23-01-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Protesi al seno cancerogene, 20mila pazienti risarcite con 3mila euro

Un indennizzo di **3mila euro a ognuna delle 20mila pazienti francesi** che hanno presentato querela per l'impianto delle protesi mammarie Pip (Poly Implants Prothèses), **potenzialmente cancerogene** perché riempite di un silicone per uso industriale. A pagare ben 60 milioni di euro - come impone la sentenza del tribunale del commercio di Tolosa - sarà l'organismo tedesco di controllo Tüv Rheinland, che ne aveva certificato la qualità per l'immissione al commercio. La sentenza conferma pronunce di **condanna precedenti per i responsabili dello scandalo**.

La vicenda delle protesi Pip, che ha interessato circa 30mila donne in tutto il mondo, risale al 2010 quando le Pip sono state ritirate dal mercato per un tasso anomalo di rotture. Dai controlli successivi è poi emerso che erano riempite con un gel non a norma ed erano ad alto rischio di rottura. Il fondatore dell'azienda produttrice, Jean-Claude Mas, è stato condannato a 4 anni di prigione, diffidato a esercitare qualsiasi attività in ambito sanitario e al pagamento di 75mila euro di multa.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 9.384
Diffusione 09/2016: 6.824
Lettori Ed. II 2016: 93.000
Quotidiano - Ed. Ferrara

la Nuova Ferrara

Dir. Resp.: Luca Traini

24-GEN-2017
da pag. 27
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Prove tecniche di nascita senza il reparto maternità

Lagosanto, Vagnini: all'ospedale del Delta si potrà partorire fino al 31 gennaio
E intanto parte il corso base per affrontare le emergenze ostetrico-neonatali

di Samuele Govoni

LAGOSANTO

«Mio figlio è nato sabato, siamo venuti qui e ci siamo trovati benissimo. Penso sia sbagliato chiudere il reparto di maternità in un'ospedale come questo perché è un punto di riferimento, un presidio importante per tutto il territorio». Cristina Buzzi parla senza staccare lo sguardo dal suo piccolo, Kevin. Il pensiero di questa giovane mamma racchiude e rispecchia quello di altre tantissime mamme (e papà) che nell'ospedale del Delta hanno sempre trovato un personale medico preparato non solo a livello strettamente medico ma anche umano, «aspetto non scontato e da non sottovalutare». «Il territorio è vasto e pensare di dover arrivare dai Lidi o come noi da San Giuseppe di Comacchio a Cona o a Ravenna, soprattutto se c'è un'emergenza, non ci lascia tranquilli». Kevin potrebbe essere l'ultimo bambino nato all'ospedale del Delta visto che entro fine mese il reparto chiuderà. Il personale sanitario non ha ancora ricevuto alcuna comunicazione ufficiale, nonostante le voci si stiano rincorrendo da mesi. «Il reparto di maternità - ha affermato anche ieri il direttore generale dell'Ausl, Claudio Vagnini - sarà operativo fino al 31 gennaio». Malgrado all'ospedale di Lagosanto non ci saranno più nascite, gli ambulatori neonatali resteranno attivi. Nella sala d'aspetto anche altri genitori appoggiano il parere della giovane neomamma. Addirittura Eleonora Farinelli afferma: «Io sono di Ferrara ma ho scelto di partorire qui all'ospedale del Delta perché mi sono sempre trovata bene. Mi dispiace che si sia arrivati a questo punto perché la chiusura del reparto costituirà un disagio per tutto il territorio: sarà una grave perdita». Anche Claudia Plati e Barbara Straforini la vedono allo stesso modo. «Il servizio offerto qui al Delta è sempre stato di buon livello, anche ora che siamo agli ultimi giorni, il personale è sempre a disposizione dei pazienti», continuano le mamme.

Intanto, il servizio sanitario regionale e l'azienda Unità sanitaria locale di Ferrara, hanno avviato un corso per la gestione delle pazienti con patologie ginecologico-ostetriche in regime di emergenza/urgenza al pronto soccorso del Delta. Il corso teorico pratico è finalizzato a riconoscere ed individuare il livello di criticità e predisporre provvedimenti assistenziali necessari in caso di emergenze ostriche-neonatali limitatamente alla fase del soccorso pre-ospedaliero e alle prime fasi in pronto soccorso generale con particolare riguardo alle emergenze ostetriche, al trauma in gravidanza, all'Acr in gravidanza, al triage da fare di fronte ad una partoriente, all'assistenza al parto non complicato, alla valutazione del neonato, alle prime cure e alle manovre di Rcp avanzate neonatale. Obiettivo generale quello di saper riconoscere, trattare e indirizzare correttamente le situazioni di parto inevitabile e le emergenze ostetriche che si presentano in contesti preospedalieri.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 43.379
Diffusione 09/2016: 36.513
Lettori Ed. II 2016: 254.000
Quotidiano - Ed. Bergamo

L'ECO DI BERGAMO

Dir. Resp.: Alberto Ceresoli

24-GEN-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

Finanziati sei nuovi consultori familiari

Regione

Gallera: destineremo 720 mila euro per le nuove strutture a rinforzo dei servizi sul territorio

La Regione ha destinato al territorio bergamasco 720 mila euro per avviare sei nuovi consultori familiari. «Ogni anno Regione Lombardia – ha spiegato l'assessore al Welfare di Regione Lombardia Giulio Gallera – per i servizi dedicati alle famiglie mette a disposizione 20 milioni di euro. A questi, da quest'anno, destiniamo risorse aggiuntive pari a 600.000 euro per servizi la cui sperimentazione ha avuto ottimi riscontri. Abbiamo, inoltre, destinato 720.000 euro per l'avvio di sei nuovi consultori che andranno a rinforzare i servizi su un territorio più carente come quello di Bergamo». Consultori che si andranno ad aggiungere alla fitta rete dei 220 consultori (140 pubblici - 80 a contratto) che coprono l'intero territorio lombardo.

«Promuovere e sostenere la famiglia e le sue necessità è una delle priorità delle politiche messe in campo da Regione Lombardia – continua Gallera –. Dal 2017 per rispondere concretamente ai nuovi bisogni emersi sul territorio, abbiamo voluto mettere a regime prestazioni avviate negli anni scorsi in via sperimentale, per valorizzare ancora di più il ruolo dei consultori pubblici e privati quali centri per la famiglia dedicati alla mediazione familiare, all'orientamento, alla consulenza legale, psicologica, sociale, educativa genitoriale, con specifica attenzione alle situazioni di fragilità e conflitto familiare». La Giunta regionale ha approvato il nuovo tariffario regionale relativo alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria erogate dai consultori familiari attraverso l'aggiornamento delle prestazioni. «Seguendo il principio della legge di evoluzione del sistema socio sanitario lombardo – ha sottolineato Gallera – che prevede una maggiore integrazione dei servizi sul territorio, abbiamo individuato il consultorio familiare come presidio fondamentale per la presa in carico della famiglia in modo complessivo, soprattutto per le situazioni di criticità. Per andare incontro alle esigenze delle famiglie, abbiamo introdotto una maggiore flessibilità nell'accesso ai servizi e nelle modalità di gestione, per esempio permettendo che gli incontri possano tenersi anche al di fuori dalla sede del consultorio».

Tra i servizi innovativi introdotti ci sono le iniziative volte a favorire l'avvio di gruppi di auto-mutuo-aiuto finalizzati a facilitare la condivisione e lo scambio di esperienze tra i partecipanti, in relazione a specifiche tematiche come l'aiuto ai genitori separati e l'elaborazione del lutto. Altra novità sono gli incontri di gruppo di prevenzione e promozione della salute da svolgere nelle scuole su tematiche come il bullismo e cyber-bullismo, violenza di genere, malattie sessualmente trasmesse. «Ricordo – conclude Gallera – che per le famiglie tutte le prestazioni sociosanitarie, in particolare quelle per la tutela dei minori, gli affidi e le adozioni, sono erogate in attuazione ai vigenti livelli essenziali di assistenza senza l'obbligo di prescrizione su ricettario regionale e in regime di esenzione».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

La Regione incentiva le iniziative a favore della famiglia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 24.192
Diffusione 09/2016: 20.966
Lettori Ed. II 2016: 183.000
Quotidiano - Ed. Mantova

GAZZETTA DI MANTOVA

Dir. Resp.: Paolo Boldrini

24-GEN-2017
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

OGLIO PO

I 5Stelle: «All'ospedale servono più ginecologi»

VICOMOSCANO (Cr)

Il consigliere regionale Andrea Fiasconaro del Movimento 5Stelle condivide la proposta, avanzata dall'assessore Giulio Gallera al Ministero della salute, per il salvataggio dei reparti di Ostetricia di piccole dimensioni.

Secondo l'esponente M5S, tuttavia, non basta: «Occorre investire nel potenziamento degli organici, ginecologi in primis. E i cittadini attendono risposte certe in tempi brevi». Come noto, le normative imporrebbero la chiusura dei punti nascite che contano meno di 500 parti l'anno. La regione Lombardia ha però chiesto a Roma una deroga.

Per salvare i reparti a rischio (tra i quali v'è anche quello dell'ospedale Oglio-Po), si punterà a creare equipe di assistenza uniche, in grado di ruotare tra le diverse sale parto di una stessa Asst: la condivisione dei protocolli e dell'esperienza clinica dovrebbe garantire anche nei presidi più piccoli le stesse sicurezza e qualità offerte dai punti nascita che superano la soglia fatidica dei 500 parti.

«Abbiamo sempre sostenuto – commenta Fiasconaro - che il taglio lineare dei punti nascita fosse un'azione assurda da parte del governo. Una delle soluzioni da noi sostenute era proprio la rotazione del personale fra ospedali con un maggior numero di parti e ospedali che ne avevano meno, ma che rappresentano comunque un'eccellenza, come l'Oglio-Po: in questo modo si riferiscono gli standard di sicurezza non alle singole strutture, bensì alle equipe che svolgono gli interventi su più presidi. Ricordo anche l'ulteriore impegno, che il consiglio regionale ha formalizzato nella seduta di bilancio di dicembre 2016 su mia proposta: destinare risorse per potenziare il punto nascita Oglio-Po, finanziando tutti gli interventi necessari, come ad esempio il potenziamento dell'organico di ginecologi». *(r.n.)*

L'ingresso dell'ospedale Oglio Po

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 23 GENNNAIO 2017

I nati pretermine possono soffrire di malattie croniche da adulti

Nascere molto prima della "scadenza naturale" dei nove mesi può accrescere le probabilità di soffrire di malattie croniche da adulti. Questa evidenza potrebbe essere legata a un ritardato sviluppo del sistema nervoso centrale.

(Reuters Health) – Secondo un recente studio svedese gli adolescenti nati estremamente prematuri hanno molte più probabilità di avere problemi di salute cronici rispetto ai loro coetanei. "I bambini nati dopo 23-25 settimane di gestazione fanno registrare un aumento del rischio di problemi di salute cronici, quali handicap neurologico (per lo più lieve o moderato), asma e difficoltà comportamentali – spiega il co-autore del lavoro **Aijaz Farooqi**, ricercatore all'ospedale universitario di Umea in Svezia – In età scolare, molti bambini estremamente prematuri la cui intelligenza generale è normale o nel range basso di normalità hanno difficoltà motorie, problemi comportamentali, sociali e scarso rendimento scolastico".

Lo studio
I ricercatori hanno studiato 134 ragazzini dai 10 ai 15 anni nati prematuri, confrontandoli 103 bambini con caratteristiche simili, ma nati dopo la 37° settimana di gestazione. Rispetto al gruppo di controllo, gli adolescenti nati prematuri hanno mostrato una probabilità 15 volte maggiore di avere gravi disabilità fisiche o mentali e cinque volte maggiore di richiedere ulteriori servizi medici o educativi rispetto al bisogno tipico dei bambini di quell'età.
Nel complesso, il 64% dei prematuri nello studio ha avuto limitazioni funzionali, rispetto al 6% dei ragazzi a termine, come hanno scritto i ricercatori sulla rivista Pediatrics.

Inoltre, il 60% degli adolescenti nati pretermine ha bisogno di attrezzature speciali o di assistenza per completare le attività quotidiane come camminare, alimentarsi, vestirsi e usare il bagno, rispetto ad appena il 29% dei ragazzi nati a termine.

Circa il 64% dei ragazzi prematuri necessita di cure di routine da parte di un medico o uno specialista per problemi di salute cronici o servizi speciali come la terapia fisica o lavorativa, l'assistenza infermieristica o accordi scolastici speciali. Questo ha riguardato il 25% degli altri bambini nello studio. "Anche se il lavoro non ha esaminato quali fattori potrebbero causare problemi per i neonati estremamente prematuri una volta superata l'adolescenza, i ritardi cerebrali o dello sviluppo del sistema nervoso centrale possono essere parte del problema, conclude Farooqi.

Fonte: *Pediatrics 2017*

Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

la Repubblica.it

23-01-2017

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

Gwyneth Paltrow e la nuova moda "insana" dell'uovo vaginale

Pubblicizzata su Goop, sito curato dall'attrice, la pratica è in realtà dannosa per la salute, oltre che inefficace nelle sue promesse. Parola di ginecologa.

di GIULIA ALICE FORNARO

Gwyneth Paltrow SI SA, le star sono spesso eccentriche. E spesso si fanno promotrici di stili di vita e pratiche tanto promettenti quanto strampalate. L'ultima di **Gwyneth Paltrow** riguarda uova di giada che, inserite in vagina, aumenterebbero il tono vaginale, l'equilibrio ormonale e l'energia della donna migliorando quindi anche la vita sotto le lenzuola. Il tutto per 66 verdoni come indicato sul sito Goop curato dall'attrice in persona, che dichiara già il sold out per il prodotto miracoloso. Ma ora una ginecologa smentisce tutto quanto e mette in guardia, piuttosto, dei possibili rischi per la salute.

Le smentite. Si tratta di **Jen Gunter**, ginecologa del Kaiser Permanente di Oakland in California, che sul suo blog definisce la nuova iniziativa "il più grande carico di spazzatura" che abbia letto sul sito Goop, dopo la vaporizzazione vaginale, che prevede 45 minuti di seduta sopra il vapore di un bacino d'acqua bollente mischiata a erbe promettendo di detergere l'utero (!). "Non c'è alcuna evidenza scientifica che dimostri l'efficacia delle uova di giada nel favorire l'orgasmo, migliorare la tonicità dei muscoli pelvici e

l'equilibrio ormonale" ha dischiarato a Fox News, anche un'altra ginecologa: **Leena Nathan** dello UCLA Health System.

I possibili rischi. Inoltre, inserire un uovo di giada in vagina comporta anche rischi per la salute. Se infatti il raggiungimento dell'equilibrio ormonale tramite questi sassolini "è biologicamente impossibile" asserisce Gunter, essi sono porosi, e il loro posizionamento nella vagina per ore, o per tutta la notte come indicato dal sito, "favorisce l'insediamneto di batteri nocivi e quindi di infezioni batteriche, se non addirittura la sindrome da shock tossico che può rivelarsi fatale", avverte Gunter.

Soffrire per apparire belle. E riguardo ai mirabolandi effetti sui miglioramenti dell'aspetto fisico, se si indossano le uova durante le attività quotidiane, millantati da **Shiva Rose,** un’altra lifestyle Usa famosa, la ginecologa ribatte "I muscoli della parete pelvica non sono fatti per contrarsi tutto il tempo", oltre al fatto che sono difficili da comandare separatemente da altri muscoli che probabilmente vengono usati nello sforzo di mantenere l'uovo in vagina. "Ed è probabile che sia questo sforzo a conferire quell'espressione di fatica che porta la gente a notare una certa differenza nell'aspetto esteriore nelle donne che praticano il metodo. Non sicuramente una qualche aura di energia positiva".

