Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

14-MAR-2017
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

A Roma

La bimba nata dall'eterologa per il giudice ora ha due madri

Emozione
«Abbiamo comprato champagne e festeggeremo con i nostri amici Ho dovuto fare molti test, sono la mamma migliore che ci sia...»

ROMA Quando è nata Barbara, Rory Cappelli non ha esitato: ha scritto una mail a tutti i colleghi annunciando il lieto evento e lasciando tutti perplessi, nessuno aveva notato il suo pancione, nessuna l'aveva vista assentarsi dal lavoro per partorire.

Nessuno aveva pensato che Barbara non era stata partorita da Rory, bensì dalla sua compagna — ora sua moglie, dopo l'unione civile di un mese fa — e che per diventare anche figlia sua per lo Stato italiano, Rory avrebbe dovuto aspettare una sentenza del tribunale minorile di Roma, la sesta di questo tipo, arrivata ieri, quando ormai Barbara sta per compiere quattro anni.

«Abbiamo comprato champagne e festeggeremo, anche con i nostri amici», dice Rory gli occhi brillanti e la voce che tradisce la commozione dell'attesa, lei che Barbara l'ha cullata, le ha cambiato i pannolini, le ha dato la pappa e magari anche qualche scappellotto. Fino a ieri lei nei confronti di quella bambina aveva gli stessi diritti di una baby sitter a ore.

Adesso Barbara è sua figlia a tutti gli effetti e potrà aggiungere anche il suo cognome accanto a quello della madre biologica.

«È la sesta volta che il tribunale di Roma riconosce questo tipo di adozione, anche se la nostra è l'unica che è diventata definitiva davanti alla Corte d'Appello, mentre le altre sono diventate definitive in primo grado e soltanto una è arrivata in Cassazione». Parla con cognizione di causa Rory che di mestiere fa la giornalista e chissà quanto le piacerebbe scrivere lei stessa la notizia di questa sua adozione speciale, «stepchild adoption» detto in termini di una legge che questa pratica l'ha stralciata dai suoi articoli, ma che è comunque contemplata nella legge sulle adozioni. «Stepchild adoption» vuole dire che si può adottare il figlio biologico del compagno o della compagna e questo — in primis — è stato stabilito per le coppie eterosessuali, e adesso si sta facendo valere anche per le coppie omosessuali, in nome della genitorialità.

«Prima di poter essere dichiarata mamma di Barbara ho dovuto fare davvero molti esami con i periti del tribunale dei minori», racconta Rory. Ed elenca una lunga serie di test psicologici alla fine dei quali — dice soddisfatta — ha ottenuto l'idoneità piena. «Sono la mamma migliore che ci sia», dice sorridendo con una punta d'ironia, ma anche una punta d'orgoglio.

Barbara ha sempre saputo di avere due mamme, ci scherza e ci gioca con i suoi compagni d'asilo, e chissà se adesso capirà la differenza della sentenza: per lei Rory è sempre stata l'altra mamma, non aveva bisogno glielo certificasse lo Stato.

Alessandra Arachi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 125.801
Diffusione 12/2016: 65.889
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

14-MAR-2017
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

L'ENNESIMA FUGA IN AVANTI DEI TRIBUNALI

Stepchild adoption a una coppia di madri

Ieri l'ultima sentenza di una serie. In un caso aggirato anche il legame biologico

■ Un altro passo dei giudici. Una nuova sentenza che «scardina» l'impianto delle leggi, superandole, oltrepassando Parlamento e politica. Una sentenza del tribunale civile di Roma ha riconosciuto la *stepchild adoption* per una coppia di mamme che hanno avuto una figlia con la fecondazione eterologa. «È la prima sentenza della Corte di Appello passata in giudicato senza che vi siano stati ricorsi dalla procura - esulta l'associazione Famiglie arcobaleno -, dopo la sentenza della Cassazione e altre quattro emesse dal Tribunale dei minori e già passate in giudicato». Ma le rivendicazioni non si fermano. «La mancanza di una legge chiara che disciplini la genitorialità omosessuale impedisce a molti bambini nella stessa situazione di avere riconosciuti i loro diritti - dice Marilena Grassadonia, presidente dell'associazione - In alcuni Tribunali la situazione è bloccata da lunghissimi mesi e nessuna sentenza è mai stata emessa. La politica non dovrebbe ignorare l'indeterminatezza delle leggi che sta costringendo le nostre famiglie a una battaglia nei tribunali lunga e difficile per arrivare a ottenere tutele che la nostra Costituzione, come spiegato dalla Cassazione, già ci riconosce».

Soddisfazione anche da parte delle madri. Rory Cappelli, giornalista di *Repubblica* e mamma non biologica riconosciuta ieri dalla sentenza del Tribunale, commenta felice: «Vivevo nel terrore di non essere in grado di fare nulla: adesso con questa sentenza per quanto non si tratti di un'adozione piena, per quanto si sia dovuto ricorrere ad avvocati e tribunali per veder riconosciuto un diritto fondamentale, adesso, dopo quasi quattro anni, posso finalmente respirare. La bambina che ho cullato, consolato, che ho visto crescere, che ha imparato a parlare anche insieme a me, che ho curato quand'era malata, che mi ha fatto commuovere perché con le sue manine mi faceva una carezza, la bambina che mi ha sempre chiamato mamma, adesso la mamma, l'altra mamma, ce l'ha per davvero, anche per lo Stato. Potrò stracciare la delega che mi permette di andare a prenderla a scuola. Potrò rifare i documenti, metterci anche il mio nome e partire con lei. Potrò esserle accanto senza che nessuno si possa domandare chi sono».

Il mese appena trascorso è stato «storico» sul fronte della giurisprudenza applicata alle adozioni. A Trento la Corte d'appello ha ammesso la trascrizione della paternità di una coppia gay nei confronti di due gemelli, nati da madre surrogata con il seme di uno dei due uomini. Mentre il Tribunale dei minori di Firenze, con un'altra sentenza choc, ha puntato sul concetto di «continuità affettiva» per accogliere la richiesta di riconoscimento dell'adozione di due bambini, tra loro fratelli, pronunciata da parte di una Corte britannica a favore di una coppia di uomini senza alcun legame genetico con i piccoli. Una decisione senza precedenti in Italia, che va oltre la *stepchild adoption*, comunque esclusa in sede di approvazione della legge sulle unioni civili.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

14-MAR-2017
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

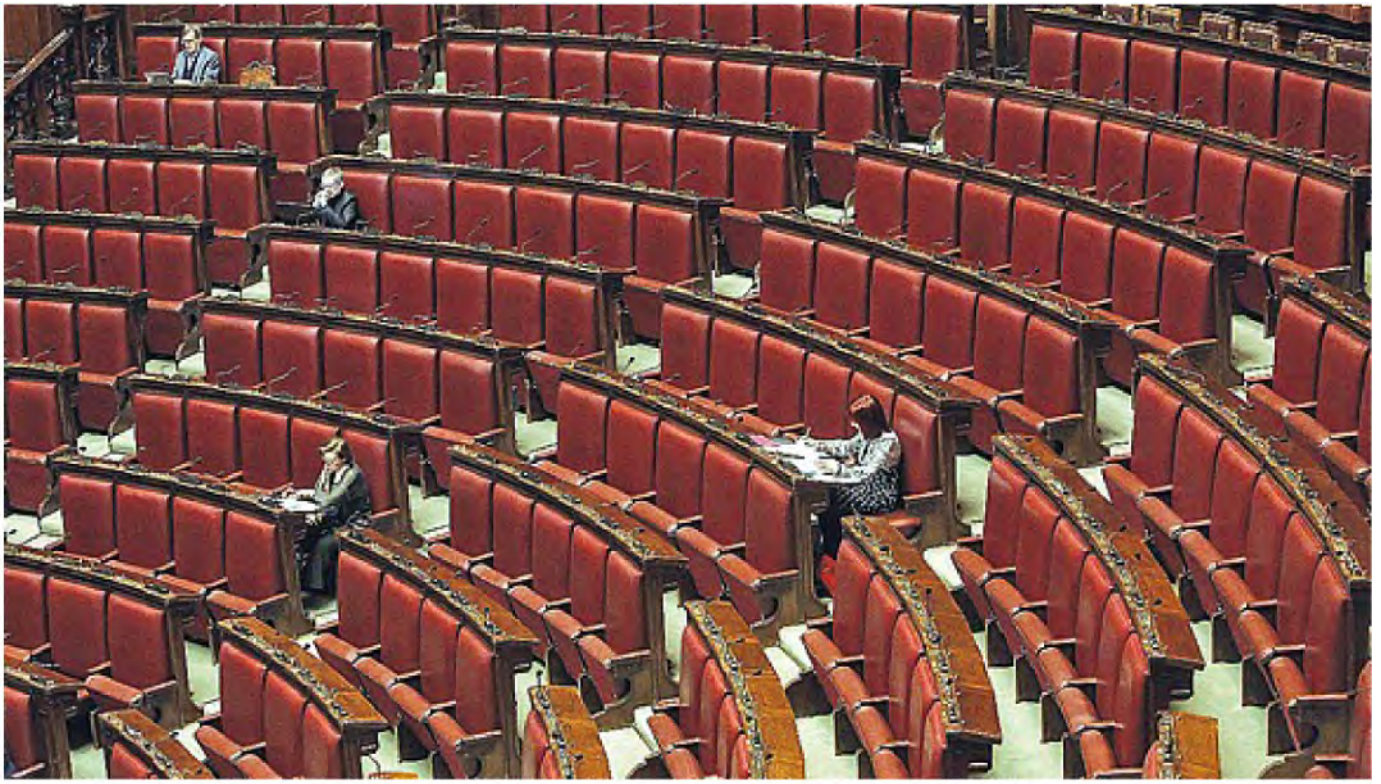
Il dibattito sul fine vita

Sedie vuote dopo dj Fabo Il cattivo esempio in Aula

di **Margherita De Bac**

Un imbarazzato vicepresidente della Camera Roberto Giachetti, terminata la discussione sulla legge del testamento biologico, ha giustificato la figuraccia dei deputati assenti in un'Aula dove c'erano appena 20 parlamentari su 630: «Mai come in questo caso si deve prendere in considerazione la qualità del confronto anziché la quantità numerica degli interventi» Quattro ore di dibattito, 20 interventi. L'immagine dell'Aula vuota è schizzata sui social. Ma come, non si doveva «fare in fretta», come avevano ammonito con piglio severo centinaia di parlamentari dopo la morte di dj Fabo? Bell'esempio quello dei nostri onorevoli. Il fine vita è il tema più vicino ai cittadini e loro non c'erano. Non è la prima figuraccia. Lo sa bene il ministro dell'Economia Padoan, che si ritrovò a rispondere in solitudine a un *question time* in Senato sulla polemica (evidentemente non troppo sentita) con Bruxelles.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scranni vuoti L'aula di Montecitorio quasi deserta ieri durante la discussione generale della proposta di legge sul biotestamento e sul fine vita (Ansa)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.306
Diffusione 12/2016: 27.904
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

14-MAR-2017
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

Commento

La solita politica che se ne frega della gente comune

Ieri solo in 20 alla Camera

Eutanasia, testamento e legittima difesa La politica se ne frega

di **VITTORIO FELTRI**

Sono trascorsi otto anni dal caso Englaro e i nostri volonterosi legislatori sono ancora qui a gingillarsi col testamento biologico. Fingono di volerlo discutere e addirittura di approvarlo in Parlamento, poi lo accantonano perché non va a genio ai cattolici e neppure ai laici. Si ripromettono di aggiustare il testo rendendolo accettabile a tutti, viceversa non lo digerisce nessuno e lo seppelliscono. Sperano in tempi migliori che non vengono mai. Di solito peggiorano. Ciò che interessa alla gente comune non importa ai politici, che preferiscono dedicarsi ai loro bisticci per questioni di potere.

