Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

ALLEANZE

Voglia di anti-corruzione

Task force Lorenzin-Cantone-Agenas: si parte a settembre

Controlli mirati, buone pratiche, istituzione di un modello. Questi i concetti chiave del protocollo d'intesa firmato mercoledì scorso dalla ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, e dal presidente dell'Anac, **Raffaele Cantone**.

La svolta è l'istituzione di una task force composta da Carabinieri del Nas e ispettori del ministero e dell'Anac, che effettuerà controlli nelle aziende sanitarie sulla corretta applicazione del piano nazionale Anticorruzione, in particolare della sezione sanità.

E non solo, perché il protocollo prevede la creazione del **Nuoc-Nucleo operativo di coordinamento**, composto da tre rappresentanti del ministero della Salute, tre di Anac e tre di Agenas, per realizzare un programma di verifiche, nonché la creazione di un registro del personale ispettivo e di una modulistica standard per facilitare la trasmissione di informazioni.

«Non è una fase repressiva, ma una fase di prevenzione», ha chiarito la ministra Lorenzin. «A fine anno faremo un primo rapporto di quanto fatto» ha precisato il presidente Cantone.

VAZZA A PAG. 5

L'Anac e la Salute hanno firmato il protocollo che istituisce la task force contro il malaffare

Corruzione, 3 anni per cambiare

Cantone: «Controlli intelligenti» - Lorenzin: «Prevenzione la bussola»

Il progetto in cifre

8 articoli	36 mesi	6 mld
Otto articoli compongono il protocollo che definisce l'impegno congiunto tra il ministero della Salute e l'authority Anac	Il progetto pilota durerà 36 mesi, cioè 3 anni, per mettere sotto esame appalti, liste d'attesa e tutto quanto è a rischio corruzione	La corruzione in sanità vale 6 mld o forse molto di più, quel che conta per Cantone va ben oltre i numeri

Senza tregua, senza se e senza ma. La lotta alla corruzione nella sanità si fa dura e pura, ma soprattutto mirata e da settembre si comincia con i primi interventi. Con la firma del protocollo di collaborazione, il 21 aprile, tra l'autorità anticorruzione (Anac) e il ministero della Salute, nascono le task force, che avranno il compito di effettuare i controlli presso le aziende sanitarie sulla corretta applicazione del Piano nazionale anticorruzione, che per la prima volta affronta direttamente il settore delle cure pubbliche. Il tutto con il supporto attivo dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Nell'impegno firmato c'è una vera e propria road map in otto articoli, che la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin** e il presidente dell'Anac **Raffaele Cantone** seguiranno per 36 mesi. In questo periodo finirà sotto la lente di tutto e di più: dagli appalti delle Asl alle liste d'attesa, con l'obiettivo di uniformare i livelli di controllo e prevenzione della corruzione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 5
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

con la partecipazione degli operatori. Il monitoraggio e il controllo saranno infatti affidati a un gruppo di lavoro misto, con ispettori Anac, Nas e la supervisione del ministero che verificherà l'attuazione del protocollo anticorruzione in sanità.

Ma come ha detto chiaramente la ministra Lorenzin: «Questa è una fase di prevenzione, la fase di repressione l'attuano i magistrati e le Forze dell'ordine».

Non sarà operazione di terrore. «Spesso manca la consapevolezza di avere comportamenti lesivi dell'istituzione - ha aggiunto Lorenzin - Vogliamo lavorare sulla prevenzione e far vivere il Piano e le buone pratiche tra gli operatori. La parola chiave è organizzazione e trasparenza anche con la pubblicazione dei dati».

E anche Cantone ha sottolineato come questo lavoro congiunto sia «Un progetto pilota fondamentale realizzato con chi conosce il settore e non calato dall'alto - ha sottolineato Cantone - Non ci sarà nessuna logica poliziesca e non è un'operazione di terrore, ma un sistema di controlli intelligenti. Ma dove i piani anticorruzione non sono stati stimati correttamente, interverremo. Andremo nelle aziende per controllare concretamente se sono stati applicati i Piani, con ispettori nostri e dell'Agenas. Qui ci giochiamo un po' della nostra credibilità - ha ribadito - i precedenti piani erano sulla carta, ma voglio ricordare che gli effetti positivi di una politica di legalità si vedono a lungo termine». Per questo il presidente dell'Agenas, Francesco Bevere ha spiegato che l'Agenzia «ha investito e investirà ancora nella formazione di professionalità specifiche, affinché come in un lavoro di squadra, tutti insieme si possa individuare strumenti e metodi per mettere in sicurezza il sistema sanitario da rischi corruttivi».

Più appalti più criticità. «In base ai dati del ministero - ha illustrato ancora Cantone - decideremo dove andare a fare i controlli, le Asl dove si fanno più appalti e dove ci sono criticità, con la logica di guardare le carte e analizzare i dati. A fine anno faremo un primo report su quanto fatto. È difficile oggi calcolare l'impatto economico di un fenomeno illecito, le cifre che sono state dette sulla sanità non hanno spesso fondamenti scientifici, anche se i famosi 6 mld sono una cifra vicina alla verità».

Nello specifico, si legge nel documento, il protocollo consentirà di andare a fondo rispetto alla corretta e completa implementazione da parte delle aziende sanitarie e degli enti assimilati del Ssn delle raccomandazioni e degli indirizzi per la predisposizione e attuazione dei Piani di prevenzione della corruzione (Ptpc) contenuti nella sezione sanità dell'aggiornamento 2015 al Piano nazionale anticorruzione. All'Anac ci sarà un Registro del personale ispettivo a supporto delle attività di verifica dei Piani triennali, di competenza di Anac, cui l'Agenzia possa attingere per coadiuvare il proprio personale ispettivo nel monitorare il grado di attuazione e implementazione delle misure di trasparenza e integrità di prevenzione della corruzione in sanità. Al registro sono iscritti ispettori e personale operante al ministero della Salute e all'Agenas e, per quest'ultima, anche professionisti iscritti all'Albo degli esperti Agenas.

Impostare un modello. Al grande lavoro di preparazione e coordinamento devono fare da contrappeso i monitoraggi. «Le verifiche sono un ulteriore momento di crescita del sistema», ha affermato Lucia Borsellino che ha curato per Agenas il coordinamento dei lavori dei tavoli tematici, istituiti per l'aggiornamento del capitolo sanità nel Piano nazionale anticorruzione. I tavoli consentiranno infatti, nelle intenzioni degli organizzatori, di sperimentare direttamente nei vari contesti aziendali le misure organizzative indicate e le buone pratiche, nonché la diffusione e la replicabilità di quelle già esistenti in alcune realtà ed emerse dai Piani triennali delle aziende sanitarie. «Non dimentichiamo mai - ha chiarito la figlia del grande magistrato ucciso dalla mafia - che un evento corruttivo in sanità, rispetto a qualsiasi altro settore della pubblica amministrazione, appare ancor più inaccettabile, comportando la sottrazione o lo spreco di risorse da destinare alla cura dei pazienti e talvolta la mancata possibilità di cura per chi ne ha diritto».

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

26-APR-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

"La Babele giuridica europea che non mi fa diventare madre"

Mariana è vedova di un ragazzo italiano che, da malato, aveva fatto congelare il suo seme a Parigi. Ma in Francia la fecondazione post mortem è vietata

9 luglio
Nicola Turri, originario di Trento, si era ammalato nel 2013, dopodiché aveva fatto congelare il suo sperma. A luglio dello scorso anno è morto

La storia

MARCO BRESOLIN

L'altra faccia dell'Europa unita ha il volto di Mariana Gomez-Turri. Spagnola di Malaga, 30 anni, dal 9 luglio vedova di Nicola Turri, di un anno più vecchio di lei, originario di Trento. Si erano conosciuti a Londra, vivevano a Parigi, progettavano una famiglia e una vita in Andalusia. Una delle tante coppie di quella che viene chiamata «generazione Erasmus». Prima di andarsene, Nicola aveva fatto congelare il suo sperma. Ora Mariana vorrebbe sottoporsi alla fecondazione assistita, ma la Babele giuridica che regna in Europa glielo impedisce. Il suo Paese, la Spagna, consente la fecondazione post mortem, ma non basta. Perché la Francia, che ha in «ostaggio» la provetta con i gameti di Nicola, lo vieta. Lei non demorde: «Voglio diventare madre di Nicola, questo è ciò che lui sognava» ripete da quasi un anno ai famigliari del marito.