Maschilista al limite dell'offensivo. E se le regine e concubine cinesi usavano queste uova per rimanere in forma e piacere agli imperatori, come scrive Paltrow, nel suo post, "niente porta le donne a seguire questi consigli come dire di farlo per il proprio uomo" ribatte Gunter, a confermare l'ancestrale tendenza delle donne a compiacere l'uomo anche a costo di rimetterci in salute. Per quanto riguarda poi la saggezza o il potere di cui l'apparato genitale femminile sarebbe la sede secondo i sostenitori del metodo, Gunter trova queste affermazioni al limite dell'insulto e, rivolgendosi all'attrice le domanda: "Crede davvero che le donne prive di utero o vagina, asportati magari a causa di tumori, siano meno energiche, intelligenti o creative?"

Il consiglio davvero utile. L'unica cosa sensata che Gunter dichiara di leggere su Goop è alla fine dell'articolo: il consiglio di rivolgersi al medico. "E allora lasciatemi darvi un consiglio gratis: non usate le uova di giada vaginali", conclude categorica Gunter.

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

Sanità24 Il Sole 24 ORE

23 gen 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

DAL GOVERNO

Piano vaccini, gli oncologi alle Regioni: «Subito programmazione concreta a livello locale»

di *Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom*

TAG
Livelli essenziali di assistenza - LEA
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas
Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)
Farmaci

Informazione dei cittadini e adesione consapevole ai programmi di vaccinazione. Il Piano nazionale vaccini, da poco approvato dalla Conferenza Stato Regioni, delinea un percorso di civiltà che ci pone in prima linea in Europa nella lotta a gravi malattie infettive. Ringraziamo il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, per aver sostenuto con forza la necessità di questi strumenti di prevenzione, previsti anche nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza recentemente approvati. Ora è necessario che le Regioni condividano e realizzino quanto previsto dal Piano.

L'allargamento dell'offerta vaccinale stabilita dal Piano è un passo in avanti fondamentale, però è necessario che ogni Regione si attivi quanto prima per garantire la piena attuazione del provvedimento attraverso la chiamata attiva dei cittadini, senza la quale il Piano stesso resterebbe solo una proposizione . La nostra Società scientifica eserciterà un'azione di promozione in tal senso. Le vaccinazioni sono uno strumento di prevenzione primaria, elementi portanti di uno stile di vita sano, al pari di un'alimentazione corretta, dell'esercizio fisico costante e dell'astensione dal fumo di sigaretta. Esistono, infatti, alcuni virus, contro cui è possibile vaccinarsi, che possono manifestare gravi conseguenze dopo molti anni dall'insorgenza dell'infezione. Tra questi, il virus HBV (Hepatitis B Virus) che è causa dell'epatite B, la più comune infezione del fegato al mondo, e lo Human Papilloma Virus (HPV), a cui è riconducibile quasi il 100% dei casi di tumore del collo dell'utero, una delle neoplasie più frequenti nelle donne under 50.

L'HPV può causare il cancro anche in altre sedi come vulva, vagina, pene, ano, orofaringe. È pericoloso, quindi, e può provocare l'insorgenza di tumori anche per gli uomini. La vaccinazione è una strategia efficace per prevenire le malattie causate da questo virus. In particolare, l'Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-HPV e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell'ambito di un programma nazionale. Tutte le Regioni hanno avviato i piani di vaccinazione contro l'infezione da HPV dalla fine del 2008. Questa viene offerta attivamente e gratuitamente alle ragazze dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio Sanitario Nazionale in tutte le Regioni.

Tra le vaccinazioni previste nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (che includono le prestazioni offerte gratuitamente in tutte le Regioni) e nel Piano nazionale Vaccini 2017-2019 ora vi è anche quella contro l'HPV nei maschi undicenni. Una decisione molto importante visto che un terzo del totale delle infezioni si registra proprio negli uomini che hanno una probabilità 5 volte superiore rispetto alla donna di infettarsi e spesso non sono consapevoli di essere portatori del virus. Sottolineo che è la prima volta che avviene l'estensione di questa vaccinazione anche per gli uomini.

Dieci Regioni negli ultimi due anni hanno già esteso con chiamata attiva la vaccinazione agli adolescenti di sesso maschile ed oggi il diritto alla vaccinazione anti HPV per entrambi i generi sarà una realtà anche nelle altre Regioni garantendo un'equità di accesso per la prevenzione dei tumori da papillomavirus indipendente dal sesso e dalla residenza.

Aiom, "Le Regioni realizzino il Piano nazionale vaccini"

Gli oncologi ringraziano il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per il documento recentemente approvato che estende le immunizzazioni. Tra le vaccinazioni previste nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, c'è anche quella contro l'Hpv nei maschi undicenni. "Ora" ribadisce Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom "serve l'attuazione concreta a livello locale"

di IRMA D'ARIA

23 gennaio 2017

Ora tocca alle Regioni. Una volta approvato il nuovo Piano nazionale vaccini, infatti, spetta agli enti territoriali applicare in concreto quanto previsto dal programma. A ribardirlo sono gli oncologi Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica): "Il Piano nazionale vaccini, da poco approvato dalla Conferenza Stato Regioni, delinea un percorso di civiltà che ci pone in prima linea in Europa nella lotta a gravi malattie infettive" dichiarano gli oncologi unanimi nel plauso all'approvazione del documento che intende promuovere nella popolazione generale e nei clinici una nuova cultura delle vaccinazioni.

Il ruolo delle Regioni. Ma perchè il Piano non resti solo una bella innovazione teorica le Regioni devono mettersi in moto concretamente: "Ringraziamo il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per aver sostenuto con forza la necessità di questi strumenti di prevenzione, previsti anche nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) recentemente approvati. Ora è necessario che le Regioni condividano e realizzino quanto previsto dal Piano" spiega **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom. "L'allargamento dell'offerta vaccinale è un passo in avanti fondamentale, però è necessario che ogni Regione si attivi quanto prima per garantire la piena attuazione del provvedimento attraverso la chiamata attiva dei cittadini, senza la quale il Piano stesso resterebbe solo una proposizione".

Tumori e vaccini. Non solo influenza e malattie esantematiche. Le vaccinazioni giocano un ruolo anche nella prevenzione oncologica, specialmente per alcuni tipi di tumore. "La nostra Società scientifica eserciterà un'azione di promozione molto forte" prosegue Pinto. "Le vaccinazioni sono uno strumento di prevenzione primaria, elementi portanti di uno stile di vita sano, al pari di un'alimentazione corretta, dell'esercizio fisico costante e dell'astensione dal fumo di sigaretta. Esistono, infatti, alcuni virus, contro cui è possibile vaccinarsi, che possono manifestare gravi conseguenze dopo molti anni dall'insorgenza dell'infezione". Tra questi, il virus Hbv (Hepatitis B Virus) che è causa dell'epatite B, la più comune infezione del fegato al mondo, e lo Human Papilloma Virus (Hpv), a cui è riconducibile quasi il 100% dei casi di tumore del collo dell'utero, una delle

I TUMORI PIÙ DIFFUSI

UOMO DONNA

L'ESPERTO RISPONDE
Scrivi a oncoline@repubblica.it

OBESITA'
Controllare il peso per ridurre il rischio
risponde GIUSEPPE PROCOPIO

DIAGNOSI
Valore alto del marker tumorale Tpa, cosa significa?
risponde CARMINE PINTO

PROSTATA
Cure, niente chirurgia in età avanzata: rischio complicazioni
risponde SERGIO BRACARDA

Vedi tutti »

BLOG

QUESTIONE DI STOMACI
di Claudia Santangelo
E rivivo ogni volta che ne ho l'opportunità

CODICE HODGKIN
di Romina Fantusi
Isolati

INSIEME PIÙ BELLE
di Valentina Zatti
Le 6 frasi da non dire al tuo amico/familiare/vicino di casa malato oncologico.

Altri blog »

I Centri di Cura e gli Hospice

Clicca sulla regione per scaricare il pdf con gli indirizzi

Scarica il pdf completo

neoplasie più frequenti nelle donne under 50.

unrestricted educational grant: MSD

La vaccinazione anti-Hpv. “L’Hpv può causare il cancro anche in altre sedi come vulva, vagina, pene, ano, orofaringe" continua Pinto. "È pericoloso, quindi, e può provocare l’insorgenza di tumori anche per gli uomini. La vaccinazione è una strategia efficace per prevenire le malattie causate da questo virus. In particolare, l’Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-Hpv e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell’ambito di un programma nazionale. Tutte le Regioni hanno avviato i piani di vaccinazione contro l’infezione da Hpv dalla fine del 2008. Questa viene offerta attivamente e gratuitamente alle ragazze dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio Sanitario Nazionale in tutte le Regioni”.

Hpv anche per ragazzi di 11 anni. Tra le vaccinazioni previste nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (che includono le prestazioni offerte gratuitamente in tutte le Regioni) e nel Piano nazionale Vaccini 2017-2019 ora vi è anche quella contro l’Hpv nei maschi undicenni. "E' una decisione molto importante visto che un terzo del totale delle infezioni si registra proprio negli uomini che hanno una probabilità 5 volte superiore rispetto alla donna di infettarsi e spesso non sono consapevoli di essere portatori del virus. Sottolineo che è la prima volta che avviene l’estensione di questa vaccinazione anche per gli uomini” aggiunge Pinto. “Dieci Regioni negli ultimi due anni" conclude l'oncologo "hanno già esteso con chiamata attiva la vaccinazione agli adolescenti di sesso maschile ed oggi il diritto alla vaccinazione anti Hpv per entrambi i generi sarà una realtà anche nelle altre Regioni garantendo un’equità di accesso per la prevenzione dei tumori da papillomavirus indipendente dal sesso e dalla residenza”.

vaccini Piano nazionale vaccini 2017-2019 nuovi livelli essenziali di assistenza lea vaccino Hpv prevenzione virus Hbv

Carmine Pinto

© Riproduzione riservata 23 gennaio 2017

Divisione Stampa Nazionale — Gruppo Editoriale L’Espresso Spa - P.Iva 00906801006 — Società soggetta all’attività di direzione e coordinamento di CIR SpA

Vaccini. Aiom: "Regioni realizzino Piano nazionale. Strumento essenziale di prevenzione contro gravi malattie"

L'Associazione Italiana di Oncologia Medica plaude all'approvazione del documento. Il presidente Carmine Pinto: "Ringraziamo il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per l'impegno anche nella definizione dei Lea. Ora serve l'attuazione concreta a livello locale".

23 GEN - "Informazione dei cittadini e adesione consapevole ai programmi di vaccinazione. Il Piano nazionale vaccini, da poco approvato dalla Conferenza Stato Regioni, delinea un percorso di civiltà che ci pone in prima linea in Europa nella lotta a gravi malattie infettive. Ringraziamo il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per aver sostenuto con forza la necessità di questi strumenti di prevenzione, previsti anche nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) recentemente approvati. Ora è necessario che le Regioni condividano e realizzino quanto previsto dal Piano". L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) plaude all'approvazione del documento che intende promuovere nella popolazione generale e nei clinici una nuova cultura delle vaccinazioni.

"L'allargamento dell'offerta vaccinale stabilita dal Piano è un passo in avanti fondamentale, però è necessario che ogni Regione si attivi quanto prima per garantire la piena attuazione del provvedimento attraverso la chiamata attiva dei cittadini, senza la quale il Piano stesso resterebbe solo una proposizione – spiega **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom -. La nostra Società scientifica eserciterà un'azione di promozione in tal senso. Le vaccinazioni sono uno strumento di prevenzione primaria, elementi portanti di uno stile di vita sano, al pari di un'alimentazione corretta, dell'esercizio fisico costante e dell'astensione dal fumo di sigaretta. Esistono, infatti, alcuni virus, contro cui è possibile vaccinarsi, che possono manifestare gravi conseguenze dopo molti anni dall'insorgenza dell'infezione".

Tra questi, il virus HBV (Hepatitis B Virus) che è causa dell'epatite B, la più comune infezione del fegato al mondo, e lo Human Papilloma Virus (HPV), a cui è riconducibile quasi il 100% dei casi di tumore del collo dell'utero, una delle neoplasie più frequenti nelle donne under 50. "L'HPV può causare il cancro anche in altre sedi come vulva, vagina, pene, ano, orofaringe – continua Pinto -. È pericoloso, quindi, e può provocare l'insorgenza di tumori anche per gli uomini. La vaccinazione è una strategia efficace per prevenire le malattie causate da questo virus. In particolare, l'Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-HPV e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell'ambito di un programma nazionale. Tutte le Regioni hanno avviato i piani di vaccinazione contro l'infezione da HPV dalla fine del 2008. Questa viene offerta attivamente e gratuitamente alle ragazze dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio Sanitario Nazionale in tutte le Regioni".

"Tra le vaccinazioni previste nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (che includono le prestazioni offerte gratuitamente in tutte le Regioni) e nel Piano nazionale Vaccini 2017-2019 ora vi è anche quella contro l'HPV nei maschi undicenni – aggiunge Pinto -. Una decisione molto importante visto che un terzo del totale delle infezioni si registra proprio negli uomini che hanno una probabilità 5 volte superiore rispetto alla donna di infettarsi e spesso non sono consapevoli di essere portatori del virus. Sottolineo che è la prima volta che avviene l'estensione di questa vaccinazione anche per gli uomini". "Dieci Regioni negli ultimi due anni – conclude il presidente Aiom - hanno già esteso con chiamata attiva la vaccinazione agli adolescenti di sesso maschile ed oggi il diritto alla vaccinazione anti HPV per entrambi i generi sarà una realtà anche nelle altre Regioni garantendo un'equità di accesso per la prevenzione dei tumori da papillomavirus indipendente dal sesso e dalla residenza".

23 gennaio 2017

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Regioni e Asl

"La sanità regionalizzata è alla deriva". La denuncia Anaao: "Da Nord a Sud vige menefreghismo e fantasia esegetica"

Campania. De Luca replica a Lorenzin: "Ogni rilievo critico, non è che un atto di autoaccusa"

QSnewsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

QS gli speciali

I nuovi Lea. Tutto quello che c'è da sapere

tutti gli speciali

iPiùLetti (ultimi 7 giorni)

1 Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi

2 SPECIALE. Ecco i nuovi Lea. Costeranno 771,8 milioni. Dopo ok delle Regioni, ora manca solo il sì finale del Mef. I nuovi documenti

3 Il premier Gentiloni ha firmato il Dpcm sui nuovi Lea. L'annuncio di Lorenzin su twitter. Ecco cosa prevedono e quanto costano

4 QS - Gli speciali - SPECIALE LEA. Tutti i documenti e le analisi

5 Il Piano nazionale vaccini sbarca in Stato-Regioni. Dalla nuova offerta gratuita alle possibili sanzioni ai medici. Il testo e le novità

6 Scotti (Fimmg) boccia le Case della Salute: "Antieconomiche e non risolvono il caos del Pronto soccorso". E su convenzione: "A Regioni chiediamo chiarezza su ruolo ma

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-GEN-2017
da pag. 5
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Il via libera all'Intesa in Stato-Regioni sdogana il calendario vaccinale aggiornato con le profilassi gratuite

Vaccini, ecco il nuovo Piano 2017-19

I governatori: «Tempistica da definire con il riparto del Fsn» - Alt ai medici disobbedienti

Il via libera al Piano nazionale vaccini 2017-2019, arrivato giovedì scorso dalla Conferenza Stato-Regioni, sblocca un calendario vaccinale decisamente più corposo rispetto all'attuale. E soprattutto, "blindato" dai nuovi Livelli essenziali di assistenza, pronti per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Da una parte, si prevede la gratuità per pneumococco, meningococco, varicella, vaccino anti Hpv alle femmine 12enni; dall'altra, si introduce un pacchetto di vaccinazioni che sarà offerto gratuitamente alla popolazione per fascia d'età e per particolari categorie a rischio: meningo B e rotavirus; varicella 1ª dose; varicella 2ª dose; Hpv nei maschi 11enni, IPV meningo tetravalente ACWY135; pneumococco e Zoster. Nel mirino i medici "controcorrente". I governatori: via libera condizionato alla gradualità della tempistica, da agganciare al riparto dei fondi blindati in legge di Bilancio.

