quotidianosanità.it

Giovedì 26 GENNNAIO 2017

Fermare l'epidemia dei cesarei con la ricerca è possibile

Contrastare l'irresistibile aumento di Tagli Cesarei, anche attraverso l'aumento di parti naturali dopo il cesareo (VBAC), è stato l'obiettivo di uno studio europeo denominato Optibirth, finalmente conclusosi a quattro anni dall'inizio nel 2012. Il presupposto da cui si partì era realizzare un modello basato sulla centralità del paziente, in questo caso la donna, che avesse da una parte la forza di produrre dei cambiamenti e dall'altra l'attrattività per ottenere il finanziamento necessario

Un gruppo di operatori, in gran parte ostetriche e poi ginecologi, epidemiologi, statistici di diversi paesi europei hanno pensato ed organizzato lo studio Optibirth, che, in cifre, ha ottenuto un finanziamento complessivo di € 2,999 e ha richiesto quattro anni di lavoro, ha coinvolto 8 paesi,10 sedi universitarie, e 15 Maternità in Italia, Irlanda e Germania, paesi del sud Europa con un più basso numero di VBAC, dove sono state reclutate complessivamente circa 2002 donne.

In Italia hanno partecipato le UUOO di Ostetricia e Ginecologia di cinque sedi universitarie (Genova, Torino, Bologna, Napoli e Bari), contando sul sostegno di Opinion leader, nazionali e locali, ostetriche e ginecologi, e avvalendosi negli anni di circa 18 professioniste, tra cui una ginecologa e ostetriche con contratto co.co.co.

Il modello dello studio.
I tappa - Sono stati condotti Focus Groups con donne, i loro partner, ginecologi e ostetriche
¾ in ogni nazione con alta percentuale di VBAC: 45-55% (Finlandia, Svezia, Olanda) con 2 gruppi di 6-8 donne e gruppi di personale sanitario per un totale di 12 gruppi

¾ in ogni nazione con bassa percentuale di VBAC: 29-36% (Irlanda, Germania Italia) con 2 gruppi di 6-8 donne e gruppi di personale sanitario per un totale di 12 gruppi.

In questo modo abbiamo preliminarmente conosciuto il loro parere sugli ostacoli al parto vaginale, in particolare dopo TC, e i problemi e i suggerimenti delle gravide e degli operatori.

II tappa - Interventi antepartum focalizzati sulla donna per aumentare i tassi di VBAC e sostenere le donne.
Interventi focalizzati sul personale sanitario per aumentare I tassi di VBAC, sostenere le donne e le paure dei clinici.

Lo strumento è un programma innovativo di informazione e sostegno alle donne con un precedente taglio cesareo attraverso uno studio randomizzato, **da svolgersi in almeno due incontri durante la gravidanza, in cui l'ostetrica e il ginecologo portavano il peso delle evidenze scientifiche e della propria esperienza clinica per far sì che la donna potesse scegliere in libertà e con le corrette informazioni l'opzione più adeguata ai propri bisogni**. L'intervento è strato somministrato nelle sedi caso, mentre in quelle controllo le donne hanno ricevuto il trattamento standard. In Italia i centri caso sono stati: Genova, Bologna e Napoli.

III tappa - Sviluppo di sito internet e applicazioni per smartphone con dati di letteratura fruibili per donne, ostetriche e ginecologi (**www.optibirth.eu**)
I risultati dello studio, in corso di pubblicazione, sono stati presentati al Parlamento Europeo alla fine del 2106,e successivamente nei paesi partecipanti, per arrivare oggi, 26 gennaio, in Italia con il convegno promosso al Senato (Vedi programma).

L'esperienza Otpibirth ha costituito la filigrana con cui guardare ad un fenomeno che alla fine non è così solo

italiano. I fattori sono molteplici, e vanno dall'abbandono dell'arte ostetrica, che riguarda le sedi della formazione, alla decorporeizzazione della donna, che dovrebbe riguardare tutta la società, colpevolmente assente dal punto di vista educativo e preventivo, e alla qualità dell'assistenza, oggi derubricata alla sola presenza degli standards di efficienza e sicurezza. Infine, ma non per importanza, il tratto comune a tutte le società soprattutto nel sud dell'Europa è il pervicace attaccamento a quella concezione del ginecologo "medico per le donne" che, nata nel secolo scorso negli USA, rappresenta ancora oggi il più forte propulsore dell'epidemia dei cesarei.

Una donna, anche ben informata, per partorire si affida al suo ginecologo, ma il professionista di cui la donna ha fiducia è quello che le dice che non ce la farà a partorire (o non la rinforza sulla sua innata capacità). E a questo punto ben poche riescono a sfuggire a una sorta di "sindrome di Stoccolma", continuando, come succede in Italia, a scegliere lo specialista privato nell'88.5% dei casi.

La donna diventa "proprietà" del suo curante, soprattutto dove la medicina è privata: succede a Napoli (dove abbiamo avuto difficoltà a reclutare le donne) come nelle cliniche private in Bulgaria, e in tutti i paesi dell'Est, ma anche in Irlanda, e perfino in Germania, dove comunque lo specialista ha un ruolo preminente. In regime privato o semi privato, lo specialista guida il suo pacchetto di "anime morte" verso una clinica o verso un ospedale, a seconda della compiacenza o meno dei direttori, determinando su base eminentemente commerciale la permanenza o meno nel cut off dei numero di parti (cesarei) per anno.

L'Italia all'inizio dello studio vantava con il suo 38% il primato europeo dei TC, e della "resistibile ascesa" del TC in Italia si parla da tempo. Non è la quantità di riferimenti al TC ad essere inadeguata, visto che da almeno dieci anni sono state intraprese iniziative parlamentari, di solito esiti di confronto tra esperti, di solito concentrate sulla proporzione inversa tra numero alto di TC e numero basso di parti(<500 per anno), da cui la convinzione che per diminuire i TC bisognava chiudere i piccoli ospedali.

Così il mantra dei piccoli ospedali è diventato un leit motiv, senza studi clinici, senza un disegno alternativo, come per i tagli indiscriminati dei posti letto in tutto il paese. Ma come efficace contrasto ai TC il riferimento a ospedali e numero di parti non riesce. Il parto non è assimilabile a malattia, non ha puntate epidemiche né stagionali, e soprattutto non è in agenda il suo spostamento in luoghi alternativi, o sul territorio. Il parto rimane, comunque, con crisi o spending review, solo a parole un life event, ma di fatto un costrutto subculturale di "rischio e sicurezza" che richiede un ospedale con un numero annuo di parti adeguato, la presenza di molteplici professioni e un setting almeno di II o III livello.

Questa riduzione agli antipodi della normalità e della fisiologia della nascita ha molteplici fattori ed attori. Ma pochi controllori. E distratti decisori. Per cui l' "epidemia"di TC non è affrontata-e compresa- nei suoi aspetti clinici, epidemiologici, ecologici e culturali. Come più volte denunciato, vorremmo parlarne dalla radice, e non guardando agli esiti. In una società matura non si può affrontare questo fenomeno attribuendolo colpevolmente alle presunte paure delle donne. Attraverso questo studio abbiamo conosciuto, nell'arretrato Sud, donne tanto coraggiose (e ostetriche tanto competenti) che, in assenza di una reale offerta ospedaliera, hanno scelto di partorire, anche a casa, dopo uno, due o tre TC. Come si fa "normalmente" in UK, o nel nord Europa.

Finalità e risultati dello studio.
Con il progetto Optibirth per la prima volta è stato possibile un intervento "dal basso", vicino ai problemi delle donne e dei clinici, con la rara opportunità di discutere faccia a faccia, dai direttori alle ostetriche ai ginecologi, nei luoghi della cura. Dove le donne arrivano con domande e fiducia, e voglia di scegliere, e gli operatori sono costretti tutti i giorni a fare i conti con vecchie vocazioni, nuove restrizioni, guadagni meno consistenti e la irresistibile voglia di facilità.

Con la proposta di incontri di informazione, formazione e sostegno siamo entrati nella realtà della assistenza quotidiana, ed affrontato la diffidenza, lo scetticismo, la ridicolizzazione, la distanza. Abbiamo visto con i nostri occhi dovunque un copione che ben conoscevamo. Ma altro è parlare ai tavoli o in conferenze, altro è chiedere incontri in piccoli gruppi, proporre un progetto accuratamente predisposto, con tempi ed obiettivi, ascoltare e riproporre gli aspetti scientifici, culturali ed empatici previsti dall' intervento. Altro è guardare dati sconfortanti e inviare raccomandazioni, altro è insistere, resistere all'unica chiave di lettura della responsabilità professionale, programmare l'ennesimo viaggio per un altro incontro idealmente meno deserto del precedente, in termini di presenze di ginecologi e delle relative pazienti. Il mondo della "moderna" assistenza alla nascita sembra un pianeta a parte, e così i suoi abitanti. In effetti la narrazione istituzionale e mediatica è oramai focalizzata più alle difficoltà della riproduzione che ai primati del parto chirurgico, e l'epidemia dei cesarei sembra non interessare nessuno.