C'è anche il problema della dolce morte sollevato dal defunto professor Umberto Veronesi e riportato all'attualità dal suicidio di Fabo, cieco e completamente paralizzato. La chiamano eutanasia, un termine che mette paura, non si capisce perché. Molti pensano che se passa il diritto di andare all'altro mondo volontariamente, prima o poi sarà obbligatorio crepare per tutti quelli che hanno il male di pancia. Anche questo dilemma non sarà affrontato. Alla Camera giace una legge presentata dai radicali. Neppure la guardano. Gli onorevoli, temendo di scontentare qualche elettore preferiscono soprassedere e così deludono chiunque. Per non sbagliare, lorsignori non fanno, sono fortemente decisi a tergiversare.

Prendiamo la normativa sulla legittima difesa, che è orripilante, aiuta i delinquenti, li protegge mentre penalizza chi subisce illegittima offesa in casa propria. Se tu ricevi nel tuo appartamento, nella tua tabaccheria o nel tuo bar la visita di un criminale prima di sparare devi accertarti che sia armato, altrimenti, se premi il grilletto commetti reato e vai dritto in galera. È una legge imbecille, ma in vigore. Va cambiata ma non la cambiano perché fanno il tifo per i malviventi, che poverini rubano e rapinano in stato di bisogno e tu che sei considerato ricco dovresti comprendere. Le risorse siano distribuite anche ai furfanti, cosicché non saranno più furfanti bensì assistiti. Tu accumula pure dei beni, ma se uno te li porta via, pazienza: sopporta in nome dell'equità sociale. Si dice che il cittadino non sia autorizzato a farsi giustizia da sé. Ma se non esiste anima che la fa per te, come puoi comportarti? Lasciati sopraffare e non rompere i coglioni.

Questi sono i ragionamenti di coloro che non intendono aggiornare le regole della legittima difesa, pertanto chi reagisce è punito e chi lo aggredisce è un poveraccio da tutelare. Quanto riguarda la vita delle persone che si guadagnano il pane onestamente non mobilita né Montecitorio né Palazzo Madama. Inerti non per cattiveria, i nostri rappresentanti sono semplicemente incapaci, un po' vili e scansafatiche. E noi li eleggiamo lo stesso. Forse ci assomigliano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

14-MAR-2017
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Biotestamento, aula vuota Il voto ancora rimandato

▶Al via alla Camera la legge sul fine vita ma i deputati sono una decina

▶Le mosse dei cattolici per allungare i tempi. E c'è il rischio stop al Senato

NCD PRONTI A CHIEDERE LO SCRUTINIO SEGRETO SUGLI ARTICOLI PIÙ DELICATI CICCHITTO: IO PER IL SÌ

SIT IN RADICALE A MONTECITORIO NEL NOME DI DJ FABO CAPPATO: AVANTI CON LA DISOBBEDIENZA CIVILE

IL CASO

ROMA Il picco massimo di assenteismo si è toccato quando in Aula sono rimasti solo una decina di deputati su 630. Un vuoto surreale per la discussione generale sul testamento biologico, arrivato alla Camera dopo una lunga serie di rimpalli in commissione. Così che ora il disegno di legge uscito dalla commissione Affari Sociali ha sempre più le sembianze della tela di Penelope. Difficilmente potrà essere approvato entro aprile visto il fuoco di sbarramento che anche ieri si è levato contro. Pur di fermare la legge che disciplinerebbe il fine vita sono stati presentati 750 emendamenti, 2 pregiudiziali costituzionali, 4 sospensive. Un percorso ad ostacoli, sul filo, in equilibrio tra etica e politica. Distanze che non si riescono a colmare e imbarazzano non poco la maggioranza che intravede in lontananza il rischio che al Senato si possa andare a sbattere.

VOTO SEGRETO

Ma il deserto dell'Aula non scoraggia il Pd. Il capogruppo alla Camera Ettore Rosato sa che i numeri ci sono ma non si sente del tutto tranquillo. Il tema è divisivo. L'Ncd contesta molti punti cruciali del ddl, in particolare la sospensione artificiale della nutrizione e dell'idratazione e il ruolo dei medici nell'assecondare la volontà del paziente. Temi sui quali si potrebbe andare al voto segreto. E' la tesi di Raffaele Calabrò, deputato Ncd e relatore di minoranza. «Ma noi ce la faremo – assicura Rosato – è un dibattito che già altre volte non siamo mai riusciti a portare in Parlamento, stavolta invece ce l'abbiamo fatta e andremo fino in fondo».

NO EFFETTO- FABO

Visto il numero delle presenze in Aula si direbbe però che qualcosa nel passaparola del Pd non abbia funzionato. Anche Lega, FI, Fdi e Area popolare sono contrari al provvedimento, a parte qualche eccezione, ad esempio, Fabrizio Cicchitto (Ap) che si è detto «pronto a votare sì anche all'eutanasia» in difformità del suo gruppo sulla base di una concezione laica e liberale della vita. L'"effetto-Fabo", con tutta l'emozione suscitata per la decisione del dj, non vedente e tetraplegico, di ricorrere al suicidio assistito in una clinica Svizzera, non è bastato però, come si diceva, a mobilitare la stragrande maggioranza dei parlamentari favorevoli o sfavorevoli E tra questi anche i deputati del M5S che finora hanno sostenuto sia pure in sordina il provvedimento in commissione e che alla fine potrebbero presentare un emendamento simbolico sul diritto all'eutanasia. Il senatore Gaetano Quagliariello, presidente di "Idea", alza il tiro e tira in ballo direttamente Renzi che «dopo aver spianato la strada giudiziaria alle adozioni omosessuali e all'utero in affitto ora apre la porta all'eutanasia».

RISCHIO INCIDENTE

Donata Lenzi è la deputata bolognese del Pd relatrice del ddl. Il lavoro in commissione è durato più di un anno, tuttavia molti nodi non sono stati sciolti. Il risultato è la foto che abbiamo descritto all'inizio. Dentro l'Aula una sparuta pattuglia di deputati, per lo più membri della stessa Commissione che ha licenziato il testo che si alternavano al microfono: 17 interventi, 4 ore di discussione, quasi un dibattito privato.

SIT IN RADICALE

Fuori da Montecitorio il sit-in dei radicali italiani e dell'associazione Luca Coscioni guidata da Marco Cappato, che ha accompagnato fino all'ultimo respiro Dj Fabo. «Vogliamo buone regole sul biotestamento e la legalizzazione dell'eutanasia», ha ribadito l'esponente radicale. Continuerà le sue "azioni" di disobbedienza chiedendo di non svuotare il testo che altrimenti diventerebbe «carta straccia». Il rischio rinvio è ormai un dato di fatto. «Quando il testo arriverà a Palazzo Madama, ci saranno i tempi tecnici perché venga approvato entro questa legislatura», non ha perso però tutte le speranze la Lenzi.

PALAZZO MADAMA

Ostinata ma non fino al punto da non capire che il clima non

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

14-MAR-2017
da pag. 7
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

è dei migliori e che trasferire il rovello in Senato, dove i numeri sono ridotti e l'incidente è sempre dietro l'angolo, potrebbe mettere a rischio Gentiloni. Ecco allora che molti all'interno della maggioranza vorrebbero sminare il terreno da una questione tanto corrosiva. Mentre la Lega prova a cavalcare l'opposizione e con un gioco di parole chiede di «staccare la spina al governo». Appunto. Meglio rinviare.

Claudio Marincola

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti principali

Ddl biotestamento da ieri alla Camera

CONSENSO DEL PAZIENTE

Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito senza, tranne casi previsti dalla legge

RIFIUTO TRATTAMENTO

Ogni **persona maggiorenne** può esprimerlo (**nutrizione** e **idratazione artificiali** incluse)

RESPONSABILITÀ CIVILI O PENALI

Il **medico** che rispetta la volontà del paziente di rifiutare il trattamento **ne è esente**

DISPOSIZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Il **paziente esprime consenso o rifiuto** sulle terapie previste (incluse nutrizione e idratazione artificiali) in previsione di una eventuale **futura incapacità di autodeterminarsi**. Indica inoltre una **persona di fiducia** che ne faccia le veci

ANSA centimetri

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

14-MAR-2017
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

L'intervista/1 Gisela Salomon

«Malati lasciati soli la legge è necessaria»

LA LUTERANA: IN GERMANIA NOI E I CATTOLICI UNITI SU QUESTO TEMA

ROMA «La legge è necessaria perché nasce dal bisogno di avere una risposta alla sofferenza di tante persone morenti, affinché abbiano la possibilità di una fine dignitosa rispetto a un artificiale prolungamento della vita». A parlare è Gisela Salomon, coordinatrice della Commissione sinodale sul testamento biologico della Chiesa luterana che ha rivolto un appello ai parlamentari per colmare l'attuale vuoto normativo. «Fate presto».

Per un cristiano questa legge non sarebbe contro i principi di fede?

«Nel 2012 in Germania tutte le chiese cristiane, comprese la Chiesa cattolica e quella ortodossa, hanno firmato un vademecum sul fine vita. Lo stesso vademecum che noi abbiamo proposto in Italia perché il tema è urgente. Per questo abbiamo chiesto ai parlamentari di agire velocemente per colmare un vuoto normativo. Quando la morte è inevitabile è preferibile dare la priorità a una fine dignitosa».

Eppure ci sono parlamentari convinti che questa legge finirà per introdurre un principio eutanasico.

«Parlare di eutanasia è semplicemente assurdo. Non ha niente a che vedere con ciò che è legato al fine vita. Chi parla in questo modo e con questi termini è poco documentato in proposito. L'eutanasia evoca il nazismo e non c'entra con il no all'accanimento terapeutico. La vita ci è stata donata da Dio e solo lui ce la può togliere».

Lei non pensa che una legge di questo tipo possa indurre una società a diventare più indifferente, dove vita e morte si equivalgono?

«Il punto è ben diverso. Nell'attuale vuoto normativo il morente e i suoi familiari, ma anche i medici, vengono lasciati soli proprio quando devono essere assunte decisioni di enorme rilievo. Noi luterani riteniamo doveroso riflettere. Forniamo anche informazioni a chi vuole redigere le dichiarazioni anticipate di trattamento».

I cattolici italiani però sono contrari...