GOBBI A PAG. 5

Le profilassi gratuite dopo il via libera della Stato-Regioni al Piano nazionale 2017-2019

Ecco i vaccini blindati dai Lea

La richiesta al Governo: «Tempistica certa» - Medici disobbedienti nel mirino

Gli 800 milioni stanziati per i Livelli essenziali di assistenza nella legge di Stabilità 2016 "possono bastare", anche considerando l'impatto dei nuovi vaccini, che il Dpcm sui Lea ormai prossimo all'entrata in vigore - il visto della Corte dei conti è l'ultimo passaggio pre pubblicazione in Gazzetta - stima, per la prima annualità e al netto di risparmi e coperture già avviate in alcune Regioni, in circa 132,2 mln di euro. Mentre a regime, e scontando una quota «prudenziale» di 30 mln (derivante dai costi probabilmente in discesa negli anni), il netto totale si aggirerà sui 220 mln di euro.

Queste le premesse contenute nello schema d'Intesa sul Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2017-2019, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni giovedì scorso. Premesse d'obbligo: perché l'impatto atteso in termini di risorse e organizzazione nell'attuazione del nuovo calendario vaccinale, decisamente più corposo rispetto all'attuale, nei mesi scorsi aveva portato le Regioni a esprimere un via libera solo parziale. La loro richiesta di gradualità nel raggiungimento della copertura vaccinale, è ora stata accolta. E a quanto pare il nuovo calendario, che fa proprio il "calendario per la vita" elaborato dalle società scientifiche di igienisti, pediatri e medici di medicina generale, è pronto a entrare in vigore. Ma nel loro via libera i governatori sono tornati a mettere i classici "puntini sulle i": «al via libera all'Intesa si accompagna una richiesta al Governo - ha spiegato il coordinatore degli assessori alla Salute **Antonio Saitta** -: che quando saranno ripartite le risorse di cui alla legge di Bilancio, sia definita con puntualità la tempistica del calendario vaccinale».

Le nuove prestazioni. Si dà per scontato che non tutte le Regioni potranno rendere immediatamente fruibile quell'offerta attiva e gratuita che riguarda un doppio pacchetto di prestazioni. Da una parte, l'introduzione di vaccinazioni gratuite per pneumococco, meningococco, varicella, vaccino anti Hpv alle femmine 12enni (onere complessivo 124 mln); dall'altra, le nuove profilassi previste nel Piano nazionale delle vaccinazioni (Pnpv) 2016-2018 (onere netto a regime 186 mln). Cioè un pacchetto di vaccinazioni che sarà offerto gratuitamente alla popolazione per fascia d'età e per particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali): Meningo B e Rotavirus (1° anno di vita); varicella 1ª dose (2° anno di vita); varicella 2ª dose (5-6 anni); Hpv nei maschi 11enni, IPV meningo tetravalente ACWY135 (adolescenti); pneumococco e Zoster.

Il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019. L'armonizzazione delle strategie vaccinali, insieme all'ampliamento dell'offerta gratuita, è l'obiettivo dichiarato nel Piano. Che in tempi di panico da meningite (ingiustificato, come ha ricordato il ministero della Salute secondo cui i dati quest'anno sono in linea con le attese) e di contestuale disaffezione verso le vaccinazioni, propone un calendario «il cui razionale scientifico sia chiaro e accettabile per tutti gli interlocutori istituzionali e professionali». Per questo, oltre a presentare il nuovo calendario delle profilassi attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età, il Piano contiene capitoli dedicati agli interventi destinati alle categorie a rischio. Non manca la presa d'atto delle difficoltà: dai costi all'organizzazione delle Asl, all'obiettivo ancora lontano di un'anagrafe unica inseribile nei flussi informativi nazionali e accessibile anche ai medici curanti. Per i costi - ricordiamo che la legge di Bilancio 2017 stanzia 100 mln nel 2017, 127 mln nel 2018 e 186 mln nel 2019 - si punta a partenariati pubblico-privati che portino a negoziare costi unitari migliori e a diminuire il costo di approvvigionamento. mentre per affrontare le difficoltà organizzatve tutt'ora presenti in diverse Regioni, si propone a un Fondo nazionale per i vaccini che possa co-finanziare i casi di difficoltà oggettiva e promuovere quindi l'equità d'accesso. Un Fondo che potrebbe anche «garantire il progressivo inserimento della vaccinazione tra i compiti previsti nella struttura di convenzione nazionale della medicina convenzionata,

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-GEN-2017
da pag. 5
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

sia generalista che pediatrica di libera scelta».

Etica, formazione e vaccinologia. Nel decalogo sul futuro delle vaccinazioni in Italia, c'è un'attenzione specifica ai medici e al personale sanitario. Soprattutto chi opera in ambito Ssn, è eticamente obbligato a informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo con le più avanzate evidenze scientifiche. Diffondere informazioni non basate su prove scientifiche è per gli operatori sanitari «moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltreché essere contrattualmente e legalmente perseguibile». L'«educazione ai vaccini» comincia dal corso di laurea in Medicina e dev'essere costantemente aggiornata sulla base delle migliori evidenze scientifiche. La vaccinologia, infine, andrà inserita tra gli obiettivi della formazione continua per tutta l'area sanitaria.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'impatto economico stimato

Quantificabili	Euro/mln	Non quantificabili
Maggiori oneri		
Piano nazionale vaccini Pnpv 2012-14	123,6	
Introduzione vaccinazioni gratuite da Pnpv 2016-18	303,3	
Totale	**426,9**	
Maggiori oneri/Maggiori entrate		
Effetto applicazione intese a Piano vaccini 2012-14	89,6	
Effetto applicazione intese a Piano vaccini 2016-18	81,7	
Riduzione costi diretti e indiretti	30,0	
Totale	**206,7**	
Sistema regolatorio regionale		
Gli oneri sono già sostenuti dalle Regioni. In particolare sulla base di: Intesa Csr del 22 febbraio 2012 per pneumococco e meningococco; Piano vaccini per varicella; Intesa Csr 20 dicembre 2012 per anti Hpv; Pnpv 2016-18		
Totale impatto netto	**220,2**	

Le nuove vaccinazioni

Fascia di età	Vaccinazione	Obiettivo di copertura vaccinale		
		2017	2018	2019
I anno di vita	Meningo B	≥60%	≥75%	≥95%
	Rotarivirus	≥60%	≥75%	≥95%
II anno di vita	Varicella (prima dose)	≥60%	≥75%	≥95%
5-6 anni di vita	Varicella (seconda dose)	≥60%	≥75%	≥95%
Adolescenti	HPV ni maschi 11enni	≥60%	≥75%	≥95%
	IPV	≥60%	≥75%	≥90%
	Meningo tetravalente ACWY135	≥60%	≥75%	≥95%
Anziani	Pneumococco (PVC13+PPV23)	40%	55%	75%
	Zoster	20%	35%	50%

- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e per le vaccinazioni anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥90% per la vaccinazione anti dTpa negli adolescenti (5ª dose), (range 11-18 anni)
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥90% per la vaccinazione anti Poliomielite in una coorte di adolescenti (5ª dose) (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per 1 dose di MPR entro i 2 anni di età
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la 2° dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti suscettibili (11-18 anni)
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazione antipneumococcica nei nuovi nati
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazione antimeningococcica C entro i 2 anni di età
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazione antimeningococcica B nei nuovi nati, con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACYW135 in una coorte di adolescenti (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per 1ª dose di vaccinazione antivaricella entro i 2 anni di età, con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la 2ª dose di vaccinazione antivaricella nei bambini di 5-6 anni di età, con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazioni anti rotavirus nei nuovi nati, con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento, nelle ragazze nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV ≥95%
- Raggiungimento, nei ragazzi nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV ≥95%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Riduzione a meno del 5% della percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia
- Raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75%, come obiettivo minimo perseguibile, e del 95%, come obiettivo ottimale, negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i Lea
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione antipneumococcica del 75%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione anti HZ del 50%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-GEN-2017
da pag. 5
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Obiettivi del Piano 2017-'19

1	Mantenere lo stato polio-free
2	Raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free
3	Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio indicate, anche attraverso forme di revisione e di miglioramento dell'efficienza dell'approvvigionamento e della logistica del sistema vaccinale aventi come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento delle coperture descritte più oltre
4	Aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale, anche attraverso la conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale
5	Contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili
6	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, interoperabili a livello regionale e nazionale, tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/ /assistiti)
7	Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione
8	Promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del presente Piano, descritti come "10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia"
9	Sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il Ssn, e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva, che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza
10	Attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, ai sensi della legge 210/1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (ministero della Difesa)
11	Favorire, attraverso una collaborazione tra le Istituzioni nazionali e le Società scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini

Il Piano non fa riferimento a specifiche caratteristiche di ciascun vaccino in considerazione dell'evoluzione scientifica e tecnologica del settore; ma raccomanda il raggiungimento della massima protezione possibile in relazione al profilo epidemiologico prevalente e alla diffusione dei ceppi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-GEN-2017
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Su nuovi Lea si rischia l'illusione

La ministra Beatrice Lorenzin è riuscita ad approvare i Lea, laddove chi l'aveva preceduta aveva fallito. Ma non tutti i nodi sono sciolti a partire dall'esiguità dei finanziamenti ma anche dal value basso di molte prestazioni inserite.

CARTABELLOTTA A PAG. 12

ANGOLO DI PENNA

Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva?

di Nino Cartabellotta *

Con la firma del premier Gentiloni il ministro Lorenzin è riuscita nella titanica impresa in cui avevano fallito i suoi predecessori Turco e Balduzzi: dopo oltre 15 anni sono stati aggiornati i livelli essenziali di assistenza (Lea), che ora attendono solo il visto della Corte dei conti per essere pubblicati in Gazzetta Ufficiale. Una grande enfasi mediatica ha celebrato il traguardo enfatizzando tutte le nuove prestazioni offerte ai cittadini: nuovo piano vaccini, screening neonatali per sordità e cataratta congenita, procreazione medicalmente assistita, prestazioni di genetica, adroterapia, radioterapia stereotassica, enteroscopia con microcamera ingeribile; novità per le protesi (comunicazione e attrezzature domotiche, carrozzine speciali); ingresso di 110 malattie rare e 6 nuove malattie croniche; nuovi percorsi di diagnosi e cura per i disturbi dello spettro autistico e tanto altro ancora.

Indipendentemente dall'espansione del "paniere" delle prestazioni, numerosi i "meriti" del Dpcm sui nuovi Lea che ridefinisce la loro articolazione con maggior dettaglio nella descrizione delle prestazioni, aggiorna i nomenclatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, definisce in dettaglio programmi e prestazioni di assistenza socio-sanitaria, ridefinisce i criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero, introduce misure per migliorare l'appropriatezza professionale sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare l'obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico e l'individuazione di criteri di appropriatezza prescrittiva e condizioni di erogabilità per 98 prestazioni.

Tuttavia, lungi dal voler smorzare il legittimo entusiasmo politico, professionale e sociale, sminuire la determinazione del ministro Lorenzin, o sottovalutare l'impegno della politica e dei tecnici, non sarebbe corretto ignorare le criticità relative agli aspetti metodologici per definire e aggiornare gli elenchi delle prestazioni.

- Il Dpcm sui "nuovi Lea" non prevede alcuna metodologia esplicita per inserire/escludere le prestazioni, tanto che molte di quelle inserite ex-novo sono state "sdoganate" in assenza di prove di efficacia solo per la loro elevata domanda sociale e/o professionale. Di conseguenza, se per garantire la sostenibilità del servizio sanitario il denaro pubblico dovrebbe finanziare solo interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato value, bisogna essere consapevoli che con i nuovi Lea saranno rimborsate anche prestazioni dal value basso o addirittura negativo e, al tempo stesso, escluse prestazioni dall'elevato value. Tra gli innumerevoli esempi, dentro l'adroterapia per il trattamento dei tumori pediatrici in assenza di prove di efficacia, fuori la telemedicina per il monitoraggio domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco (oltre che affetti da altre patologie croniche), nonostante le robuste evidenze a supporto e il fatto che sia esplicitamente prevista dal Piano nazionale della Cronicità.
- Tranne poche eccezioni, i nuovi Lea non prevedono "liste negative" di prestazioni: alla Commissione nazionale Lea, nominata dopo la pubblicazione dello schema di Dpcm, viene affidato l'onere di effettuare la manutenzione di elenchi di prestazioni oggi espansi oltre ogni limite per ottenere il consenso di tutte le categorie professionali e dei cittadini-pazienti, senza la certezza di un'adeguata copertura finanziaria.
- A fronte di numerose prestazioni sanitarie per le quali non esistono adeguate evidenze, il Ssn preferisce rimanere un "acquirente disinformato" piuttosto che investire in una strategia di ricerca e sviluppo. Infatti, di fronte a una Commissione nazionale Lea che dovrebbe individuare «procedure per l'esecuzione di studi osservazionali per la valutazione comparativa di efficacia degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, anche avvalendosi dei canali di finanziamento della ricerca sanitaria» emergono due perplessità: da un lato la ricerca comparativa è innanzitutto sperimentale, dall'altro i fondi della ricerca sanitaria corrente sono destinati agli Irccs, poco avvezzi alla ricerca comparativa, e quelli della ricerca finalizzata (a eccezione dei programmi di rete) finanziano prevalentemente ricerca di base. In pratica oggi la ricerca comparativa potrebbe disporre al massimo di qualche milione di euro.
- Gli 800 milioni di euro stanziati non sono sufficienti, tanto che le Regioni hanno già chiesto un'introduzione graduale dei nuovi Lea, oltre che una verifica dei costi alla Commissione nazionale Lea. Verosimilmente infatti i costi aggiuntivi risultano sottostimati, perché una percentuale imprevedibile delle nuove prestazioni saranno prescritte/erogate in maniera inappropriata, mentre sono stati sovrastimati i potenziali risparmi, in parte dipendenti da setting o da misure inapplicabili in alcune aree del Paese. Guardando alla spesa out-of-pocket, è previsto un incremento di ticket per oltre euro 18 milioni, conseguenti al passaggio di alcune prestazioni dal regime di day hospital/day sur-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-GEN-2017
da pag. 12
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

gey a quello ambulatoriale; inoltre è stato ridotto il pacchetto di prestazioni per l'ipertensione senza danno d'organo e i costi a carico delle famiglie per le prestazioni socio-sanitarie non sono ben chiari.

In un generale contesto di riduzione del finanziamento pubblico che fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose e nella consapevolezza che quelle "dissennate" non riescono neppure ad adempiere all'erogazione dei "vecchi Lea", la variabile interazione di queste criticità rischia di trasformare un grande traguardo politico in una illusione collettiva con gravi effetti collaterali: allungamento delle liste d'attesa, aumento della spesa out-of-pocket, sino alla rinuncia alle cure. Ecco perché la Commissione nazionale Lea non può limitarsi al delisting delle prestazioni obsolete (solo una piccola percentuale di quelle dal value basso o negativo), ma deve rivalutare complessivamente tutte quelle inserite nei Lea, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul value, come già sottolineato dalla relazione della Commissione Igiene e Sanità del Senato. In altre parole, osando una metafora idraulica, se non è possibile espandere adeguatamente la capienza del contenitore (aumentare il finanziamento pubblico), con un rubinetto sempre aperto (continua immissione sul mercato di innovazioni, vere o false che siano), solo uno scarico adeguato (disinvestimento da prestazioni dal basso value) potrà evitare di far traboccare l'acqua (non sostenibilità dei nuovi Lea).

La storia ci ha insegnato che definire i Lea a livello centrale permettendo alle Regioni di ribaltare, a cascata, le responsabilità sulle aziende sanitarie sino ai medici prescrittori e agli altri professionisti sanitari, rende evanescente il ruolo della Repubblica nel tutelare la salute delle persone. Anche perché l'occasione di restituire allo Stato la possibilità di "riprendere" le Regioni non adempienti sui Lea è ormai persa per sempre.

