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

18-MAR-2017
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

LA STORIA / LA DECISIONE DI UN GINECOLOGO DI SPOLETO: "HO CAPITO CHE NON POTEVO STARE PIÙ ALLA FINESTRA"

E il medico obiettore scelse di diventare abortista

ROMA. La coscienza può consigliare di diventare abortista. «Non potevo più stare alla finestra, ho deciso di mettermi in gioco» ha raccontato Maurizio Silvestri, ginecologo all'ospedale di Spoleto. Ieri, durante la presentazione del libro di Livia Turco, a cura di Chiara Micali, *Per non tornare al buio, dialoghi sull'aborto con medici obiettori e non*, il medico ha parlato della sua esperienza e delle considerazioni che lo hanno portato a dare la sua disponibilità per le interruzioni di gravidanza nell'ospedale in cui lavora. «La mia scelta è maturata negli anni - ha spiegato Silvestri - pur essendo laico, non cattolico, all'inizio della professione ero convinto che comunque c'era tra i colleghi chi si faceva carico del problema e potevo stare in disparte». Sono stati gli incontri con le donne e con le colleghe a fargli vedere le cose in modo diverso. «Un'ostetrica in procinto di andare in pensione dopo 42 anni di servizio mi raccontò di aver visto tante donne morire di aborto clandestino - ha detto il ginecologo - poi ho approfondito con un articolo di *Lancet*, dove sono riportati dati drammatici: 47mila decessi provocati nel mondo da aborti clandestini, una delle maggiori cause di morte per le donne. Infine, un altro dato statistico mi ha colpito: i Paesi con leggi sull'interruzione volontaria di gravidanza più permissive, sono quelli dove il ricorso all'aborto è in netta diminuzione».

Silvestri ha concluso con riferimenti all'attualità: «Leggere notizie come quelle della donna di Padova, che aveva girato 23 ospedali prima di trovare la struttura dove effettuare l'interruzione, rischiando così di superare il termine di 90 giorni previsti dalla legge per abortire è stato determinante». Silvestri ha così ritirato la sua obiezione e si è «rimesso in gioco», come ha più volte sottolineato. L'ex ministro della Sanità Livia Turco ha sottolineato come «per affrontare il problema etico e morale dell'aborto bisogna avere il coraggio di pensare a una società e a una politica materna».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 158.319
Diffusione 12/2016: 194.405
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Guido Gentili

18-MAR-2017
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

ANNUNCIO DI LORENZIN

Sanità, oggi i nuovi Lea in «Gazzetta»

Attesi da 15 anni arrivano oggi sulla Gazzetta Ufficiale i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè le prestazioni e i servizi che il Ssn deve garantire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Ad annunciarlo è stata ieri la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin: «Una giornata storica» ha commentato.

Il documento, che è stato firmato lo scorso 12 gennaio dal premier Paolo Gentiloni, inserisce tra le nuove prestazioni garantite la fecondazione assistita eterologa e omologa, i nuovi vaccini, lo screening alla nascita, l'esenzione dal ticket per endometriosi, i trattamenti per la celiachia e ulteriori malattie rare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

18-MAR-2017
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Sanità

Anziani non vaccinati
Cresciuti del 15%
i morti per l'influenza

DALOISO A PAGINA 11

Vaccini, la crisi senza fine È record di anziani morti

L'influenza invernale ha ucciso il 15% in più

Italia maglia nera in Europa, +42% di vittime nella settimana del picco di contagio. L'appello del ministro Lorenzin

VIVIANA DALOISO

Un ceppo molto aggressivo di influenza e un numero molto basso di persone vaccinate. È questo il micidiale cocktail che ha visto il tasso di mortalità degli anziani italiani schizzare alle stelle quest'inverno: con un incremento di decessi del 15% e nelle settimana di picco addirittura del 42% rispetto al valore atteso potenzialmente attribuibile all'epidemia influenzale.

Sono cifre da record: i dati del network Euromomo, a cui partecipano 19 paesi europei, hanno osservato un eccesso di decessi (e per tutte le cause) nelle ultime due settimane di dicembre 2016 e nelle prime quattro di gennaio 2017 in Italia come in Francia, Spagna e Portogallo. Colpa della particolare virulenza dell'epidemia di virus A/H3N2, che ha colpito duro ovunque. Eppure proprio il Belpaese è maglia nera, principalmente a causa della bassa copertura vaccinale negli anziani, di cui s'è osservato un decremento progressivo fino a scendere sotto la soglia del 50%, nonostante l'obiettivo minimo dell'Organizzazione mondiale della sanità e del Ministero della Salute sia il raggiungimento del 75% della copertura tra gli ultrasessantacinquenni e tra i soggetti con condizioni di rischio.

