecnologia digitale su smartphone promette di cambiare il volto della sanità una volta per tutte. Le 5 mila app già in circolazione in Italia stanno a testimoniarlo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-DIC-2015
da pag. 24
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

SALUTE DIGITALE

LA RIVOLUZIONE DELLA SANITÀ

IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO IN ITALIA

È una «cartella virtuale» che raccoglie e rende disponibili su internet informazioni e documenti clinici relativi a un cittadino, in forma protetta e riservata

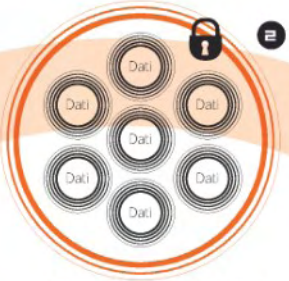
1 2 3 4 5 PUNTATA

IL PERCORSO

1 Distribuzione della Carta elettronica con microchip in tutte le Regioni
Attualmente è attiva solo in Lombardia

Il microchip garantisce il riconoscimento dell'assistito

Dati sanitari personali



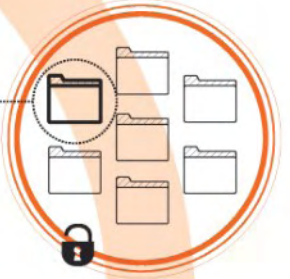
ARCHIVIO DIGITALE GENERALE

2 L'archivio dei dati
La maggior parte delle strutture sanitarie, quando l'assistito usufruisce di una prestazione, raccoglie tutti i dati medici in un «archivio digitale» (analisi, immagini, referti, dati di ricovero...)

Dati sanitari personali

3 Dall'archivio al Fascicolo
Se l'assistito lo richiede, i dati dell'archivio generale possono confluire a formare il Fascicolo sanitario elettronico individuale

I FASCICOLI SANITARI



4 Richiesta di accesso al Fascicolo sanitario
L'assistito può fare richiesta di un codice personale identificativo Pin (rilasciato dalla Asl) che digitato su un sito fornisce la chiave di accesso al Fascicolo personale o in alternativa può usare un lettore di smartcard, per visionare tutte le informazioni sanitarie personali

LA DIFFUSIONE

Consenso al trattamento dei dati individuali

quasi 10.000.000 cittadini	circa 12-13.000 medici di famiglia	18-20.000 medici ospedalieri
50.700.000	46.000	93.000

Sono solo tre le Regioni e una la provincia in cui l'uso del Fascicolo elettronico è completamente operativo:
Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Provincia autonoma di Trento

43% Le Asl che già utilizzano il Fascicolo

62% Gli ospedali che immettono dati nel Fascicolo

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Ecco come i diversi soggetti del Servizio sanitario nazionale possono contribuire alla formazione del «Fascicolo elettronico» con l'inserimento di informazioni certificate

Centro nazionale trapianti
Consenso o diniego alla donazione di organi e tessuti

Pronto soccorso
Verbali di assistenza in Pronto soccorso

Medico di famiglia
- Profilo sanitario sintetico del paziente (storia clinica e situazione corrente)
- Dati clinici utili anche in caso di emergenza
- Prescrizioni di visite e di esami

ASL
- Vaccinazioni
- Certificati
- Esenzioni
- Assistenza domiciliare, bilanci di salute, piani diagnostico-terapeutici, assistenza residenziale

Laboratori, ambulatori diagnostici
- Referti

Farmacisti
- Farmaci
- Prenotazioni

Specialisti
- Prescrizioni

Operatori amministrativi
- Dati identificativi e amministrativi
- Esenzioni

Ospedali e residenze sanitarie
- Prestazioni in ricovero
- Cartella clinica
- Partecipazione a sperimentazioni cliniche

CHE COSA SI PUÒ FARE

Consultare e stampare i referti delle prestazioni ricevute dal Servizio sanitario

Inserire documenti

Oscurare i documenti che l'interessato ritiene non debbano essere visibili dai professionisti del Servizio sanitario

Creare un «taccuino personale dell'assistito» (informazioni non certificate) nel quale il cittadino può inserire documenti sanitari, promemoria, dati personali