* *presidente Fondazione Gimbe*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

23-01-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Non bruciacchiate toast e patate, i consigli degli esperti contro il rischio cancro

Giallo dorato, non marrone. Pane, patatine fritte e patate in genere devono essere cotti fino a questo punto e non oltre, per ridurre l'assunzione di una **sostanza chimica che potrebbe causare il cancro e che è appunto un sottoprodotto naturale del processo di cottura**. A rilanciare l'allarme sulle insidie degli alimenti amidacei 'bruciacchiati' questa volta sono gli scienziati britannici della Food Standards Agency (Fsa). **Il 'nemico' da tenere a bada, avvertono, ha un nome preciso: acrilammide**. Si produce quando gli alimenti amidacei vengono arrostiti, fritti o grigliati troppo a lungo ad alte temperature. E per questo gli esperti raccomandano di seguire attentamente istruzioni di cottura finalizzate a evitare di 'imbrunire' questi cibi. Nonostante il dibattito sulla minaccia rappresentata dall'acrilammide sia ancora aperto.

La ricerca ha dimostrato negli animali che la sostanza chimica in questione è tossica per il Dna e provoca il cancro. Gli scienziati assumono che lo stesso possa valere per le persone, anche se ancora, come precisa anche l'associazione Cancer Research Uk, non vi è una prova conclusiva. Le conseguenze ipotizzate includono un aumento del rischio di cancro nel corso della vita ed effetti sul sistema nervoso e riproduttivo. Ma per gli esseri umani si discute sul livello di esposizione alla sostanza, e c'è anche chi non è convinto del pericolo paventato per la salute pubblica. Come David Spiegelhalter della Cambridge University - citato dalla Bbc online - secondo il quale "anche gli adulti con il più alto consumo di acrilammide dovrebbero assumerne 160 volte tanto per raggiungere un livello tale da causare un rischio aumentato come quello osservato nei topi".

La Fsa ha ritenuto comunque necessario diffondere dei suggerimenti. Fra cui inserisce anche quello di **non conservare nel frigorifero patate e pastinaca**, perché a basse temperature nelle verdure i livelli di zucchero aumentano, innalzando potenzialmente anche la quantità di acrilammide prodotta durante la cottura. I livelli più alti di questa sostanza si rilevano - spiegano gli esperti - in alimenti ad alto contenuto di amido che sono stati cotti sopra 120 gradi centigradi: patatine, pane, cereali per la colazione, biscotti, cracker, dolci e caffè.

Il problema si pone anche quando si cucinano in casa - al forno, arrosto, alla griglia o friggendoli - patate, pane e pastinaca. In particolare, sul banco degli imputati finiscono i toast: più è scuro il colore del pane grigliato, più acrilammide è presente. Durante il processo di doratura lo zucchero, gli aminoacidi e l'acqua presenti nel pane si combinano per creare il colore (e l'acrilammide) e anche il sapore e l'aroma. La Food Standards Agency precisa che non è chiaro esattamente quanta acrilammide possa essere tollerata dalle persone, ma si ritiene che in generale se ne assuma troppa.

Da qui l'avviso rivolto alla popolazione, con l'invito a fare piccole modifiche alle modalità di cottura e preparazione del cibo. La prima indicazione è appunto quella di fermarsi a un colore giallo dorato quando si cucinano alimenti amidacei come pane, patate e ortaggi a radice. E ancora, di **non tenere le patate crude in frigo, ma conservarle in un luogo fresco e buio sopra i 6 gradi**, e seguire infine le istruzioni di cottura con attenzione quando si scaldano pizze, patate arrosto, chips e così via.

Oltre agli avvertimenti ai cittadini, la Fsa sta anche lavorando con l'industria per ridurre l'acrilammide negli alimenti trasformati. Un aspetto da considerare, secondo Steve Wearne, direttore della Policy dell'Agenzia, è che la maggior parte delle persone non sono neanche consapevoli del fatto che l'acrilammide esiste. "Vogliamo che la nostra campagna evidenzi il problema, in modo che i consumatori sappiano quali piccoli cambiamenti adottare per abbassarne il consumo". Una riduzione va ottenuta, a detta dell'esperto. "C'è in questa direzione del lavoro importante da fare per il governo, l'industria e gli altri attori, anche se dobbiamo ancora saperne di più sulla reale portata del rischio".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

LaVerità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

24-GEN-2017
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Idea nuova di Gentiloni: tassare le sigarette

Aumento di 10 decimi a pacchetto per recuperare parte dei soldi della manovra chiesta dalla Ue

di **CLAUDIO ANTONELLI**

■ Servono soldi per tappare i buchi dell'eredità di Renzi. Il ministero dell'Economia studia l'aumento delle tasse sullle sigarette: 10 centesimi a pacchetto e fino a 450 milioni di gettito extra. Idea buona per ogni stagione.

a pagina 9

BILANCIO PUBBLICO

Le sigarette aumenteranno di 10 centesimi

Dopo la lettera della Commissione Ue che chiede una manovra aggiuntiva da 3,4 miliardi, allo studio misure sulla fiscalità del tabacco. Risultato: rincaro dei pacchetti e gettito extra fino a 450 milioni. Dalle accise sulle benzina altri 220 milioni

di **CLAUDIO ANTONELLI**

■ Oltre alla benzina, prepariamoci a sigarette più care. Si raschia il barile per cercare di evitare una manovra bis in piena regola. Il premier Paolo Gentiloni ha infatti annunciato che non ce ne sarà una aggiuntiva per tappare il buco di bilancio da 3,4 miliardi. Così mentre vanno avanti le trattative tra Italia e Europa, a Roma si cerca di trovare un punto d'incontro entro la fine del mese.

LE OPZIONI

Le strade che possono portare a reperire risorse senza l'ufficialità di una manovra, oltre al ridimensionamento delle mance promesse da Renzi sono due. La prima mossa riguarderebbe le accise su benzina e gasolio. La legge finanziaria da poco approvata ha congelato un automatismo creato a fine 2013 dal governo Letta. La misura prevedeva un aumento per due anni delle accise su benzina e benzina con piombo nonché dell'aliquota dell'accisa sul gasolio usato come carburante, che avrebbe portato nelle casse dello Stato non meno di 220 milioni nel 2017 e 199 milioni nel 2018. A dare l'allarme era stata la Cgia di Mestre lo scorso ottobre. L'ufficio studi, per bocca del coordinatore, aveva chiesto al governo di sterilizzare il rincaro. «Sebbene il prezzo del petrolio sia molto contenuto, il prezzo del carburante alla pompa rimane troppo elevato soprattutto a causa del livello di tassazione che su un pieno di benzina incide per il 69 per cento». La richiesta fu accolta. Renzi era in campagna elettorale. Adesso però la situazione è cambiata e sarà difficile rinunciare a 220 milioni in più di gettito. Si tratta di una categoria così diffusa e trasversale che stenta a trovare avvocati difensori. Stesso discorso per l'altra mucca da mungere: quella dei fumatori.

IL COPIONE

Tant'è che, come da copione, è allo studio del ministero dell'Economia un rialzo delle imposte sulle sigarette. Recentemente l'Aams, l'agenzia delle dogane e dei monopoli, ha messo mano al prezzo medio ponderato e ha passato la pratica al Mef, il quale ha due strade tecniche da percorrere.
La prima riguarda gli oneri fiscali minimi, la parte di imposta che tocca le sigarette di fascia bassa, quelle che costano 4,3 o 4,4 euro. Un ritocco in quest'area dovrebbe portare a un aumento di 10 centesimi di euro e un gettito complessivo aggiuntivo di almeno 110 milioni di euro. Interventi più corposi avrebbero l'effetto di accorciare la forchetta dei prezzi sul mercato col rischio concreto però di spingere i fumatori nelle braccia del mercato nero che offre prezzi inferiori ai 4 euro. L'altra strada che il Mef sta valutando tocca l'aumento dell'incidenza media, una quota impositiva che riguarda il 75% dei pacchetti in circolazione. Il rincaro di uno 0,1% produrrebbe un gettito aggiuntivo di circa 220 milioni di euro. A detta di alcuni esperti contattati dalla *Verità* l'intervento fiscale potrebbe tradursi anche in questo caso in un rincaro di 10 centesimi. Sostenibile dalle tasche dei fumatori e dunque senza effetto boomerang. Ovvero, lo Stato non dovrebbe correre il rischio di alzare

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

24-GEN-2017
da pag. 9
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

le tasse e vedere il gettito diminuire per via del mercato nero.

La fame di incassi nel breve termine sta, però, aprendo una terza opzione che si svilupperebbe sempre nell'alveo del ritocco dell'incidenza media.

Se il Mef esercitasse al 100% la delega che gli compete l'aumento dell'imposta sarebbe dello 0,5%, arrivando al 59,2%. Così il gettito extra salirebbe a 450 milioni. Una tentazione che fa gola agli uomini di Padoan. Il rischio sarebbe però di creare una disfunzione a partire del 2018. Ma si sa che quando la politica è sotto pressione spesso fa scelte a breve termine. L'idea di tassare le sigarette non è poi certo nuova. È buona per tutte le stagioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

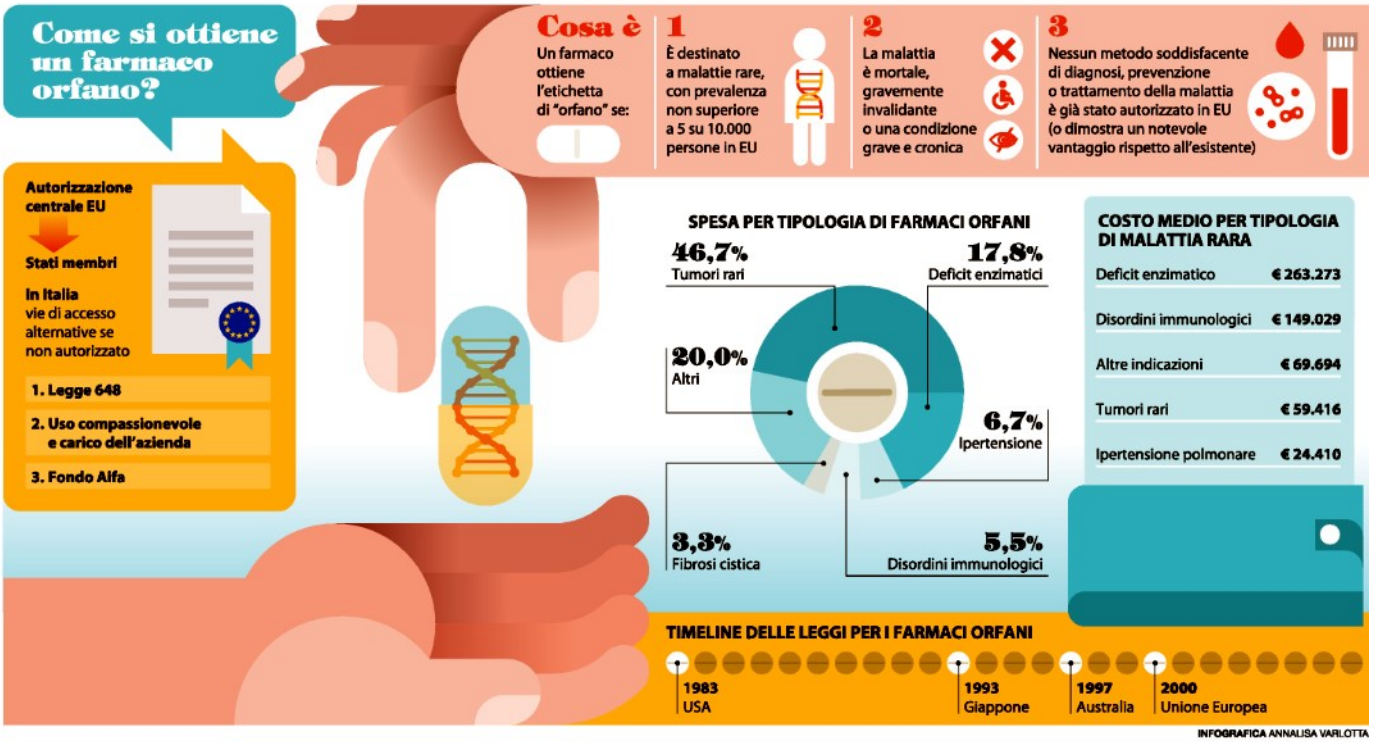
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-GEN-2017
da pag. 31
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Big Pharma. Gli sgravi e i vantaggi hanno convinto le aziende a investire sulle malattie rare, considerate sennò poco remunerative. E i farmaci sono arrivati. Ma sono usati per un numero sempre maggiore di patologie. Raggiungendo i fatturati dei prodotti non incentivati



INFOGRAFICA ANNALISA VARLOTTA

Quell'orfano è miliardario

Il costo
È più alto anche di 20 volte rispetto ad un farmaco comune. Ma destinato a pochi

L'Europa
Secondo la UE le aziende devono dimostrare i benefici per i pazienti

Il business è esploso anche con medicine pensate per patologie come fibrosi cistica o mieloma

LETIZIA GABAGLIO

A VOLTE anche le migliori intenzioni non producono un risultato ottimale. È quello che è successo con la legislazione per i farmaci orfani, pensati per malattie rare o rarissime che - a causa dell'esiguità della popolazione colpita, non rappresentano un mercato appetibile per le aziende. Perché sviluppare un farmaco costa molto e Big Pharma non è una charity. Per promuovere la ricerca di soluzioni, allora, si è pensato di dare incentivi e vantaggi alle aziende che decidono di investire in questo campo: i primi sono stati gli Usa, nel 1983, seguiti da Giappone e Unione Europea. Le leggi per i cosiddetti farmaci orfani hanno permesso di ottenere risultati insperati per chi soffre di fibrosi cistica, malattia di Fabry, Gaucher e Pompe, chi ha deficit enzimatici rari, o tumori come il mieloma multiplo. Dal 2000 a oggi sono state presentate 2713 domande, 1827 hanno passato il primo esame e le molecole sono state designate come orfane, ma solo 126 sono diventati farmaci disponibili in Europa. «Una normativa efficace, anche se migliorabile – spiega Armando Magrelli, delegato italiano presso il Comitato per i prodotti medicinali orfani - soprattutto nella fase di controllo post marketing».

Le agevolazioni - di tipo finanziario e fiscale, sconti sui costi per inviare le domande agli enti regolatori, garanzia dell'esclusività di mercato per 7-10 anni - hanno generato un mercato che si è rivelato ricco: nel 2015 negli Usa sono stati spesi 107miliardi di dollari, che cresceranno di oltre il 10% per il 2020, il doppio degli altri farmaci. In Italia aumenta di anno in anno, anche se rappresenta poco più dell'1 per cento del totale. In parte la ragione sta nel prezzo di queste specialità, a volte anche 20 volte superiore rispetto ai farmaci non-orfani, ma destinati a un numero di gran lunga inferiore di persone: per esempio, i farmaci per i deficit enzimatici in media costano oltre 260mila euro a paziente, ma vengono dispensati a pochi. «Piuttosto,

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-GEN-2017
da pag. 31
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

il meccanismo è viziato da farmaci che aggiornano la prima con molte altre indicazioni terapeutiche: circa il 15 per cento di quelli designati come orfani in una fase successiva hanno nuove indicazioni per altre patologie», ha scritto Antonio Addis, del dipartimento di Epidemiologia del Lazio su *Ricerca&Pratica*.

E qualche mese fa, l'*American Journal of Clinical Oncology* richiamava l'attenzione sul vero spirito della normativa: aiutare i pazienti più che le aziende. Infatti 11 dei 20 farmaci orfani a maggior uso sono stati designati per un trattamento oncologico, mentre in Italia è destinato ai malati di cancro oltre il 46 per cento di questo tipo di medicinali.