«La cosa strana è che in Germania cattolici e protestanti si pronunciano assieme».

Franca Giansoldati

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 145.152
Diffusione 12/2016: 113.384
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

14-MAR-2017
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

L'intervista/2 Paolo Marchetti

«I medici non possono essere meri esecutori»

L'ONCOLOGO: EVITARE DI DIVENTARE COMPLICI DI UNA SCORCIATOIA

ROMA Il dolore, l'astenia, la depressione, il non riuscire a nutrirsi. Il paziente oncologico può arrivare a desiderare di chiudere con la vita quando tutti questi effetti della malattia si trasformano in una gabbia senza uscita. «Una scelta non libera. E noi medici non possiamo essere meri esecutori della decisione» commenta Paolo Marchetti, direttore dell'Oncologia medica dell'ospedale S. Andrea di Roma e membro del direttivo dell'Associazione italiana oncologia medica.

Non meri esecutori, dunque, ma quale altro ruolo dovrebbero avere i medici nel momento in cui si arriva all'apertura del biotestamento?

«Io medico devo essere certo che il paziente abbia fatto una scelta di libertà. Non posso solo eseguire senza verificare che tutto sia stato messo in campo per evitare una simile decisione finale».

Che cosa intende per vera libertà di scelta?

«Non è libera la scelta se il paziente non ha a disposizione la terapia del dolore, se non viene sostenuto dalla psiconcologia o non segue la giusta alimentazione. Come, purtroppo, accade a molti pazienti nel nostro paese. Condizioni di simile fatica e sofferenza non fanno pensare alla vita».

Ma quel paziente ha deciso molti anni prima...

«Appunto. Decidere senza la malattia non è come decidere con la malattia. Per questo si deve scegliere di nuovo a mio avviso. Dopo aver avuto l'opportunità di sedare il dolore e tutto il resto. Noi non possiamo diventare "complici" di una scorciatoia per non migliorare le condizioni del paziente».

Scorciatoia?

«Noi ci battiamo per migliorare, con tutto quello che la medicina mette a disposizione, il quotidiano di un uomo ed una donna. Ma se priviamo il malato dei sostegni gli togliamo anche la possibilità di scegliere».

Crede che l'assenza di dolore possa far cambiare la decisione?

«Sì. Me ne sono reso conto in tanti anni di lavoro tra i pazienti oncologici. La vita si accetta meglio. Ma il "senza futuro" non rende davvero l'uomo libero».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

14-MAR-2017
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Mario Melazzini. La scelta del direttore dell'Aifa, da dieci anni su una sedia a rotelle

"C'è una vita oltre la Sla ecco perché ho detto no al suicidio in Svizzera"

Non ho voglia di arrendermi, un po' come Hawking Ma ho lasciato scritto che non accetterò una tracheotomia

MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA. «È quando ho deciso di fare un altro giro di giostra - come scriveva Tiziano Terzani - che ho cancellato il mio appuntamento con la morte a Zurigo. Questo non vuol dire che non fossi e non sia tutt'ora arrabbiato con la mia malattia. Sono sempre più esausto, ogni giorno i dolori peggiorano, dipendo integralmente dagli altri. Ma sono tenacemente innamorato della vita. E sulla terra, finché sarà possibile, ho intenzione di restare». Mario Melazzini, direttore generale dell'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, ha 59 anni e da 10 è su una sedia a rotelle. È forse l'ammalato di Sla più noto d'Italia, oncologo di fama diventato paziente, consigliere regionale a Milano, ex presidente dell'Aisla, l'associazione dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica. Nel suo ufficio pieno di sole all'ultimo piano della sede dell'Aifa, Mario Melazzini racconta cosa vuol dire vivere con la Sla. E perché il testamento biologico non è a suo parere una scelta di libertà per i malati.

Melazzini, cosa la tiene in vita?

«Ho una forma di Sla molto lenta. E non ho voglia di arrendermi. Un po' come Stephen Hawking. Ci siamo scritti. Condivido il suo pensiero. In ogni giorno di vita c'è qualcosa da scoprire. Anche su una sedia a rotelle».

Lei è malato dal 2003. Oggi per vivere ha bisogno di idratazione e nutrizione artificiale e di ventilazione per respirare.

«Sì, e per fortuna tutte queste cose esistono. La Scienza progredisce. Per me essere nutrito con una pompa nella notte non è un atto medico, ma, appunto, la vita. Come per gli altri mangiare e bere. Per questo sono convinto che non si possano interrompere».

Già, ma forse per altri tutto questo sarebbe insopportabile. Non crede abbiano il diritto di scegliere?

«Guardi io non giudico nessuno, ma forse prima di parlare di testamento biologico bisognerebbe assicurare a tutti un vero accesso alle cure, sostegni alla famiglia, la medicina palliativa. La voglia di mollare nasce dall'abbandono del paziente».

Lei però era pronto il suicidio assistito...

«Ma poi ho avuto paura. Del resto quando il 17 gennaio del 2003 un mio collega mi ha guardato negli occhi e mi ha detto "Melazzini lei ha la Sla", mi sono sentito come tutti i malati gravi: un naufrago disperato. Da medico sono diventato un paziente e ho visto l'impotenza della medicina».

Il primo sintomo fu un piede che non riusciva ad agganciare il pedale della bici.

«Sì, mi mancava la presa. E poi tanti altri segnali che cercavo di ignorare. Alla terza conferma della diagnosi ho capito che quella parola, Sla, mi riguardava davvero».

Cosa ha fatto?

«Ero furibondo, incazzato nero. Mi sono preparato ad andare a morire in Svizzera e poi invece ho deviato. Sono andato a passare un anno da solo nella mia casa di montagna a Livigno. Io e il Libro di Giobbe che mi aveva dato un caro amico gesuita, padre Silvano Fausti».

Non poteva più scalarle quelle montagne.

«Le guardavo da sotto in su e piangevo su me stesso. Una rabbia sorda. E ci sono voluti mesi ma poi il mio sguardo è cambiato. Ho capito che c'erano cose che non avrei potuto più fare, ma altrettante ne avrei potute scoprire... Ho ricominciato a guardare avanti. Per esempio a lottare per i diritti dei malati di Sla».

Lo ha fatto per sua moglie e i suoi figli?

«L'ho fatto perché credo nella vita. Anche con la Sla».

Due anni fa lei si è risposato con Monica.

«L'amore può sorprenderci in ogni condizione».

Lei dice che il testamento biologico non è una priorità. Ha però affermato che non accetterà mai una tracheotomia.

«È vero, e l'ho lasciato scritto nel mio computer. Ma ho anche scritto che dovrà essere mia moglie a decidere».

Ma allora è un testamento....

«È un'indicazione. Ma forse cambierò idea. Come sulla ventilazione assistita. Dieci anni fa non l'avrei mai accettata. Oggi ringrazio l'esistenza di quelle macchine».

Lei non può mangiare né bere per bocca. Quanto le manca?

«Moltissimo. Mi concedo un cappuccino con l'addensante. E sapete cosa vorrei da matti? Un panino con la pancetta...Pazienza. Ne ho mangiati tanti. Sono vivo, e la vita è bella, non soltanto nei film».

Una citazione dal suo ultimo libro.

«Sì, dove parlo di speranza».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 13 MARZO 2017

Abolizione Ticket. Enrico Rossi: “Parliamone, a partire dal superticket. Ma attenti a farsi nuove illusioni sulla spending”

Il presidente della Toscana ed esponente dei Democratici e Progressisti commenta le dichiarazioni di Lorenzin sull’abolizione dei ticket: “Il sistema attuale è ormai diventato un ‘fai da te’ regionale che io stesso trovo inaccettabile, con regole e costi diversissimi da una realtà all’altra. Nascere al Nord, al Centro o al Sud del Paese può voler dire pagare ticket diversi per la stessa prestazione sanitaria pubblica. E' inaccettabile”

I ticket sanitari, motivati originariamente come strumento di moderazione della domanda attraverso una responsabilizzazione del cittadino a “compartecipare” alla spesa pubblica per la sanità, sono ormai di fatto una vera e propria “tassa” sulla salute, per lo più richiesta in modo estremamente difforme tra una Regione e l’altra.

Gli ultimi dati indicano un ammontare complessivo dei ticket a carico dei cittadini di circa 3 miliardi, di cui la metà sui farmaci e l’altra metà su visite mediche e prestazioni diagnostiche.

Il sistema attuale è ormai diventato un “fai da te” regionale che io stesso trovo inaccettabile, con regole e costi diversissimi da una realtà all’altra. Nascere al Nord, al Centro o al Sud del Paese può voler dire pagare ticket diversi per la stessa prestazione sanitaria pubblica. E' inaccettabile.

Con il Patto per la Salute del 2014 Governo e Regioni avevano concordato di attuare una riforma del sistema per garantire maggiore equità. A tre anni dalla firma del Patto non si è riusciti a venirne a capo.

L’apertura di oggi nell’intervista del ministro Lorenzin va accolta con favore, anche se smorzerei gli entusiasmi sull’ennesimo richiamo alla spending review. Si rischia ormai di usare il termine come una parolina magica “risolvi problemi”. Ma in sanità di spending “vera” non penso ve ne sia ormai molta da fare, il barile è già stato ampiamente raschiato.

Ma l’obbiettivo di abolire tutti i ticket è bene che entri nell’agenda politica per sgravare i cittadini da una tassa ingiusta sulla malattia, incompatibile con un sistema sanitario pubblico che già oggi i cittadini pagano per intero con le proprie tasse.

Ma è altrettanto evidente che bisognerà arrivarci gradualmente e penso che le Regioni si debbano sedere subito al tavolo col Governo per iniziare a parlarne seriamente, a partire dall’abolizione del superticket di 10 euro del valore complessivo di circa 830 milioni che va eliminato definitivamente, abolendo la norma reintrodotta da Tremonti nella finanziaria 2011.

Enrico Rossi
Presidente Regione Toscana ed esponente dei Democratici e Progressisti

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 86.689
Diffusione 12/2016: 50.320
Lettori Ed. II 2016: 370.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

14-MAR-2017
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

COME STANNO LE COSE

LORENZIN E IL BALLETTO DEI TICKET SANITARI

Funziona così: si tagliano i fondi alla sanità e si introducono i ticket (il prezzo fisso per alcune prestazioni del Servizio sanitario nazionale) fatte salve le esenzioni (età e/o reddito); alcune Regioni coi conti messi male, visti i tagli, aggiungono ai ticket nazionali pure i loro. Nel frattempo, accade una cosa che sconvolge il quotidiano Repubblica: *dal 2012 al 2015 gli introiti da ticket sono calati e, peggio, le regioni del Nord incassano più di quelle del Sud.*

Com'è possibile un calo? E qual è la ragione di questa disparità? Il giornale diretto da Calabresi incolpa senz'altro l'aumento delle esenzioni (al Sud dovuto senz'altro ai soliti truffatori) e ipotizza una maggiore efficienza del sistema (meno esami inutili). Leggermente sottovalutato il combinato disposto tra crisi e ticket. Breve spiegazione. In primo luogo, crisi significa meno reddito che a sua volta significa più esenzioni (specialmente al Sud, che s'è impoverito di più). Poi il costo dei ticket per alcune prestazioni spinge il pubblico verso il privato (prezzo simile, ma senza file). La spesa sanitaria privata, non a caso, aumenta da anni: era molto sotto i 30 miliardi un quinquennio fa, ora veleggia attorno ai 35. Infine alcune ricerche mostrano come sia in aumento la percentuale di chi rinvia le spese mediche a quando potrà permettersele.