Per questo era importante aderire ad un progetto che ci facesse sentire parte di una comunità culturale e scientifica, quella europea; partecipare ad un programma costruito insieme e quindi condiviso, tenendo conto delle varie realtà locali, con un finanziamento adeguato e trasparente, una tabella di marcia prestabilita. Questa esperienza è stata significativa anche per dimostrare che cosa può funzionare, non solo in termini numerici, per promuovere la normalità del parto (abbiamo riscontro degli esiti di eventuali progetti per contrastare il TC in Italia utilizzando i finanziamenti erogati negli anni alle Regioni?).

Il coinvolgimento delle ostetriche, principali mediatrici del rapporto empatico, era la grande scommessa del progetto, nato da studi pensati soprattutto nell'ambito della Midwifery. **Laddove in Italia le ostetriche hanno interpretato il loro ruolo e la antica saggezza, si può dire che lo studio ha funzionato**. Ancor più delle evidenze scientifiche, la *compassionate care*, la loro presenza continua e rassicurante, ha fatto la differenza.

E infine la risposta delle donne: se messe in grado di godere di un sostegno culturale ed affettivo, pur nel costante assedio di curanti, parenti ed amici, sono riuscite ad arrivare in sala parto forti della loro competenza. Aldilà del grande sforzo innovativo e delle notevoli resistenze che dovunque ha incontrato, lo studio Optibirth ha segnato una svolta nella promozione della normalità della nascita.

Soprattutto in Italia. Mettendo in campo "solo" la forza disarmata di un intento educativo e della vera possibilità di scegliere, promuovendo dal basso il protagonismo della donna e la compartecipazione dei clinici, ha per la prima volta proposto un modello di triangolazione che inchioda tutti e tre gli attori attualmente presenti nei luoghi del parto al rispetto dei confini, tra dignità e affidamento, tra onestà e responsabilità.

Sandra Morano
Principale Investigatrice Optibirth Italia

ANSAit

26-01-2017

http://www.ansa.it

Ministro e Regioni, opportuna legge su obbligo vaccini

Tema "discusso e condiviso" tra assessori e Lorenzin

C'è l' esigenza di arrivare in tempi relativamente brevi ad una legge nazionale sulla obbligatorietà delle vaccinazioni, "anche per garantire un'offerta vaccinale uniforme in tutte le zone del Paese". Anche di questo si è parlato nel corso di un incontro presso la sede del ministero della Salute, fra il ministro Beatrice Lorenzin e gli assessori delle Regioni e delle Province autonome per la verifica e l'avvio del nuovo Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2017-19.

"Le nuove vaccinazioni contenute nel piano - ha spiegato Saitta - sono comprese nei nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea) e conseguentemente, come è emerso nel colloquio con il ministro, si pone l'esigenza di una condivisione Stato-Regioni del percorso applicativo. Occorre un calendario vaccinale che stabilisca le priorità e la tempistica delle somministrazioni, in modo progressivo e graduale. Un obiettivo che va raggiunto nello stesso momento in cui si ripartiranno le risorse stanziate a riguardo, 100 milioni di euro, dalla legge di bilancio. Sarà poi fondamentale attivare una campagna di comunicazione condivisa fra il ministero e le Regioni proprio per supportare l'offerta vaccinale". Nel corso dell'incontro è stato inoltre affrontato il tema dell'attuazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea). "In particolare abbiamo concordato di lavorare per un'intesa che definisca le tariffe massime per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Infine - ha concluso Saitta - è necessario intensificare il lavoro e il confronto con la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, attraverso un raccordo stretto e costante fra i rappresentanti delle Regioni e quelli dei ministeri. E a riguardo sono auspicabili le prime conclusioni entro la fine di febbraio". L'assessore ha definito l'incontro "utile e importante: ha consentito di porre le basi per garantire un'applicazione omogenea del piano su tutto il territorio nazionale".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 59.807
Diffusione 09/2016: 40.854
Lettori Ed. II 2016: 712.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

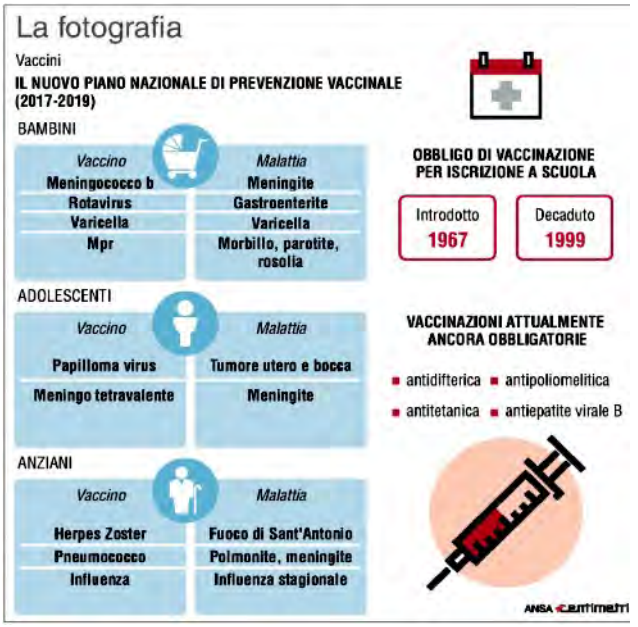
Dir. Resp.: Alessandro Barbano

27-GEN-2017
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

La prevenzione

Vaccini obbligatori, in arrivo la legge nazionale

Accordo tra Stato e Regioni. Tempi brevi, assicurata la copertura per nidi e materne



I dissensi
In campo il comitato dei genitori della Toscana Contraria anche la Lombardia

Carla Massi

ROMA. È molto vicina una legge che, in ogni Regione, obbliga alle vaccinazioni tutti i bambini che vengono iscritti ai nidi e alle materne pubbliche e private. A oggi solo l'Emilia Romagna è pronta, con questa normativa, a partire dal prossimo anno scolastico. La maggior parte delle amministrazioni, durante l'incontro Stato-Regioni, avrebbero votato per il sì. Ora sarà il ministro della Salute Beatrice Lorenzin («Non ancora è un accordo» precisa)che dovrà occuparsi di emanare un provvedimento nazionale dopo un incontro con il ministro dell'Istruzione. Un percorso, dunque, sembra ormai tracciato. Il documento sarà presentato in Parlamento.

A poco più di un anno di distanza dall'allarme sul calo vaccinazioni nel nostro paese, ora si cambia rotta. Si era arrivati sotto la soglia minima raccomandata dall'Organizzazione mondiale della sanità pari al 95% della popolazione. Tornando ad una condizione, che era stata cambiata diciotto anni fa. L'obbligo di vaccinarsi per poter essere iscritto a scuola è decaduto nel 1999, dopo che per oltre trent'anni, e cioè dal 1967, era stato indispensabile per entrare in classe. Oggi è possibile frequentare la scuola anche senza essere vaccinati.

Le profilassi oggi obbligatorie sono l'antidifterica, antitetanica, antipoliomelitica e antiepatite virale B. Tutte le altre sono volontarie. Ma, l'obiettivo è proprio quello di intervenire con una legge anche su queste.L'altra settimana, l'avvio del Piano nazionale vaccini, ora è vicino un altro passo. «Con il Piano - spiega Walter Ricciardi, ordinario di igiene all'università Cattolica e presidente dell'Istituto superiore di sanità - riusciremo ad eliminare le disparità attualmente esistenti tra le Regioni. L'intesa è stata raggiunta all'unanimità». Antipneumocosso e Zoster per gli anziani, antimeningococco b, rotavirus e varicella per i più piccoli, antipapillomavirus anche agli adolescenti maschi. Sono una parte dei nuovi vaccini che saranno offerti a breve gratuitamente dal sistema sanitario. Quattrocentotredici milioni di euro per il triennio 2017-19 è la stima delle spese derivanti dall'inserimento delle nuove vaccinazioni nel Piano nazionale di prevenzione. Lo stanziamento è previsto nella legge di bilancio 2017.

L'Emilia Romagna è stata la prima a darsi un normativa secondo la quale, per iscrivere i bambini al nido alla materna, occorre il certificato delle vaccinazioni previste. Il suo è stato seguito a ruota da altre Regioni. Friuli e Toscana per esempio, parole di Ricciardi, «sono state tra le più coraggiose ma ora si decide di prendere un'iniziativa a livello nazionale e, questo, è storico».