Che la situazione sia sfuggita di mano e sia necessario rimettere dei paletti lo testimonia una comunicazione sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea di novembre. La Commissione specifica che è dovere delle aziende dimostrare con prove solide i benefici che le molecole orfane portano alla vita dei pazienti e che alcuni escamotage – come cambiare forma farmaceutica, da iniettiva a orale – non dovrebbero essere più validi.

Il punto più dolente è però quello delle indicazioni: se la somma di tutti i pazienti trattati, affetti da malattie diverse ma poco diffuse, supera la prevalenza della patologia rara, il medicinale non dovrebbe perdere il suo status? Secondo la Commissione un allargamento della platea dei destinatari dovrebbe essere esaminata per verificare che esistano ancora gli estremi per considerare un farmaco orfano.

Ovviamente il passaggio di categoria non è retroattivo e l'azienda non deve restituire tutti gli incentivi ricevuti fino a quel momento. Allo stesso modo, una società che avesse ottenuto le agevolazioni in fase di sviluppo di una molecola e poi non riuscisse a ottenere la commercializzazione nella categoria "orfani", potrebbe provare con la strada ordinaria, rinunciando così ad agevolazioni future ma senza dover restituire quelle già ottenute.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

L'emergenza

Hiv, tumori ipertensione Ai pediatri servono pillole ad hoc

NEL MONDO dei farmaci i bambini sono come i malati rari: rappresentano un mercato di nicchia, anche per i limiti etici imposti alle sperimentazioni. Per anni ai piccoli sono state somministrate medicine in dosi ridotte, come se si trattasse di uomini e donne in miniatura. Per incentivare la ricerca di farmaci pediatrici, dal 2007 in Europa esiste una legge che individua, come nel caso dei farmaci orfani, agevolazioni per le aziende farmaceutiche che intraprendono lo sviluppo e la commercializzazione di queste specialità.

Grazie a questa norma i bambini possono oggi usufruire di diversi farmaci sperimentati per le loro esigenze: se dal 2004 al 2006, prima della legge, erano stati autorizzati 31 medicinali per uso pediatrico, dal 2012 al 2014 questo numero si è duplicato, raggiungendo 68, fra nuovi farmaci e nuove indicazioni. Fra questi, specialità per alcune condizioni reumatologiche, malattie infettive, come l'epatite C cronica e l'infezione da Hiv, l'ipertensione e alcuni tumori pediatrici, come la leucemia linfoblastica acuta. Dal 2007 al 2015 sono state presentate 150 domande per farmaci orfani pediatrici, la metà delle quali negli ultimi due anni di rilevazione: oltre il 20% in area oncologica, il 14 per disordini metabolici/endocrinologici e il 12 per malattie ematologiche. A 10 anni dall'entrata in vigore della legge, la Commissione europea vuole però migliorarla e per questo ha lanciato una consultazione pubblica aperta a chi vuole contribuire sul sito internet della Direzione Generale Salute e sicurezza alimentare. C'è tempo fino al 20 febbraio.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

I PREZZI

Una corsia di sorpasso

In Italia le aziende che commercializzano un farmaco orfano hanno due vantaggi aggiuntivi: l'esenzione dal payback e un fast track per l'approvazione. In caso di superamento del tetto di spesa, cioè, l'ammontare da restituire viene suddiviso fra tutte le aziende farmaceutiche e non pesa solo su quella che produce il farmaco; in più viene garantita una via più rapida di valutazione da parte dell'Aifa, l'ente che regola la commercializzazione dei medicinali. In tempo di crisi, però, si punta spesso il dito sul prezzo di questi farmaci, considerato troppo alto. «Studi condotti qualche anno fa, dimostrano invece che, correttamente, il prezzo di rimborso negoziato da Aifa è inversamente proporzionale al numero di pazienti eleggibili», spiega Barbara Polistena, ricercatrice presso il Consorzio per la ricerca economica applicata in Sanità (Crea) che, insieme all'Osservatorio per le malattie rare, ha istituito l'Osservatorio farmaci orfani (Ossfor). Facciamo un esempio: per un farmaco destinato a una patologia con una prevalenza di oltre 0,5 pazienti per 10.000 abitanti (più di 3.000 pazienti), l'Aifa accetta un costo atteso annuo di circa 10.000 euro; per una patologia ultra-rara, con solo 5 casi sul territorio nazionale, la disponibilità a pagare arriva a 2 milioni di euro annui. Il centro di ricerca ha anche condotto uno studio sulla base della spesa per farmaci orfani della Regione Lombardia: cifre alla mano un paziente raro costa quanto una persona con due malattie croniche, per esempio il diabete e l'ipercolesterolemia.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-GEN-2017
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

PROPOSTE DI CORPORATE GOVERNANCE

«Le best practice pilotino l'efficienza»

Ricette utili dal confronto con i modelli Usa e Ue

«Hernia center» solo d'eccellenza

La chirurgia delle ernie della parete addominale rappresenta in tutto il mondo e in Europa, senza alcun dubbio la più frequente evenienza chirurgica e quindi la maggior voce di spesa nell'ambito dei trattamenti chirurgici non oncologici. Questi i dati Oecd 2015: 900.000 interventi in Europa (140.000 Italia) e 2 milioni circa negli Usa di sole ernie inguinali. Valori similari in Asia Pacific e Africa, ai quali si aggiunge il 20% per le ernie della parete addominale.

La qualità delle cure per tali pazienti ha raggiunto, in mani specializzate, livelli impensabili di eccellenza. D'altra parte, lo svilupparsi di un "mercato" globale specifico sull'argomento ha generato da un lato un proliferare (poco controllato a livello di Ce) di nuovi device, che di conseguenza vengono continuativamente proposti alle strutture sanitarie e alle chirurgie, e dall'altro lato un "interesse" da parte dei chirurghi, che solo raramente è suffragato da una reale super specializzazione.

Contemporaneamente, i rimborsi per tali prestazioni (Drg) non si sono modificati di pari passo, restando a valori estremamente bassi. La conseguenza di tale situazione è che in ambito pubblico e privato convenzionato le patologie erniarie complesse o non vengono mai trattate giacendo in liste di attesa infinite o vengono trattate saltuariamente da mani "interessate" senz'altro, ma non esperte, a rischio di ingenerare sequele che non danno qualità e ne aumentano i costi. Tale quadro è talmente ubiquitario a livello europeo e mondiale, che alla prima World Hernia conference (Milano aprile 2015) è emerso con devastante evidenza che le principali problematiche, in tutti e cinque i continenti, sono la scelta e l'utilizzo appropriato e consapevole tra le diverse migliaia proposte di presidi tecnologici e l'impossibilità di garantire il miglior trattamento per ciascun paziente.

L'Usa Medicare Drg Assignement riferisce categoria per categoria il flat payment eseguito per ciascuna singola procedura: ad esempio al codice 49655 "ernia incisionale di media complessità", la quota rimborsata direttamente per le facility tecnologiche è 7.000 $, cifra dignitosa (alla quale si sommano i rimborsi per la degenza e per il professionista) seppur non ottimale, che consente l'uso di protesi biologiche enormemente diffuse in Usa, talvolta indispensabili per trattamenti complessi. Molto inferiore l'omnicomprensiva, di circa 4.000 euro, prevista nel nostro sistema. D'altra parte, una sorta di "Euro Drg", possibilità in fieri, è stato recentemente analizzato, riguardo alla patologia erniaria inguinale in 11 paesi europei.

L'estrema variabilità dei risultati è stata ascritta a molteplici fattori, come ad esempio (e ci sembra paradigmatico ed importantissimo) l'assenza di differenziazione nella codifica (e quindi nel rimborso) della complessità reale del singolo caso oppure la diversità di trattamento con specifici device. Tale considerazione, può naturalmente incoraggiare al trattamento dei soli casi semplici.

Il numero dei Drg assegnati a un sottogruppo e l'assenza di Drg diversi per procedura varia così notevolmente da giustificare una grande divergenza nel sistema Drg internazionalmente parlando. Tale secondo aspetto può penalizzare procedure più virtuose e di qualità ma sottorimborsate, rispetto ad alternative meno costose (il caso emblematico del regno unito, dove day surgery ed inpatient hanno un unico rimborso).

Stando ai dati Oecd-2015, in Italia, su 140.000 procedure per la semplice ernia inguinale, meno del 3% è per via laparoscopica, contro 1/3 in Francia, e addirittura la metà in Germania, Paesi dove sottogruppi di Drg per le diverse procedure, sono in uso. È questo esempio, che non ha a nostro parere una valenza tecnico-scientifica (discutibile è l'uso della laparoscopia nell'ernia inguinale semplice), è però paradigmatico di una volontà di diversificare per complessità i casi.

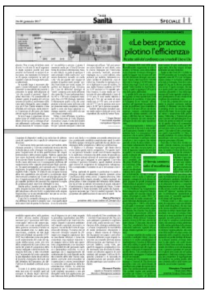
È vero che a ognuno deve essere garantita la migliore assistenza sanitaria possibile. È altrettanto vero che in Italia la spending review ha comportato tagli notevoli alla Sanità. In un recente saggio sul valore e misurazione delle performance, Dallocchio e Tamarowski pongono l'accento sull'individuazione di soluzioni che portino al trade-off, tra requisiti di qualità clinica ed economicità aziendale: concetti che in nuce, nel 1987, già facevamo nostri, d'accordo con Borgonovi. Tale trade-off deve coinvolgere, con eguali responsabilità, lo Stato, le aziende produttrici e la scienza chirurgica specializzata: solo così si arriverà a una corporate governance efficiente.

Senz'altro, lo Stato deve rivedere secondo i principi enunciati, con apposita commissione super-specialistica, il numero, la varietà e il valore dei diversi Drg in gioco, in maniera tale da colmare il gap internazionale, ma soprattutto il gap umano (pazienti trattati vs pazienti non trattati). Le aziende devono prendere coscienza che sulla salute non può esistere una scelta di serie A e una di serie B: una estesa e adeguata riconsiderazione dei costi dei processi elaborativi, produttivi, distributivi, e di advertising è imperativa con l'unico fine di abbassarne il prezzo, e consentire ubiquitariamente un uso corretto. Riguardo alla scienza, si assiste ad un fenomeno dovuto all'"interesse" suscitato dal mercato: la proliferazione ingiustificata di hernia center, di "specialisti aggiornati", di siti internet sull'argomento.

L'Hernia center è e deve essere un centro di competenze super specialistiche e anche multi disciplinari, che trae origine da ricerca scientifica ed esperienza riconosciuta in ambito internazionale pluridecennale, non solo nel semplice trattamento più o meno quotidiano di un'ernia inguinale, ma nella gestione e nella terapia di tutte le complesse problematiche relative alla patologia erniaria addominale, dalla routine quotidiana delle primarie, al trattamento delle recidive, delle sindromi dolorose inguino-pubiche, alla soluzione della temibile nevralgia cronica, dal trattamento delle complesse situazioni di laparoceli con perdita di diritto di domicilio, ai disastri parietali, al floppy abdomen. In altre parole, solo centri riconosciuti di chiara fama nazionale e internazionale, dovrebbero avere tale denominazione, a garanzia soprattutto dei pazienti: ed è in questi stessi centri che un'oculata, appropriata e finalizzata strategia chirurgica può comportare il raggiungimento dell'equilibrio tra perfetta qualità delle cure e ottimale utilizzo delle risorse economiche, con al centro il paziente.

Giampiero Campanelli
Hernia center Milano
presidente European Hernia society

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-GEN-2017
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

PROVIDER A QUOTA 1.050

Pronto il riordino dell'Ecm

All'esame delle Regioni il testo per l'efficienza del sistema

È all'esame delle Regioni lo schema di Accordo sul documento «La formazione continua nel settore salute», che ristruttura la materia all'insegna di una sostanziale sburocratizzazione delle procedure e di una maggiore organicità.

MAGNANO A PAG. 13

All'esame delle Regioni il documento che ristruttura il sistema all'insegna di sburocratizzazione e qualità

Pronto il riordino dell'Ecm in sanità

Provider accreditati a quota 1.050 ma solo 700 hanno ottenuto il bollino standard

Le verifiche dell'Osservatorio

Sono complessivamente 1.050 i provider accreditati a erogare formazione continua obbligatoria per i professionisti sanitari ma di questi solo 700 hanno ottenuto l'accreditamento standard quadriennale. Per gli altri, in possesso dell'accreditamento provvisorio, bisognerà aspettare le valutazioni in loco da parte del gruppo di verifica, all'interno del quale operano un componente della Commissione nazionale per la formazione continua e gli incaricati della Segreteria. Sono questi gli ultimi dati sul motore principale della complessa macchina Ecm. Un sistema che a 12 anni dalla sua istituzione sta finalmente per approdare a una importante fase di riordino. È infatti all'esame delle Regioni lo schema di Accordo sul documento «La formazione continua nel settore salute», che ristruttura la materia all'insegna di una sostanziale sburocratizzazione delle procedure e di una maggiore organicità. Con un duplice obiettivo: semplificare l'attività di professionisti e provider e rendere la stessa offerta formativa più mirata e adeguata a un'effettiva crescita professionale dell'operatore.

Tra gli obiettivi anche quello di assicurare un uniforme miglioramento qualitativo dell'assistenza e della formazione continua su tutto il territorio nazionale. Con una chiara ripartizione delle competenze: attuazione amministrativa in capo alle Regioni; governance del sistema, con la determinazione degli standard minimi di qualità, prerogativa della Commissione nazionale, che dovrà mettere nero su bianco le regole del gioco nel «Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm», un documento a cui gli esperti stanno già lavorando e che sarebbe a buon punto. Le Regioni potranno individuare requisiti di accreditamento ulteriori purché «oggettivamente idonei a elevare la qualità dell'offerta formativa».

Positivo il giudizio della Fnomceo che ha contribuito alla messa a punto dell'Accordo: «Tra i punti qualificanti - spiega il segretario generale **Luigi Conte**, componente della Commissione nazionale per la Formazione continua e responsabile dei progetti formativi della Federazione - c'è un diverso modo di attribuire i crediti. Semplificato e più generoso nei confronti del professionista. Si è dato spazio poi a modalità di fruizione degli eventi di tipo informatico, puntando sulla formazione a distanza, per facilitare l'accesso ai corsi».

I crediti individuali maturati dai professionisti per il triennio 2017-19 dovranno essere 150 ma sono previsti bonus e sconti per chi era già in regola con il triennio precedente e per chi mette a punto il proprio dossier formativo. E sono concesse facilitazioni anche sulla base della composizione quantitativa dell'aula: per esempio se il corso è frequentato da meno di 100 discenti, un'ora di formazione non varrà più solo 1 credito ma 1,3. «Si parte infatti dal presupposto - spiega Conte - che se il numero dei partecipanti al corso è basso la formazione sarà qualitativamente migliore». Tali crediti in ogni caso continueranno a essere registrati in un'unica anagrafe nazionale gestita dal Cogeaps.

E dovrebbe andare a regime anche il dossier formativo, uno strumento che consente al professionista sanitario di programmare e verificare il percorso formativo alla luce del suo profilo professionale. «Un progetto che diventa finalmente esecutivo - aggiunge Conte - dopo una serie di sperimentazioni. La novità è che l'aggiornamento deve essere mirato e coerente rispetto alla professione, alla disciplina, alla specializzazione, con un impatto effettivo sul profilo delle competenze e sull'esercizio professionale quotidiano. Una modalità quindi specifica e non più casuale». I parametri per la realizzazione del dossier sono stabiliti dalla Commissione nazionale.

Si stringono infine le maglie sulla verifica qualitativa della formazione erogata dai provider. Sono infatti previste più verifiche post accreditamento da parte dell'Osservatorio nazionale, che effettuerà visite direttamente nel luogo di svolgimento dell'evento formativo.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-GEN-2017
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

L'Italia è maglia nera in Europa: 58mila strumenti da rottamare

Sono oltre 58mila le apparecchiature diagnostica per immagini e di elettromedicina da rottamare. Un "parco" composto da risonanze magnetiche, Pet, Tac, angiografi, mammografi, ventilatori per anestesia e terapia intensiva che superano abbondantemente la media degli altri Paesi europei con un incremento di quelle più vecchie di 10 anni e una diminuzione delle tecnologie con meno di cinque anni.