È in corso una battaglia legale che, dopo un ricorso rigettato da un tribunale amministrativo, ha portato il caso al Consiglio di Stato. «Siamo pronti a proseguire fino alla Corte Europea dei diritti dell'uomo» spiega David Simhon, avvocato parigino che segue il caso. Ma c'è tempo fino al 9 luglio di quest'anno (12 mesi dopo il decesso), poi la pratica diventerà illegale anche in Spagna. Una corsa contro il tempo per coronare il sogno di questa giovane coppia spezzata da una leucemia.

Mariana e Nicola si erano conosciuti nel 2012 a Londra, entrambi lavoravano in una pizzeria dal nome «tipico» dell'Italia di quel periodo: «Bunga Bunga». Lui, 27 anni, si divideva tra la cucina e la sala. Lei, 26 anni, cameriera. Un colpo di fulmine, come si dice di solito, e quei due giovani sono subito diventati una coppia. L'anno successivo il trasferimento a Parigi, aiutati dall'appoggio logistico che la Ville Lumière offriva loro: qui vivono infatti Laura e Martin Pierlot, zia (italiana) e zio (francese) di Nicola. Stesso copione di quello londinese, con i due ancora impegnati a lavorare in un ristorante italiano. «Due spiriti liberi – racconta Martina, 33 anni, sorella di Nicola che vive a Milano -. Amavano molto viaggiare, avevano un sacco di progetti per la testa. Erano stati in Messico». Ma per Nicola iniziano i problemi. Comincia ad accusare una stanchezza crescente. Parte così il tour dei consulti medici, finché arriva il referto: un cancro.

Prima di iniziare il ciclo di chemioterapia, Nicola e Mariana prendono una decisione per coronare il loro sogno di metter su famiglia. Visto il rischio infertilità che la cura potrebbe provocare, Nicola fa congelare il suo seme. Intanto però la cura funziona, o almeno così pare. Nel febbraio del 2014 Nicola è guarito. Ritorna il sorriso, la loro casa ricomincia a riempirsi di sogni e progetti. «Volevano trasferirsi a Malaga» racconta la sorella di Nicola. Ma all'inizio del 2015 tornano i problemi. Gli viene diagnosticata una leucemia secondaria, il sospetto è che sia stata provocata dai cicli di chemioterapia.

A giugno, quando la paralisi colpisce sempre di più il corpo di Nicola, i due si sposano. E in un secondo momento il giovane trentino mette anche nero su bianco la sua volontà: «L'unica cosa che conta oggi nella mia vita, nel mio futuro, è quella provetta. Voglio che Mariana possa farne l'uso che vuole se questa leucemia dovesse essere fatale per me (ma non succederà perché io credo di poter guarire!)». La sua volontà era chiara: «Se non dovesse bastare – spiega l'avvocato Simhon – ho decine di testimonianze che possono confermare la sua intenzione».

La situazione degenera, per questo decidono di accelerare. Il 9 luglio 2015 sul calendario di casa Turri sono segnati due appuntamenti. Un controllo medico per Mariana e un appuntamento dal notaio per Nicola: deve andare a firmare il consenso per la fecondazione. Non ci andrà mai, perché muore un paio di ore prima.

Da quel giorno Mariana porta avanti la sua lotta con caparbietà: ora è tornata a Malaga e fa spola con Parigi. Lì, al centro Cecos dell'ospedale Tenon, è custodito ciò che suo marito le ha lasciato. Al suo fianco c'è tutta la famiglia di Nicola: i genitori, il gemello Filippo, la sorella minore Cecilia e Martina. «La nostra - dice la sorella maggiore - è una battaglia comune per rispettare la volontà di Nicola».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

26-APR-2016
da pag. 11
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Cosa prevede la legge

In Francia
La legge francese vieta la fecondazione post mortem. Il trasferimento dei gameti all'estero è consentito solo se il loro uso è conforme alla legge francese

Spagna
La legge spagnola consente la fecondazione post mortem. Ma c'è un termine massimo: la fecondazione deve avvenire entro un anno dalla morte

Italia
Con la legge 40, la fecondazione post mortem è diventata illegale. Ma nel 2015 c'è stata una sentenza che l'ha consentita perché la raccolta del seme era precedente all'entrata in vigore della legge

La battaglia legale
Mariana ha fatto ricorso alla giustizia amministrativa francese: un tribunale ha respinto la richiesta, il caso è ora all'esame del Consiglio di Stato

La Corte Europea
L'avvocato di Mariana Gomez-Turri, David Simhon, ha annunciato che la sua assistita è pronta a portare la vicenda alla Corte europea dei diritti dell'uomo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

26-APR-2016
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Domani

La maternità surrogata torna a Montecitorio

C'è chi evoca la «schiavitù», chi propone sanzioni e pene più severe. In attesa che l'aula nei primi giorni di maggio torni ad affrontare il tema delle unioni civili, domani (mercoledì) Montecitorio tornerà ad occuparsi di maternità surrogata dove sono in discussione quattro mozioni. Anche il Pd lavora alla propria e oggi stesso potrebbe riunirsi sul tema il gruppo. Non a caso, spiega Micaela Campana in queste ore «anche noi lavoriamo a un testo e sono in corso contatti e riunioni proprio per cercare una sintesi».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 91.390
Diffusione 02/2016: 45.501
Lettori Ed. III 2015: 252.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

26-APR-2016
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Dopo la scarcerazione dell'infermiera

Salgono a 14 le morti sospette a Piombino

■■■ Sale a 14 il numero delle vittime per le quali è indagata Fausta Bonino, l'infermiera accusata di aver provocato la morte di alcuni suoi pazienti nel reparto di terapia intensiva dell'ospedale di Piombino. Lo rivela il suo legale, Cesarina Barghini: «Il pm ha notificato l'avviso dello svolgimento di accertamenti irripetibili sulle salme delle persone decedute ed in questa occasione ho appreso che alla mia assistita è stato attribuito un quattordicesimo decesso», ha detto.

Fausta Bonino, scarcerata mercoledì scorso, è ora indagata anche per la morte di un uomo avvenuta il 14 gennaio 2015, Sergio Ghini di 92 anni, deceduto sempre per un problema di coagulazione. Secondo l'accusa, la Bonino avrebbe ucciso con dosi massicce di eparina, dunque, 14 pazienti tra il 2014 e il 2015. L'infermiera, 56 anni, è rimasta in carcere per tre settimane (ora è fuori grazie al tribunale del Riesame), è ansiosa di tornare alla vita di sempre anche se non esce ancora di casa. «Sto lentamente tornando alla normalità», ha raccontato a Tgcom24, mentre amici, parenti e colleghi vanno a farle visita. Intanto continua a professare la sua innocenza e ad attribuire le cosiddette «morti sospette» ai protocolli dell'ospedale andati in tilt.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Def sotto schiaffo

Rapporto spesa sanitaria/Pil, personale e farmaci innovativi, costi standard e destinazione di parte dell'extra agli investimenti regionali. Tutti i moniti sul Def 2016 all'esame di Parlamento e Regioni.