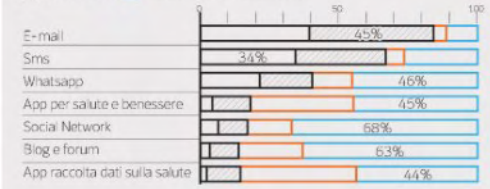
Su consenso dell'interessato, il Fascicolo elettronico può essere consultato dai medici

Ogni singolo accesso può essere tracciato

SECONDO I CITTADINI

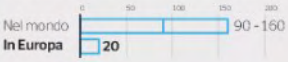
Ha mai sentito parlare del Fascicolo elettronico?

INTERAZIONE TRA MEDICI E PAZIENTI



IL MERCATO POTENZIALE DELL'E-HEALTH

L'e-Health è l'insieme di risorse, soluzioni e tecnologie informatiche di rete applicate alla salute e alla sanità (dati in miliardi di euro)



IL MERCATO GLOBALE DELLA TELEMEDICINA

La telemedicina permette la cura del paziente tramite servizi sanitari a distanza (dati in miliardi di dollari)

LE APP NEL MONDO

100.000 le app per salute e fitness

Fonte: BCC Research 2012 - Istat - Ministero della Salute - Osservatorio innovazione digitale in sanità, Politecnico di Milano

Corriere della Sera

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

01-DIC-2015
da pag. 24
foglio 4 / 4
www.datastampa.it

5.000

Le app
presenti sul mercato che riguardano la medicina e la salute. Il futuro digitale della sanità è uno dei temi più dibattuti. In Italia circa dieci milioni di cittadini dispongono del proprio Fascicolo sanitario elettronico, che contiene tutte le informazioni su ricoveri ospedalieri, visite specialistiche e prestazioni farmaceutiche

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 62.276
Diffusione 09/2015: 43.834
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

01-DIC-2015
da pag. 46
foglio 1
www.datastampa.it

Vaccino gratis ma in poche lo usano

Alessandro Bovicelli
BOLOGNA

Nonostante numerose campagne informative e il fatto che dal 2007 il vaccino anti- Hpv sia gratis ancora abbiamo una copertura bassa che non supera il 70% delle ragazzine con alcune regioni abbondantemente al di sotto come Campania e Sicilia.
La paura , antichi retaggi culturali per cui ancora al Sud avere rapporti prima dei 18 anni è un disonore fanno si che non si faccia una prevenzione adeguata.
Se è vero che l'Hpv nella maggior parte dei casi è un'infezione transitoria è vero che esistono pochi ceppi ma molto pericolosi quali l'Hpv 16 e il 18 che causano il tumore del collo dell'utero e con il vaccino, associato sempre al Pap Test, è stata data alla popolazione una grande opportunità.
Non si può certo incolpare in questo caso il Ministero della Salute che ha fatto abbondantemente il suo mestiere, ma la diffusione è ancora a macchia di leopardo. Pensiamo che in Sicilia siamo appena al 50% di copertura.
In famiglia non se ne parla , si ricevono gli opuscoli ma le adolescenti non dialogano con i genitori e viceversa.
C'è un imbarazzo spaventoso nel parlare della propria sessualità, le scuole non pubblicizzano il vaccino e così la copertura è bassa.
Dopo dieci anni il 70 % è un livello senz'altro insoddisfacente.
I ginecologi tutti sono decisi a insistere nel continuare la promozione ma rimarrà un'impresa difficile.
C'è da dire che alcune regioni particolarmente virtuose hanno esteso la vaccinazione ai maschi anche essi esposti al virus.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 391.681
Diffusione 09/2015: 270.207
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

01-DIC-2015
da pag. 47
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Virologia. Una copertura universale

Valida per sempre e per tutti i ceppi del germe ci salverebbe dalla pandemia. Ma resta un miraggio