Il fronte del "No" alla profilassi ha già alzato la voce dopo l'annuncio delle Regioni. Oltre 1500 sono gli aderenti al gruppo su Facebook "Genitori del NO" in Toscana. L'intenzione è quella di costituirsi in comitato contro la proposta di legge sull'obbligatorietà. E altri gruppi stanno nascendo in diverse zone. «Ho appreso con stupore la conclusione a cui si è giunti nell'incontro tra il ministro Lorenzin e una delegazione degli assessori alla salute delle Regioni. La Lombardia non è assolutamente d'accordo perché riteniamo che gli obblighi non producono l'effetto di radicare nei cittadini la consapevolezza dell'utilità dei vaccini», commenta l'assessore al Welfare regionale Giulio Gallera.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

27-GEN-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Legge sui vaccini a scuola, c'è l'accordo

Idea condivisa tra ministero e Regioni: «Passo storico». Critica la Lombardia: «Noi non ci stiamo»

ROMA Dopo le apripista Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Toscana, che si sono dotate di leggi autonome, le Regioni spingono per la reintroduzione dell'obbligo di vaccinazioni per i bambini. Per essere iscritti a scuola dovranno farle, sostengono gli assessori, in accordo con la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. L'idea condivisa è di arrivare a una normativa nazionale. Bisognerà decidere a che livello intervenire. Nido, asilo, materna in generale? Si vedrà.

Il vincolo di presentare la certificazione potrebbe essere applicato non solo ai vaccini di base (poliomelite, tetano, difterite, epatite b) ma anche a quelli raccomandati, cioè proposti senza vincoli dai pediatri nei primi due anni di vita. Parliamo di morbillo, parotite, meningite, pertosse o varicella la cui pericolosità viene sottovalutata dalle famiglie malgrado siano ricomparsi provocando in certe aree europee piccole epidemie e focolai.

Da quest'anno i vaccini incasellati nel calendario 2017-2019 appena entrati nell'elenco delle prestazioni del servizio sanitario pubblico (Lea) devono essere promossi gratuitamente e senza ticket da tutte le Asl. «C'è l'esigenza di arrivare in tempi relativamente brevi a un testo nazionale per garantire uniformità di comportamenti», ha affermato la ministra dopo aver incontrato gli assessori alla Salute. Ora sottoporrà la questione alla titolare dell'Istruzione e al governo.

Unanime la volontà che il Parlamento cominci a discuterne. L'obbligo era stato introdotto nel 1967 e soppresso nel 1999 ritenendo che il terreno fosse pronto per lasciare libertà di scelta. Oggi è possibile portare i piccoli a scuola senza proteggerli dalle quattro malattie che tanti morti hanno mietuto nei tempi passati. Se l'alunno è sprovvisto del certificato, il preside può fare segnalazione alla Asl, meccanismo raramente attivato. Ma il calo drastico delle adesioni ai programmi di prevenzione (la soglia di copertura è scesa sotto il 95 per cento ritenuto di sicurezza) ha riportato in auge il vecchio modello.

Ripensamento «storico» secondo Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di sanità: «Alcune Regioni sono state coraggiose, prendendo decisioni autonome, però è necessario agire insieme».

Favorevole l'assessore del Piemonte, Antonio Saitta, coordinatore dei colleghi: «Occorre stabilire priorità e tempistica. Aspettiamo che i fondi, 100 milioni stanziati dall'ultima Finanziaria, vengano ripartiti. Serviranno campagne di informazione ai cittadini». Contrario, invece, Giulio Gallera, assessore lombardo al Welfare, perché, ha detto « gli obblighi non producono l'effetto di radicare nei cittadini la consapevolezza dell'utilità dei vaccini».

La Federazione dell'ordine dei medici (Fnomceo) ha raccomandato di segnalare alle commissioni disciplinari gli iscritti che remano contro.

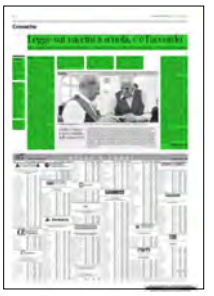
Netta contrarietà da parte del Codacons.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le tappe

- L'obbligo di vaccinare i bambini per poterli iscrivere a scuola in Italia è stato introdotto nel 1967
- Nel 1999 l'obbligatorietà è stata rimossa: la norma attuale prevede che se il certificato di vaccinazione non viene presentato i bambini sono comunque ammessi alla scuola dell'obbligo e agli esami
- Ora si pensa di reintrodurre l'obbligo di vaccinazione



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
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

27-GEN-2017
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

IL CASO / APPELLO DELLE REGIONI A LORENZIN. SI SFILA SOLTANTO LA LOMBARDIA: "LA BATTAGLIA DEVE ESSERE CULTURALE"

Vaccini obbligatori per legge, primo passo

Ora la ministra sottoporrà al governo la richiesta Favorevoli anche l'Iss e i medici generici

ELVIRA NASELLI

ROMA. Vaccini obbligatori per chi si iscrive alla scuola d'infanzia e dell'obbligo. Gli assessori delle Regioni e delle Province autonome, che ieri hanno incontrato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, hanno chiesto quasi all'unanimità una legge in tempi rapidi per decidere come attuare nel miglior modo possibile il nuovo Piano 2017-2019, che prevede l'offerta gratuita di alcuni nuovi vaccini come quello contro il meningococco B agli adolescenti o l'Hpv anche per i maschi. Vaccini che — insieme ad altri — entrano a far parte dei Lea, ovvero i livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti a tutti i cittadini. In qualunque regione abitino. Ma la Lombardia si dissocia. E non perché non sia convinta sostenitrice dell'importanza dei vaccini. Ma perché ritiene che l'obbligatorietà non sia il modo giusto per ottenere un aumento di copertura.

In ogni caso la richiesta delle regioni - che Lorenzin porterà al Governo, arriva dopo mesi di psicosi per i casi di meningite mortale in tutta Italia, e dopo che Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e la città di Trieste avevano già deciso di riservare l'accesso a nidi e scuole materne ai soli bambini vaccinati. L'idea di una legge, che possa dare una risposta concreta al problema dell'abbassamento della soglia dei bambini immunizzati, e al rischio che la cosa comporta, piace a molti, a partire dal presidente dell'Istituto superiore di Sanità, Walter Ricciardi, epidemiologo, che sottolinea come un provvedimento del Governo garantirebbe accesso uguale a tutti i cittadini. E Claudio Cricelli, presidente dei medici di medicina generale della Simg, rilancia proponendo l'obbligo per i dottori del servizio sanitario di accettare le leggi dello Stato. Pena, si è visto negli ultimi mesi, la radiazione dall'albo dell'Ordine dei medici.

Ed è ancora più severo Alberto Villani, presidente della Società italiana di Pediatria. «Se non c'è altra strada, ben venga la legge — risponde dall'ospedale Bambino Gesù, dove lavora, e dove è stata ricoverata per meningite un'adolescente romana, non vaccinata, che, per fortuna, non è più grave — bisogna che si capisca che tutte quante le vaccinazioni sono una misura di sanità pubblica irrinunciabile. E il rumore di pochi — gruppi antivaccini, associazioni di consumatori, persino alcuni deprecabili colleghi — non può danneggiare tutti quanti».

Le Regioni hanno anche proposto al ministro l'istituzione di una banca dati dei vaccinati. «L'obiettivo è che ogni Regione abbia la sua — spiega Antonio Saitta, assessore del Piemonte e coordinatore della Commissione salute della Conferenza delle Regioni — dalla quale risultino bambini e adulti già vaccinati, quelli che ancora non lo hanno fatto e quali conseguenze ha prodotto il vaccino, in modo da poter disporre di un quadro epidemiologico completo». Idea facile da mettere in atto. Ed economica.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

ALLA GUIDA
La ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. Le Regioni chiedono al governo una legge che renda obbligatori i vaccini

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 305.426
Diffusione 09/2016: 216.818
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

27-GEN-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

«All'asilo solo con il vaccino» Sarà obbligatorio in tutta Italia

Le Regioni verso il sì alla proposta del Governo: una legge nazionale

REAZIONI E POLEMICHE

Prudente il ministro Lorenzin «Proficua interlocuzione» Alcuni sindaci sono contrari

Bruno Ruggiero
ROMA

LE POLEMICHE sulla necessità di vaccinarsi contro l'influenza precoce e aggressiva, seguite dalle crisi di panico per i casi di meningite, alla fine hanno ricompattato il ministero della Salute e gli Enti locali sulla parola d'ordine della prevenzione. Ora l'obiettivo condiviso è «una legge nazionale in tempi brevi» per stabilire l'obbligatorietà dei vaccini per l'accesso dei bambini al nido e alla scuola materna su tutto il territorio nazionale. È quanto concordato nell'incontro tra il ministro Beatrice Lorenzin e gli assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province autonome per la verifica e l'avvio del nuovo Piano nazionale della «copertura vaccinale 2017-19». Un'intesa preliminare che il coordinatore della commissione Salute della Conferenza delle Regioni, Antonio Saitta (a sua volta assessore in Piemonte), ha definito «utile e importante». In serata, con una nota ministeriale, Beatrice Lorenzin, evidentemente consapevole che il percorso rimane accidentato e che in diverse zone d'Italia le diffidenze sull'argomento non sono sopite, ha preferito parlare di «una proficua interlocuzione su un tema di grande interesse per le famiglie italiane».
La decisione segue quella presa dalle Giunte di Toscana ed Emilia-Romagna, che hanno varato da poco la legge per rendere obbligatorie le vaccinazioni dei bambini che si iscrivono al nido o alla materna.