GOBBI A PAG. 4

Allerta nei pareri della Corte dei conti, delle commissioni parlamentari e delle Regioni

Def 2016 a rischio sostenibilità

Le criticità: rapporto spesa/Pil, fondi per il personale e farmaci innovativi

Il conto consolidato della Sanità

	Def 2015		Def 2016			
	2015	Var.	2015	Var.	2016	Var.
Beni e servizi da produttori market	**38.876**	**-2,0**	**39.744**	**-0,5**	**39.903**	**0,4**
• Farmaci	8.029	-4,5	8.290	-1,2	8.323	0,4
• Assistenza medico-generica	6.695	0,2	6.671	0,1	6.713	0,6
• Assistenza specialistica, osp., integrativa e altra assistenza	24.151	-1,8	24.783	-0,4	24.867	0,3
Servizi da produttori non market, contribuzioni diverse e servizi amministrativi	**72.413**	**1,5**	**72.664**	**1,8**	**73.473**	**1,1**
• di cui redditi	35.737	0,7	35.158	-0,8	35.375	0,6
• di cui consumi intermedi	30.297	2,4	30.969	5,2	31.543	1,9
• altro	6.379	1,6	6.537	0,6	6.555	0,3
Uscite totali	**111.289**	**0,2**	**112.408**	**1,0**	**113.376**	**0,9**

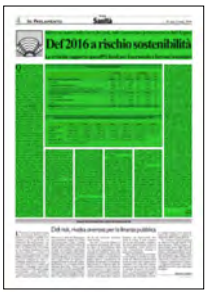
Fonte: elaborazione su dati Def 2015 e Def 2016

La spesa sanitaria nei documenti di finanza pubblica (in milioni di euro e, in parentesi, in % Pil)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Def aprile 2016	109.907 (6,83)	111.304 (6,89)	112.408 (6,87)	113.376 (6,78)	114.789 (6,69)	116.170 (6,58)	118.505 (6,52)
Ls 2016	110.044 (6,84)	111.028 (6,87)	111.289 (6,82)	111.646 (6,65)	112.009 (6,46)	112.709 (6,29)	115.094 (6,23)
Def aprile 2015	110.044 (6,84)	111.028 (6,87)	111.289 (6,79)	113.372 (6,72)	115.509 (6,64)	117.709 (6,58)	120.094 (6,52)
Ls 2015	109.254 (6,75)	111.474 (6,85)	111.351 (6,76)	113.797 (6,73)	116.328 (6,68)	118.964 (6,61)	-
Def aprile 2014	109.254 (7,00)	111.474 (7,02)	113.703 (6,99)	116.149 (6,93)	118.680 (6,86)	121.316 (6,78)	-

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Mef e Istat

Quel rapporto spesa sanitaria/Pil che arriverà ai minimi storici, al 6,5% nel 2019, fa tremare i polsi. Ed è il massimo comune denominatore dei pareri che la scorsa settimana sono fioccati sul Def 2016, che ha avviato il suo iter parlamentare. Il documento di programmazione economica e finanziaria incassa dunque il via libera dalle commissioni XII di Camera e Senato. Con osservazioni. Quelle della Igiene e Sanità, in buona parte sovrapponibili a quanto a suo tempo espresso sulla legge di Stabilità 2016. La capogruppo Pd e relatrice **Nerina Dirindin** in una nota spiega: «Pur consapevoli del lungo periodo di crisi che attraversa il Paese, il nostro obiettivo resta quello della difesa del Ssn e della sua sostenibilità, senza pregiudicare la qualità dei servizi e l'equità di accesso alle cure. Le criticità individuate - continua - riguardano soprattutto gli obiettivi di spesa che, se per il 2016 si mantengono sostanzialmente analoghi a quelli indicati nel Def del



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 4
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

2015, per il triennio successivo lasciano prefigurare un quadro restrittivo con una riduzione del rapporto spesa/Pil che raggiunge nel 2019 il 6,5%: un valore critico per la tutela della salute dei cittadini, soprattutto se si considera che la spesa sanitaria pubblica italiana risulta, ormai da molti anni, di gran lunga inferiore a quella dei Paesi europei con livello di sviluppo simile al nostro». Secondo aspetto rilevato dalla XII del Senato, il personale, di cui si ricorda il calo di spesa dello 0,8% tra 2014 e 2015: dinamica che «rischia di indebolire il Ssn in tutte le Regioni», anche alla luce degli obbhghi imposti dalla direttiva orari di lavoro e del «lungo e atteso potenziamento dell'assistenza territoriale». Per questo serve «una reale valutazione del fabbisogno, in tutte le sue componenti». I contratti, finalmente sbloccati, comporteranno «un'adeguata previsione di spesa», nonché «una accurata revisione dei vincoli sulla spesa e sulla dotazione del personale, introducendo elementi di graduale flessibilità, a partire dal superamento del tetto di spesa rispetto al livello del 2004 ridotto dell'1,4%». Tra le altre priorità, il superamento del ricorso sistematico ai precari e la riconsiderazione dei fondi aziendali per la retribuzione accessoria ridotti in ragione del personale in uscita». I farmaci innovativi, infine: per questa voce è «indispensabile mettere in campo strumenti di programmazione e monitoraggio degli interventi sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico-finanziario».

Poi, la parola passa alla Affari sociali della Camera: nel parere della relatrice **Paola Bragantini** (Pd), c'è innanzitutto la richiesta che il finanziamento del Fsn da inserire nella Stabilità sia sottoposto al vaglio del Parlamento e non più rinviato a intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, anche considerando la nuova ripartizione delle competenze in materia di salute, prevista dal Ddl costituzionale. Ancora: per il capitolo personale si deve prevedere una spesa sanitaria adeguata agli «improcrastinabili rinnovi contrattuali del settore», così come «un'accurata revisione dei vincoli su spesa e dotazione del personale, introducendo elementi di graduale flessibilità, a partire dal superamento del tetto di spesa, in modo da favorire il superamento della precarietà del personale e lo sblocco del turn over». La XII chiede poi di inserire il Piano nazionale amianto e un programma di interventi che faccia fronte alle richieste di indennizzi agli emotrasfusi, anche alla luce delle ultime sentenze sul tema. Sullo sfondo, la preoccupazione per il valore, sottostimato rispetto agli standard Ue, del rapporto spesa sanitaria/Pil.

Malgrado l'intesa sia arrivata anche dalle Regioni, i governatori fanno le pulci al Def sulla sostenibilità. In audizione hanno bollato come «indispensabile», in vista della prossima legge di Stabilità, «un approfondimento sulla effettiva sostenibilità dei tagli che sono ritenuti difficilmente sopportabili, poco realistici nella tempistica e modalità».

Dai dati del Def, sottolinea il coordinatore per le Finanze **Massimo Garavaglia**, «emerge chiaramente una progressione quasi geometrica dei tagli sui bilanci pluriennali regionali». Per di più le Regioni «sono l'unico comparto della pubblica amministrazione che non ha usufruito di un allentamento delle regole del pareggio». E questo chiedono: «i risparmi derivanti dai costi standard per l'esercizio delle funzioni regionali (sanità, trasporti ecc...) devono essere mantenuti all'interno del comparto Regioni per lo sviluppo degli investimenti e della competitività». In particolare, si auspica «la definizione di un programma di risparmi non lineari attraverso l'introduzione dei costi standard per tutti i livelli di governo (scuola, giustizia, fisco, amministrazioni centrali e periferiche) e non solo per gli Enti territoriali». E i risparmi derivanti dalle funzioni regionali - si leggecome spiegato da Garavaglia - «dovranno essere mantenuti all'interno del comparto Regioni per lo sviluppo degli investimenti e la competitività»