Tutti pazzi per il vaccino che non c'è

LETIZIA GABAGLIO

DI VACCINI CONTRO l'influenza ce ne sono molti. Tutti però durano solo 1 anno. E ogni inverno siamo da capo. A rincorrere quella che è la fantasia dei virologi di tutto il mondo: il vaccino universale, capace di immunizzare per sempre contro tutte le influenze. Di spazzare via in una volta sola costi, campagne di sensibilizzazione, distribuzione; ma soprattutto di parare il rischio pandemia, cioè dell'arrivo di un virus nuovo, mai circolato negli umani, che ci troverebbe del tutto impreparati. Un miraggio. Colpa della straordinaria capacità di mutare del virus. «Le proteine che si trovano sulla superficie sono quelle che provocano la maggiore risposta del sistema immunitario e per questo sono le chiavi usate per realizzare i vaccini, ma sono anche quelle che mutano più velocemente», spiega Giovanni Rezza, direttore del Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità.

I virologi a caccia del vaccino universale puntano l'obiettivo emoagglutinina (Ha), una proteina che sporge dal virus come uno spillo, con uno stelo e una testa, la parte più usata per produrre i vaccini perchè maggiormente immunogenica ma anche quella più mutevole. Per aggirare questo problema Antonietta Impagliazzo del Janssen Prevention Center, insieme a un gruppo dello Scripps Research Institute, ha pensato di lavorare sullo stelo dell'Ha, sfruttando la sua costanza e aumentando la sua capacità di stimolare una risposta immunitaria universale contro i virus A di tipo 1. I suoi risultati sono finiti sulle pagine di *Science* quest'estate. Proprio quando anche Barney Graham dei National Institutes of Health americani ha pubblicato su *Nature Medicine* i risultati di un altro candidato vaccino universale, sempre incentrato sullo stelo di Ha ma con una tecnica diversa. Ma i dati di efficacia pubblicati si riferiscono a modelli animali e siamo quindi ancora lontani dal mondo reale. «Per raggiungere il vero vaccino universale dobbiamo ottenere gli stessi risultati sul virus A di tipo 2 e per il ceppo B. Ci stiamo lavorando e pensiamo di poter arrivare a studi clinici sugli umani, ma non prima di alcuni anni», dichiara Impagliazzo. Anche Sanofi-Pasteur, uno dei colossi nel mondo dei vaccini, ha iniziato a lavorare a un suo progetto: insieme all'Università della Georgia vuole sviluppare un prodotto che contenga le sequenze genetiche chiave di diversi virus influenzali, così da garantire una protezione allargata. Mentre GSK, acquisendo Okairos, la biotech con radici italiane che ha sviluppato il vaccino contro Ebola, si è aggiudicata anche una linea di ricerca sulla protezione universale.

Per rendere il miraggio più reale, però, l'Oms ha ammesso che ci si potrebbe accontentare di preparati che proteggano per diversi anni o per tutti i sottotipi di uno stesso ceppo, per esempio il virus A. E sono almeno 5 gli studi su super-vaccini arrivati alla fase preclinica nel mondo. Più concreti; ma l'utopia universale resta un'utopia.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 391.681
Diffusione 09/2015: 270.207
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

01-DIC-2015
da pag. 47
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

IL TIPO B

Quattro in uno

Per la prima volta in Italia arriva un vaccino che protegge contro 4 ceppi influenzali, due del virus A e due del virus B. Finora i vaccini contenevano due sottotipi A (H1N1 e H3N2) e un solo virus B (Victoria o Yamagata). La scelta di quale ceppo B utilizzare è presa da un gruppo di esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ogni anno a febbraio, sulla base delle informazioni sulla distribuzione dei virus che vengono costantemente aggiornate dalle reti di sorveglianza a livello mondiale.
Ma la previsione può risultare sbagliata: in Europa dal 2003 fino al 2014 più della metà delle volte si è selezionato per il vaccino della nuova stagione il ceppo B sbagliato. In Italia sono disponibili solo i dati di alcune regioni: in Liguria, per quattro stagioni negli anni che vanno dal 2001 al 2012 sono circolati sia il ceppo contenuto nel vaccino sia un altro; mentre nell'inverno fra il 2008 e il 2009 a circolare è stato solo il ceppo non contenuto nel vaccino. Lo stesso è accaduto in Lombardia in tre stagioni.
Per evitare che si faccia un prodotto che non immunizza contro il virus veramente circolante, a partire dal 2012, l'Oms ha chiesto alle case farmaceutiche di studiare un vaccino che contenesse entrambi i ceppi B. Dopo 3 anni, è arrivato. La protezione garantita è ovviamente maggiore rispetto agli altri vaccini, ma il rischio di prendersi un raffreddore o la febbre non può essere azzerato. Le cosiddette sindromi para-influenzali potranno comunque manifestarsi, ma con sintomi ed effetti molto più lievi.