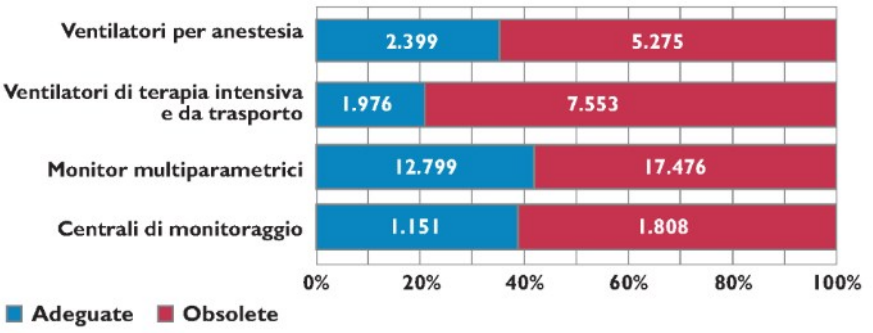
Se Francia, Danimarca e Svezia registrano tra il 60% e il 70% di apparecchiature con età fino a cinque anni, l'Italia possiede, ad esempio, solo il 30% di angiografi sotto questa soglia di età. Destano preoccupazione nel nostro Paese il 74% dei mammografi convenzionali con più di 10 anni di vita, così come il 60% di apparecchiature mobili convenzionali per le radiografie, il 50% dei ventilatori di terapia intensiva e il 77% dei sistemi radiografici fissi convenzionali. Questi alcuni dei dati che emergono dal nuovo Rapporto sullo stato di obsolescenza del parco istallato di diagnostica per immagini e da quello sull'elettromedicina in Italia, entrambi curati dal Centro studi di Assobiomedica e presentati oggi nell'ambito della IX Conferenza nazionale dei dispositivi medici.

«Su 100.000 apparecchiature censite - ha dichiarato Marco Campione, presidente dell'Associazione Elettromedicali di Assobiomedica - circa il 60% sono obsolete, avendo superato notevolmente la soglia di adeguatezza tecnologica con costi di gestione enormi che potrebbero essere abbattuti, sostituendole gradualmente con tecnologie di ultima generazione. Si tratta di apparecchiature meno sicure, con qualità clinica diagnostico-terapeutica al limite dell'appropriatezza. Abbiamo troppe apparecchiature, troppo vecchie e troppo poco usate. È indifferibile un'azione urgente d'investimento su tecnologie innovative a fronte di un disinvestimento di quelle obsolete, che sono ben 58.000 in Italia».

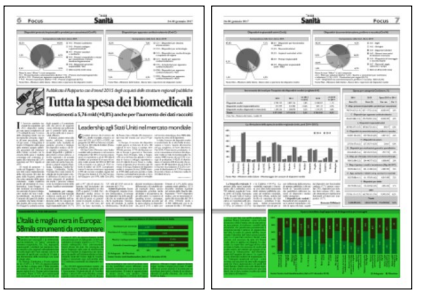
«Lo si può fare con tariffe modulate - ha concluso Marco Campione - come nel caso di successo della Francia che da anni prevede meccanismi di rimborso variabili delle prestazioni, che penalizzano pesantemente e progressivamente l'utilizzo di apparecchiature oltre le soglie di vetustà stabilite, incentivando l'adozione dell'innovazione tecnologica. Lo si può fare con leve fiscali, come avviene con successo da anni nel Regno Unito, dove si applica un'aliquota Iva agevolata. Lo si può fare con leggi ad hoc come avviene in Italia con successo da molti anni in altri settori, prevedendo ad esempio di incentivare la "rottamazione" dell'obsoleto a fronte dell'acquisto del nuovo. Lo si può fare con strumenti moderni di acquisizione come "Managed equipment services", come avviene con successo da anni nella maggior parte dei Paesi anglosassoni e di quelli del Nord Europa. Questi sono solo alcuni ingredienti di una ricetta necessaria per una cura shock che si deve mettere in pista da subito a invarianza di bilancio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le apparecchiature di elettromedicina in Italia



Fonte: Centro studi Assobiomedica (dati al 31 dicembre 2015)



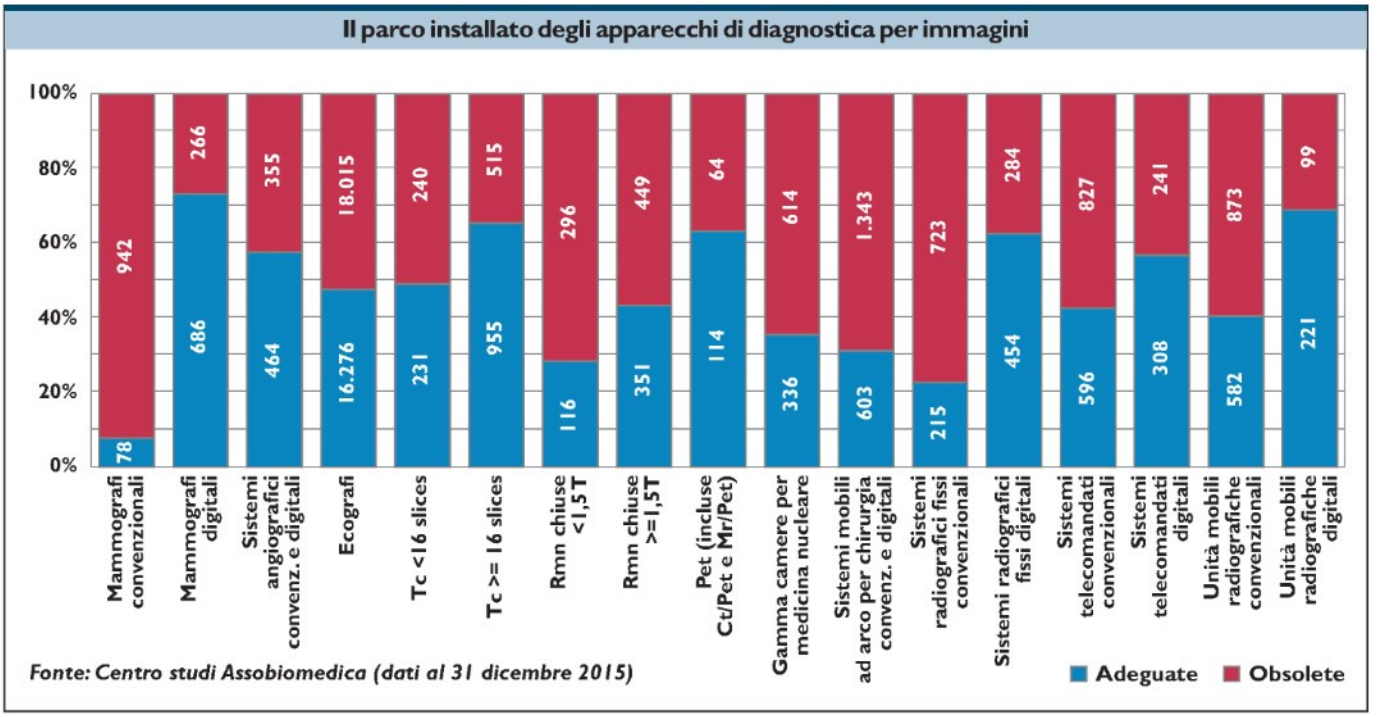
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-GEN-2017
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-GEN-2017
da pag. 4
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Fine vita, preoccupano le nuove proposte di legge

Bagnasco: idratazione e nutrizione non vanno equiparate a terapie che si possono sospendere

> Il nostro lavoro già guarda con fiducia alla prossima Assemblea generale, dove saremo chiamati a eleggere la terna relativa alla nomina del presidente della Conferenza episcopale italiana

> La Chiesa in prima linea nell'accoglienza: parola che non richiama soltanto servizi offerti, ma famiglia, comunità, dialogo interculturale, iniziative di integrazione. Importante sia il riconoscimento della cittadinanza ai minori che hanno conseguito il primo ciclo scolastico, sia la possibilità di affidare i minori non accompagnati a case famiglia: le centinaia di esperienze promosse nelle nostre parrocchie costituiscono una conferma della direzione su cui andare

«Dai presbiteri ai giovani: il volto bello della Chiesa è riflesso anche e soprattutto nelle nuove generazioni, della cui formazione siamo responsabili»

In apertura dei lavori del Consiglio permanente, dal presidente della Cei la fotografia dell'attualità del Paese e della Chiesa in Italia

Cari confratelli, questa sera il nostro sguardo non può che partire dalla cronaca pesante e perdurante che in questi mesi ha interessato il Centro Italia: le continue scosse, le eccezionali nevicate, le vittime, i feriti, gli affetti, le case, le chiese e i paesi distrutti, ci hanno portato a esprimere in diversi modi la nostra vicinanza solidale alle popolazioni colpite dal sisma. Con le parole del Santo Padre, che ha voluto recarsi in prima persona sui luoghi terremotati, vogliamo ringraziare «i parroci che non hanno lasciato la terra»: si sono comportati da veri pastori. Ringraziamo, quindi, «le mani di tanta gente che hanno aiutato a uscire da questo incubo, le mani dei vigili del fuoco, le mani di tutti quelli che hanno dato del proprio» (*Discorso alle popolazioni colpite dal terremoto*, 5 gennaio 2017): l'hanno fatto e lo stanno facendo con dedizione generosa e altamente professionale.
La tragedia - che tale rimane - ci sta consegnando anche il volto migliore del nostro Paese, della nostra gente, pronta a mettere in gioco la propria vita per salvare quella altrui; disposta a rinunciare a qualcosa di proprio per condividerlo con chi tutto ha perso. Ringraziamo, quindi, le comunità cristiane che - in risposta alla colletta indetta dalla Cei - hanno contribuito finora con quasi 22 milioni di euro. Attraverso le Caritas diocesane ci hanno dato la possibilità di intervenire con risposte ai

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-GEN-2017
da pag. 4
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

bisogni primari, con la realizzazione di alcune strutture polifunzionali e l'avvio dei primi progetti sociali e di sviluppo economico.
Come Conferenza episcopale italiana - oltre al primo milione di euro stanziato dai fondi otto per mille il giorno stesso delle prime scosse - abbiamo messo a disposizione di ogni diocesi interessata 300 mila euro per interventi su edifici ecclesiastici, destinati al culto e alla pastorale.
Ringraziamo tanti Paesi del mondo intero - alcuni di loro, significativamente, fra i più poveri - per non aver fatto mancare il loro contributo. Un grazie convinto lo rivolgiamo anche alle Istituzioni, a partire dalla Protezione civile. Il lavoro congiunto e costante di questi mesi con il Commissario straordinario per la ricostruzione e il ministero dei Beni e delle attività culturali e del turismo ci ha portato alla firma di un *Protocollo d'Intesa*, alla costituzione di un *Tavolo tecnico* e all'istituzione di una *Consulta* per i beni culturali di interesse religioso.
Questa tragedia ci sta consegnando un appello - peraltro già ampiamento raccolto - per una piena consonanza d'intenti. Mentre facciamo nostre le parole del Capo dello Stato che ha chiesto "grande unità e responsabilità per contribuire ad alleviare le sofferenze delle persone coinvolte", assicuriamo che la Chiesa continuerà a offrire un contributo concreto ed efficace al cammino del Paese.

UNO SGUARDO AL PAESE

Con questo spirito, è doveroso da parte nostra almeno accennare alle difficili condizioni in cui versa una fascia sempre più ampia di popolazione.
Dall'inizio della crisi, le persone in povertà assoluta in Italia sono aumentate del 155%: nel 2007 erano 1milione ed 800mila mentre oggi sono 4milioni e 600mila. Dietro ai numeri ci sono i volti e le storie di centinaia di migliaia di famiglie che nelle nostre diocesi e parrocchie, nei centri d'ascolto, nelle associazioni e nelle Confraternite hanno trovato una prima risposta - in termini di beni e servizi materiali, di sussidi e di alloggio - e spesso anche una presa in carico progettuale. Per questo sembra necessario prestare la massima attenzione alla legge delega di introduzione del Reddito d'inclusione (Rei) e alla predisposizione del Piano nazionale contro la povertà.
La crisi economica continua a pesare in maniera significativa sulla nostra gente, specialmente sui giovani e sul Meridione. A maggior ragione, in riferimento all'ennesimo rinvio sui decreti attuativi, stentiamo a capire come mai tutti i provvedimenti a favore della famiglia - che potrebbero non solo alleviare le sofferenze, ma anche aiutare il Paese a ripartire - facciano così tanta fatica a essere realmente presi in carico e portati a effettivo compimento.
La discussione politica verte, piuttosto, su altri versanti, quali ad esempio il fine vita, con le implicazioni - assai delicate e controverse - in materia di consenso informato, pianificazione delle cure e dichiarazioni anticipate di trattamento. Ci preoccupano non poco le proposte legislative che rendono la vita un bene ultimamente affidato alla completa autodeterminazione dell'individuo, sbilanciando il patto di fiducia tra il paziente e il medico. Sostegni vitali come idratazione e nutrizione assistite, ad esempio, verrebbero equiparate a terapie, che possono essere sempre interrotte. Crediamo che la risposta alle domande di senso che avvolgono la sofferenza e la morte non possa essere trovata con soluzioni semplicistiche o procedurali; la tutela costituzionale della salute e della vita deve restare non solo quale riferimento ideale, bensì quale impegno concreto di sostegno e accompagnamento.
A uno sguardo attento ci richiamano anche i drammi che continuano a consumare popoli interi, vittime di persecuzione e violenza, di povertà e guerra. Quelli che abbiamo davanti agli occhi sono scenari che rendono attuale la ripresa e l'approfondimento della *Populorum progressio*, pubblicata dal beato Paolo VI nel marzo di cinquant'anni anni fa. L'enciclica pone lo sviluppo in stretta relazione con la pace e chiede un uso diverso dei beni, in senso fraterno.
Tale fraternità oggi interroga, in particolare, la nostra disponibilità a misurarci con la situazione dei minori non accompagnati ed esposti a ogni sorta di abuso, come ci è stato ricordato dalla *Giornata mondiale del migrante e del rifugiato* appena celebrata. Si tratta di una realtà che interpella fortemente la coscienza civile del nostro Paese e le sue Istituzioni; realtà rispetto alla quale, come osserva il Santo Padre, in tema di accoglienza «il più cattivo consigliere è la paura, mentre il migliore consigliere è la prudenza» (*Conferenza stampa sul volo di ritorno dalla Svezia*, 1 novembre 2016).
La Chiesa - a partire dalle nostre parrocchie, dai centri della Fondazione *Migrantes* e dalle Caritas diocesane - è in prima linea nell'accoglienza: dove questa parola non richiama soltanto servizi offerti, ma famiglia, comunità, dialogo interculturale, iniziative di integrazione. In questa prospettiva, diventa importante sia il riconoscimento della cittadinanza ai minori che hanno conseguito il primo ciclo scolastico, sia la possibilità di affidare i minori non accompagnati a case famiglia: le centinaia di esperienze promosse nelle nostre parrocchie costituiscono una conferma circa la direzione su cui andare.

UNO SGUARDO ALLA NOSTRA CHIESA

Mi avvio alla seconda e ultima parte di questa prolusione, soffermandomi su alcuni temi di natura più ecclesiale.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-GEN-2017
da pag. 4
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

L'Anno di grazia, che l'intuizione del Santo Padre ci ha donato, ha portato tanti a gustare la bontà del Signore e a diventare loro stessi strumenti di misericordia. Papa Francesco ha sottolineato come il Giubileo ci abbia «invitato a riscoprire il centro, a ritornare all'essenziale, a guardare al vero volto del nostro Re, quello che risplende nella Pasqua, e a riscoprire il volto giovane e bello della Chiesa che risplende quando è accogliente, libera, fedele, povera nei mezzi e ricca nell'amore, missionaria» (*Santa Messa per la chiusura del Giubileo della misericordia*, 20 novembre 2016).