Ultima ma non certo per importanza, l'audizione della Corte dei conti, che ha rilanciato la sfida sostenibilità: «Non si può più prescindere dal rendere più appropriato e mirato l'accesso alle prestazioni sanitarie». Per il presidente **Raffaele Squitieri**, infatti, «i prezzi di molti servizi offerti in Italia sono inferiori» alle maggiori economie europee. Per questo, secondo la Corte dei conti, «in una fase storica di difficoltà per le finanze pubbliche» la «tendenza all'aumento» dei prezzi appare una opzione da considerare ma a differenti condizioni di accesso per evitare effetti regressivi indesiderati. «Anche in sanità - ha precisato Squitieri - per salvaguardare il sistema pubblico che offre in media servizi di alta qualità e per rimuovere distorsioni evidenti, non si può prescindere dal rendere più appropriato e mirato l'accesso alle prestazioni, potendo contare oggi sulle crescenti potenzialità dei sistemi informativi». La Corte si è soffermata anche sulla spesa sanitaria, osservando che, nonostante i tagli previsti anche dall'ultima legge di Stabilità, le nuove previsioni del Def indicano «una spesa in crescita di un decimo di punto in termini di Pil, mentre i valori previsti per il successivo triennio si mantengono sui livelli antecedenti alle misure correttive approvate tra aprile 2015 e marzo 2016». Il documento però «non specifica quanto di tale andamento sia imputabile alle difficoltà di attuazione delle misure» di spending review «le cui fasi attuative accusano un qualche ritardo; quanto rappresenti lo sviluppo delle maggiori spese che si sono prodotte nel 2015; o quanto, infine, sia riconducibile alle difficoltà di strumenti (pay back e ticket) che negli anni passati hanno contribuito in misura significativa ai risultati ottenuti». Si tratta però di una analisi «indispensabile per poter riorientare le scelte» degli strumenti per la gestione della spesa sanitaria. «L'allentamento degli obiettivi di spesa previsti per il settore (che non modifica tuttavia un quadro particolarmente stringente, con il calo al 6,5% del Pil nel 2018) e la individuazione delle risorse su cui può contare il sistema sanitario per il prossimo biennio» concordati nell'intesa Stato-Regioni di febbraio, secondo Squitieri «possono consentire di affrontare, entro un quadro meno stringente, gli interventi da assumere per rispondere alle esigenze di mantenimento della qualità del servizio evidenziate negli ultimi anni e di portare a termine le importanti innovazioni previste nel Patto della salute del 2014. Elementi che, se non risolti, rischiano di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione».

Er.Di.
B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

Risk, troppi costi?

L'azione di rivalsa prevista dal Ddl-risk è potenzialmente onerosa. Il punto nel dossier del Servizio bilancio del Senato.

A PAG. 4

SENATO/ DOSSIER DEL SERVIZIO BILANCIO

Ddl risk, rivalsa onerosa per la finanza pubblica

L'azione di rivalsa della struttura nei confronti dell'esercente la professione sanitaria - possibile, lo ricordiamo, solo in caso di dolo o di colpa grave del professionista - così come configurata dall'articolo 9 del Ddl 2224 rischia di far "scricchiolare" la promessa invarianza di spesa del provvedimento. A rilevarlo è la nota di lettura prodotta dal Servizio Bilancio del Senato, in cui si sottolinea come l'impianto del testo e il combinato disposto degli articoli 7 e 9 di fatto siano tesi a «rendere più difficile» e comunque «meno proficua» l'azione di rivalsa delle strutture socio-sanitarie verso medici&Co. Vincolare la possibilità di azione a dolo o colpa grave, prevedere l'onere della prova a carico del danneggiato con conseguenti ricadute sul termine della prescrizione e fissare il paletto del triplo della retribuzione annua alla misura della rivalsa stessa: sono tutti elementi che potrebbero determinare possibili riflessi negativi sulla finanza pubblica, sia in termini di attribuzione di responsabilità sia di ammontare della rivalsa. Effetti che saranno bilanciati dal minor ricorso alla medicina difensiva, tra i principali obiettivi dichiarati della legge. Poiché a oggi questi ultimi non sono quantificabili, rilevano ancora dal Servizio Bilancio, «secondo principi di prudenza contabile» è opportuno considerare la norma, nel suo complesso, potenzialmente onerosa.

Non solo: il Servizio Bilancio si sovrappone parzialmente alle critiche già mosse al provvedimento dalla Corte dei conti, suggerendo un «supplemento di valutazione» sulla scelta di sottrarre l'azione di rivalsa alla magistratura contabile per assegnarla al giudice ordinario. Una previsione che potrebbe determinare un incremento delle azioni di rivalsa da parte dei pubblici funzionari del Ssn interessati, per evitare a loro volta di incorrere nell'azione di responsabilità erariale, «senza procedere a un previo discernimento sulla natura della colpa del sanitario». Una "fuga in avanti" sulle azioni di rivalsa, in netto contrasto con la ratio dell'assetto normativo, ma anche potenzialmente foriera di oneri di giudizio "inutuli" perché correlati a procedimenti «destinati in gran parte a estinguersi».

Infine, rilevano dal Servizio Bilancio del Senato, servirebbe un chiarimento sull'ambito di operatività della rivalsa da parte della struttura verso l'operatore, che «dovrebbe operare soltanto nei casi di adozione di misure analoghe alternative all'assicurazione». In caso di presenza di copertura sanitaria obbligatoria, infatti, il patrimonio dell'ente pubblico dovrebbe rimanere indenne, salvo i danni inferiori alle franchigie o superiori ai massimali stabiliti contrattualmente.

Poi, si passa al Fondo di garanzia per danni previsto dall'articolo 4 del provvedimento. «Riflessi negativi sul gettito fiscale atteso» dalle assicurazioni deriveranno, secondo il Servizio Bilancio, dalla deducibilità del contributo obbligatorio pro Fondo. Fondo che non può avere delle limitazioni di risarcimento: «poiché si tratta di diritti soggettivi riconosciuti con sentenze - si legge nel documento - la finanza pubblica dovrà farsi carico della parte eccedente».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

ANAAO GIOVANI

Il prezzo dei tagli alle cure

Aumenta la mortalità: tutti i danni in corsia (e non solo)

Orari massacranti, tassi di occupazione dei posti letto elevatissimi, pazienti spesso in setting non appropriati, dimissioni affrettate e scarso coordinamento ospedale/territorio. La survey di Anaao sugli impatti del definanziamento del Ssn.

MAGNANO A PAG. 13

ANAAO ASSOMED/ Una survey sugli impatti del definanziamento Ssn su erogazione delle cure e salute

Quei medici che salvano meno vite

Più mortalità tra dimissioni sprint e mala organizzazione - Orari di lavoro impossibili

Il nostro sistema sanitario resta il «sogno italiano» degli americani ma il de-finanziamento del Ssn in tandem con la crisi economica - che costringe il 10% degli italiani a rinunciare alle cure (Istat 2014) - rischia di trasformare il sogno in un incubo, con un prezzo molto alto. In termini di sottrazione di cure, salute, vite umane. Una scelta politica in parte pianificata a «sangue freddo», che ha trapassato la professionalità dei medici, riducendone pesantemente l'autonomia, minando le basi stesse della loro missione: prevenire, diagnosticare e curare le malattie. Non si può non arrivare a queste conclusioni leggendo i risultati della survey condotta da Anaao Assomed, su 1.089 medici, prevalentemente Ssn. Sullo sfondo c'è l'interrogativo più inquietante, quello sull'aumento di mortalità registrato in Italia nel 2015: 54mila decessi in più rispetto al 2014, con un tasso di mortalità del 10,7‰ (il più alto dal secondo dopoguerra). Dati che forse solo in parte sono spiegati dall'incremento nella popolazione degli individui anziani. «I dati sulla mortalità intraospedaliera sono in fase di analisi - si legge nello studio Anaao - tuttavia la domanda che ci compete è se il nostro Welfare con adeguate politiche socio-sanitarie avrebbe potuto evitare almeno in parte questo eccesso di mortalità».