OVER 65

Serve quello più potente

Per gli anziani è disponibile il vaccino antinfluenzale potenziato con la MF59, sostanza che aumenta la risposta immunitaria. Per questo protegge più degli altri vaccini della stessa classe, i cosiddetti trivalenti (perché danno copertura a tre sierotipi: i due sierotipi H1N1 ed H3N2 per il tipo A ed uno per il tipo B).
Non solo, questa vaccinazione produce una protezione crociata anche nei confronti dei ceppi non inclusi nella formulazione del vaccino. I dati di efficacia e sicurezza hanno convinto anche la Food and Drug Administration, che il 24 novembre ha dato il via libera al suo uso negli over 65. Uno studio condotto in Lombardia su circa 100mila persone nel corso di tre stagioni influenzali ha dimostrato che, rispetto al trivalente convenzionale, l'uso del vaccino con MF59 riduce del 25 per cento negli anziani il rischio di ricovero ospedaliero o di polmonite.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

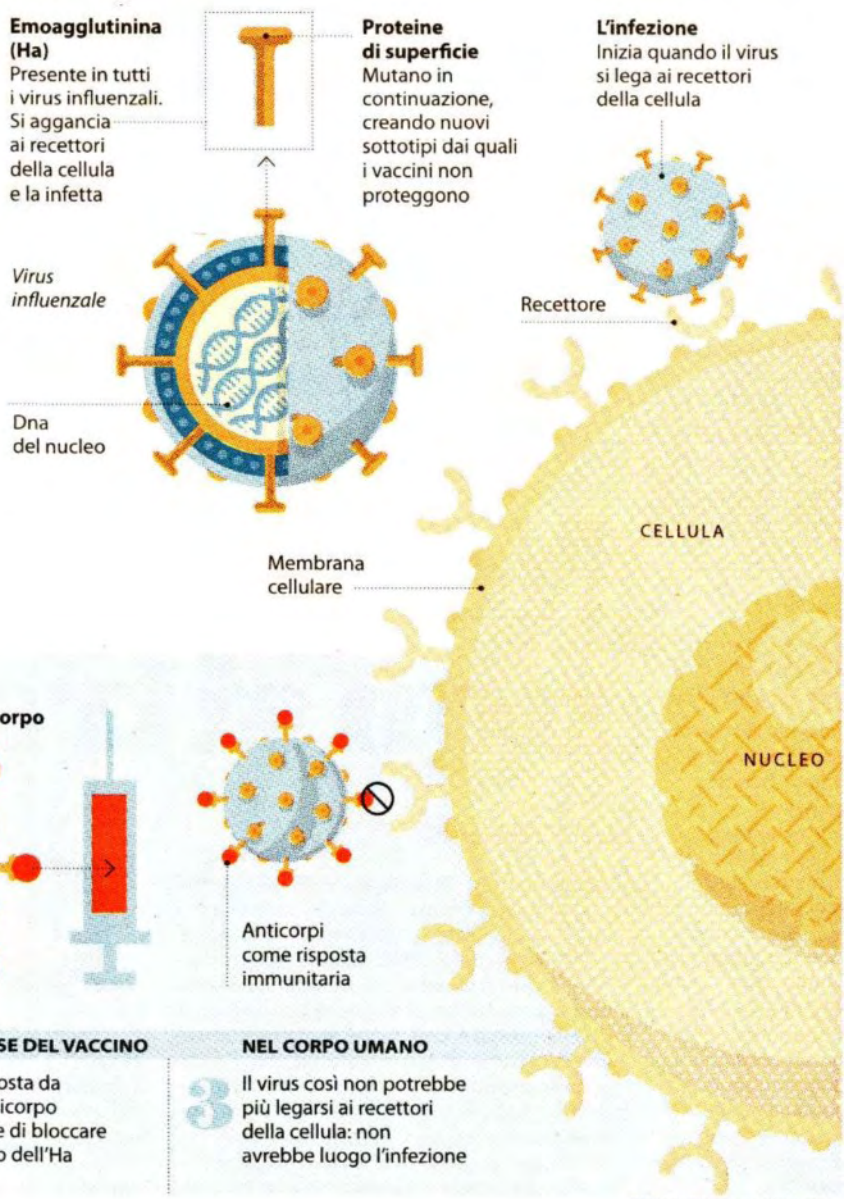
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 391.681
Diffusione 09/2015: 270.207
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