Poteva mancare il parere della ministro della Salute? No, e infatti Repubblica *la intervista sul tema. L'alfaniana Beatrice Lorenzin riesce facilmente a scavalcare a sinistra il quotidiano (sottolinea l'aumento della povertà, invoca strumenti fiscali per rendere omogeneo e solidale il sistema), ma con una sola frase rivela tutta l'inadeguatezza della politica rispetto ai processi che dovrebbe governare: "Portando avanti la* spending review, *i ticket si potrebbero anche togliere". Cioè, tradotto, si fanno altri tagli per levare i ticket introdotti per i tagli precedenti. E via così, ricordando che sul lungo periodo saremo tutti morti.*

MA. PA.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

DIRE
agenzia di stampa nazionale

13-03-2017

http://www.dire.IT

Sale l'aspettativa di vita per gli italiani, ma aumenta il gap tra le regioni

ROMA – Cresce in 15 anni la speranza di vita media degli italiani: secondo gli ultimi dati del 2016 è di 82,8 anni (80,6 per gli uomini e 85,1 per le donne), anche se si segnalano problemi di equità tra le regioni.

In Campania, per esempio, l'aspettativa si attesta a 80 anni, mentre nella Provincia Autonoma di Trento a 83,5 anni.

Per quanto riguarda **l'abitudine al fumo**, invece, gli italiani sono andati migliorando, passando dal 25,5% di fumatori di 15 anni fa al 19,6% nel 2015 facendo ben sperare per il futuro. È quanto emerge dai dati presentati oggi a Roma dall'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, nato 15 anni fa su iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

"Ci stiamo avvicinando a un punto di svolta del sistema sanitario- ha spiegato Alessandro Solipaca, direttore scientifico dell'Osservatorio- Questi 15 anni di federalismo non hanno risolto la questione meridionale. Per alcuni indicatori, invece che avvicinarsi alla media nazionale, ci si allontana: gli stili di vita non sono ancora adeguati e negli anni non migliorano, fatta eccezione per il fumo. Mentre aumentano le persone in sovrappeso e gli obesi".

L'evento è stato anche l'occasione per presentare il nuovo sito web dell'Osservatorio (http://www.osservatoriosullasalute.it/), che da oggi metterà a disposizione di tutti coloro che ne hanno necessità tutti i dati raccolti, i propri archivi, le serie storiche per le analisi e le considerazioni utili a chi lavora nella salute.

"Con il rinnovo dell'Osservatorio si fa un salto di qualità- ha proseguito Solipaca- il nostro sito prima era utile agli addetti ai lavori piuttosto che al cittadino comune. Vorremmo mettere sul sito anche seminari web, informazioni commentate su punti caldi di attualità".

Presente all'incontro anche Walter Ricciardi, presidente dell'Iss e direttore dell'Osservatorio: "L'Osservatorio- ha spiegato- nasce all'indomani della riforma per regionalizzare il Servizio sanitario nazionale ed è stato costituito per monitorare l'impatto della devoluzione sulle condizioni di salute nelle diverse Regioni. In questi 15 anni abbiamo creato un network che coinvolge circa 230 esperti articolati in 21 sezioni regionali che si occupa di raccogliere dati regionali comparabili provenienti da diverse fonti ed elaborare e diffondere strumenti di sorveglianza della sanità pubblica. Oggi siamo ad una svolta".

Da quest'anno, intanto, la collaborazione tra l'Osservatorio e la Società italiana di Medicina Generale e delle

Cure Primarie si fa più stretta. “Mettiamo a disposizione dell’Osservatorio i dati forniti dalle cartelle cliniche dei pazienti italiani- ha fatto sapere il presidente Simg, Claudio Cricelli- raccolte attraverso **‘Health Search’**, l’importante database che registra, nel più rigoroso rispetto della normativa vigente, i dati che consentono di tracciare e studiare sia il comportamento dei medici di medicina generale- ha concluso- sia comprendere come vengono trattate le più frequenti patologie croniche”.

adnkronos

13-03-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Osservasalute, la speranza di vita si allunga ma ancora gap tra regioni

La speranza di vita media degli italiani è cresciuta, secondo gli ultimi dati del 2016, a 82,8 anni (80,6 per gli uomini e 85,1 per le donne), anche se si segnalano p roblemi di equità tra le regioni. In Campania l'aspettativa di vita media è di soli 80 anni, mentre nella Provincia autonoma di Trento arriva a 83,5 anni. Per quanto riguarda l'abitudine al fumo gli italiani sono andati migliorando, passando dal 25,5% dei fumatori di 15 anni fa al 19,6% nel 2015. E' quanto emerge dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, che da 15 anni registra i dati e le tendenze della salute in Italia e che propone oggi dati sempre più accessibili e raccoglie la sfida rappresentata dalle malattie croniche.

Dai dati illustrati questa mattina al Policlinico Gemelli di Roma, emerge che molti aspetti sono invece andati peggiorando: ad esempio gli stili di vita, con un aumento sensibile delle persone in sovrappeso, registrando nel 2015 il 35,3% degli adulti e il 24,9% dei bambini sovrappeso. L'attività fisica non è mai decollata, con un 39,9% della popolazione sedentaria stabile da 15 anni, mentre sono ancora troppo pochi gli italiani che praticano un'attività sportiva (23,8% in modo continuativo).

"Il gap tra nord e sud aumenta invece di diminuire - spiega il presidente dell'Istituto superiore di sanità e direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, Walter Ricciardi - Le Regioni che hanno maggiore capacità di gestione delle risorse, sono purtroppo tutte settentrionali. E oggi tra chi nasce in Campania o Sicilia e in Trentino ci sono quattro anni di differenza di vita, tantissimi. L'unico dato

uguale riguarda le malattie infettive, si muore in maniera omogenea in tutto il Paese". Situazione sottolineata anche dal direttore scientifico dell'osservatorio, Alessandro Solipaca, per cui "questi 15 anni di federalismo non hanno risolto la questione meridionale: per alcuni indicatori, invece che avvicinarsi alla media nazionale, ci si allontana. Gli stili di vita non sono ancora adeguati".

Ma dopo 15 anni di attività l'Osservatorio, nato su iniziativa dell'Istituto di sanità pubblica-Sezione di Igiene dell'Università cattolica del Sacro Cuore, si rinnova. E nasce la collaborazione con i medici di famiglia della Simg per lo studio del trattamento di patologie croniche.

"In questi 15 anni abbiamo creato un network che coinvolge circa 230 esperti articolati in 21 sezioni regionali - spiega Ricciardi - Oggi siamo a una svolta: l'Osservatorio si rinnova attraverso il suo sito web (www.osservatoriosullasalute.it) per rendere fruibili, non più soltanto agli addetti ai lavori ma anche ai cittadini, i dati raccolti, gli archivi, le serie storiche per le analisi e le considerazioni utili a chi lavora nella salute". Nel nuovo sito, infatti, è possibile consultare tutti i dati elaborati in questi anni senza registrazione e o password.

"Da quest'anno - ha aggiunto Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg) - la collaborazione sarà più stretta: infatti Simg mette a disposizione dell'Osservatorio i dati forniti dalle cartelle cliniche dei pazienti italiani, raccolte attraverso Health Search, il database che registra, nel più rigoroso rispetto della normativa vigente, i dati che consentono sia di tracciare e studiare il comportamento dei medici di medicina generale sia comprendere come vengono trattate le più frequenti patologie croniche".

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

14-MAR-2017
da pag. 6
foglio 1 / 5
www.datastampa.it

FOCUS

I Lea del nostro scontento

Studi Smi: poche le novità, la principale è il risparmio Ssn

Tanto rumore per nulla. I nuovi Lea rimangono un atto dovuto, anche in forte ritardo rispetto ai problemi del Paese. Poche le vere novità. La maggior parte delle misure introdotte nell'area dell'assistenza ospedaliera sono destinate a produrre una generale riduzione dei costi a carico del Ssn. Queste le conclusioni a cui giunge un'analisi del Centro studi dello Smi, il Sindacato medici italiani, sui Livelli essenziali di assistenza, aggiornati dal ministero della Salute e, al momento in cui si va in stampa, ancora in attesa di entrare in vigore con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

ANDREOLI A PAG. 6-7

Il Centro studi Smi: l'aggiornamento era necessario ma inciderà soprattutto sui costi

Nuovi i Lea, poche le novità

Tante misure già in uso nelle Regioni - Ticket e acquisti: il Ssn risparmia

Tanto rumore per nulla. I nuovi Livelli essenziali di assistenza, rimangono un atto dovuto, anche in forte ritardo rispetto ai problemi del Paese.

Poche le vere novità. Ma andiamo nel merito, contestualizzando il provvedimento varato dalla ministra Lorenzin.

L'impatto complessivo della manovra è stimato a poco meno di 800 milioni di euro/anno, somma algebrica tra costi delle nuove prestazioni e risparmi ipotetici.

Assistenza ospedaliera

La maggior parte delle misure introdotte nell'area dell'assistenza ospedaliera sono destinate a produrre una generale riduzione dei costi a carico del Sistema sanitario nazionale. Si segnalano, in particolare:

1) le misure per ridurre il ricorso al parto cesareo, attraverso la fissazione di soglie al di sopra delle quali le Regioni sono tenute ad adottare misure disincentivanti (impatto non quantificato);

2) la fissazione dei criteri di appropriatezza del ricorso al day hospital e day surgery e ricoveri ordinari di lungodegenza e riabilitazione per finalità diagnostiche e per finalità terapeutiche (impatto non quantificato);

3) la riduzione dei ricoveri diurni (sia per i Drg medici che chirurgici), sebbene più sensibile per i Drg medici rispetto ai chirurgici, per effetto dell'introduzione nell'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale di numerose prestazioni fino a oggi erogate in ambito ospedaliero.

A livello nazionale il valore delle prestazioni di ricovero trasferite in ambulatorio risulta già effettuato in misura pari all'85% circa, corrispondente all'88% per le Regioni non in Piano di rientro e al 78% per quelle in Pdr. Si è ipotizzata una riduzione della spesa di circa 50 milioni di euro, cui si associa il maggior ticket per effetto del trasferimento delle prestazioni in ambulatorio.

La stima della riduzione della spesa di 50 milioni di euro si basa sul presupposto che si possa ancora ottenere una riduzione dei ricoveri medici e chirurgici rispettivamente del 15% e del 10% per le Regioni in Pdr e del 5% per le Regioni non in Pdr in entrambi i regimi di ricovero.