Lo scenario su cui si muove la sanità è sempre più terremotato e lo studio dei camici Anaao elenca tutte le scosse degli ultimi anni: dotazione Fsn in caduta libera (Cittadinanzattiva stima in 54 miliardi di euro il definanziamento tra il 2011 e 2015); tagli ai posti letto (-25.000, dal 2009 al 2014); blocco del turn-over del personale (-24.000 addetti dal 2009 al 2014, considerando sia medici che infermieri); ridotti investimenti in ammodernamento delle strutture e delle tecnologie. Effetti della spending review che il sindacato mette sotto la lente scandagliando tutte le ricadute sull'organizzazione quotidiana degli ospedali. Ricadute gravissime.

Il numero dei posti letto in carico al medico di guardia notturna aumenta (nel 15% dei casi è maggiore a 100 letti). «La gestione di oltre 100 pazienti per turno di guardia, con punte superiori ai 200 - si legge nell'analisi non può che incrementare il rischio clinico sia per il medico che per il paziente mettendo a repentaglio la qualità dell'assistenza».

I tassi di occupazione dei posti letto sono elevatissimi (nel 92% delle risposte) e l'appoggio del paziente in setting non appropriati per mancanza di posti letto è oramai un dato strutturale (rilevabile nel 73% delle risposte). «La contrazione dei posti letto ne ha conseguentemente incrementato il tasso di occupazione - spiega Anaao - e comportato una riduzione della durata della degenza ospedaliera. Tutto ciò ha determinato un incremento del numero di re-ricoveri. Uno studio recente ha evidenziato come quasi un paziente anziano su 5 oltre i 65 anni torna al Pronto soccorso dopo le dimissioni: il 17,3% rientra in ospedale una sola volta, il 4,4% più volte nel mese successivo. Anche per i nostri responder (circa il 59%) la riduzione della degenza media comporta una riduzione della qualità dell'assistenza sanitaria e un incremento della mortalità se pur il 41,04% lo considera invece uno stimolo al miglioramento delle cure offerte». In merito all'indice di rotazione dei posti letto, la maggior parte dei responder afferma che non c'è mai (51%) e comunque solo raramente (41%) più del 10% del totale dei letti libero inutilizzato per oltre 24 ore. «Dati preoccupanti - sottolinea Anaao - poiché è consolidato in letteratura che l'occupazione costante del 100% dei posti letto comporti un incremento della morbilità e mortalità dei pazienti ricoverati».

Anche la disponibilità di farmaci e devices diventa problematica: il 45% afferma di avere il dispositivo entro le 24 ore, il 27,5% entro una settimana e solo il 22% in meno di 12 ore. La situazione peggiora se si osservano le Regioni del Centro, dove la percentuale degli ordini evasi entro la settimana è dichiarata da quasi il 40% dei responder. «Il ritardo nella fornitura dei farmaci/devices - spiega il sindacato - è indice di inefficienza organizzativa e di elevato rischio di compromissione della qualità dell'assistenza, per il conseguente ritardo nelle cure al paziente».

Le dimissioni dei pazienti sono spesso affrettate (59% delle risposte) e con scarso coordinamento ospedale/territorio: il risultato è che il paziente si aggrava e torna in ospedale.

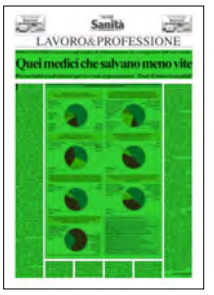
E in queste condizioni anche il risk management serve a poco: per il 45% dei responder l'attività di gestione del rischio clinico è inutile e comporta solo un aumento di burocrazia.

Le conseguenze dei tagli si vedono anche sul tempo di lavoro dei medici, che va ben oltre quello contrattuale a dispetto della direttiva europea: il 44% dei medici svolge più di 48 ore di lavoro settimanale e più della metà fa lavoro extra senza alcuna remunerazione.

«Ciò dimostra - spiega Anaao - come la legge 161/2014 sia stata adottata senza che prima si mettessero in opera quei necessari processi di riorganizzazione sia del personale, prevedendo soprattutto nuove assunzioni, che del sistema di rete ospedaliera». Derive organizzative che non hanno molti margini di miglioramento se si considerano gli orizzonti segnati dal Def, che prospetta l'arrivo nel 2019 a quella soglia del 6,5% tra spesa sanitaria e Pil che rappresenta «uno spartiacque tra i paesi socialmente avanzati e quelli in decadenza». L'incubo è dietro l'angolo: cittadini espulsi dall'assistenza, privatizzazione strisciante, e «il buio di una sanità povera per i poveri e una ricca di risorse e professionalità per i ricchi». Gli italiani vogliono questo?

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

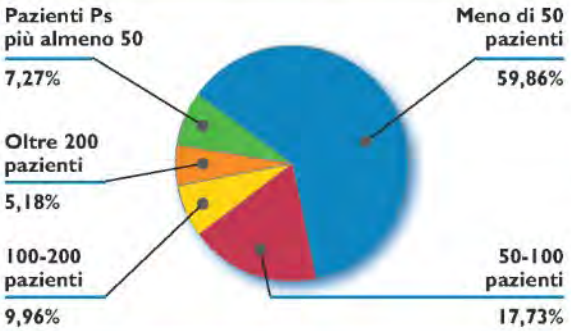
Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

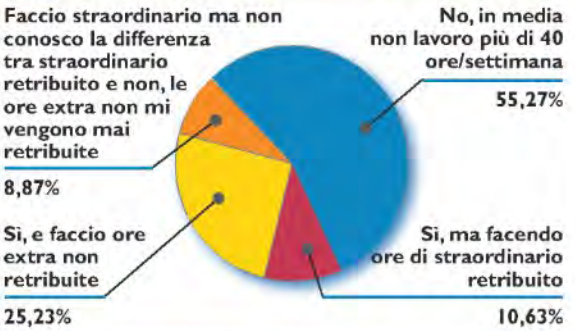
26-APR-2016
da pag. 13
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

I risultati dell'indagine Anaao Assomed

Quanti pazienti sono affidati alle tue cure in un turno di guardia notturno?

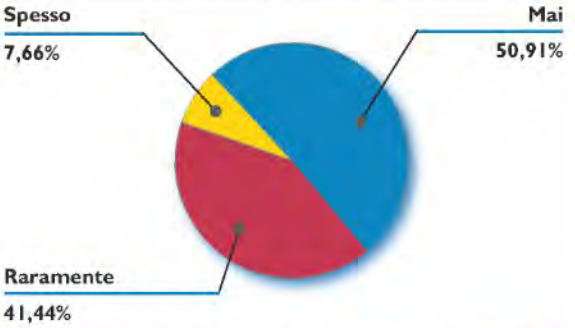


Il tuo orario di lavoro medio settimanale supera il limite di 48 ore previsto dalla normativa europea sull'orario di lavoro in vigore dal 25 novembre 2015?

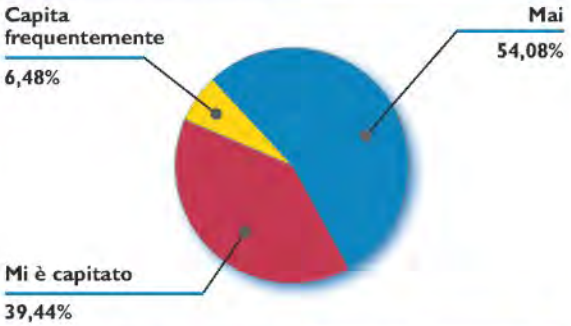


Ti capita di dover ricoverare pazienti in appoggio fuori reparto?