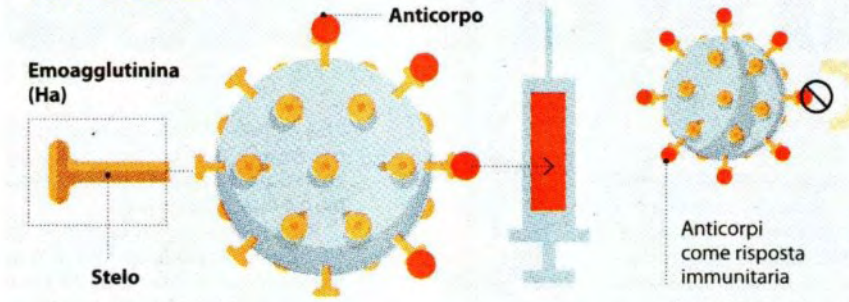
Dir. Resp.: Ezio Mauro

01-DIC-2015
da pag. 47
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

IL CONTAGIO



LA RICERCA



LO STUDIO
1 Lo stelo dell'Ha è più costante, cioè muta meno del resto del virus

LA BASE DEL VACCINO
2 Composta da un anticorpo capace di bloccare lo stelo dell'Ha

NEL CORPO UMANO
3 Il virus così non potrebbe più legarsi ai recettori della cellula: non avrebbe luogo l'infezione

FONTE RIELABORAZIONE DATI RSALUTE

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

01-DIC-2015
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

AIDS

In Italia ci sono 140mila sieropositivi, il numero più elevato di tutta l'Europa

Sono soprattutto i giovani tra i 25 e i 29 anni i bersagli preferiti dal virus dell'Hiv in Italia. Lo afferma il Centro Operativo Aids dell'Istituto superiore di sanità in occasione della Giornata mondiale per la lotta contro la sindrome da immunodeficienza acquisita che si tiene oggi. Nonostante anni di campagne informative sulla malattia, il contagio avviene nell'84% dei casi attraverso rapporti sessuali non protetti (il 40% dei quali tra omosessuali maschi). Come indicano i dati forniti dall'Iss e quelli dell'Associazione dei microbiologi italiani (Amcli), la mancata diminuzione delle nuove diagnosi, unita comunque all'efficacia delle cure per chi scopre di avere l'infezione, fa sì che nel nostro Paese ci siano 140mila sieropositivi: il numero più alto d'Europa. La profilassi pre-esposizione, l'assunzione cioè dei farmaci prima di contrarre l'infezione, ridurrebbe i contagi del 90%, ricorda uno studio del Cdc (Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie) di Atlanta (Stati Uniti), ma la terapia non è molto conosciuta neppure dai medici oltreoceano, tanto che oltre un terzo di loro non ne ha mai sentito parlare.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-DIC-2015
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Aids, è allarme in Europa

Nel 2014, oltre 142mila nuovi casi di Aids nei 53 Paesi della regione europea dell'Oms, di cui 30mila nella sola Ue. Mai così tanti contagi dal boom Aids degli anni '80.