La stima dei 50 milioni si basa poi sulla distinzione tra il settore pubblico e privato: per il primo (pubblico) si è ipotizzato un risparmio correlato a una riduzione della valorizzazione tariffaria dei ricoveri che si trasferiscono in ambulatorio per il 20%, per il

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

14-MAR-2017
da pag. 6
foglio 2 / 5
www.datastampa.it

privato del 25 per cento.

Ne consegue, pertanto, che il risparmio di 50 milioni di euro si scompone in:

- 35,8 milioni circa per il settore pubblico correlato a una riduzione di ricoveri diurni di 420.863 unità;
- 14,25 milioni per il settore privato correlato a una riduzione di ricoveri diurni di 100.932 unità.

Occorre poi associare a detto trasferimento il maggior ticket atteso per il fatto che le prestazioni vengono fruite in ambito ambulatoriale. Lo stesso può essere stimato in circa 18,1 milioni di euro (13,6 milioni per il settore pubblico e 4,4 milioni per il settore privato) ipotizzando una quota di ticket forfettario del 9,5% per tutte le prestazioni di Dh e Ds.

Nel presente provvedimento sono confermate, poi, le misure per la riduzione dei ricoveri ospedalieri ad alto rischio di inappropriatezza, individuati nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, per le quali, tuttavia, non viene quantificato l'impatto.

Maggiori costi invece sono attribuibili alle nuove prestazioni introdotte nell'area ospedaliera destinate ad accrescere il costo del livello e rappresentate da:

1) introduzione dello screening neonatale della sordità congenita (11,3 milioni di euro);

2) estensione a tutti i nuovi nati dello screening neonatale esteso per le malattie metaboliche ereditarie (15 milioni di euro);

3) raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive finalizzate alla Pma eterologa (4 milioni di euro).

Il risultato finale è un risparmio sulla assistenza ospedaliera di 19,8 milioni di euro (si veda la tabella a destra).

Assistenza distrettuale

Specialistica ambulatoriale

Per la specialistica ambulatoriale (anno 2014), si evidenzia una spesa storica al lordo ticket di circa 10,7 miliardi di euro, di cui 3,31 miliardi riferibile al settore privato accreditato. La quota di tale spesa associata a prestazioni già incluse nel Nomenclatore nazionale vigente, è pari a 9,4 miliardi di euro. La stima dei costi aggiuntivi indotti dal Dpcm è collegabile alla quota di prestazioni effettivamente innovative non ancora incluse nei nomenclatori regionali che verranno recepite nel nuovo nomenclatore nazionale. Alcune Regioni hanno di fatto già assorbito il Nuovo nomenclatore (Nn) e stanno erogando a carico del Ssn le nuove prestazioni incluse nel medesimo Nn. Infatti:

1) le Regioni Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana di fatto sono quelle che hanno quasi interamente assorbito il Nn;

2) rispetto alla spesa riferita alle sole prestazioni previste dal Nomenclatore vigente, l'incremento medio ponderato di spesa, associato alle nuove prestazioni già erogate dalle predette 4 Regioni e che verranno recepite nel Nn è pari all'8,5% circa;

3) si è ipotizzato in via prudenziale per tutte le Regioni un incremento di spesa del 9,5% correlato ai consumi delle nuove prestazioni erogabili da tutte le strutture pubbliche e private accredita-

Sulla base della predetta ipotesi, ne deriverebbe un incremento di spesa a livello nazionale pari a circa 893 milioni di euro. Tuttavia, occorre considerare che una parte di questa maggiore spesa è già sostenuta da molte Regioni, per un complessivo importo pari a 468 milioni. Ne consegue che l'incremento atteso, a seguito dell'aggiornamento completo di tutte le restanti regioni che finora non hanno potuto aggiornare completamente i loro nomenclatori regionali (presumibilmente le Regioni in Pdr, ma anche le altre Regioni che non hanno ancora completato l'aggiornamento), ammonta a circa 425 milioni di euro. A detti oneri vanno aggiunti anche circa 20 milioni di euro per l'adroterapia, per un totale di 445 milioni di euro.

A questa cifra vanno sottratti i maggiori introiti per i ticket legati ai consumi delle nuove prestazioni ambulatoriali, i maggiori introiti per i ticket relativi trasferimenti da Dh e Ds in ambulatorio (vedi assistenza ospedaliera), e i minori consumi per le cosiddette "prestazioni reflex" secondo il seguente schema:

- maggior onere stimato per maggiori consumi nuove prestazioni ambulatoriali: 445 milioni di euro;
- ticket maggiori consumi nuove prestazioni ambulatoriali: 42,3 milioni di euro;
- ticket per i trasferimenti da Dh e Ds in ambulatorio: 18,1 milioni di euro;
- minori consumi per prestazioni reflex; 3,8 milioni di euro;
- totale maggiori oneri netti: 380,7 milioni di euro.

Occorre sottolineare che, in via prudenziale, non vengono quantificati i risparmi connessi alle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva (complessivamente 328) associate alle prestazioni incluse nel Nomenclatore allegato al presente provvedimento.

Assistenza integrativa e protesica (420,7 milioni - 241 milioni = spesa di 179,7 milioni)

Assistenza integrativa (maggiore spesa di 420,7 milioni di euro). Per quanto riguarda l'assistenza integrativa, nell'ambito dei prodotti dietetici si registra la previsione della fornitura gratuita dei prodotti aproteici a favore dei nefropatici cronici e la fornitura dei prodotti addensanti. La stima degli oneri a essi correlata all'introduzione di tali prodotti è pari a circa 24 milioni di euro.

A questa valutazione si aggiunge un ulteriore incremento stimabile in circa 450 milioni di euro dovuto alla traslazione dei dispositivi medici monouso che attualmente vengono contabilizzati nell'assistenza protesica e che, in applicazione di quanto previsto dal presente Dpcm, verranno contabilizzati nell'assistenza integrativa; la suddetta traslazione di 450 milioni di euro si configura come un effetto meramente compensativo con impatto neutro rispetto ai costi complessivi attualmente sostenuti dal Ssn per il complesso dei due settori assistenziali (integrativa e protesica). Nel settore dei dispositivi medici monouso sono stati introdotti alcuni prodotti innovativi, quali le medicazioni avanzate per le lesioni da decubito e l'introduzione di nuove tipologie di dispositivi monouso (cannule, cateteri, ausili assorbenti per incontinenza e sacche per stomia) per un maggior costo totale di 10 milioni di euro.

Si pensa di ottenere un congruo risparmio su questi 460 milioni di euro grazie a un efficientamento delle modalità di acquisto. Tale risparmio è previsto in 63 milioni di euro, portando il totale dei maggiori oneri per l'assistenza integrativa a una stima di 420,7 milioni di euro.

Assistenza protesica (minore spesa di 241 milioni di euro). Si registra l'introduzione di alcune prestazioni innovative, soprattutto nel settore delle tecnologie informatiche e di comunicazione a favore dei disabili con gravissime limitazioni funzionali. L'impatto di tali introduzioni dovrebbe, tuttavia, essere piuttosto modesto, in considerazione della contenuta numerosità dei destinatari. Si stima un maggior onere di circa 20 milioni di euro che si basa sulla stima di circa 900 nuovi casi all'anno.

Si registra inoltre l'introduzione degli apparecchi acustici a tecnologia digitale. Tale inserimento potrà portare a un aumento della spesa plausibilmente valutabile in circa 125 milioni di euro e l'inserimento di ausili oggi non prescrivibili (ad es. apparecchi per l'incentivazione dei muscoli respiratori, la barella per doccia, le carrozzine con sistema di verticalizzazione, lo scooter a quattro ruote, il kit di motorizzazione universale per carrozzine, i sollevatori fissi e per vasca da bagno, i sistemi di sostegno nell'ambiente bagno, i carrelli servoscala per interni). Per un incremento di spesa pari a 220 milioni di euro circa.

Ci sono poi i risparmi:

1. principalmente i 450 milioni di euro dovuti alla traslazione dei dispositivi medici monouso prima contabilizzati nell'assistenza protesica e ora nell'assistenza integrativa;

2. da una migliore definizione di detti ausili e da una maggiore appropriatezza prescrittiva si prevede un risparmio di 11 milioni di euro circa;

3. il passaggio dal regime tariffario a quello che prevede l'adozione delle ordinarie procedure di acquisto previste dalle norme in materia comporterebbe un potenziale risparmio pari a 48 milioni di euro circa, specialmente per gli ausili di movimentazione (le attuali tariffe sono spesso superiori ai prezzi di listino applicati dalle aziende produttrici in un range dal 20% al 50 per cento);

4. l'eliminazione di alcune categorie di ausili quali le "scarpe ortopediche di serie" e i "plantari di serie" destinati a soggetti con deformità lievi

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

14-MAR-2017
da pag. 6
foglio 3 / 5
www.datastampa.it

e lievissime che frequentemente sono oggetto di iperprescrizione. Il risparmio associabile a tale misura può quantificarsi in 65 milioni di euro;

5. la maggiore diffusione di procedure di riciclo e riutilizzo di alcune categorie di ausili, che comporterà un risparmio di 32 milioni di euro.

Il totale dei minori oneri per l'assistenza protesica, considerando gli effetti compensativi sopradescritti, può quindi stimarsi in 156 milioni di euro + 450 milioni di euro traslati alla assistenza integrativa, cioè 606 milioni di euro, che tolti i 365 milioni di euro di maggiori spese per prestazioni innovative portano a una minore spesa totale per la assistenza protesica di 241 milioni di euro.

La spesa totale per assistenza integrativa e protesica aumenta quindi di 179,7 milioni di euro.

Assistenza sociosanitaria

Le disposizioni relative all'area dell'assistenza sociosanitaria non introducono novità rispetto alla normativa vigente e non comporterà maggiori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale per i previsti interventi di «diagnosi precoce, cura e trattamento individualizzato».

Assistenza specifica a particolari categorie

Le innovazioni introdotte sono rappresentate dalla revisione degli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni correlate, in ragione dell'evoluzione dei protocolli clinici di trattamento.

Per quanto riguarda le malattie rare, l'introduzione di oltre 110 nuove malattie introdotte nell'elenco delle malattie rare che danno diritto all'esenzione (allegato 7 allo schema di Dpcm) ha un impatto economico sicuramente modesto, a causa della bassa numerosità dei soggetti interessati.

Il numero complessivo dei pazienti affetti da tali malattie, in realtà, è da stimarsi in sensibile riduzione rispetto a quello attuale, in quanto dal nuovo elenco sono state escluse alcune patologie (es. celiachia, sindrome di Down e connettiviti indifferenziate) caratterizzate da una cospicua numerosità dei soggetti portatori. In definitiva, si ritiene che i maggiori oneri siano stimabili in circa 12 milioni di euro.