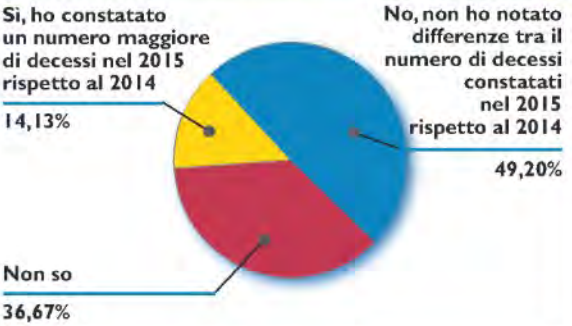
Nella tua Unità operativa accade che vi sia più del 10% del totale dei letti libero e inutilizzato per oltre 24 ore?



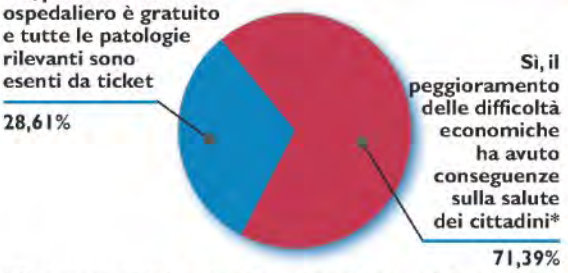
Ti è mai capitato di non eseguire o delegare al medico di famiglia accertamenti diagnostici che ritenevi utili perché la struttura dove lavori è priva del servizio necessario?



Tenuto conto dei dati Istat sull'aumento di mortalità nel 2015, hai riscontrato nella tua Uo più decessi rispetto al 2014?



Credi che il peggioramento delle condizioni economiche possa aver influito sull'aumento della mortalità registrato dall'Istat nel 2015?



(*) compromettendo prevenzione, diagnosi e cura delle patologie

I curatori dello studio Anaao Assomed:

Chiara Rivetti *(Segreteria Anaao Assomed Piemonte)*
Andrea Rossi *(Responsabile Anaao Giovani Veneto)*
Gabriele Romani *(Responsabile aziendale Anaao Giovani Toscana)*
Fabio Ragazzo *(Direttivo nazionale Anaao Giovani)*
Salvatore Donatiello *(Anaao Giovani Emilia Romagna)*
Maurizio Cappiello *(Consigliere nazionale Anaao Giovani)*
Ilaria Vescarelli *(Anaao Assomed Umbria)*
Silvia Romano *(Anaao Assomed Veneto)*
Claudia Pozzi *(Responsabile Anaao Giovani Toscana)*
Tania Serri *(Consigliere aziendale Anaao Assomed Emilia R.)*
Tiziana Attardo *(Anaao Assomed Sicilia)*
Paola Gnerre *(Direttivo nazionale Anaao Giovani)*
Domenico Montemurro *(Responsabile nazionale Anaao Giovani)*
Carlo Palermo *(Vice segretario nazionale Vicario Anaao Assomed)*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

Embrioni, tocca al legislatore

La Consulta chiama il Parlamento: la decisione di consentire la ricerca sugli embrioni spetta al legislatore, perché è l'interprete della volontà collettiva. Così i giudici passano il cerino su un tema carico di implicazioni etiche.

A PAG. 15

CORTE COSTITUZIONALE

Ricerca su embrioni malati: deve decidere il legislatore

La dignità dell'embrione, come entità che ha in sé il principio della vita, ha un valore di rilevo costituzionale. La Consulta, con la sentenza n. 84, depositata il 13 aprile 2016, giudica inammissibili i dubbi sul contrasto con la Costituzione di alcuni articoli della legge 40, in particolare per la parte in cui vieta di donare ai fini di ricerca scientifica gli embrioni non impiantabili nell'ambito della procreazione medicalmente assistita.

Il giudice delle leggi, nel precisare che sul punto la parola spetta al legislatore, ha ricordato la precedente giurisprudenza con la quale la Consulta (sentenza 229/2015) ha escluso la fondatezza della questione di legittimità costituzionale dell'articolo 14, commi 1 e 6, della legge 40, che vietano la soppressione degli embrioni anche se affetti da malattia genetica.

Una decisione basata sulla premessa che l'embrione non è riconducibile a mero materiale biologico e sulla considerazione per cui il vulnus alla tutela della sua dignità non trova giustificazione, in termini di contrappeso, nella tutela dell'interesse antagonista. Partendo da questi presupposti giuridici, la Consulta afferma che la tutela dell'embrione non può essere affievolita per il solo fatto che si tratta di embrioni malati e come ogni altro valore costituzionale è soggetta a bilanciamento. Ed è proprio sul bilanciamento dei diversi valori in gioco - tutela dell'embrione e ricerca scientifica finalizzata alla tutela della salute individuale e collettiva - che il giudice remittente chiedeva il parere della Consulta per abrogare il divieto di donazione degli embrioni soprannumerari. Ma sul punto la Corte costituzionale passa la parola al legislatore, chiarendo che anche la Corte di Strasburgo ha fatto la stessa scelta. Infatti, la Corte europea dei diritti dell'Uomo (sentenza Parrillo contro Italia) ha affermato che l'Italia non è l'unico stato membro del Consiglio d'Europa a vietare la donazione di embrioni umani per destinarli alla ricerca, ritenendo così che il Governo non avesse superato il suo margine di discrezionalità nel subordinare la ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano alla condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche collegate alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, qualora esistano metodi alternativi.

Di fronte a quella che qualcuno ha definito una scelta tragica tra il rispetto del principio della vita e le esigenze di ricerca - sottolinea la Consulta - la linea di composizione tra i diversi interessi rientra nell'ambito di intervento del legislatore, che «quale interprete della volontà della collettività, è chiamato a tradurre sul piano normativo, il bilanciamento tra valori fondamentali in conflitto, tenendo conto degli orientamenti e delle istanze che apprezzi come maggiormente radicati, nel momento dato, nella coscienza sociale». La scelta invocata, secondo la Consulta, è di così elevata discrezionalità, per i profili assiologici che la connotano, da sottrarsi al sindacato della Corte costituzionale. La via legislativa è stata la sola possibile anche per gli Stati europei che, come ricordato da Strasburgo, hanno adottato «un approccio permissivo» nei confronti della ricerca sulle cellule embrionali.

Patrizia Maciocchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 6
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Le priorità di un Ssn attento alle donne

Promuovere un'attività scientifica con un'ottica di genere, individuare fattori di rischio in medicina; inclusione nei trial. Le priorità del ministero nella Giornata nazionale sulla salute della donna. *(Ro.M.)*

A PAG. 6-7

Alla Giornata per la salute della donna il Quaderno del ministero e le nuove priorità

Per un Ssn gender-oriented

Focus sulle cure primarie - Dalla formazione alle best practice regionali

Promuovere un'attività scientifica con un'ottica di genere, sviluppare e individuare fattori di rischio legati al genere in tutte le aree della medicina; includere uomini e donne nei trial clinici, sviluppare diagnosi e cure orientate al genere; formare il personale sanitario e includere gli aspetti di genere nella formulazione dei budget sanitari». Sono queste le priorità che secondo la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** dovranno indirizzare la programmazione sanitaria per far avanzare le cure Ssn verso una maggiore appropriatezza terapeutica, rafforzando ulteriormente il concetto di centralità del paziente e di personalizzazione delle terapie. Con un occhio a questi obiettivi è stato pubblicato il "Quaderno del ministero della Salute" dedicato all'argomento. Un volume destinato innanzitutto ai medici di famiglia ma adatto anche ai non addetti ai lavori e presentato in occasione della Giornata nazionale sulla salute della donna, che si celebra il 22 aprile, nel giorno della nascita del premio Nobel **Rita Levi Montalcini**.

Da tempo si moltiplicano pubblicazioni e studi clinici *"gender oriented"* ma le linee guida disponibili nelle varie discipline ancora non includono nei percorsi gestionali delle patologie la variabile "genere", concetto di tipo relazionale basato su determinanti sociali e culturali, distinto da quello del sesso biologico. Gender non pervenuto anche nella formazione, ad eccezione, in Italia, della Facoltà di Padova e, in Europa, delle facoltà di Helsinki, Berlino e Parigi, che hanno istituito la Cattedra in Medicina di Genere.