ORA L'OBIETTIVO della decisione di adottare una norma a livello nazionale è quello di evitare provvedimenti 'a macchia di leopardo' e garantire l'uniformità dell'offerta vaccinale in tutta Italia. Spiega Saitta: «Le nuove vaccinazioni contenute nel Piano sono comprese nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) e conseguentemente, come è emerso nel colloquio con il ministro, si pone l'esigenza di una condivisione Stato-Regioni del percorso applicativo».
Un risultato considerato positivo anche dal presidente dell'Istituto superiore di sanità Walter Ricciardi: «Un passo storico che fa chiarezza anche sull'importanza della vaccinazione per la tutela della salute collettiva e sottolinea il valore etico di un presidio che resta un atto di responsabilità soprattutto nei confronti delle fasce di popolazione più fragili come i bambini, gli anziani o le persone immunodepresse».
Ma non mancano le incognite. Ad esempio, il sindaco di Prato nonché presidente dell'Anci Toscana, Matteo Biffoni, commenta la possibilità ventilata dal primo cittadino di Livorno, Filippo Nogarin (Cinquestelle), di studiare un percorso procedurale per non applicare ai nidi e alle scuole dell'infanzia della sua città la norma regionale proposta. «Dal punto di vista tecnico ho le mie perplessità che si possa aggirare la norma – dice Biffoni –. Ognuno farà le proprie valutazioni ma si assumerà anche la responsabilità politica».
Il Codacons, intanto, si dice pronto a rivolgersi «alla Corte europea dei diritti dell'uomo per bloccare un'iniziativa che è violenza nei confronti delle famiglie».

Focus

Niente certificato da quasi vent'anni

L'obbligo di vaccinarsi per poter essere iscritto a scuola decadde nel 1999, dopo che per oltre trent'anni, e cioè dal 1967, era stato indispensabile per l'iscrizione.

La scheda

Bambini

Nel primo anno di vita sono introdotti vaccini gratuiti contro meningococco b e il rotavirus. Nel secondo anno di vita si potrà fare, invece, quello contro la varicella

Adolescenti

Il vaccino contro il Papillomavirus (Hpv), oggi gratuito per le adolescenti, sarà esteso anche ai maschi. Agli adolescente verrà poi offerto anche il meningo tetravalente

Anziani

Viene introdotto gratuitamente il vaccino contro l'Herpes Zoster. Sarà poi offerto (superando la frammentazione oggi registrata) il vaccino contro il pneumocco

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

27-GEN-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

SANITÀ

Intesa governo-Regioni «Vaccini obbligatori per iscriversi a scuola»

Il ministro Lorenzin: «Legge in tempi brevi» In arrivo l'anagrafe vaccinale nazionale

RICCIARDI (ISS)

«Grande passo avanti sul fronte della tutela della salute pubblica»

Patricia Tagliaferri

Roma L'accordo c'è ed ora è soltanto una questione di tempo perché in Italia ci sia una legge che renda obbligatori i vaccini ed impedisca, come accade adesso, di poter essere ammessi a scuola senza certificato di vaccinazione. Un provvedimento dovrebbe arrivare al più presto in Parlamento, assicurano al ministero della Salute al termine dell'incontro di ieri tra il ministro Beatrice Lorenzin e gli assessori delle Regioni e delle Province autonome per la verifica e l'avvio del piano nazionale vaccini 2017-2019.

Dopo il primo passo di Toscana ed Emilia Romagna, le cui giunte regionali hanno già reso obbligatorie le vaccinazioni per i bambini che vanno al nido o alla materna, tutte le Regioni all'unanimità hanno condiviso con la Lorenzin l'esigenza di arrivare in tempi brevi ad una legge nazionale sull'obbligatorietà dei vaccini previsti dal nuovo piano e compresi nei nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea), anche per garantire un'offerta vaccinale uniforme in tutte le zone del Paese e per evitare un federalismo personalizzato a seconda delle regioni. «È un accordo importante - commenta il presidente dell'Istituto superiore di Sanità, Walter Ricciardi - che fa chiarezza sull'importanza della vaccinazione per la tutela della salute collettiva e sottolinea il valore etico di un presidio che resta un atto di responsabilità soprattutto nei confronti delle fasce di popolazione più fragili come i bambini, gli anziani o le persone immunodepresse, soprattutto nelle comunità ristrette come per esempio le aule». Le Regioni hanno proposto alla Lorenzin anche un'anagrafe vaccinale nazionale. «L'obiettivo è che ogni Regione abbia la sua banca dati - spiega Antonio Saitta, assessore della regione Piemonte e coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni - dalla quale risultino tutti i bambini e gli adulti che si sono già vaccinati, quelli che ancora non lo hanno fatto, e quali conseguenze ha prodotto il vaccino, in modo da poter disporre di un quadro epidemiologico completo». Poi servirà un calendario vaccinale che stabilisca priorità e tempi delle somministrazioni, in modo progressivo e graduale. «Un obiettivo - spiega Saitta - che va raggiunto nello stesso momento in cui ripartiranno le risorse stanziate, 100 milioni di euro dalla legge di bilancio».

Ma c'è chi ai vaccini obbligatori è contrario ancor prima che si arrivi ad una legge nazionale. Come il sindaco M5S di Livorno Filippo Nogarin, che su *Facebook* ha espresso la sua contrarietà alla decisione della giunta toscana di non lasciare scelta ai genitori che intendono mandare i propri figli a scuola: vaccini o niente iscrizione. «Una forzatura insopportabile», secondo lui. Poi c'è il Movimento italiano genitori che ritiene «inaccettabile ed incostituzionale l'annuncio del ministero». Il Moige dice no ad «un sistema coercitivo che nega la libertà di cura».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sanità24 | Il Sole 24 ORE

26-01-2017

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

DAL GOVERNO

Piano vaccini, ecco la proposta delle Regioni. Il calendario e le richieste al Governo

di *Lucilla Vazza*

Anteprima/ Una programmazione condivisa e il calendario con le tappe per i prossimi due anni. Così in tre pagine, nella seduta di ieri, la conferenza dei presidenti delle Regioni ha prodotto un documento con le tappe per l'attuazione del Piano di prevenzione vaccinale 2017-19.

Un "canovaccio" da cui partire per realizzare in concreto l'applicazione del piano vaccinale approvato nei giorni scorsi. Nel dettaglio, la tempistica di introduzione delle nuove vaccinazioni «in offerta attiva e gratuita», si specifica nel documento. Si comincia da qui, insomma. Con richieste molto chiare al Governo scritte nero su bianco. A partire dal dato di fatto che le attività per l'attuazione del piano comporteranno un carico di lavoro aggiuntivo per i servizi vaccinali delle Regioni, visto che gia nel 2017 sono previsti almeno quattro passaggi aggiuntivi dedicati alle vaccinazioni per i bambini nel primo anno di vita.

Il nodo organizzativo

Una mole organizzativa che deve necessariamente tradursi nella possibilità da parte delle Regioni di potenziare iservizi vaccinali delle Asl «assumendo operatori sanitari dedicati e formati sulla pratica delle vaccinazioni (sia medici che assistenti sanitari e infermieri) e di adeguare le strutture (ambulatori vaccinali, sale di attesa e altro) in base al flusso di utenti determinato dal nuovo Pnpv 2017-2019». Per questo, chiedono le Regioni, «in questa fase Appare ancora alquanto intempestivo e prematuro pensare a un coinvolgimento diretto

dei Mmg e dei Pls nell 'offerta vaccinale demandando loro sia le vaccinazioni pediatriche che quelle dell'adulto».

L'offerta vaccinale nel suo complesso è un processo che prevede requisiti organizzativi e strutturali specifici oltre alla «necessità di valorizzare ed utilizzare al meglio le professionalità e competenze proprie degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione , non separando l'attività di profilassi da quella di sorveglianza e controllo».
L'affidamento dell'offerta vaccinale a Mmg e pedatri dovrebbe comportare, specificano le Regioni: «anche lo svolgimento di compiti organizzativi quali chiamate, registrazione, sorveglianza oltre alla disponibilità degli elementi necessari per garantire la sicurezza del processo (mantenimento catena del freddo, gestione delle reazioni avverse ecc) che non paiono immediatamente realizzabili; per contro si ritiene importante favorire quelle sinergie che valorizzino il ruolo che il curante, sia medico che pediatra di famiglia, svolge a sostegno dell'offerta vaccinale del Ssn».
Per tutti questi motivi, le Regioni sottolineano che con le regole contrattuali vigenti, «la loro partecipazione all'offerta vaccinale risulterebbe essere più onerosa rispetto al potenziamento dei servizi vaccinali».