Per quanto riguarda le malattie croniche, le modifiche introdotte nell'elenco delle malattie croniche che danno diritto all'esenzione (allegato 8 allo schema di Dpcm) sono tali da comportare una riduzione degli oneri a carico del Ssn. A fronte dell'inserimento di 6 nuove patologie, infatti, è stato ridotto il pacchetto prestazionale associato a una patologia quale l'ipertensione (senza danno d'organo) da cui discende una spesa rilevante per la sua larghissima diffusione; inoltre, i pacchetti prestazionali di numerose altre patologie sono stati rivisti con l'eliminazione di numerose prestazioni ovvero con la indicazione di periodicità definite per la loro esecuzione.

I maggiori oneri correlati all'introduzione delle predette sei nuove prestazioni possono quantificarsi in 15 milioni di euro, mentre l'aggiornamento in riduzione delle prestazioni per l'ipertensione e altre comporterà riduzioni di oneri per circa 16 milioni di euro. Il complesso delle nuove disposizioni comporta dunque una maggiore spesa di 11 milioni di euro.

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Lo schema esplicita, ridefinisce e riordina in un nuovo schema logico attività e prestazioni già garantite. Fanno eccezione l'introduzione di vaccinazioni gratuite per Pneumococco, Meningococco, Varicella, Vaccino anti Hpv alle femmine 12 enni, il cui onere è quantificabile in 124 milioni di euro circa. Avendo comunque le Regioni già sostenuto un onere pari a complessivi 90 milioni circa, il predetto maggior onere di 124 milioni di euro può ridursi a circa 34 milioni di euro, per il completamento della campagna vaccinale 2012-2014.

Sono poi stati introdotti i seguenti altri vaccini previsti nel Piano nazionale delle vaccinazioni (Pnpv) 2016-2018, che prevede che le seguenti vaccinazioni vengano offerte gratuitamente alla popolazione per fascia d'età e a particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali): meningo B e Rotarivirus (1 ° anno di vita); varicella 1° dose (2° anno di vita); varicella 2° dose (5-6 anni); Hpv nei maschi 11enni, Ipv meningo tetravalente ACWY135 (adolescenti); Pneumococco e Zoster (anziani) (cfr. nell'allegato 1 punto A3 del nomenclatore).

Il maggior onere aggiuntivo derivante dall'introduzione dei nuovi vaccini ammonta a circa 303 milioni di euro. Da questa somma vanno sottratti 87 milioni di euro circa, tenuto conto che alcune Regioni hanno già inserito nei rispettivi calendari regionali alcune delle vaccinazioni proposte nel Calendario nazionale contenuto nel Pnpv 2016-2018. Inoltre vengono sottratti altri 30 mln di ipotetici minori costi indiretti, così che in conclusione, il Dpcm sostiene che il Calendario vaccinale proposto nel Pnpv 2016-2018 comporta un onere netto su base annua pari a circa 186 milioni di euro, ipotizzando il raggiungimento della soglia ritenuta ottimale di vaccinazione.

pagine a cura di
Maurizio Andreoli
Centro Studi Smi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN RITARDO I LAVORI DELLA COMMISSIONE NAZIONALE

Revisione ancora in stand-by

Impatto complessivo

Livello di assistenza	Impatto netto (€/mln)
Assistenza sanitaria collettiva	**220,2**
• Completamento Piano nazionale vaccini 2012-2014	34,0
• Attività di prevenzione rivolta alle persone (nuovi vaccini Pnpv)	186,2
Assistenza distrettuale	**571,4**
• Specialistica ambulatoriale	380,7
• Assistenza integrativa e protesica	179,7
• Particolari categorie	11,0
Assistenza ospedaliera	**-19,8**
Totale impatto	**771,8**

Il primo appuntamento in calendario per i nuovi Livelli essenziali di assistenza era la data del 28 febbraio, deadline per l'attività di revisione affidata alla Commissione nazionale per l'aggiornamento che la ministra della Salute Beatrice Lorenzin ha insediato a ottobre scorso. Al momento, però, ancora nulla di fatto. Pesano sui lavori del nuovo organismo sia il tema risorse, sia il "cosa" inserire o eliminare dalle prestazioni erogate a carico del Ssn.

Intanto, pende come la spada di Damocle l dei 422 milioni di contributo alla finanza pubblica nazionale, che le amministrazioni a regime speciale non hanno versato. E che sono stati addossati, come del resto era previsto, sulle spalle delle Regioni a statuto ordinario.

Inevitabilmente questo taglio andrà ammortizzato sulle voci di spesa sanitaria, ed è ben noto che i governatori e gli assessori fanno da sempre presente l'inadeguatezza del "monte Lea", rispetto alle prestazioni più innovative. Argomentazioni sempreverdi, malgrado capitoli impegnativi, come il Piano nazionale vaccini, siano stati finanziati da un sfondo a sè previsto dalla legge di Bilancio.

Legato a doppio filo, l'aggiornamento del Dpcm. Che non a caso, al momento in cui si va in stampa, pur avendo superato da un mese tutti i passaggi dell'iter di approvazione, non è ancora stato pubblicato in Gazzetta. A quanto pare, in lunghe - e tese - riunioni, i membri della Commissione Lea si lambiccano il cervello per "infilare" nel testo tutte le richieste espresse nei loro pareri dalle commissioni parlamentari di Camera e Senato. Alcune decisamente congrue, altre meno. Certo è che aprire le porte dei nuovi Lea a tutti i desiderata di deputati e senatori comporterà, sull'altro versante, un delisting corposo e non indolore, innazitutto per i cittadini. E allora, vale la pena ricordare quanto a metà dicembre formularono la Affari sociali e la Igiene e Sanità.

Le condizioni poste dal Senato

1. è necessario che, nell'ambito dello schema, sia espressamente previsto che di quest'ultimo costituiscono parte integrante le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi monouso (di cui al-

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

14-MAR-2017
da pag. 6
foglio 4 / 5
www.datastampa.it

l'allegato A dell'Intesa summenzionata, allegato che dovrebbe essere trasposto all'interno dello schema);

2. nell'ambito delle premesse dello schema occorre siano espressamente menzionate le leggi in materia di screening neo natali (n. 167 del 2016) e di cure palliative (n. 38 del 2010);

3. nell'articolo 38 dello schema, in tema di parto-analgesia, è necessario sia inserito un riferimento espresso e non equivocabile alla analgesia epidurale;

4. è necessario che sia espressamente contemplata, nell'ambito dello schema, l'assistenza podologica ai pazienti diabetici.

Le condizioni poste dalla Camera

1. all'articolo 4, comma 2, lettera d), sia previsto espressamente il diretto coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia nella predisposizione del percorso assistenziale;

2. sia garantita alle persone con disabilità la continuità assistenziale di cui all'articolo 5 attraverso il progetto individuale previsto dall'articolo 14 della legge n. 328 del 2000, che integri interventi sanitari, sociali e di tutela;

3. nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'articolo 15, con riferimento alle prestazioni elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4, per una migliore interpretazione delle tabelle sia premessa la legenda e sia riconsiderato il sistema per branche specialistiche, in quanto si ravvisa il rischio di generare dubbi interpretativi, nel senso che gli operatori potrebbero erroneamente considerare non incluse determinate prestazioni sanitarie ai fini dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa per i pazienti;

4. siano modificati l'articolo 17, comma 1, e tutte le parti dello schema di Dpcm in cui la disabilità viene intesa come sinonimo di "minorazione, affezione, patologia" e non come interazione tra le persone con minorazione e barriere comportamentali ambientali che impediscono la piena ed effettiva partecipazione alla società sulla base del principio di uguaglianza;

5. al medesimo articolo 17, sia mantenuto il sistema tariffario in luogo delle pubbliche procedure previste dallo schema di decreto in esame, per l'acquisto di dispositivi audioprotesici e di alcuni ausili di serie di cui all'allegato 5, elenchi 2A e 2B (Carrozzina ad autospinta con due mani sulle ruote posteriori, superleggera, a telaio rigido e a telaio pieghevole; carrozzina a spinta con telaio basculante e sistema di supporto posturale a configurazione regolabile; carrozzina ad autospinta sulle ruote posteriori pieghevole, leggera, a verticalizzazione manuale oppure a verticalizzazione elettrica; carrozzina elettronica a prevalente uso interno e a uso esterno; Modulo posturale per capo, per bacino, per tronco, per tronco/bacino; Seggiolone a configurazione fissa e a configurazione regolabile; Stabilizzatore per statica prona/eretta - modello per assistiti in età evolutiva; stabilizzatore mobile per statica eretta e per statica supina, con inclinazione regolabile; Passeggino riducibile; Emulatori di mouse a Joystick, con il capo e con lo sguardo) che per le loro caratteristiche e per le specifiche necessità funzionali dell'utenza cui sono destinati necessitano di un percorso prescrittivo individualizzato e di un appropriato percorso valutativo condotto da un'équipe multidisciplinare nonché di un adeguato training all'uso, al fine di garantire la massima personalizzazione e aderenza alle esigenze degli utenti, obiettivi difficilmente raggiungibili mediante procedure di gara;

6. all'articolo 38, comma 2, dopo le parole: "inclusa la terapia del dolore e le cure palliative", siano introdotte le seguenti: "e gli interventi riabilitativi";

7. al medesimo articolo 38, si modifichi il comma 3, nel senso di prevedere che il parto in analgesia (farmacologica o non) debba essere garantito in tutte le strutture in cui ci sia un punto nascita;

8. nell'ambito delle malattie croniche di cui all'articolo 53, che rinvia all'allegato 8, sia inserita un'esenzione per patologia cronica per i disturbi di condotta e di personalità (codici ICD9-CM 301, 312 e 314).

B.Gob.

© 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

14-MAR-2017
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

MONITORAGGIO CITTADINANZATTIVA - STRUTTURE ONCOLOGICHE ITALIANE

Tumori: ok presa in carico, ma non le attese

L'oncologia italiana è in buone condizioni: le strutture perlopiù garantiscono ai pazienti una presa in carico adeguata, che include l'attivazione di équipe personalizzate, il comfort degli spazi nei reparti di degenza e nei day hospital, una accurata personalizzazione del percorso di cura. Buona la comunicazione con paziente e familiari. A fare il punto su uno dei settori più sensibili del Ssn è il Monitoraggio civico realizzato da Cittadinanzattiva-Tdm con il contributo non condizionato di Msd Italia, e presentato nei giorni scorsi a Roma.

Non mancano però le ombre, e certo non sono ombre da poco: liste d'attesa ancora non sempre rispettate - una struttura su quattro non garantisce l'accesso alle prestazioni diagnostiche entro le 72 ore -; assenza del case manager nella metà dei centri e mancanza di coordinamento dei medici di medicina generale alla dimissione del paziente.

Ancora, come fa notare il coordinatore nazionale del Tdm/Cittadinanzattiva **Tonino Aceti**, «solo in una struttura su due si consegna al paziente il tesserino 048, quello che garantisce il riconoscimento dell'esenzione per patologia già in fase di sospetto diagnostico. Una disuguaglianza inaccettabile. Questo diritto va reso esigibile per tutti e per questo chiediamo - afferma Aceti - che quell'esenzione sia inserita nei nuovi Livelli essenziali di assistenza, in fase di revisione della Commissione nazionale Lea».