VAZZA A PAG. 18

GIORNATA MONDIALE/ In Europa è boom contagi Hiv: oltre 142mila nel solo 2014

Il silenzio colpevole sull'Aids

In Italia 3.700 nuovi casi - Sottovalutazione del fenomeno tra i giovani

Il 1° dicembre di ogni anno si torna a riparlare di Aids. Sì, bisogna farlo e farlo di più. Perché in Europa, compresi i Paesi dell'Unione, i nuovi contagi da Hiv nel 2014 sono stati oltre 142mila (dati Ecdc-Oms). Con il boom in Romania, Polonia e Slovacchia, dove i numeri sono fuori controllo, più che raddoppiati rispetto ai valori del 2005.

E, anche se i dati sono molto diversi, non va bene neppure da noi. In Italia lo scorso anno si sono infettate 3.700 persone circa, l'80% uomini e di età compresa tra i 25 e i 29 anni (dati Iss). E il dato è stabile, non decresce, da almeno tre anni. E quanto sia assordante il silenzio sulla malattia lo dice il numero di persone sieropositive inconsapevoli della propria condizione. Gente "normale" che scopre di avere l'Aids quando ormai è a uno stadio conclamato. E succede a sette malati su dieci, ignari completamente del fatto di essere sieropositivi magari da molti anni.

Dunque l'Aids, quello che negli anni '80 ci affrettammo a definire l'epidemia del secolo, si è ridotto a essere un fantasma dimenticato nella nostra società. Non se ne parla quasi più. Pochi i fiocchetti rossi sui baveri di personaggi famosi e star internazionali, quasi nessuna campagna, nessun concerto. E pochi editoriali, poche notizie relegate nelle ultime pagine dei giornali. Un dramma rimosso. Con l'illusione che ci si ammali solo nei Paesi poveri.

Se è vero che in 30 anni tutto è cambiato e il contagio da Hiv non equivale a una condanna a morte, resta l'emergenza legata alla sottovalutazione del problema. L'Europa da tempo ha attivato un programma comunitario di sorveglianza legato al fenomeno Aids. L'Ecdc (European Centre for Disease Prevention and Control) spiega che al boom di contagi nell'Europa dell'Est storicamente correlato all'uso di stupefacenti per via parenterale, è subentrato recentemente quello legata a rapporti eterosessuali non protetti. Nell'Europa dell'Ovest, a cui l'Italia appartiene, prevale la modalità di trasmissione omosessuale maschile Msm (Men having sex with men), che è cresciuta del 15%, mentre quella tra eterosessuali è scesa del 44%. E anche nei Paesi dell'area centro europea, che fino al 2007 riconosceva come modalità di trasmissione più frequente i rapporti eterosessuali, si è poi allineata all'area Ovest, e in quanto la modalità di trasmissione Msm ha superato quella legata a rapporti eterosessuali. Mentre nei Paesi del Nord Europa la trasmissione dell'Hiv è diminuita drasticamente, arrivando a livelli minimi nell'area scandinava. Di sicuro, ci sono delle falle nella prevenzione in molti sistemi sanitari pubblici, aggravati dalla crisi economica. Le Ong attive sul fronte della lotta all'Aids portano nell'agenda europea i temi emergenti come la tutela della salute dei sex worker, categoria ovviamente esposta al virus e la diffusione di programmi di sostegno ai malati nei Paesi dove la crisi ha colpito gravemente il sistema di cure pubbliche, come è successo in Grecia, dove sono periodicamente a rischio le coperture antiretrovirali ai malati di Aids.

E proprio le Ong, come la Lila in Italia, promuovono, attraverso campagne periodiche, la diffusione del test salivare, basato su tecnica immunocromatografica, che consente di avere i risultati in appena 20 minuti. Ma ci vuole più impegno da parte delle istituzioni e maggiore comunicazione sulle fasce giovanili, le più esposte al rischio contagio. Di Aids si muore di meno, ma si muore ancora e certamente il fatto di poter tenere sotto controllo la malattia non deve essere un alibi per fare meno prevenzione. Per fortuna lo "stigma" sociale sui malati di Aids si è ridotto, ma non può essere sottovalutato il rischio, reale e non immaginario che esiste ed è forte. Anche nei nostri Paesi europei. Anche in Italia.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media