«Ogni anno nei laboratori di tutto il mondo vengono formulate diverse combinazioni dei ceppi vaccinali previsti per la stagione successiva per cercare di arginare la diffusione dell'epidemia – ha spiegato il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Walter Ricciardi –. La campagna vaccinale è importante perché nella popolazione anziana, anche laddove la formulazione non è perfetta, è in grado di attenuare la virulenza e di favorire un decorso clinico migliore prevenendo comunque almeno il quaranta percento della mortalità». Non a caso i dati europei «ci dicono che nei Paesi dove la copertura vaccinale è maggiore e le raccomandazioni sono estese anche ad altri gruppi di popolazione – ha concluso Ricciardi – l'eccesso osservato è stato di gran lunga inferiore».

In totale, dall'inizio della stagione influenzale, sono stati segnalati 219 casi gravi, 53 dei quali deceduti, da 11 Regioni. L'età mediana dei casi gravi è di 72 anni (range 0-94) ed il 62% sono maschi. Il 95% dei casi gravi ed il 100% dei decessi presentava almeno una patologia cronica preesistente: le più rappresentate sono le malattie cardiovascolari (74%), seguite dalle respiratorie croniche (63%), dal diabete (45%) e dall'obesità (31%).

Le ragioni di un'adesione così scarsa alle campagne vaccinali? Solo in parte economica, visto che l'antinfluenzale per gli anziani è gratuito. Proprio come accade in età pediatrica a farla da padrone sono piuttosto la scarsa sensibilità al tema o addirittura una cultura sanitaria costruita più sul passaparola e sulle false credenze che sul reale confronto coi medici di famiglia. Ieri sul tema, e in particolar modo con riferimento al boom di casi di morbillo, è tornata con forza anche il ministro della Salute Beatrice Lorenzin: «L'unica arma che abbiamo contro malattie gravi sono i vaccini: basta con le bufale. Non c'è nessuna correlazione tra vaccini e autismo – ha aggiunto riferendosi proprio al morbillo –. Dobbiamo lavorare a una grande campagna di comunicazione per sensibilizzare i pediatri e le famiglie». La posizione è condivisa dalla Società di igiene e medicina preventiva (Siti), che sottolinea come ci sia il rischio di un ritorno anche di altre malattie, su tutte polio e difterite, dalla Società italiana di malattie infettive (Simit) e dalla Federazione dei medici di famiglia, secondo cui la percentuale sempre più bassa di vaccinati tra gli italiani possa costituire un rischio di isolamento del nostro Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

18-MAR-2017
da pag. 21
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Vaccini, nella testa di chi dice no

Dall'autismo come effetto collaterale ai complotti delle aziende del farmaco Ecco le tesi false e come smentirle

Nella testa di chi dice no alle vaccinazioni si rincorrono luoghi comuni e timori infondati. Un conto però sono le proprie paure, un altro le verità scientifiche incontrovertibili. Da conoscere e ricordare, per fare la cosa giusta. Roberto Burioni, virologo dell'ospedale San Raffaele e autore del libro «Il vaccino non è un'opinione» smonta le convinzioni che spingono sempre più genitori a non proteggere i propri bimbi.

di **Simona Ravizza**

I vaccini hanno gravi effetti collaterali

È l'argomento che chi vuole boicottare le vaccinazioni ripete come un mantra. Ma lo fa senza tenere conto delle statistiche: «Gli effetti collaterali gravi sono rarissimi: il più frequente è una violenta reazione allergica chiamata anafilassi che si verifica in meno di un caso su un milione e si risolve senza danni se c'è un medico presente — spiega il virologo Roberto Burioni —. Malattie come il morbillo causano conseguenze gravi e irreversibili in un caso su mille».

Il vaccino contro il morbillo causa l'autismo

Visto l'aumento del 230 per cento dei casi di morbillo negli ultimi mesi questa convinzione deve avere avuto presa. Burioni è categorico: «Non esiste alcuna relazione tra vaccinazioni e autismo, che ha basi genetiche e con tecniche adeguate può essere diagnosticato ben prima della vaccinazione».

I vaccini sono inutili perché le malattie sono scomparse

Chi lo pensa non sa che l'unica malattia scomparsa (grazie al vaccino) è il vaiolo: «E infatti contro questa infezione non ci vacciniamo più — rimarca Burioni —. Ma agenti pericolosissimi, come quelli che causano la difterite e la poliomielite, sono ancora diffusi in molti Paesi e in mancanza di un'adeguata copertura vaccinale potrebbero tragicamente ritornare. L'ultima epidemia di poliomielite in Europa si è verificata nel 1992 proprio in una comunità olandese che rifiuta le vaccinazioni, a riprova di quanto sia importante non abbassare la guardia».