Di questa Chiesa sono espressione, innanzitutto, i nostri presbiteri. A loro va il nostro pensiero fiducioso e grato: il lavoro di ascolto, confronto collegiale e approfondimento che abbiamo condotto negli ultimi due anni in Assemblea generale, in Consiglio permanente e nelle Conferenze episcopali regionali è il segno più eloquente della stima e della cura che abbiamo per loro. Episodi di infedeltà al ministero e di oggettivo scandalo sono motivo di dolore, ma non fanno comunque venir meno la stima e l'ammirazione per il Presbiterio nel suo complesso.

Crediamo che *Il rinnovamento del clero a partire dalla formazione permanente*, più che un'esigenza di aggiornamento e qualificazione, rimandi a un mistero di vocazione che trascende l'uomo e che nessuno, quindi, può mai dare per pienamente conseguito. Nel contempo, la volontà di aiutare i sacerdoti a sostenere e alimentare la loro vocazione di discepoli dentro il presbiterio e la comunità ci ha portato a individuare alcuni ambiti precisi, sui quali investire con rinnovata convinzione: costituiscono la struttura del *Sussidio* su cui ci soffermeremo durante i nostri lavori e che richiamo in sintesi.

Innanzitutto, la relazione di amicizia con il Signore: non esiste un pascere il gregge che non sia sostanziato dall'incontro personale con Gesù Cristo e dal permanere in Lui (*Primo capitolo*). L'unicità di questo rapporto avvolge tutte le dimensioni dell'esistenza, e giustifica la consegna di sé nell'obbedienza, nella piena castità e in uno stile di distacco dai beni materiali (*Secondo capitolo*). La fraternità presbiterale impegna Vescovo e preti in esercizi di comunione, condivisione e corresponsabilità pastorale (*Terzo capitolo*). L'anima del ministero rimane la carità pastorale, segno di un sacerdozio consacrato a essere presenza di Gesù buon Pastore (*Quarto capitolo*). Di tale carità è parte la stessa amministrazione dei beni ecclesiastici: richiede la partecipazione corresponsabile della comunità, insieme a mentalità e procedimenti corretti e virtuosi, all'insegna della chiarezza e della trasparenza (*Quinto capitolo*). La conversione pastorale, che è richiesta dal cambiamento d'epoca in corso, fa sì che il presbitero sappia andare incontro a tutti, valorizzando le circostanze della vita quali occasioni di evangelizzazione (*Sesto capitolo*). In definitiva, egli porta la gioia del Vangelo, che si fa prossimità e cura, annuncio e testimonianza (*Settimo capitolo*).

Tutto questo ha sullo sfondo la vita concreta delle nostre parrocchie e unità pastorali: al riguardo, come non ricordare quanto il Santo Padre ha detto quest'estate in Polonia, rispondendo alla domanda sulla Chiesa in uscita? Ha parlato della parrocchia e l'ha descritta come luogo di accoglienza paziente per tutti, di disponibilità ai ragazzi in Oratorio, di attenzione e visita ai malati, di capacità di mettersi nelle difficoltà della gente e di andarle incontro: il presbitero che cammina su questa strada è il primo a trovarne giovamento per la sua vita di credente e di ministro (Cf. *Discorso ai vescovi polacchi*, 27 luglio 2016).

Dai presbiteri ai giovani: il volto bello della Chiesa è riflesso anche e soprattutto nelle nuove generazioni, della cui formazione siamo responsabili, accanto alle famiglie e alle altre agenzie educative. In questa luce, siamo grati al Santo Padre di aver scelto come tema della prossima Assemblea generale rrdinaria del Sinodo dei vescovi proprio *I giovani, la fede e il discernimento vocazionale*. Accogliamo, quindi, con attenzione e impegno il *Documento preparatorio*, che sentiamo affidato anche a noi come "bussola" dei prossimi mesi.

La preghiera, come pure la disponibilità ad ascoltare i giovani e a coinvolgerli in esperienze di servizio - ricordava papa Francesco ai partecipanti al Convegno vocazionale promosso dalla Cei a inizio mese - sono ciò che attira i giovani e li porta a mettersi in un cammino di *sequela Christi*. Accanto a loro, per loro e con loro, intendiamo testimoniare ragioni di vita, affascinandoli alla fede in Gesù e a cercare risposta alle domande più profonde del cuore, quelle che la cultura dominante vorrebbe distrarre o liquidare con l'offerta di strade menzognere. Educhiamo i giovani a riconoscersi "popolo del Signore, che appartiene a lui, non alla mondanità, allo spirito del mondo, alle stupidaggini del mondo…", per usare parole del Santo Padre di qualche giorno fa (*Omelia*, 20 gennaio 2017); educhiamo i giovani alla libertà, quindi a pensare con la propria testa, secondo verità: saranno portati a desiderare non solo una parte ma il *tutto* della gioia, e il suo *per sempre*, intuito in quei momenti di bellezza che si vorrebbe non passassero mai.

Sempre a livello ecclesiale, infine, viviamo in questi giorni la Settimana di preghiera per l'unità dei cristiani: sappiamo quanto sia decisiva tale unità, proprio perché il mondo creda. La nostra memoria corre con gratitudine a quel segno di forte valenza ecumenica che è stato il viaggio del Santo Padre in Svezia (*31 ottobre - 1 novembre 2016*), in occasione del quinto centenario della Riforma luterana. Come ha detto papa Francesco, «non possiamo cancellare ciò che è stato, ma non vogliamo permettere che il peso delle colpe passate **continui a inquinare i nostri rapporti». Nello spirito dell'appello contenuto nella Dichiarazione congiunta, incoraggiamo le nostre comunità a compiere ogni passo,**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-GEN-2017
da pag. 4
foglio 4 / 4
www.datastampa.it

pur piccolo, che aiuti a progredire verso la comunione fraterna.
In questa luce, vi ringrazio, cari confratelli, dell'accoglienza che avete voluto prestarmi e del confronto collegiale che assicureremo in questi giorni. Il nostro lavoro già guarda con fiducia alla prossima Assemblea generale, dove saremo chiamati a eleggere la terna relativa alla nomina del presidente della Cei.
Ci poniamo sotto la protezione materna di Maria, Madre della Chiesa e del Buon Consiglio.

cardinale Angelo Bagnasco
arcivescovo di Genova
presidente della Cei

Da sinistra Brambilla, Meini, Bagnasco e Spinillo al Consiglio permanente della Cei (Siciliani)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

24-GEN-2017
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

Il monito dei vescovi sul fine vita «Proposte di legge preoccupanti»

Il cardinale Bagnasco: la politica discute di biotestamento e dimentica le famiglie in crisi

ROMA Ricorda che «dall'inizio della crisi» nel 2007 «le persone in povertà assoluta in Italia sono aumentate del 155 per cento» arrivando a «quattro milioni e 600 mila», quindi sillaba: «A maggior ragione, in riferimento all'ennesimo rinvio sui decreti attuativi, stentiamo a capire come mai tutti i provvedimenti a favore della famiglia — che potrebbero alleviare le sofferenze e aiutare il Paese a ripartire — facciano così tanta fatica a essere realmente presi in carico e portati a effettivo compimento». Non la manda a dire, il cardinale Angelo Bagnasco, nella sua ultima prolusione da presidente al Consiglio permanente della Cei. Le famiglie arrancano e intanto «la discussione politica verte piuttosto su altri versanti, quali il fine vita».

A maggio si riunirà l'assemblea dei vescovi che voterà tre nomi da presentare al Papa per la scelta del successore di Bagnasco. Intanto il cardinale, da poco eletto presidente dei vescovi europei, torna a dare voce alla «preoccupazione» della Chiesa italiana. E ciò che aveva indicato al governo Renzi su emergenza lavoro, giovani e famiglie in difficoltà, lo ripete all'esecutivo Gentiloni, perché «la crisi economica continua a pesare, specialmente sui giovani e sul Meridione». Invece la politica si occupa di testamento biologico «con implicazioni, assai delicate e controverse, in materia di consenso informato, pianificazione delle cure e dichiarazioni anticipate di trattamento», considera: «Ci preoccupano non poco le proposte legislative che rendono la vita un bene ultimamente affidato alla completa autodeterminazione dell'individuo, sbilanciando il patto di fiducia tra paziente e medico». Così «sostegni vitali come idratazione e nutrizione assistite verrebbero equiparati a terapie, che possono essere sempre interrotte». Per i vescovi, «la risposta alle domande di senso» su sofferenza e morte «non può essere trovata con soluzioni semplicistiche o procedurali», ne va della «tutela costituzionale della salute e della vita».

Ora piuttosto è necessario pensare alla «legge delega di introduzione del reddito d'inclusione» e al «piano nazionale contro la povertà». Stessa attenzione per i migranti: il cardinale chiede «il riconoscimento della cittadinanza ai minori che hanno conseguito il primo ciclo scolastico», la terza media, e di «affidare i minori non accompagnati a case famiglia».

Un capitolo è dedicato ai sacerdoti. La Cei ha preparato un sussidio nel quale si parla dell'«incontro personale con Gesù» che giustifica «la consegna di sé nell'obbedienza, nella piena castità e in uno stile di distacco dai beni materiali». Bagnasco accenna ai recenti scandali sessuali: «Episodi di infedeltà al ministero e oggettivo scandalo sono motivo di dolore, ma non fanno venir meno la stima e l'ammirazione per il Presbiterio nel suo complesso».

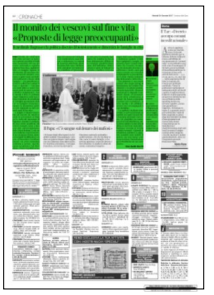
Gian Guido Vecchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è

● Il cardinale Angelo Bagnasco, 74 anni (*sopra*), dal 2007 è presidente della Cei (Conferenza episcopale italiana)

● L'ultimo appuntamento di Bagnasco da presidente Cei sarà a maggio, nell'assemblea in cui i vescovi italiani individueranno la terna dalla quale il Papa sceglierà la loro prossima guida



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Cgil: “Sistema sanitario al tracollo, 40mila lavoratori in meno dal 2009”

DIRITTI

I dati del sindacato registrano un forte calo del personale - che ha contratti sempre più instabili - , blocco del turn over e aumento dell'età media dei dipendenti. Insieme a Cisl e Uil chiede un incontro col ministro della Salute per garantire risorse sui nuovi Lea. 5 Stelle: "Il rischio che il sistema collassi cresce sempre di più"

di F. Q. | 23 gennaio 2017

COMMENTI ()

Più informazioni su: Beatrice Lorenzin, Cgil, Sanità

Blocco del **turn over** che dal 2009 al 2015 ha causato la perdita di 40.364 **lavoratori**, che arriveranno a 50mila nel 2016. In più, l’età media dei dipendenti a quota 50,1 anni, di molto superiore a quella registrata nell’intera **pubblica amministrazione**. I dati del report della **Funzione Pubblica Cgil** sullo stato del servizio sanitario analizzano la variazione dell’occupazione di un sistema che è “al **tracollo**” e che “si ‘impoverisce’, non solo nelle **risorse economiche** ma anche in quelle umane”. Rispetto al **periodo considerato** sono stati persi circa 8.000 **medici**, quasi 10.300 infermieri e 2.200 **operatori di assistenza** (Oss, Ota e Ausiliari) e 20mila lavoratori **tecnici**, riabilitativi, della **prevenzione** e amministrativi. Di questi, rileva la Fp Cgil, oltre 10mila nel solo 2015. E a causa di “blocco del turn over, emorragia occupazionale ed esplosione dell’età media”, aumenta il ricorso a forme di lavoro **precarie**.

Dai dati rielaborati dalla **Fp Cgil** emerge che cresce tra il 2014 e il 2015 la quota di personale non stabile (tempi determinati e formazione lavoro, interinali e co.co.co) di circa 3.500 unità per complessivi 43.763 lavoratori. Cala invece il ricorso a consulenze ma allo stesso tempo aumenta la spesa complessiva che arriva a 230 milioni di euro. In questo quadro si inserisce lo stato dei servizi ai cittadini e del finanziamento al servizio sanitario nazionale, giudicato “insufficiente e costantemente ridotto” e il bisogno dello

Annunci Immobiliari
Su Immobiliare.it trovi oltre 900.000 annunci di case in vendita e in affitto. Cerca ora!

DALLA HOMEPAGE

Rigopiano, settima vittima estratta da macerie
Pm: “Indagine su struttura, valanga e viabilità”

CRONACA

CRONACA
Colpi di pistola contro l’auto di Bacci L’imprenditore del Giglio magico amico di Renzi ed ex socio di Tiziano

CRONACA
Sisma, Delrio rassicura sulle dighe di Campotosto: “Ma guardia alta” Esperto: “Caso diverso da Vajont”

PIÙ COMMENTATI

Vicenza, 78mila firme contro ‘spettacolo gender’ per le scuole. Assessore regionale Donazzan: “Fedeli impedisca adesione”

Migranti, a Roma buchi nell’accoglienza. E gli sgomberi si scaricano sui cittadini

Mobbing, demansionata e costretta in 8mq. La Provincia di Alessandria dovrà rifonderle 150mila euro

sblocco del turn over. **Cgil**, Cisl e **Uil** hanno inoltre chiesto un incontro al ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** sui nuovi **Lea**, affinché le risorse per il loro finanziamento siano adeguate e venga costruita "una nuova governance, sulla base di indirizzi condivisi, mirata al superamento dei diversi modelli regionali oggi esistenti".

Il **Movimento 5 Stelle** definisce "catastrofici" i numeri che emergono dal rapporto e che definiscono un "Servizio sanitario nazionale al collasso". "Circa **40mila lavoratori** in meno nel comparto sanitario dal 2009 al 2015: un vero e proprio **esercito** – scrive **M5s** -. Fino a oggi, i governi che si sono succeduti non hanno alzato un dito. In mancanza di un'inversione di tendenza, il rischio che il sistema collassi cresce sempre di più".