Il nodo risorse

Nel documento si sottolinea che l'implementazione del nuovo Pnpv 2017-2019 e l'introduzione delle nuove vaccinazioni«non possono essere svincolati dalla sicurezza delle risorse economiche da dedicare sia all'acquisto dei nuovi vaccini di prossima introduzione sia alle risorse organizzative (incremento nuovo personale)».
Per questo, oltre alle risorse economiche aggiuntive, per far fronte all'introduzione del nuovo calendario vaccinale, le Regioni chiedono al ministero della Salute di assicurare:

- strumenti contrattuali e giuridici che consentano di agire in modo efficace e concreto nei confronti dei sanitari che si oppongono alle vaccinazioni;

- allineamento degli strumenti normativi in tema di offerta vaccinale per superare l'antistorica distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni facoltative: si propone di adottare un unico istituto normativo che, abrogando le norme precedenti, classifichi e definisca in modo univoco tutte le vaccinazioni che il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale prevede siano offerte in modo attivo e gratuito sul territorio nazionale come raccomandate;

- attivazione di una campagna di comunicazione a supporto dell'offerta vaccinale da parte del ministero della Salute condividendo con le Regioni obiettivi, contenuti, strumenti e pianificazione che renda evidente, in una logica di sistema, l'univocità dell'offerta ai cittadini su tutto il territorio nazionale.

IL CALENDARIO

Anno 2017

• Introduzione della vaccinazione contro il meningococco B ai nuovi nati coorte 2017;

• Introduzione della vaccinazione anti-meningococco ACWY (una dose) nell'adolescente che va a sostituire la vaccinazione anti-menigococco C. La vaccinazione anti-meningococco ACWY deve essere somministrata sia a chi in passato abbia già ricevuto una dose di meningococco C, sia a chi nell'infanzia non abbia mai effettuato tale vaccinazione.
• Introduzione della vaccinazione anti-pneumococco nei soggetti adulti a partire dalla prossima stagionale antinfluenzale 2017-2018. Tale offerta può anche avvenire durante tutto l'anno solare disgiunta dalla campagna antinfluenzale. La coorte target destinataria dell'offerta è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età.
• Introduzione della vaccinazione anti-varicella ai nati a partire dalla coorte 2016, offerta a 13-15 mesi mediante il vaccino combinato quadrivalente Mprv (morbillo.-parotite-rosolia-varicella).
• Introduzione della vaccinazione anti-rotavirus ai soggetti a rischio (bambini nati pretermine o piccoli per età gestazionale, bambino viaggiatore in zone a rischio per inadeguata assistenza sanitaria, affetti da patologie croniche dell'apparato circolatorio, nefrourinario, nervoso centrale, respiratorio, metabolico con diagnosi entro il 3° mese di vita che comportano frequenti ospedalizzazionj).

Anno 2018
• Introduzione della vaccinazione anti-rotavirus a tutti i nati a partire dal 1° gennaio 2018, somministrata per via orale, e raccomandata a tutti i bambini a partire dalla 6° settimana d vita (2 oppure 3 dosi a seconda del prodotto) in co-somministrazione con le altre vaccinazioni previste in questa fascia di età.
• Introduzione della vaccinazione anti-HPV anche nel maschio a partire dalla coorte dei nati nel 2007.
• Introduzione della 5° dose di vaccino anti-poliomielite nell'adolescente in concomitanza con il richiamo anti difterite-tetano-pertosse.
• Introduzione della vaccinazione anti-Herpes Zoster nei soggetti adulti; la coorte target destinataria dell'offerta è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 75.622
Diffusione 09/2016: 39.883
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

27-GEN-2017
da pag. 43
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Fondo per finanziare la progettazione. Richieste entro marzo

Bonifica amianto, 5 mln per gli edifici pubblici

Dal 30 gennaio al 30 marzo gli enti pubblici potranno fare richiesta di finanziamento per la progettazione di interventi di bonifica dall'amianto in edifici di loro proprietà; 5,5 milioni i fondi a disposizione e più di 6 ogni anno per il 2017 e il 2018; necessaria una relazione tecnica asseverata da un professionista. Lo prevede il bando pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 19 del 24 gennaio 2017 con il quale viene avviata la procedura pubblica, destinata agli enti pubblici per il finanziamento della progettazione preliminare e definitiva di interventi di bonifica di edifici pubblici contaminati da amianto, in conformità a quanto disposto dal decreto del ministero dell'ambiente del 21 settembre 2016 (si veda l'anticipazione pubblicata su *ItaliaOggi* di giovedì 26 gennaio 2016).

Si tratta del fondo di 5,536 milioni (6,018 milioni sono previsti per ciascun anno nel 2017 e nel 2018) che servirà a coprire i costi di progettazione fino a un massimo, per ogni intervento, di 15 mila euro, anche a copertura dei corrispettivi da porre a base di gara.

Gli interventi finanziabili saranno soltanto quelli concernenti edifici e strutture di proprietà degli enti pubblici e destinate allo svolgimento delle attività dell'ente o di attività di interesse pubblico. Il bando precisa che per progettazione preliminare e definitiva si intendono i livelli di progettazione inferiori al progetto esecutivo e comunque finalizzati e necessari alla redazione dello stesso.

Gli interventi finanziabili saranno quelli relativi ai lavori di rimozione dell'amianto e dei manufatti in cemento-amianto da edifici e strutture pubbliche, compreso lo smaltimento, anche previo trattamento in apposte strutture, da effettuarsi nel rispetto della normativa

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 75.622
Diffusione 09/2016: 39.883
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

27-GEN-2017
da pag. 43
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

ambientale, edilizia e di sicurezza nei luoghi di lavoro.

Alla richiesta di finanziamento dovrà essere allegata una relazione tecnica asseverata da professionista abilitato, trasmessa attraverso l'applicativo presente sul portale e adottata in conformità al modello di cui all'allegato A al bando stesso. In particolare, nella relazione devono essere specificati: la destinazione d'uso dei beni o dei siti sede dell'intervento, la localizzazione e la destinazione d'uso dei manufatti contenenti amianto, la tipologia, la quantità e lo stato di conservazione dei materiali; le modalità di intervento di bonifica proposto; la stima dei lavori da eseguire con dettaglio dei costi di progettazione soggetti a finanziamento; il cronoprogramma orientativo delle attività, incluse le fasi progettuali.

Ogni ente potrà presentare una sola richiesta di finanziamento per la progettazione di un singolo intervento, ma l'intervento potrà riguardare anche più edifici o unità locali, sempre nel rispetto del limite complessivo di 15 mila euro. Le domande dovranno essere presentate dal 30 gennaio al 30 marzo 2017 tramite l'applicativo presente nel portale del ministero dell'ambiente all'indirizzo www.amiantopa.minambiente.ancitel.it. Priorità verrà data agli interventi relativi a edifici entro un raggio non superiore a 100 metri dalle scuole, parchi, ospedali e impianti sportivi (40 punti) ma 10 punti saranno previsti anche per interventi per i quali vi sia un progetto cantierabile in 12 mesi, o ad interventi in siti in cui sia stata già segnalata la presenza di amianto o collocati all'interno di un sito di interesse nazionale o inseriti nella mappatura dell'amianto in base al dm 101 del 2003.

© Riproduzione riservata

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

26-01-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Eurispes, 41,9% italiani non può permettersi le cure

Rapporto Italia 2017, 40% in povertà per curarsi, in aumento chi taglia spese mediche

Il 41,9% degli italiani non può permettersi di curarsi. E il 39,4% sprofonda nella povertà a causa di una malattia propria o di un familiare. E' quanto emerge dal 'Rapporto Italia 2017' di Eurispes. Secondo quanto riportato dalla ricerca, inoltre, il 25,6% delle famiglie ha difficoltà a far fronte alle spese mediche mentre sale al 38,1% (+ 3,9%) chi è stato costretto a tagliare le spese mediche.

Tra chi ha avuto la necessità di chiedere un prestito bancario nel corso degli ultimi tre anni, il 10,9% doveva affrontare cure mediche. Quanto alla qualità dei servizi pubblici in Italia gli ospedali ottengono il secondo posto (47,7%), insieme alla Difesa, dopo la scuola ma prima dei servizi di sicurezza e ordine pubblico e degli enti previdenziali.

ANSA.it

26-01-2017

http://www.ansa.it

Eurispes, oltre metà degli italiani insoddisfatti del Ssn

Dato peggiora al sud, problema principale le liste d'attesa

Più di metà degli italiani non è soddisfatto della sanità, una percentuale che al sud supera il 70%. Lo afferma l'indagine Eurispes, che vede un 54,3% scontento, contro il 45,6% dei soddisfatti, un dato stabile rispetto a sette anni fa.

Al Nord-Ovest prevale nettamente la soddisfazione (70,3%), che ottiene la maggioranza anche al Nord-Est (56,3%). Del tutto diversa la situazione al Centro-Sud: i giudizi positivi si fermano a poco più di un terzo al Centro (34%, a fronte del 65,9% dei negativi), al 27,6% nelle Isole (72,4% negativi) ed al 26,4% al Sud (73,6% negativi).