I vaccini sono un complotto delle multinazionali

Di conseguenza i medici pro vaccinazioni vengono spesso accusati di essere al servizio di Big Pharma. «In realtà nel 2015 tutti i vaccini messi insieme hanno fatturato in Italia 318 milioni di euro — scandisce Burioni —. I farmaci per l'epatite C, causata da un virus contro il quale purtroppo non abbiamo un vaccino, da soli oltre 1700 milioni di euro. È stato calcolato che per ogni euro speso in vaccino se ne risparmiano 20 in spese farmaceutiche, per cui chi non vaccina il proprio figlio promuove gli interessi delle multinazionali in maniera molto efficace».

I vaccini vengono somministrati troppo presto

È l'incubo di ogni mamma. «Ma alcune infezioni, come la pertosse o la meningite da emofilo, sono particolarmente gravi nel primo periodo di vita — spiega Burioni —. Non solo i vaccini non indeboliscono il sistema immunitario, ma lo rendono più efficiente preservandolo da danni che possono essere molto pericolosi. Ritardare le vaccinazioni non offre alcun vantaggio, mentre lascia aperta la porta ad agenti patogeni estremamente pericolosi».

Io voglio essere libero di scegliere se vaccinare mio figlio

È una presa di posizione che non tiene conto della cosiddetta immunità di gregge. «Se tutti i bambini vengono vaccinati, gli agenti infettivi non riescono a circolare — ricorda il virologo —. Così vengono protetti anche i bambini troppo piccoli per essere vaccinati, coloro che non hanno risposto al vaccino (nessuno è efficace al 100%) e soprattutto i pazienti che non si possono vaccinare, magari perché stanno combattendo un tumore dell'infanzia. Vaccinare i propri figli non è dunque solo un atto di protezione individuale, ma soprattutto un atto di responsabilità sociale, in grado di proteggere i più deboli e i più sfortunati. Per questo non si può invocare la libera scelta».

© 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

18-MAR-2017
da pag. 19
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'emergenza

I dati dell'Istituto superiore di sanità. Si è vaccinato meno di un ultra 65enne su due. E i decessi sono aumentati del 15% rispetto alle attese. Il record a inizio gennaio: +42%

L'anno nero dell'influenza "Morti 20mila anziani in più"

"Il virus di quest'anno è stato particolarmente virulento e le difese si stanno abbassando"

MICHELE BOCCI

ANCORA un anno nero per le morti in Italia. Nell'inverno che si sta concludendo c'è stato un altro boom dei decessi dopo quello del 2015. Vittime, in particolare, gli ultra sessantacinquenni. La scarsa diffusione del vaccino tra gli anziani e un'influenza molto aggressiva hanno condizionato pesantemente il dato epidemiologico. In Italia c'è stato il 15% in più di ultra sessantacinquenni morti rispetto a quelli attesi, cioè circa 3mila decessi imprevisti nelle 19 città prese come campione per studiare i numeri in tempo reale. Roma, Torino, Genova, Trieste, Firenze, Napoli, Bari, Cagliari, Catanzaro: nei centri esaminati vivono circa il 15% degli italiani. «Possiamo stimare quindi un dato nazionale di morti in eccesso tra 15 e 20 mila — spiega il presidente dell'Istituto superiore di sanità Walter Ricciardi — Anche se bisogna avere qualche precauzione a fare la proiezione dei 3mila di partenza perché nei centri urbani il rischio di mortalità, anche per l'influenza, è diverso da quello di paesi e aree rurali».

Il periodo chiave preso in considerazione va dalla 48esima settimana del 2016 alla sesta del 2017. La seconda è stata la peggiore della stagione, con il 42% in più di decessi rispetto a quelli attesi. I numeri arrivano dal network europeo Euromomo e piazzano l'Italia all'ultimo posto tra i 19 paesi europei osservati. Non solo, la situazione sembra pure peggiore di quella che la stessa fonte aveva osservato dopo l'inverno del 2015, anno nero per le morti in tutto il continente e in Italia, dove ci furono 54mila decessi in più del 2014 con un incremento dell'11%, che non si vedeva dagli anni Quaranta. Ovviamente quel dato era stato condizionato non solo dalla stagione fredda ma anche da un'estate in cui fece molto caldo, quindi è ancora presto per dire se il 2017 alla fine avrà numeri simili. Di certo c'è da aspettarsi una crescita rispetto all'anno scorso.