Risorse e nuovi Lea – Se l'approvazione dei nuovi Lea, "auspicata da lungo tempo", è per la Fp Cgil "un passo avanti per avere prestazioni in linea con i bisogni dei cittadini, è necessario però rivedere le attuali **organizzazioni** del lavoro, in estrema sofferenza in molti territori, e fissare adeguati **standard minimi** di personale in maniera omogenea e uniforme su tutto il territorio nazionale, sui quali programmare coerentemente le **assunzioni** di **personale**, a prescindere dalle inevitabili specificità territoriali". Per il **sindacato** "non è più possibile aspettare oltre per scongiurare l'**eventualità** che l'aumento delle **prestazioni** da garantire ai cittadini, con l'attuale scarsità di risorse complessive, arrivi a creare una effettiva selezione delle prestazioni, con il rischio concreto di non poterle garantire e non solo nell'immediato". E si domandano se ad esempio, pensando al trattamento delle ludopatie, ci sia un "numero adeguato di personale formato" o se invece sia il caso di "pensare sin da subito ad assumere ed a programmare interventi formativi mirati?". La Cgil sottolinea anche la necessità del superamento del blocco del turn over "per garantire servizi ai cittadini e assicurare il funzionamento dei nuovi Lea" e l'importanza di "un adeguato piano di formazione rivolto a tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale".

di F. Q. | 23 gennaio 2017

COMMENTI ()

ARTICOLO PRECEDENTE
Mobbing, demansionata e costretta in 8mq. La Provincia di Alessandria dovrà rifonderle 150mila euro

Gentile lettore, puoi manifestare liberamente la tua opinione ma ricorda che la pubblicazione dei commenti è sospesa dalle 22 alle 7, che **i commenti per ogni articolo saranno chiusi dopo 48 ore, il massimo di caratteri consentito per ogni messaggio è di 1.500 e che ogni utente può postare al massimo 50 commenti alla settimana.** Abbiamo deciso di impostare questi limiti per migliorare la qualità del dibattito. È necessario attenersi **Termini e Condizioni di utilizzo del sito (in particolare punti 3 e 5)**: evitare gli insulti, le accuse senza fondamento e mantenersi in tema con la discussione. Tutti i commenti saranno pubblicati dopo essere stati letti e approvati, ad eccezione di quelli pubblicati dagli utenti in white list (vedere il punto 3 della nostra policy). Infine non è consentito accedere al servizio tramite account multipli. La

Cgil: "Sistema sanitario al tracollo, 40mila lavoratori in meno dal 2009"

Vai a Diritti

DIRETTORE TESTATA ONLINE: PETER GOMEZ

SEGUI ILFATTOQUOTIDIANO.IT

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-GEN-2017
da pag. 41
foglio 1
www.datastampa.it

IL SUCCESSO DELLA DONNA MEDICO CHE SA PARLARE CON IL PAZIENTE

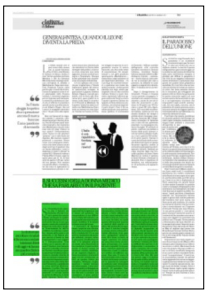
Le dottoresse ascoltano i malati si fanno raccontare i sintomi di ieri e di oggi e si fanno un quadro clinico più completo

DANIELA MINERVA

SE VI sentite male, sperate che il dottore sia femmina. Perché ci sono le prove che uomini e donne praticano la medicina in maniera diversa. E ci sono le prove che se vi cura una signora avete più probabilità di guarire e non avere ricadute. Francamente ha dell'incredibile: la medicina scientifica, basata sulle prove e sui protocolli, ci dà fiducia proprio perché si fonda su basi inoppugnabili e non soggette a interpretazioni. Cosa c'entra ora il genere del curante? Sembra una fantasia ben poco scientifica. E invece no. Perché a certificare quanto sono brave le dottoresse arrivano le vicende cliniche di oltre un milione e mezzo di ultrasessantacinquenni esaminate dai ricercatori della Harvard University, e pubblicate su *Jama Internal Medicine*. Insomma, il *gotha*. Che oggi ci dice: badate, non bastano i protocolli, le terapie basate su prove di efficacia, le linee guida rigorose. Serve che i dottori mettano il malato al centro del loro ragionare, che lo stiano ad ascoltare, che comprendano le sue difficoltà e cerchino di risolverle, anche quando non sono strettamente mediche. E in questo le donne sono più brave.

I ricercatori di Harvard hanno scoperto una diminuzione della mortalità del 4% e delle ricadute del 5% su uno spettro amplissimo di patologie: infezioni, aritmie, collassi, polmoniti, insufficienza renale. E lo spiegano proprio col modo tutto femminile di fare medicina. A partire dalle parole: le donne stanno ad ascoltare i malati, stabiliscono un rapporto migliore, si fanno raccontare i sintomi di oggi e di ieri. E finiscono col farsi un quadro clinico più completo. Nessuna magia: ascoltare i malati fornisce più informazioni, e uno schema terapeutico si disegna anche con le informazioni cliniche che solo la persona può raccontare. Il gran parlare che si fa oggi sul potere della parola, sulla cosiddetta medicina narrativa, rischia di complicare, e forse affumicare, un fatto assai semplice: solo io so dirti come sto, come stavo e cosa ho fatto; se metti queste informazioni insieme ai risultati delle analisi e ai *diktat* dei protocolli terapeutici riesci a curarmi meglio. La realtà, invece, è fatta di relazioni affrettate, frasi spezzate, spiegazioni abborracciate. Ed è fatta, in Italia, di regole capestro: 12 minuti per una prima visita, in oncologia ad esempio, è la realtà dei nostri ospedali. Lo impongono i direttori generali per calmierare i costi, lo subiscono i medici, ne soffrono i pazienti. Non solo. Il lavoro di Harvard indica che al successo delle dottoresse contribuisce la capacità di coniugare la medicina con l'attenzione alle condizioni di vita dei loro assistiti. Di guardare fuori dall'ospedale, là dove le persone vivono e dove avrà necessariamente luogo la gran parte dei gesti e dei comportamenti che determineranno se guariscono o no. Se una persona vive sola, se abita in una zona isolata o in città, se mangia decentemente, se ha accesso a terapie di supporto (dal fisioterapista al sessuologo): l'esito dello schema terapeutico che gli verrà prescritto dipende largamente da tutto ciò. Anche queste sono informazioni necessarie per decidere che cura prescrivere, e per costruire un percorso che porti alla guarigione. Le donne ci stanno più attente. Difficile dire perché, ci obbligherebbe a scomodare la storia evolutiva del cervello femminile, l'evoluzione della socialità, della maternità, della ricerca del cibo. Ma quel che preme, oggi, è la lezione del grande studio pubblicato su *Jama*: 12 minuti non bastano, e l'ospedale è solo uno dei tanti teatri dove si decide la sorte di un malato. Le donne sono in *pole position*, ma è la medicina che deve cambiare.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-GEN-2017
da pag. 24
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

RICERCA DI HARVARD

Speriamo che il medico sia femmina "Sarà più facile guarire"

DANIELA MINERVA

SE VI sentite male, sperate che il dottore sia femmina. Perché ci sono le prove che se vi cura una signora avete più probabilità di guarire e non avere ricadute.

A PAGINA 41, SERVIZI ALLE PAGINE 24 E 25

Speriamo che sia femmina

Più guarigioni e minor rischio di ricadute
Se il medico è donna
È il risultato choc di uno studio Usa sugli over 65
Le dottoresse sono attente, meno frettolose
E ascoltano i malati

Sanità di genere. Terapie più efficaci e minor rischio di ricadute. Se il medico è donna. Lo dimostra uno studio Usa sui ricoveri di over 65. Relativi a moltissime malattie. Abbiamo scoperto perché

Chiamate la dottoressa mi fa guarire meglio

GIUSEPPE DEL BELLO

FARSI operare da una donna? Per carità, mi fido solo degli uomini. E poi, non è un lavoro adatto al genere femminile. Il medico, e il chirurgo in particolare, fino a poco tempo fa erano professioni ad alto tasso maschile. Tutt'al più, alle donne era concesso di fare la pediatra o la ginecologa, al massimo l'anestesista. Pregiudizi e tabù? Certo. Ma oggi, come birilli stanno cadendo uno a uno. Una rivoluzione culturale che parte da fine anni '60 e che oggi si impone al punto che uno studio scientifico non solo promuove il valore delle donne medico, ma addirittura indica che sono più brave degli uomini in molti contesti. A certificarlo è un'indagine che, condotta da Yusuke Tsugawa dell'Harvard Medical School di Boston e appena pubblicata sul *Journal of American Medical Association (Jama)*, riserva più di una sorpresa. Che riguarda i risultati ottenuti dalle dottoresse in termini di mortalità e ricoveri. Entrambi testimoniati da numeri percentualmente inferiori a quelli dei colleghi maschi. Insomma, cure migliori e, anche se in misura limitata, guarigioni più durature. Il campione di pazienti esaminato nello studio è enorme, un milione e

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-GEN-2017
da pag. 24
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

583.028 ultrasessantacinquenni (621.412 maschi e 961.616 femmine), seguiti dal primo gennaio 2011 al 31 dicembre 2014. Con un monitoraggio a 30 giorni su mortalità e ricoveri bis. L'analisi ha riguardato patologie diverse, dalle più semplici a quelle gravi, senza tralasciare alcune variabili, inclusa l'assegnazione casuale dei pazienti ai medici ospedalieri. I camici bianchi coinvolti sono stati 58.344, di questi il 32,1 per cento donne. Sono loro ad avere totalizzato il punteggio più alto, con minor numero di prognosi sfavorevoli rispetto a quelle dei dottori. Gli analisti hanno interpretato la differenza come il frutto della maggior propensione delle donne a occuparsi di prevenzione e degli aspetti psicosociali, oltre che a dedicare più tempo alle visite. Cartelle cliniche, referti, esami diagnostici e consulenze sono la matrice investigativa su cui hanno lavorato i ricercatori per quattro anni. E in questo lasso di tempo sono stati analizzati i risultati delle cure ricevute, a 30 giorni dalla dimissione ospedaliera. In sintesi, terapie più efficaci e minor rischio di ricadute rispetto a un paziente in carico al medico maschio. Il tasso di ricadute in ospedale è stato del 15,57 per cento e 15,02, a seconda che il paziente fosse seguito da un medico uomo o donna.

Numeri inadeguati per bocciare tout court il primo e, anche, per promuovere a pieni voti le "medichesse". Né, d'altro canto, è possibile sovrapporre la situazione fotografata Oltreoceano a quella attuale del Belpaese. E allora, dato per scontato che ci si può affidare con tranquillità al dottore-uomo, c'è da chiedersi perché le donne in camice bianco riescano a ottenere risultati più lusinghieri. In Italia, su 500 primari di Chirurgia generale, solo 7 sono donne. E di queste 5 dirigono reparti di Senologia chirurgica, mentre soltanto una, Micaela Piccoli, è a capo della Chirurgia generale, d'urgenza, laparoscopica e robotica dell'ospedale di Modena. Ha "ereditato" il ruolo al vertice da Gianluigi Melotti. Un «traguardo non facile, siamo pagate meno degli uomini e raggiungiamo più difficilmente posizioni apicali», osserva, prima di dire la sua sul maggior gradimento dei pazienti: «È vero, riscuotiamo maggior gradimento anche in "campi" difficili come la chirurgia perché siamo più predisposte al colloquio e alla presa in carico quasi "materna" del paziente. E così il malato si sente seguito e, soprattutto, trattato come persona, con tutti i suoi problemi. Anche quelli non strettamente correlati alla sua patologia».

Gentil sesso di nome e di fatto corrisponde a disponibilità a tutto campo. Ma la donna sa essere anche meticolosa quando è necessario. E se la qualità in casa fa sbuffare il partner, nel mestiere diventa valore aggiunto. «La nostra maggiore attitudine alla precisione è quasi maniacale - aggiunge la Piccoli - e si ferma solo ad obiettivo raggiunto. L'intuito femminile ci aiuta anche nella diagnosi e a trovare soluzioni terapeutiche. Tutto questo senza avere problemi ad ammettere i propri limiti». Meno orgoglio e competività sotto controllo, ancora prerogative di genere. «È importante non avere paura a chiedere aiuto a chi ne potrebbe sapere di più - sottolinea - perché l'obiettivo è trovare una soluzione e non arroccarsi sulle proprie conoscenze. Gli uomini invece si mettono raramente in discussione. Con una donna a capo di un'équipe, viene stimolata la collaborazione, più della competizione. Ma se il primario è maschio è quest'ultima a prevalere. E se c'è una donna leader l'autorevolezza vince sull'autoritarismo».

Un altro modello femminile, ancora da sala operatoria, arriva da Pisa. Qui Franca Melfi dirige il centro di chirurgia robotica multispecialistica dell'azienda ospedaliera universitaria. «Sono partita facendo il chirurgo toracico - racconta - una specialità fino a poco tempo fa coniugata solo al maschile». Tanto al maschile, che quando le chiesero come si trovasse lei, minuta e piccolina di statura, in un contesto di soli uomini, non esitò un secondo a smentire l'interlocutore: «Mai visti da maschi, solo come colleghi, chirurghi. Come me». E sulla resistenza fisica, tante ore in piedi, magari in pieno ciclo? «Mestruazioni come handicap è tema vecchio e obsoleto - sospira - quando ci si concentra su qualcosa che impegna non si hanno esigenze. La mestruazione ti fa sentire solo più stanca». A cercarle, difficoltà "aggiuntive" ce ne sono, e riguardano lavoro e famiglia: rispettare il primo senza far torti a marito e figli non è facile. «Perciò io credo che la donna sia multitasking - ironizza la specialista - ed è la potenzialità che ci consente di rapportarci meglio col paziente e di essere più attente all'ascolto».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

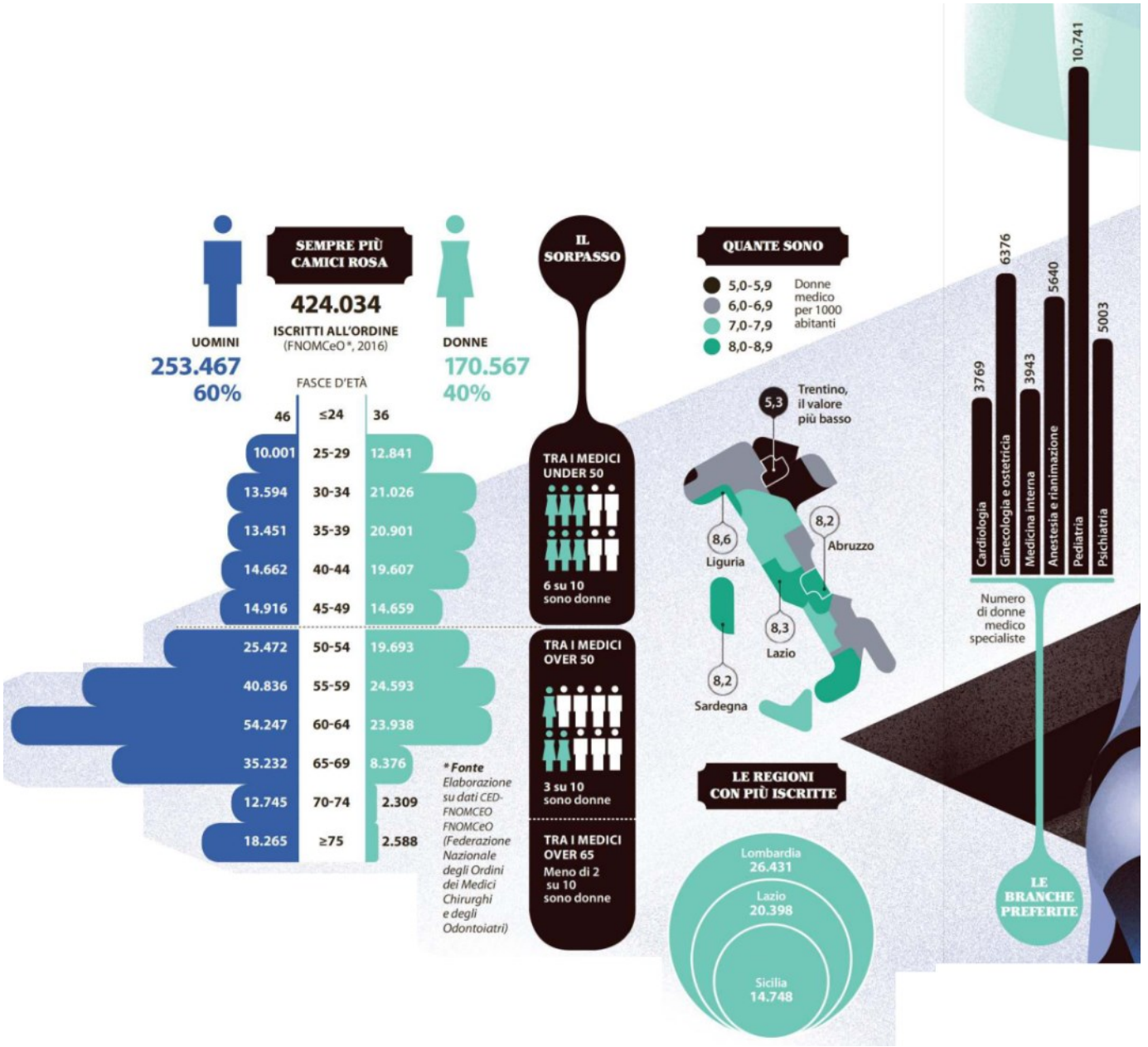
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-GEN-2017
da pag. 24
foglio 3 / 3
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media