Il nodo farmaci innovativi è un'altra nota dolente: non ovunque i pazienti riescono ad accedere alle molecole d'avanguardia in tempi utili ad affrontare la malattia. Per questo, aggiunge Aceti, «ci aspettiamo che il fondo per i farmaci innovativi previsto dalla legge di Bilancio (500 milioni i farmaci oncologici innovativi, altri 500 mln gli innovativi tout court, ndr) sia usato per ridurre sia i tempi di accesso che la disomogeneità per i farmaci innovativi negli ospedali».

Online sul sito di Cittadinanzattiva si possono consultare i risultati nel dettaglio.

Aspetti organizzativi. Ogni giorno in Italia circa mille persone ricevono la diagnosi di tumore e si calcola che nel 2020 i malati di cancro saranno 4 milioni e mezzo. L'incidenza è più elevata al Nord che al Sud del Paese, ma i valori di sopravvivenza per alcuni tumori restano più elevati nelle aree settentrionali. Attualmente le reti oncologiche, intese come «il coordinamento di tutte le azioni che riguardano l'assistenza al malato oncologico, sia dentro che fuori dall'ospedale», sono attive in Veneto, Piemonte, Lombardia, Toscana, Trentino e Umbria; sono in fase di attivazione in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Alto Adige e Sicilia; mentre non sono state attivate nelle altre Regioni. Dall'indagine, risulta che il 52% delle strutture monitorate appartiene a una rete oncologica formale, ma in realtà si tratta per lo più di strutture che lavorano in rete garantendo i servizi necessari pur non essendoci un formale atto costitutivo.

Tutte sono dotate di un Day hospital oncologico, il servizio di radioterapia è attivo nel 55% delle strutture, il Pronto soccorso o Dea nell'81%, il Centro di terapia del dolore nell'89%, il servizio di psiconcologia nel 73%. Meno diffusi i servizi di riabilitazione oncologica (presente nel 43% delle strutture) e l'hospice (nel 44%).

I dati. Sono 62 le strutture monitorate di 18 regioni (non hanno aderito Basilicata, Friuli V.G. e Provincia di Bolzano); in 23 è stato monitorato il Day hospital oncologico, in 39 sia il Dho che i reparti di degenza oncologici. Ben 121 i fattori esaminati, con l'obiettivo di indagare il rispetto dei 14 diritti della Carta europea del malato: l'attenzione da parte delle strutture ai bisogni e ai diritti della persona con una malattia oncologica e delle relative famiglie, la capacità di presa in carico globale, i servizi offerti, il livello e la qualità dell'assistenza, la disponibilità dei farmaci oncologici.

Orientamento al cittadino. Quasi la totalità delle strutture dedica un referente alla comunicazione della diagnosi di tumore. Il 95% offre supporto psicologico. A oggi ancora il 66% delle strutture non ha servizi per i familiari dei pazienti ricoverati.

Alla raccolta dei dati ha collaborato il Cipomo. Diverse le associazioni coinvolte nel tavolo di lavoro: Ail, Linfomi e mieloma Onlus, Istituto nazionale Tumori Milano, Ospedale civile di Ovada; Sifo; Sipo.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Salute
il Giornale.it

13-03-2017

http://salute.ilgiornale.it/

Salute Una possibile rivoluzione nel campo diagnostico

Un test del sangue rivelerà dove si nasconde un tumore

Concepito negli Stati Uniti, è in grado di rivelare il DNA rilasciato nel sangue dalle cellule che muoiono a causa di una neoplasia, nonché il luogo da cui esse provengono

Se è vero che il cancro è malattia che, purtroppo, viene diagnosticata con sempre maggiore frequenza, è altrettanto vero che **cure sempre più avanzate e una più ampia diffusione di screening oncologici hanno, negli ultimi anni, aumentato la sopravvivenza** dei soggetti affetti da tumore. Molto di più sarebbe possibile fare se la diagnosi venisse ulteriormente anticipata: in questa direzione va il lavoro di molti ricercatori, i quali cercano di mettere a punto **sempre migliori test del sangue che rivelino eventuali sviluppi tumorali**. Sino ad oggi, questi esami, chiamati biopsie liquide, erano sì in grado di rilevare nel sangue tracce di DNA rilasciato dalle cellule tumorali, ma senza saper indicare dove si trovasse il tumore.

Dagli Stati Uniti giunge però ora la notizia di una scoperta - anche se ancora da testare sull'uomo - che potrebbe rivoluzionare le tecniche diagnostiche: **un test del sangue capace di rilevare precocemente un tumore indicando persino la zona del corpo dove esso si sta sviluppando.**

L'obbiettivo sarebbe stato raggiunto grazie a uno studio, pubblicato su Nature Genetics, effettuato da un gruppo di scienziati del californiano Institute for Genomic Medicine di San Diego, guidati dal professor Zhang Kun. Per capire come gli scienziati americani siano giunti sviluppare il test bisogna sapere che **quando una neoplasia si sviluppa, essa inizia a competere con le cellule normali per ciò che concerne nutrienti e spazio vitale e in tal modo, diffondendosi, le uccide. Il punto è che nel momento in cui le cellule muoiono rilasciano il loro DNA specifico nel sangue, ed è proprio utilizzando questo DNA che i ricercatori sono riusciti ad identificare il tessuto interessato dal cancro.**

«Siamo giunti a questa scoperta per caso - dichiara Kun - stavamo portando avanti l'approccio convenzionale ed eravamo solo in cerca di segnali provenienti da cellule tumorali. Abbiamo però individuato anche segnali provenienti da altre cellule, e ci siamo resi conto che **se integriamo entrambe le serie di segnali possiamo determinare la presenza di un tumore e il posto in cui sta crescendo**».

Il nuovo test potrebbe, in futuro, eliminare la necessità di diagnosi basate sulla biopsia tradizionale, o asportazione chirurgica del tessuto; anche se, conclude Kun: «prima di trasferire la ricerca in ambito clinico è necessario lavorare ancora con gli oncologi per perfezionare ulteriormente il metodo».

healthdesk

13-03-2017

http://www.healthdesk.it/

LA REVIEW

L'obesità è legata a 11 tipi di cancro

Una review sul British Medial Journal: il legame tra sovrappeso e cancro esiste, ci sono prove evidenti. Gli organi più colpiti sono quelli dell'apparato digestivo e intestinale. Ma per le donne in sovrappeso aumenta anche il rischio di cancro all'ovaio ed endometrio

Il linguaggio scientifico impone cautela. Per le autorevoli riviste scientifiche la prima regola della corretta informazione vale ancora di più: non si fanno affermazioni se non si è veramente sicuri di quel che si dice. Quindi se sulle pagine del British Medical Journal troviamo ripetuta a più non posso l'affermazione che esistono "strong evidence", prove certe, evidenti, solide, dell'associazione tra l'obesità e i principali tipi di cancro è il caso di prendere lo **studio** seriamente. Come hanno fatto le agenzie di stampa e i giornali di tutto il mondo che hanno messo in primo piano i risultati della review condotta dai ricercatori dell'Imperial College di Londra. E come ha fatto la comunità scientifica rappresentata da due scienziati della Washington University School of Medicine che nell'editoriale che accompagna lo studio sul Bmj hanno dichiarato: «Nonostante alcuni dettagli restino da approfondire, l'inevitabile conclusione di questi dati è che prevenendo l'eccessivo aumento di peso nella popolazione adulta si riesce a ridurre il rischio di cancro».

Gli autori della meta-analisi hanno classificato le prove del legame tra obesità e cancro in "fortemente evidenti" (strong evidence), altamente indicative, "indicative" e "deboli".

Dopo aver analizzato 204 studi pubblicati su 49 riviste dedicati ai rischi di tumore dovuti al grasso in eccesso, gli scienziati inglesi hanno concluso che esistono prove evidenti della relazione tra sovrappeso e 11 tipi di cancro. La lista comprende i tumori più comuni e più gravi, tra cui quello all'esofago, al midollo osseo, al colon-retto, alle vie biliari, al pancreas, ai reni. Per le donne in premenopausa i chili di troppo aumentano la probabilità di ammalarsi di tumore dell'endometrio.

Passando attentamente al vaglio i dati della letteratura scientifica, i ricercatori sono riusciti a calcolare matematicamente l'impatto del grasso in eccesso sul rischio di cancro. Per gli uomini vale la nefasta formula: ad ogni aumento di 5 chili su metro quadro dell'indice di massa, sale

del 9 per cento il rischio di venire colpiti dal cancro al colon-retto e addirittura del 56 per cento di ammalarsi di tumore delle vie biliari. Per le donne in menopausa che non hanno mai fatto ricorso alla terapia ormonale sostitutiva le probabilità di sviluppare un tumore al seno crescono dell'11 per cento ogni volta che l'indice di massa corporea aumenta di 5kg/m2. Lo studio dimostra che esistono prove evidenti che l'eccessiva presenza di tessuto adiposo sia legata al cancro al colon-retto e che valori troppo elevati dell'indice di massa corporea siano motivo di preoccupazione per il cancro alla cistifellea, al cardias, alle ovaie. La relazione tra sovrappeso e cancro vale anche per il mieloma multiplo.

Ma, avvertono i ricercatori, i chilogrammi non sono gli unici valori da tenere sott'occhio. L'allarme deve scattare anche quando salta il rapporto ideale tra vita e fianchi. Per ogni incremento di 0,1 in questo rapporto il genere femminile vede aumentare il rischio di cancro all'endometrio del 21 per cento.

«L'obesità sta diventando uno dei principali problemi di salute pubblica concludono gli autori dello studio sul Bmj - la prova dei gravi rischi ad essa associati può permettere una migliore selezione delle persone più esposte al cancro a cui dedicare strategie di prevenzione personalizzata».

HiQPdf Evaluation 03/13/2017

Piano Vaccini e calendario vaccinale. La circolare del ministero della Salute

Tante le novità del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccini (PNPV) 2017-2019 sia per i più piccoli, che per gli adolescenti, che per gli over 65. Il ministero della Salute per agevolare le Regioni nel lavoro di adeguamento al nuovo Piano, lo scorso 9 marzo, ha emanato una circolare: "Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale". LA CIRCOLARE.

13 MAR - Gli Italiani potranno beneficiare di un'offerta di salute gratuita, tra le più avanzate in Europa. Più vaccini grazie al nuovo Piano Nazionale Prevenzione (PNPV) 2017-2019 e al loro inserimento nei nuovi LEA. Ogni Regione dovrà adattarsi alle recenti direttive e per farlo potrà seguire la circolare emanata il 9 marzo dal ministero della Salute "Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale".
Tutte le vaccinazioni previste dal Piano devono essere gratuite. La circolare specifica i tempi entro i quali bisogna raggiungere gli obiettivi di copertura vaccinale, anno per anno e a seconda dell'anno di nascita del vaccinato.

Le novità del 2017
Nel corso di quest'anno saranno introdotte: la vaccinazione anti-meningococcica B per i nati nel 2017, quella anti-meningococcica tetravalente ACWY (una dose) nell'adolescente, l'anti-pneumococcica nei soggetti di 65 anni di età. Ancora, la vaccinazione anti-varicella a partire dai nati nel 2016, quelle previste per le categorie a rischio e l'anti-HPV per i maschi undicenni con inizio della chiamata attiva per tutti i bambini nati dal 2006.