Un tassello imprescindibile anche per il superamento delle disuguaglianze nell'accesso all'assistenza: l'Oms già dal 1998 aveva infatti preso atto delle differenze tra i due sessi e inserito la medicina di genere nell'Equity Act. E tra i 17 obiettivi Onu dello Sviluppo sostenibile, il quinto si propone di «Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare donne e ragazze».

In Italia le Regioni hanno condotto sperimentazioni ad hoc, spaziando dalla promozione di stili di vita corretti (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica) alla prevenzione dell'infertilità, dalla violenza di genere alla definizione di percorsi per la prevenzione, cura e riabilitazione della sindrome metabolica e dell'osteoporosi postmenopausale e delle patologie correlate. Con percorsi di sensibilizzazione degli operatori di pronto soccorso, di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di continuità assistenziale. Quello della medicina generale è in effetti l'anello centrale. Uno dei principali problemi affrontati dai medici di famiglia riguarda infatti la gestione di pazienti con patologie croniche e oncologiche. Una presa in carico che può durare anni, in cui «tenere conto delle differenze e saper agire di conseguenza apre nuove prospettive in termini di appropriatezza, efficacia ed equità degli interventi di prevenzione e cura».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Approfondire la prevenzione genere-specifica

In Italia, la mortalità per malattie cardiovascolari (cardiache e cerebrali) è del 48,4% nelle donne e del 38,7% negli uomini. La prima causa di morte della donna in tutti i Paesi industrializzati è l'infarto del miocardio. L'ictus colpisce maggiormente la donna dell'uomo (+55%). Lo scompenso cardiaco ha caratteristiche diverse nella donna e colpisce nella terza età più donne che uomini. È quindi fondamentale rinforzare conoscenza e prevenzione genere-specifica delle malattie cardiovascolari sia dei medici sia della popolazione.

Per l'infarto, ad esempio, la sintomatologia clinica può presentare delle differenze nella donna: dolore atipico localizzato non al petto ma all'addome, o zona interscapolare, o alle mascelle oppure anche assenza di dolore ma solo ansia, nervosismo, oppure dispnea lieve, oppure astenia. Per questo le donne arrivano tardi al pronto soccorso e non sempre vanno in area rossa. Focus puntati anche sull'Ictus: in Italia è la terza causa di morte negli uomini e la seconda nella donna; ma in quest'ultima è in costante aumento. È quindi molto importante la prevenzione sia nella donna anziana che nella donna giovane. In quest'ultima è essenziale la caratterizzazione dello stato coagulativo soprattutto quando assume estroprogestinici, è in gravidanza, ha uno stato di preeclampsia, o è fumatrice. In generale, il grande capitolo delle malattie cardiovascolari «ha bisogno di ulteriori approfondimenti e soprattutto di linee guida che conducano ad azioni di prevenzione e di cura genere-specifiche».

MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE

Polmoni femminili vulnerabili ai danni da fumo

Per le malattie respiratorie alcuni studi hanno evidenziato, sia in America sia in Europa, una "femminilizzazione" di molte patologie che prima costituivano un "primato maschile". Nei due sessi il polmone e le vie aeree presentano significative differenze in termini di sviluppo embrionale, caratteristiche anatomiche e funzionali. E l'aumento del numero di fumatrici (il 22,3% delle donne, soprattutto giovani, a fronte del 28,9% degli uomini) si traduce in un significativo incremento di incidenza del tumore polmonare, deterioramento della funzione respiratoria, severità del quadro clinico delle patologie respiratorie croniche.

Un trend condizionato e aggravato anche da un'attività degli estrogeni capaci di aumentare il metabolismo della nicotina e rallentare l'eliminazione di sostanze tossiche derivate dal fumo. Insomma se fumare fa male, alle donne fa peggio.

Anche per l'Asma il genere fa la differenza: infatti è dimostrata l'attività esercitata dagli ormoni sessuali femminili sul rilascio di citochine infiammatorie coinvolte nella patogenesi della reazione asmatica. Un'elevata percentuale di donne affette da patologia asmatica (40-50% circa) manifesta infatti un significativo peggioramento della sintomatologia durante la fase preovulatoria, associata a una preponderante secrezione di estrogeni e bassi livelli di progesterone.

OBESITÀ ED ENDOCRINOLOGIA

Differenze biologiche e cliniche ancora da esplorare

Ancora non sono completamente chiari e caratterizzati tutti i meccanismi alla base del dimorfismo e delle differenze di genere dell'obesità. Capire come e perché i processi metabolici differiscono nei due generi consentirà ai medici di indirizzare e personalizzare le terapie.

Strettamente connesso è il tema dell'endocrinologia: le più diffuse malattie endocrinologiche, cioè le tireopatie e il diabete, presentano spiccate differenze di genere. Disturbi della tiroide sono presenti nelle donne 5-8 volte più che negli uomini e anche il cancro della tiroide, la più comune neoplasia endocrina, è più frequente nelle donne (78% dei pazienti), pur avendo prognosi peggiore negli uomini.

Gli estrogeni incidono sull'asse GH/IGF-1 e nei casi di acromegalia. Per non parlare del diabete, malattia con prevalenza in aumento per entrambi i generi e con prevalenza, nelle donne, decisamente più alta nella fascia d'età oltre i 75 anni. Le done con diabete, indipendentemente dallo stato menopausale, hanno un rischio di cardiopatia ischemica aumentato di 4-6 volte, il 50% in più degli uomini. Inoltre, le donne con diabete hanno una prognosi peggiore dopo infarto del miocardio e una mortalità totale per malattie cardiovascolari più alta degli uomini.

Ultimo capitolo, l'osteoporosi, di cui si stima soffrano e siano quindi più esposti al rischio fratture 4 milioni di donne e 800.000 uomini. Mentre nella donna una delle principali causes è la deficienza estrogenica postmenopausale e il 20-40% dei casi di osteoporosi è secondario, nell'uomo le osteoporosi secondarie sono il 65%.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 6
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

DEMENZA

Doppiamente fragili davanti all'Alzheimer

Data la prevalenza e la gravità della demenza di Alzheimer tra le donne - negli Usa quasi i due terzi dei malati, mentre il rischio sarebbe aumentato rispetto all'uomo di 2 volte - e dati gli effetti sociali, la demenza acquista connotati di genere tali da diventare priorità sanitaria globale per la salute della donna. Parallelamente, i dati sinora accumulati sulle differenze biologiche della demenza di Alzheimer giustificano un'attenzione specifica al genere in tutti gli studi futuri, mirati alla prevenzione o alla valutazione di nuovi trattamenti terapeutici.

Le donne mostrano una progressione della malattia e un grado di atrofia cerebrale decisamente più veloce rispetto agli uomini. Incide il brusco calo degli ormoni: una ovariectomia bilaterale prima della menopausa comporta una brusca riduzione di estrogeni, progesterone e testosterone e un rischio di demenza di Alzheimer raddoppiato. Se è attuato un trattamento ormonale sostitutivo tempestivo che si prolunga sino all'età della menopausa naturale, l'eccesso di rischio si annulla. Mentre un trattamento entro 5 anni dalla menopausa è in grado di ridurre il rischio per demenza di Alzheimer del 30 per cento.

Secondo elemento biologico rilevante è legato al polimorfismo del gene APOE. L'allele epsilon 4 del gene APOE è il principale fattore di rischio genetico per la malattia di Alzheimer a insorgenza tardiva: soggetti portatori di epsilon 4 sono esposti a un maggior rischio di malattia e a un'insorgenza anticipata.