"Il disagio più frequente - si legge nell'indagine - sono le lunghe liste di attesa per visite ed esami medici (75,5%). Oltre la metà (53,2%) ha incontrato lunghe liste di attesa per interventi chirurgici, quasi la metà (48,9%) scarsa disponibilità del personale medico ed infermieristico. Nel 42,2% dei casi si denunciano strutture mediche fatiscenti, nel 41,8% condizioni igieniche insoddisfacenti. Oltre un terzo (34,1%) di quanti si sono rivolti alla sanità pubblica ha sperimentato errori medici".

Agli intervistati è stato chiesto se nel corso dell'ultimo anno è capitato loro di dover rinunciare, a causa dei costi eccessivi, ad una serie di spese mediche. Le cure dentistiche risultano essere la più frequente rinuncia (31,9%), sia perché solitamente non riconducibili a patologie gravi ed interventi urgenti sia per i costi elevati. Quasi un quarto del campione ha rinunciato a fisioterapia/riabilitazione (23,2%) ed alla prevenzione (22,6%). Il 17,5% ha sacrificato persino medicine e terapie.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 36.050
Diffusione 09/2016: 9.473
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

27-GEN-2017
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

TUTTO IL MONDO PRIVATO DELLA SANITÀ

A Ginevra i 34 Paesi membri - che danno solo il 35%,8 dei fondi necessari - scelgono la nuova direzione dell'Oms-Onu, in declino per le privatizzazioni e le deregolamentazioni della salute e per la logica umanitario-emergenziale

NICOLETTA DENTICO
Ginevra

Il 2017 continua a profilarsi anno di novità per le Nazioni Unite. Dopo l'avvicendamento del Segretario Generale a New York all'inizio di gennaio, tocca alla direttrice dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) Margaret Chan passare la mano, entro il prossimo maggio, a una nuova direzione che si insedierà formalmente il 1 luglio. In questi giorni, i 34 paesi membri del Consiglio Esecutivo dell'Oms hanno concluso la prima fase della selezione dei sei candidati in pista, per la votazione finale prevista durante l'Assemblea Generale (22-31 maggio). L'italiana Flavia Bustreo, assistente della direzione generale e candidata interna, non ha passato il primo turno elettorale. Adesso la campagna si gioca tra l'etiope Tedros Adhanom Ghebreyesus (che ha avuto 30 voti), la pakistana Sania Nishtar (la vera sorpresa di questa elezione, con 28 voti), e l'inglese David Nabarro (18 voti).

IL PERCORSO ELETTORALE risente positivamente di alcuni cambiamenti dovuti alla riforma dell'Oms, in termini di trasparenza e di processo democratico. Un voto segreto a maggio potrebbe riservare inedite sorprese sull'esito finale, dopo la riconferma della Chan nel 2012 senza alcuna competizione elettorale. Il ruolo è di complessità inaudita, non c'è dubbio, e richiede criteri di leadership manageriali e diplomatici imponenti. Purtroppo, la dinamica dell'elezione interpreta, ancora una volta, il *great game* politico-sanitario mondiale. Così, fino a maggio, questo sarà il primo test dell'effetto Trump sulle Nazioni Unite. Sarà da misurare la possibile preferenza della Cina per il candidato africano. Brexit a parte, i governi europei potrebbero decidere di convergere sull'inglese David Nabarro, noto per la sua vicinanza al mondo dell'industria.

Guidare oggi un'istituzione pubblica come l'Oms, decisamente indebolita e in ricerca di una nuova credibilità dopo la sequenza di fallimenti nella gestione della influenza pandemica H1N1 (2009) e della epidemia di Ebola (2014-2015), richiede una visione politica coraggiosa.

LE SFIDE PLANETARIE che si abbattono oggi sullo stato di salute delle persone – conflitti armati, inquinamento, cambiamenti climatici, disoccupazione, migrazioni, politiche nazionali di privatizzazione, misure di austerità e disuguaglianze diffuse – rimandano sempre di più ai determinanti sociali della salute e alle necessità di considerare questi diritto in un'ottica di protezione sociale universale e di politiche pubbliche. Almeno 135 paesi membri dell'Oms hanno incorporato il diritto costituzionale della salute, nel nord e nel sud del mondo. È francamente difficile intravedere questo tipo di narrazione nelle stanze dell'Oms questa settimana: prevale il discorso della *health security* (ovvero il contenimento delle malattie con tentazioni neo-colonialiste), dell'intervento di emergenza sanitaria, insomma un approccio umanitario che - dopo Ebola - potrebbe riorientare l'Oms e distrarla dalla funzione normativa, non sempre gradita ai governi che contano. Se prevalesse questo approccio, Nabarro potrebbe vantare un vantaggio competitivo sugli altri candidati.

L'Oms potrebbe essere compromessa «oltre ogni possibilità di recupero», scrive senza fronzoli l'ultimo editoriale della rivista *Lancet*. In effetti, molti sono i nodi al pettine dopo sei dolenti anni di riforma capestro avviata nel 2010 dalla

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 36.050
Diffusione 09/2016: 9.473
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

il manifesto

Dir. Resp.: Norma Rangeri

27-GEN-2017
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Chan per accattivarsi nuovi flussi finanziari e introdurre una operatività più riconoscibile e coerente ai tre livelli della struttura (Ginevra, gli uffici regionali e le sedi nei singoli paesi). La frammentazione della struttura resta però tutt'altro che sanata, si continua a lavorare in silos, anche grazie agli interventi di Mckinsey un decennio fa, che hanno puntato più alla concorrenza che alla trasversalità, tra i vari dipartimenti dell'agenzia. I numerosi tagli poi hanno prodotto un'emorragia dei funzionari più competenti, rimpiazzati spesso da giovani alle prime armi e con contratti più leggeri, più malleabili, e ricattabili. Un impoverimento istituzionale che non depone a favore del futuro dell'Oms, a meno di una forte direzione capace di invertire la rotta.

GLI STATI MEMBRI hanno una clamorosa responsabilità di questo declino. A loro spetterebbe riguadagnare terreno per gestire la salute in un'ottica pubblica, anche sul piano globale. Invece forniscono solo il 35,8% dei fondi all'Oms, di cui solo il 21% sono utilizzabili con una certa discrezionalità. Condurre un'organizzazione senza controllo sull'80% del proprio budget è un mestiere estremo!

Il primo problema riguarda dunque il disimpegno dei governi e la crescente penetrazione del settore privato nella definizione delle priorità. Un fenomeno che non ha risparmiato l'Oms, man mano che la globalizzazione dell'economia e le diverse ondate di privatizzazione e deregolamentazione hanno accresciuto il potere degli attori privati, in particolare delle grandi imprese, nella diplomazia internazionale.

LA CREAZIONE del *Global Compact*, voluto da Kofi Annan per aprire le porte delle Nazioni Unite al mondo del business in vista degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, lo sviluppo del modello *multistakeholder* e l'affermazione ideologica dei partenariati pubblico-privati come sola modalità di lavoro, non sono che l'espressione più evidente di una strategia volta a de-istituzionalizzare o ibridizzare l'Onu, per dare spazio e capacità di influenza a questi potenti attori nei fora di politica internazionale.

Lo stesso paradigma, del resto, sottende acriticamente al nuovo impegno sugli Obiettivi dello Sviluppo Sostenibile (SDGs), malgrado ne sia provata dopo due decenni la disfunzionalità.

LA DEFINIZIONE del rapporto dell'Oms con gli attori non statali – la «Framework of Engagement with Non State Actors» (Fensa) – è stata al centro di quattro anni di aspri dibattiti negoziali, e si è conclusa con un dispositivo assai insoddisfacente per le organizzazioni della società civile impegnate su questo fronte. «Fensa» permette alle entità del business, alle fondazioni filantropiche e alle diverse *partnership* di entrare in relazione officiale con l'Oms. Il problema è che la gestione del conflitto di interessi non viene trattata con adeguatezza e realismo, e la promessa di trasparenza non illumina le ambiguità che permangono, a vari livelli.

La richiesta della Fondazione Bill e Melinda Gates (Bmgf) di entrare in relazioni ufficiali con l'Oms, al vaglio dell'Executive Board in questi giorni, riaccende la discussione. Piuttosto improbabile che venga rigettata: la Bmgf ha fornito all'Oms un contributo di 629 milioni dei 4,5 miliardi di dollari dell'ultimo budget, più del 13% di tutti i contributi volontari all'organizzazione. Le criticità strutturali si addensano dunque, e non poco. Anche perché la privatizzazione della salute nei paesi membri dell'Oms sembra essere contagiosa, e non è epidemia di cui medico si stia prendendo cura.

I CONFLITTI D'INTERESSE DIETRO LA FILANTROPIA

Le favolose scatole cinesi di Bill e Melinda

Fondata nel 1999 dalla fusione della William H. Gates Foundation e la Gates Learning Foundation, la Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF) è oggi la più grande fondazione filantropica del mondo, con una dotazione di 42,9 miliardi di dollari (nel marzo 2015).