Gli obiettivi del 2018
Entro il 2018 ci dovrà essere il completamento della vaccinazione anti-HPV a favore dei maschi undicenni per i nati nel 2007, con il completamento a recupero di quelli venuti alla luce nel 2006, qualora non raggiunti nel corso del 2017. Per lo stesso anno è prevista l'introduzione della vaccinazione anti-rotavirus a tutti i nuovi nati a partire dalla coorte 2018. Poi, ci sarà l'introduzione della quinta dose di vaccino anti-poliomielite nell'adolescente e quella della vaccinazione anti-Herpes Zoster nei soggetti di 65 anni di età.

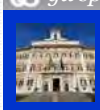
Obiettivi di copertura
È già stato previsto che dal primo anno non sarà possibile raggiungere, in modo immediato, le coperture vaccinali determinate dal PNPV. Per tale motivo è stato previsto, anche ai fini del monitoraggio dei LEA, un aumento graduale degli obiettivi di copertura per anno, come riportato nella tabella.

Fascia di età	Vaccinazioni	Obiettivo di copertura vaccinale		
		2017	2018	2019
I anno di vita	Meningococco B	>60%	>75%	>95%
	Rotavirus	>60%	>75%	>95%
II anno di vita	Varicella (1° dose)	>60%	>75%	>95%
5-6 anni di età	Varicella (2° dose)	>60%	>75%	>95%
Adolescenti	HPV nei maschi 11enni	>60%	>75%	>95%
	IPV	>60%	>75%	>90%
	Meningococco tetravalente ACWY135	>60%	>75%	>95%
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	40%	55%	75%
	Zoster	20%	35%	50%

Gli obblighi di genitori, medici, scuole e Asl
I genitori devono attenersi al Calendario vaccinale nazionale approvato dal ministero della Salute, rispettando le leggi vigenti in materia di vaccinazioni obbligatorie.
Ai medici la circolare ricorda che hanno l'obbligo di attenersi al codice deontologico e, per quelli dipendenti da pubbliche amministrazioni, di promuovere attivamente le vaccinazioni inserite nel Calendario vaccinale nazionale approvato dal Ministero della Salute. È sempre un loro obbligo quello di informare correttamente i genitori su rischi e benefici della vaccinazione e della mancata vaccinazione.

In ambito scolastico, spetta ai direttori e ai capi degli istituti di istruzione pubblica o privata il compito di

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

QS gli speciali

Responsabilità professionale e sicurezza delle cure. Ecco la legge
tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]
1 Epatite C. Si cambia. Aifa vara 11 nuovi criteri di trattamento: "Cureremo tutti non solo i più gravi". Parte il Piano di eradicazione totale
2 Nuovo orario di lavoro. Per la Fiaso il sistema ha retto l'impatto: "Ma dalle 11 ore di riposo continuative dovrebbero essere esclusi primari, alta specialità e attività di formazione e ricerca"
3 Lorenzin: "Commissariamenti delle Regioni così come sono stati immaginati negli ultimi dieci anni non funzionano più. Serve altro Titolo V"
4 Diabete. Le diete 'estreme' (vegetariana, vegana paleolitica, chetogenica) fanno bene o è meglio la classica mediterranea? Un position paper Sid

accertarsi se siano state praticate agli alunni le vaccinazioni e le rivaccinazioni obbligatorie. Nel caso di mancata presentazione della certificazione devono comunicare l'accaduto entro cinque giorni, all'Asl di appartenenza dell'alunno ed al Ministero della sanità. La mancata certificazione non comporta, però, il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami.

http://dx.doi.org/10.4081/ejph.2017.503 03/03/2017

L'azienda USL di appartenenza dell'alunno che risulta non vaccinato provvederà agli interventi di recupero necessari alla situazione, compreso un incontro informativo con la famiglia.

13 marzo 2017
© Riproduzione riservata

Allegati:

- CIRCOLARE PIANO NAZIONALE VACCINI
- Tabella

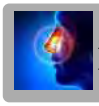
Altri articoli in Scienza e Farmaci

Epatite A. Allarme per gli "uomini che fanno sesso con uomini". Il report del CDC europeo

Pnemococco. Efficace vaccino 13-valente, ma rafforza altri batteri

Diabete. Donne e uomini sono molto diversi di fronte alla malattia. Soprattuto per i rischi cardiovascolari, ma non solo

Sei milioni di obesi in Italia e su 600 mila si dovrebbe intervenire chirurgicamente. Ma si operano solo in 15mila l'anno. Colpa della lista d'attesa troppo lunga


Rinosinusite cronica. È la depressione il sintomo più invalidante

Malattia di Chron. Nei bambini un modello può predirne gli esiti

5 Responsabilità professionale. Via libera dalla Camera. Il 'ddl Gelli' è legge. Cambiano la responsabilità penale e civile dei medici. Più trasparenza per i pazienti e sicurezza strutture. Il testo e la sintesi articolo per articolo

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

7 Riforma Ordini. Le professioni sanitarie chiedono rapido esame e approvazione del ddl Lorenzin

8 Riforma pubblico impiego. Governo vara decreto Madia: "Ora pronti al rinnovo dei contratti". Proroga fino al 2019 per i concorsi straordinari nel Ssn. Il testo in anteprima

9 Testamento biologico. Ecco il testo pronto per l'esame dell'Aula. Lavori al via dal 13 marzo

10 Oms. Ecco la lista dei 12 batteri più resistenti. Contro i quali gli antibiotici possono ben poco

Quotidianosanità.it
Quotidiano online d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Via Boncompagni, 16
00187 - Roma

Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma (RM)

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriquez

In redazione
Lucia Conti
Ester Maragò
Giovanni Rodriquez

Collaboratori
Eva Antoniotti (Ordini e professioni)
Gennaro Barbieri (Regioni)
Ivan Cavicchi (Editorialista)
Fabrizio Gianfrate (Editorialista)
Ettore Mautone (Campania)
Maria Rita Montebelli (Scienza)
Claudio Risso (Piemonte)
Edoardo Stucchi (Lombardia)
Vincino (Vignette)

Contatti
info@qsedizioni.it

Pubblicità
Tel. (+39) 06.89.27.28.41
commerciale@qsedizioni.it

Redazione
Tel (+39) 06.59.44.62.23
Tel (+39) 06.59.44.62.26
Fax (+39) 06.59.44.62.28
redazione@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n. 115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.
Policy privacy

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

14-MAR-2017
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

Le idee

Proteggiamo i nostri ragazzi dall'obesità

ALBERTO MANTOVANI

Corretta alimentazione, cucina sana. Quasi ogni giorno vengono pubblicati nuovi libri e notizie di cronaca che propagandano diete in grado - promettono - di regalarci 10 anni in più di vita sana. In parallelo, siamo inondati da trasmissioni sul cibo e sulla buona tavola. Su questi temi l'Italia ha una grande tradizione: la nostra dieta mediterranea, un modello nutrizionale ispirato agli alimenti diffusi nel nostro Paese - dall'olio di oliva alle arance rosse di Sicilia, tanto per fare due esempi - è rinomata in tutto il mondo per la sua bontà e salubrità.

Eppure, paradossalmente, i riflettori puntati su dieta e cucina rischiano di mettere in ombra uno dei nostri problemi più seri ed attuali legati al cibo. O, meglio, al suo eccesso.

I dati più recenti indicano che il nostro Paese detiene un record negativo, in cui siamo secondi solo alla Grecia: il maggior numero di bambini sovrappeso e obesi. Si tratta di un cambiamento epocale e di un primato che, purtroppo, avrà conseguenze estremamente negative sulla salute, presente e futura, dei nostri ragazzi. Un allarme importante, soprattutto in un momento in cui la Iarc (International Agency for Research on Cancer), agenzia internazionale dell'Oms, certifica che l'obesità è un carcinogeno. Ossia causa cancro, e per l'esattezza almeno 13 tipi di tumori. Ciò in aggiunta a quanto da tempo risaputo: l'obesità, in generale, è causa di cattiva salute, ed in particolare aumenta il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e degenerative del sistema nervoso centrale.

Ma perché l'obesità provoca cancro? È probabile che i motivi siano diversi. A lungo si è pensato che la causa principale fosse perché induce un'iperproduzione di ormoni (estrogeni), presenti nel tessuto adiposo: il cancro della mammella, ad esempio, può essere promosso da una quantità eccessiva di estrogeni. Oggi però l'enfasi è posta sull'infiammazione: l'obesità causa cancro perché è associata ad alterazioni del metabolismo e della risposta infiammatoria e immunitaria. Grazie ai recenti progressi della ricerca, sappiamo che all'interno del tessuto adiposo sono presenti molte cellule - oltre la metà del totale - del sistema immunitario. Fra queste in particolare i macrofagi, che disorientati dai segnali confusi provenienti dall'eccesso di grasso, producono citochine infiammatorie che danneggiano il nostro metabolismo in modo grave, fino ad indurre una sindrome metabolica. Le citochine sono le molecole con cui il sistema immunitario comunica: possiamo pensare loro come a «parole» che hanno il compito di richiamare - nella quantità, nel momento e nel luogo giusti - i globuli bianchi che ci proteggono dalle infezioni. Ma che, se in quantità eccessiva o quando non sono necessari, diventano dannosi. I mediatori di infiammazione hanno quindi un ruolo importante nello sviluppo di alcune patologie legate all'obesità, fra cui il diabete adulto, le malattie cardiovascolari e il cancro.

Necessario, dunque, intraprendere azioni e campagne di sensibilizzazione ed educazione su questo tema. Per proteggere i nostri figli e nipoti e le generazioni future. Poiché la povertà si associa alla maggior frequenza di persone sovrappeso, chi paga - e pagherà - il prezzo più alto di questa situazione sono le fasce più deboli della popolazione.

Ripartiamo quindi dai «giacimenti» della nostra tradizione alimentare. Da una parte, scavando in essi dal punto di vista molecolare: approfondendo la ricerca scientifica per identificare, nei diversi cibi, le molecole responsabili dei meccanismi di protezione (o promozione) delle malattie. Dall'altra parte, valorizzando questi giacimenti, ossia utilizzandoli quanto più possibile nella nostra alimentazione, tornando ad una dieta mediterranea.

La buona qualità di vita, infatti, inizia a tavola e prosegue con stili di vita corretti. Il consiglio che io stesso seguo è attenersi alla regola 0-5-30: 0 sigarette, almeno 5 porzioni di frutta e verdura fresche e 30 minuti di esercizio fisico moderato al giorno. Ad esempio semplicemente utilizzando le scale al posto degli ascensori, come scritto sui gradini dell'Oms e, più di recente, della Metropolitana di Brescia. Uno stile di vita sano aiuta infatti ad evitare sovrappeso e rischio di cancro, malattie cardiovascolari e autoimmuni.

***Direttore Scientifico Irccs Humanitas e docente di Humanitas University**

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media