MALATTIA ARTROSICA

Protesizzazioni, dolore e disabilità

Dal punto di vista della prevalenza si può affermare che sotto i 45 anni l'uomo è più frequentemente colpito della donna dalla malattia artrosica, sopra i 55 anni la donna è più frequentemente colpita dell'uomo, così come nella donna è colpito un maggior numero di articolazioni e l'entità del danno articolare è generalmente maggiore. L'artrosi dell'anca progredisce più rapidamente nelle donne. Le pazienti con densità ossea più elevata sviluppano più facilmente un'artrosi osteofitaria. Le pazienti con densità ossea ridotta sia localmente sia a livello sistemico presentano una più rapida progressione dell'artrosi.

Il rischio di gonartrosi e di rapida progressione è più elevato nelle donne con iperglicemia ed elevata Pcr. Il genere femminile è un fattore rischio che ingenera una maggiore probabilità di necessità di protesizzazione di ginocchio. Le donne presentano maggiore dolore e disabilità funzionale rispetto agli uomini. Il sesso maschile ha un più basso rischio di mortalità in caso di ipomobilità da artrosi.

L'artrosi è una malattia degenerativa caratterizzata dal progressivo deterioramento delle diverse strutture articolari. I costi diretti e indiretti della malattia sono ingenti e tendono ad aumentare in modo rilevante soprattutto nei Paesi occidentali a causa dell'incremento dei due fattori di rischio più importanti per l'artrosi, che sono l'obesità e l'invecchiamento della popolazione.

MALATTIE AUTOIMMUNI

L'arma a doppio taglio delle risposte immunitarie

Le donne sono in grado di attivare risposte immunitarie sia umorali (mediate da anticorpi) sia cellulari (mediate dai linfociti) più forti rispetto agli uomini. Un'arma a doppio taglio, perché rende le donne più resistenti alle infezioni ma più suscettibili a malattie mediate dal sistema immunitario quali le malattie autoimmuni.

Le malattie autoimmuni hanno infatti una maggiore prevalenza nelle donne rispetto agli uomini e sono considerate tra le principali cause di disabilità per il sesso femminile. In particolare, a tale riguardo, una forte disparità di genere si osserva in alcune malattie come la sindrome di Sjögren, il Les, le malattie autoimmuni della tiroide e la sclerodermia, che presentano una frequenza 7-10 volte più elevata nelle donne rispetto agli uomini. Meno significativa, anche se sempre a svantaggio delle donne, è la prevalenza di malattie quali l'artrite reumatoide, la sclerosi multipla e la miastenia grave, che sono 2-3-volte più frequenti nelle donne rispetto agli uomini. Ma in ballo non c'è solo la prevalenza. Le differenze tra uomini e donne per quanto riguarda le malattie autoimmuni riguardano anche la gravità dei sintomi, il decorso della malattia, la risposta alla terapia e la sopravvivenza. Ulteriori indagini potrebbero ampliare in modo sostanziale le nostre conoscenze, permettendo di individuare sia strategie preventive sia nuovi approcci terapeutici personalizzati nell'uomo e nella donna per il trattamento di queste patologie immuno-mediate.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

26-APR-2016
da pag. 6
foglio 4 / 4
www.datastampa.it

ONCOLOGIA

La mappa dei tumori tra vantaggi e svantaggi

Recentemente studi epidemiologici hanno evidenziato significative differenze di genere nell'incidenza, nell'aggressività, nella progressione, nella prognosi e nella risposta alla terapia in molte tipologie di tumori comuni ai due sessi. Lo studio Eurocare-4 ha registrato, in Europa, un significativo vantaggio delle donne per 16 dei 26 tipi di cancro analizzati. Esempi rappresentativi in tal senso sono il cancro del colon-retto, dell'urotelio, del rene e il melanoma. Al contrario, il sesso femminile sembra rappresentare un fattore prognostico negativo nella sopravvivenza al cancro della vescica. Studi eseguiti sia in Europa sia negli Stati Uniti hanno dimostrato che il caso più eclatante di differenza di genere in oncologia è rappresentato dal melanoma. I primi dati risalgono al 1960, quando Clark osservò come il melanoma cutaneo fosse più aggressivo negli uomini. Il recente studio Eurocare-4 riporta che le donne presentano un rischio relativo stimato complessivo di morire di melanoma del 2% in meno rispetto agli uomini e la sopravvivenza al melanoma è superiore del 50% nelle donne rispetto agli uomini. Tuttavia, i fattori responsabili di questa protezione rimangono ancora sconosciuti. Un altro esempio in cui appare particolarmente evidente la differenza di genere è rappresentato dal tumore del polmone. Dati epidemiologici evidenziano una crescita esponenziale di questo tumore nelle donne, anche a causa dell'aumento del consumo di tabacco. È stato comunque osservato che, a parità di fattori di rischio, le donne sviluppano più frequentemente degli uomini il tumore polmonare, in particolare l'adenocarcinoma.

TRAPIANTI

Più generose ma meno «riceventi» dei maschi

Genere e sesso impattano sui trapianti d'organo. Le donne sono più spesso donatrici, mentre riceventi sono soprattutto i maschi. Le donne sono meno di un terzo dei riceventi totali e solo un quarto nei trapianti di fegato e di rene.

L'impatto del genere. Nella donazione da vivente, i due terzi (il 66%) di tutti gli organi sono stati donati da donne. Diverse le motivazioni che possono causare la disparità di genere tra riceventi e donatori: ruolo sociale, situazione economica e livello culturale. Ma va considerato anche il fatto che gli uomini presentano una maggiore incidenza di malattie per cui si rende necessario il trapianto e hanno una maggiore inclinazione all'ipertensione o alla cardiopatia ischemica, che non li predispone alla donazione. Quanto all'esito, i riceventi maschi sembrano avere una maggiore attenzione alle cure e allo stile di vita necessario per salvaguardare la funzionalità dell'organo trapiantato.

L'impatto sul sesso. Gli organi femminili rappresentano un fattore di rischio per l'esito del trapianto. I reni femminili, in particolare, hanno una peggiore sopravvivenza a 5 anni che potrebbe essere spiegata dal minor numero di nefroni presenti nei reni femminili rispetto a quelli maschili, mentre i reni delle femmine esprimono più antigeni Hla, importanti per la compatibilità dell'organo e sono maggiormente antigenici.

FARMACI E RICERCA

Esposte a reazioni avverse e assenti nei trial

Le donne, maggiori consumatrici di medicinali, rispondono in maniera diversa rispetto all'uomo ai farmaci e questo è principalmente connesso a differenze fisiologiche, anatomiche e ormonali. Non va inoltre dimenticato che le donne fanno un grande uso di rimedi naturali a scopo salutistico o cosmetico e corrono più rischi di interazioni tra farmaci rispetto agli uomini, determinando una condizione inconsapevole di "politerapia".

Si evidenzia quindi la necessità di impostare anche per la farmacovigilanza un'ottica di genere. Alcuni esempi importanti si ritrovano nella farmaco- terapia oncologica, dove il diverso profilo farmacocinetico nelle donne determina una maggiore frequenza e intensità degli effetti avversi a carico del tratto gastrointestinale, mielotossicità, mucositi e cardiomiopatie. Al momento pochi prodotti riportano indicazioni su differenze di genere nelle schede tecniche, perché i dati disponibili e le metodiche di valutazione non sono adeguati a fare emergere differenze statisticamente significative nell'uso dei farmaci e solo criteri di buona pratica clinica possono garantire la scelta ottimale della terapia farmacologica per uomini e donne. Gap anche nelle sperimentazioni cliniche, dove le donne sono state sottorappresentate in senso sia quantitativo (numero di donne arruolate rispetto al numero di uomini) sia qualitativo (analisi dei dati rispetto al genere). Il farmaco viene infatti studiato su un tipo di maschio ideale per lo più giovane, bianco e sui 70 kg di peso.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media