Con l'entrata di Warren Buffet con una dote di 30 miliardi di dollari nel 2006, la Fondazione si è divisa in due entità separate: la Bill and Melinda Gates Foundation, che distribuisce i fondi e la Bill and Melinda Foundation Trust, che gestisce gli asset patrimoniali.

Secondo ai dati della US Government's Securities and Exchange Commission, il patrimonio della Bill and Melinda Foundation Trust ha considerevoli investimenti in diverse industrie alimentari e in altri settori di prodotti al consumo che minacciano la salute, e possono causare malattie cardiovascolari, cancro, e diabete. Questi investimenti includono:

466 milioni di dollari nella industria della Coca-Cola che opera a sud degli Usa;

837 milioni di dollari nella Walmart, la più grande catena di cibo, di farmaceutici e di alcolici negli Usa;

280 milioni di dollari nella Walgreen-Boots Alliance, una grande multinazionale che controlla la vendita di farmaci al dettaglio;

650 milioni di dollari in due giganti della produzione di schermi televisivi, GroupTelevisa ($433 ml) e Liberty Global PLC ($221 ml).

In aggiunta, tramite Warren Buffet, un quarto del patrimonio della Fondazione detiene investimenti nella Berkshire Hathaway Inc., una holding con 17 miliardi di azioni nella Coca-Cola company degli Stati Uniti, e 29 miliardi di fondi investiti nella Kraft Heinz Inc., una delle prime dieci aziende nel comparto alimentare. Tutti questi investimenti fanno della Fondazione Bill e Melinda Gates una beneficiaria della vendita di diverse categorie di prodotti, soggetti agli standard e alle regolamentazioni dell'Oms, nonché alle politiche dei governi su questioni di nutrizione, cibo e salute.

Investono con lo stesso patrimonio in industrie che minacciano la salute collettiva

È una bizzarra coincidenza che, nel Registro dei Non State Actors, questa trama di evidenti conflitti di interesse non venga minimamente presa in considerazione.

Le associazioni della società civile internazionale hanno sottoscritto una lettera ai governi dell'Executive Board, con cui si chiede con urgenza di deferire ogni apertura di credito alla BMGF e di evitare decisioni che potrebbero mutare definitivamente la natura dell'agenzia ed erodere ogni mandato costituzionale a favore dei diritto alla salute. Prima che sia troppo tardi. **(ni. den.)**

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

27-GEN-2017
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Dichiarazioni anticipate. Nella legge entra la «tutela della vita»

Alla Camera prima apertura alle ragioni di chi teme derive eutanasiche. Ma viene respinta la definizione della vita come diritto «inviolabile e indisponibile»

FRANCESCO OGNIBENE

Nella legge sulle volontà di fine vita fa il suo ingresso la tutela della vita. Non è un gioco di parole, né un fatto ovvio: semplicemente, nel controverso testo base che tante critiche si è guadagnato il concetto era assente. E sebbene varie voci dal fronte favorevole all'autodeterminazione senza limiti abbiano lamentato che si tratti di «una scontata ripetizione di un principio che nessuno contesta» (il radicale Marco Cappato), è proprio l'equivocità dell'impianto complessivo del ddl sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento a esigere una maggiore chiarezza negli assunti fondativi. E l'emendamento al primo comma dell'articolo 1 approvato ieri in Commissione Affari sociali della Camera va in questa direzione. Ora l'incipit della legge suona così (in corsivo le novità): «*La presente legge*, nel rispetto dei princìpi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione *e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela la vita e la salute dell'individuo e stabilisce che* nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata *tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge*».

I cambiamenti sono il frutto del lavoro di sintesi della relatrice Donata Lenzi (Pd) che in un colpo solo ha accolto alcune istanze di deputati assai critici sul ddl come Gian Luigi Gigli, Eugenia Roccella, Paola Binetti, Alessandro Pagano e Antonio Palmieri, come anche del presidente della commissione Mario Marazziti, e tagliato fuori un gruzzolo di emendamenti "coperti" dall'inserzione. E se ora la legge tutela «la vita e la salute», il rimando alla Carta Ue di fatto ingloba nel testo il «diritto alla vita» (previsto all'articolo 2 del documento citato) e il «diritto all'integrità fisica e psichica» (articolo 3). «Lo sforzo – spiega Lenzi – è di trovare un punto di equilibrio tra i princìpi che sono alla base del nostro ordinamento, Non credo che una commissione che si occupa di salute debba preoccuparsi che si faccia riferimento alla vita». Eppure chi si preoccupa c'è: di «riferimento ideologico» parla Marisa Nicchi (Sinistra italiana), che aveva depositato un disegno di legge favorevole all'eutanasia e che ieri ha ribadito la sua convinzione che «non ci può essere un bene supremo che sovrasta o coarta la sfera di decisione che appartiene alla persona» affermando che la novità «rischia di mettere a repentaglio la nostra disponibilità» a votare il testo con Pd e M5S. Da quest'ultimo fronte sono piovute le altre critiche: «Non siamo disponibili a votare una legge che venga annacquata e svuotata solo per tutelare gli equilibri tra le varie anime della maggioranza» notifica seccamente la delegazione grillina.

In realtà oltre alla tutela della vita gli emendamenti accorpati e riscritti dalla relatrice recavano altri punti chiave che però sono stati bocciati sollevando forti riserve nei proponenti impegnati a sostenere il peso di un confronto assai duro in commissione. «La presente legge – recita il testo respinto – garantisce la vita come diritto inviolabile e indisponibile», mentre più oltre si sosteneva il diritto all'obiezione di coscienza dei medici. Caduti entrambi. Apertura a metà, dunque, quella di ieri. Un atteggiamento ambivalente confermato dal voto sul secondo comma dell'articolo 2, dove si parla di consenso informato coinvolgendo nella «relazione di cura» anche «i familiari» del paziente: a questi sono stati infatti aggiunti «la parte dell'unione civile o il convivente», con quella che Paola Binetti ha definito «un'inutile forzatura ideologica». Gigli lamenta una perdurante «rigida chiusura per tenere insieme la strana maggioranza Pd-Si-M5S» mentre Marazziti invita a non sottovalutare la convergenza di ieri sulla tutela della vita, che – spiega – «dà al testo una direzione chiara. Abbiamo sgomberato il campo da preoccupazioni eutanasiche». Non ne sono convinti i medici deputati in commissione (Binetti, Calabrò Fucci e Gigli) che in una lettera aperta paventano la «trasformazione del medico, da professionista che agisce in scienza e coscienza a esecutore meccanico delle scelte del malato». I lavori riprendono martedì, l'appuntamento con l'aula è fissato al 20 febbraio. Ma la strada è ancora lunga.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2016: 73.392
Lettori Ed. I 2016: 608.000
Quotidiano - Ed. Roma

Il Messaggero CRONACA di ROMA

Dir. Resp.: Virman Cusenza

27-GEN-2017
da pag. 43
foglio 1
www.datastampa.it

Ragazza con la meningite La madre: «Poteva morire»

«Sembrava influenza invece era meningite». Così Federica Macrì, mamma della sedicenne di Labaro che ha rischiato di morire. Ieri pochi gli studenti a scuola.

Bogliolo e Mozzetti all'interno

«Meningite, mia figlia viva per miracolo»

▶Parla Federica Macrì, madre della sedicenne del Labaro «Ha rischiato di morire, ringrazio i medici: bravissimi»

▶Il messaggio rivolto al quartiere: «Lascino stare i suoi fratelli, non sono degli appestati. E attenzione alle chiacchiere da bar»

«NON ERA VACCINATA MA PER FORTUNA NON CI SONO DANNI CEREBRALI HA APERTO GLI OCCHI E CI HA RICONOSCIUTO»

L'INTERVISTA

«Abbiamo provato a svegliarla, ha aperto gli occhi, mi ha guardata e mi ha riconosciuta. È stata l'emozione più grande della mia vita. Sono una mamma miracolata. E ora per favore lascino stare gli altri miei figli: nel quartiere li indicano come "i fratelli della ragazza con la meningite". Stanno bene, non sono degli appestati». Federica Macrì, 41 anni, tre figli, ha la voce decisa. Racconta con lucidità le drammatiche ore che hanno visto la figlia di 16 anni, alunna dell'istituto tecnico Pascal di via Brembio, a Labaro, in bilico tra la vita e la morte per meningite meningococcica C, quella trasmissibile.

Federica Macrì, 41 anni, come sta sua figlia?

«È fuori pericolo, è vigile, è un miracolo. Ha rischiato di morire o di subire danni cerebrali. È stata trasferita da Rianimazione in reparto, i medici sia del Sant'Andrea, sia del Bambino Gesù dove ora si trova mia figlia sono stati degli angeli».

Quando ha iniziato a sentirsi male?

«Martedì mattina: è andata a scuola, c'era assemblea ed è tornata a casa, stava male: febbre, mal di testa, sembravano i sintomi dell'influenza. Poi la febbre è arrivata a 39,5, ha preso le medicine, la temperatura è scesa, ma stava male, ha vomitato, provava dolore dietro al collo. La notte il dramma: non sembrava cosciente, comunicava solo per dire che aveva dolore, abbiamo chiamato subito il 118. Se non fossi andata a controllare non so cosa sarebbe potuto succedere».

All'ospedale Sant'Andrea dove il 118 ha portato sua figlia cosa le hanno detto?

«Sono stati molto bravi, hanno capito subito la gravità e poco dopo hanno diagnosticato la meningite meningococcica da batterio. Hanno fatto la profilassi a me e mio marito, l'abbiamo fatta agli altri nostri due figli di 12 anni e 15 mesi. Mia figlia è stata trasferita al Bambino Gesù dove hanno confermato la diagnosi».

In che condizioni era sua figlia?

«Era in pre-coma, era in pericolo di vita, le hanno indotto il coma per intubarla, aveva difficoltà a respirare, le hanno diagnosticato una polmonite bilaterale. Con il passare delle ore la situazione è migliorata, i medici hanno tentato di farla respirare da sola, hanno chiesto a me e mio marito Cristiano di svegliarla. Le abbiamo parlato dolcemente e ha aperto gli occhi, ci ha riconosciuti. Non ha subito danni cerebrali, sta bene. I medici dei due ospedali sono stati meravigliosi, hanno salvato la vita a mia figlia».

Circolava la voce che fosse una «sospetta meningite»

«Ero arrabbiata, non si diffondo informazioni non corrette su una malattia mortale, c'è chi ha fatto chiacchiere da bar invece di preoccuparsi della salute di mia figlia. Mercoledì mattina ho subito provato ad avvertire la scuola, mi sono rivolta a una docente della scuola media di mio figlio che mi ha aiutata a contattare l'istituto di via Brembio, ho avvertito le altre famiglie, era un mio dovere nonostante il dolore».

La Asl Rm1 ha previsto la profilassi solo per la classe di sua figlia e i docenti, ci sono state polemiche

«Se i medici hanno deciso così vuol dire che è corretto, anche se io avrei chiuso la scuola».

Sua figlia era vaccinata?

«No».

Ha mandato suo figlio a scuola oggi (ieri ndr)?

«No, ho preferito lasciarlo a casa. Adesso vado da mia figlia... deve mangiare..., mio marito e io non finiremo mai di ringraziare i medici del Sant'Andrea e del Bambino Gesù: i nostri angeli».

Laura Bogliolo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

27-GEN-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

Torna l'aviaria, in Veneto abbattuti oltre 80mila polli

EPIDEMIA IN EUROPA, IN ITALIA TRE FOCOLAI IL VIRUS È ARRIVATO I PRIMI GIORNI DI GENNAIO. ALLARME PER LA CINA

IL CASO

ROMA Si espande negli allevamenti di pollame del Veneto il virus dell'influenza aviaria, sottotipo H5N8 HPAI, che ha già portato con i primi tre focolai scoperti alla soppressione di circa 80mila animali. Si tratta di un ceppo molto virulento, confermano gli esperti dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezia (Izsve), a Legnaro (Padova).

LA LAGUNA

La variante H5N8 è mortale per gli uccelli, ma non è mai stata rinvenuta negli esseri umani. Si è diffusa alla fine del 2016 in Medio Oriente e poi in Europa, dove ha interessato allevamenti di Francia e Germania. In Italia ha fatto la sua comparsa all'inizio di gennaio, tra il 5 e l'11, con la scoperta di alcuni uccelli selvatici trovati morti nella laguna di Grado (Udine). Ma ancora prima c'era stato il caso di un uccello selvatico trovato morto in provincia di Gorizia. «La situazione è costantemente monitorata e, al momento resta sotto controllo, rispetto ad altri paesi d'Europa, dove il virus dell'aviaria sta trovando una maggiore diffusione» rassicura il direttore di Unaitalia (Associazione degli allevatori di polli), Lara Sanfrancesco, in riferimento al nuovo focolaio.

Dallo scorso novembre oltre 40 paesi sono stati colpiti da vari ceppi di influenza aviaria, ma uno in particolare, la Cina, preoccupa l'Oms per l'alto numero di casi. In questi giorni, inoltre, le vacanze per il capodanno cinese (la prossima settimana)rischiano di peggiorare la situazione.

LA TRASMISSIONE

Sono 225, da settembre in Cina, i casi umani registrati di influenza da virus H7N7, una cifra inusualmente alta, con un numero imprecisato di morti, anche se negli anni passati l'infezione ha mostrato un tasso di mortalità del 39%. In due casi, un anziano che ha trasmesso il virus alla figlia e un uomo che ha contagiato il compagno di stanza in ospedale, sembra esserci stata una trasmissione da uomo a uomo. Il dipartimento della salute di Hong Kong ha sconsigliato a chi viaggia in Cina di frequentare mercati di pollame, segnalando che nella provincia limitrofa di Guandong il 9% dei campioni presi da uccelli nei mercati è risultato positivo al virus.

«Tutti i paesi devono subito segnalare i casi nell'uomo. Non possiamo, inoltre, ignorare le prime avvisaglie - ha ammonito il direttore generale dell'Oms Margaret Chan -. Il mondo è più preparato a una eventuale pandemia influenzale, ma non abbastanza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

26-01-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Info sulla salute, 9 italiani su 10 si affidano al web

Più dell'88% degli italiani - il 93,3% tra le donne - cerca informazioni sulla salute sul web. E il 44% ritiene che rivolgersi a internet sia poco o per nulla rischioso. O meglio: queste persone non mostrano preoccupazione per le bufale che circolano su rete e social network. Inoltre, quasi 1 su 2 si affida ai primi risultati dei motori di ricerca senza riflettere sulla veridicità delle fonti. E' quanto emerge da un sondaggio commissionato da Ibsa foundation for scientific research, condotto su 802 persone e presentato in occasione del workshop 'E-Health tra bufale e verità: le due facce della salute in rete', promosso insieme a Cittadinanzattiva.

"L'enorme possibilità offerta dalla rete in tema di disponibilità di informazioni può trasformarsi in un pericolo se gli utenti non sono in grado di valutare l'affidabilità di quello che trovano - spiega Silvia Misiti, direttore Ibsa foundation for scientific research - Questo è tanto più vero quanto più sono delicate le aree oggetto delle ricerche. La decisione di iniziare dalle associazioni di pazienti è scaturita dal fato che rappresentano un anello di congiunzione sempre più prezioso tra il mondo dei medici e la necessità dei pazienti che rappresentano".

Incrociando i dati relativi alla frequenza dell'utilizzo del web nella ricerca di informazioni sulla salute e il grado di fiducia della rete stessa, emerge che gli intervistati della fascia di età 24-34 anni vedono nella rete un "supporto" ma sono più "diffidenti" rispetto ai 45-54enni. "Diffidenti a priori" (usano poco il web e lo percepiscono come fonte "ad alto rischio") sono, invece, gli ultra 65enni. Notevoli anche le differenze rispetto al titolo di studio: a ricorrere alla rete in cerca di informazioni sulla salute è il 96% dei laureati contro il 24,5% di chi non è andato oltre la licenza elementare. Scarsa anche l'attenzione verso le fonti: il 44% si affida per abitudine ai primi risultati della pagina con una differenza rilevante tra i 18-24enni (55%) e gli ultra

65enni (22,7%).

"E' soprattutto quando il cittadino è a caccia di informazioni sulla salute sul web, e questo accade sempre più spesso, che le nozioni di base diventano l'unica arma per difendersi da informazioni parziali o scorrette - spiega Antonio Gaudioso, segretario generale Cittadinanzattiva - ma quando parliamo di 'health literacy' non ci riferiamo solo a questo: maggiori competenze significano anche un migliore rapporto tra medico e paziente. Un circolo virtuoso che spesso si traduce in una terapia più efficace e quindi una salute migliore. E' una materia di cui in Italia si parla ancora troppo poco ma che ha e avrà una rilevanza sempre maggiore".

Ma per imparare a difendersi dalle bufale in rete arriva anche il primo decalogo sulla 'health literacy'. Tra i consigli, stilati e presentati in occasione dell'incontro: prestare massima attenzione alle fonti, privilegiando le pagine ufficiali di organizzazioni riconosciute e affidabili; fare attenzione a forum e blog, fonti "insidiose" che suscitano empatia ma non è detto abbiano affidabilità scientifica; controllare la data di pubblicazione dei contenuti che potrebbero non essere più attuali; non cercare solo conferme; fare attenzione all'effetto paura quando cerchiamo sul web sintomi (veri o presunti).

E ancora: non vergognarsi di chiedere al medico di ripetere, se parla rapidamente o con termini troppo tecnici; farci accompagnare da qualcuno nelle visite più importanti; ripetere quello che si è capito rispetto alla patologia e al percorso di cura prima di congedarci dal medico; capire a cosa servono i farmaci che si prendono. Infine diffidare dai siti che dicono come curarci ma confrontarsi con un professionista da cui ricevere informazioni e le cure adatte alla sua condizione.