Anche se dalle anagrafi non si può conoscere il motivo dei decessi, l'Istituto superiore di sanità è convinto che quelli inattesi abbiano in gran parte a che fare con l'influenza, anche perché i gli incrementi e le diminuzioni delle morti rispetto a quelle attese seguono la curva di incidenza della malattia stagionale. «Il virus A/H3N2 è stato particolarmente virulento e di contro abbiamo avuto una bassa copertura vaccinale negli anziani — dicono sempre dall'Istituto superiore di sanità — Il dato sta scendendo progressivamente negli ultimi anni, fino ad essere arrivato l'anno scorso subito sotto la soglia del 50%, nonostante l'obiettivo minimo dell'Oms e del ministero della Salute sia il raggiungimento del 75% di co-

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

18-MAR-2017
da pag. 19
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

pertura tra gli ultrasessantacinquenni e i tra i soggetti a rischio». Ricciardi aggiunge che «nei Paesi dove la copertura vaccinale è maggiore rispetto al nostro e le raccomandazioni sono estese anche ad altri gruppi di popolazione l'eccesso osservato è stato di gran lunga inferiore a quello italiano».

Il sistema Euromomo permette di conoscere l'andamento della mortalità quasi in tempo reale. Mentre i numeri Istat richiedono tempo per essere elaborati, quelli europei sono pensati proprio per poter fare una sorveglianza rapida, giornaliera, e rendersi così conto prima possibile se sta succedendo qualcosa di anomalo.

I dati italiani sono invece elaborati a partire dalle registrazioni dei decessi nelle anagrafi delle 19 grandi città da parte del dipartimento di epidemiologia del Lazio, che fino al picco di mortalità del 2015 si occupava solo della sorveglianza sulle ondate di calore estive. Ma adesso che le vaccinazioni scendono e l'influenza colpisce più duramente si è deciso di tenere sotto controllo anche l'inverno. Quello di quest'anno merita di essere studiato ancora.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 24.464
Diffusione 09/2016: 11.274
Lettori Ed. I 2016: 157.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

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

L'influenza fa paura

Anziani prime vittime del calo dei vaccini

Sereni

Senza vaccini l'influenza miete i nonni

Più 15% di decessi. E nella settimana di picco l'incremento è stato del 43% Sos dell'Istituto di sanità: la fuga dalla profilassi ha reso il virus più aggressivo

I numeri

Ogni anno in Italia 6 mila anziani muiono per le complicanze

Pina Sereni

Un virus più aggressivo, abbinato alla bassa copertura vaccinale: è il binomio che ha reso più letale l'influenza stagionale di quest'anno in tutta l'Europa, con l'Italia in testa in questa triste classifica. Finito l'inverno si chiude anche la stagione influenzale che quest'anno però ha lasciato segni evidenti e inaspettati. L'epidemia dei mesi scorsi ha registrato un tasso di mortalità negli anziani più elevato rispetto alle attese in tutta Europa. Ma è l'Italia a segnare il record negativo con un incremento dei decessi del 15%. In base ai dati del network Euromomo per il monitoraggio della mortalità, a cui partecipano 19 Paesi europei, si è osservato un eccesso di decessi per tutte le cause nelle ultime due settimane di dicembre 2016 e nelle prime quattro di gennaio 2017 in Italia, come in Francia, Spagna e Portogallo, per rientrare nei valori attesi a fine febbraio.

Il dato peggiore - riferisce l'Istituto superiore di sanità in una nota - è stato osservato in Italia, con un incremento stimato del 15%, e nella settimana di picco del 42%, rispetto al valore atteso e potenzialmente attribuibile all'epidemia influenzale. A contribuire all'incremento della mortalità in questo scorcio di stagione invernale è stata la particolare virulenza dell'epidemia di virus A/H3N2 associata a una bassa copertura vaccinale negli anziani, di cui si sta osservando un decremento progressivo fino a scendere sotto la soglia del 50%, nonostante l'obiettivo minimo dell'Oms e del ministero della Salute sia il raggiungimento del 75% della copertura tra gli over 65 e tra i soggetti con condizioni di rischio.

«Ogni anno nei laboratori di tutto il mondo vengono formulate diverse combinazioni dei ceppi vaccinali previsti per la stagione successiva per cercare di arginare la diffusione dell'epidemia - spiega Walter Ricciardi, presidente dell'Iss - La campagna vaccinale è importante perché nella popolazione anziana, anche laddove la formulazione non è perfetta, è in grado di attenuare la virulenza e di favorire un decorso clinico migliore prevenendo comunque almeno il 40% della mortalità. I dati europei - prosegue - ci dicono anche che nei Paesi dove la copertura vaccinale è maggiore e le raccomandazioni sono estese anche ad altri gruppi di popolazione, l'eccesso osservato è stato di gran lunga inferiore». Ogni anno in Italia 8mila persone muoiono per le complicazioni dovute all'influenza. Più di 6 mila sono anziani over 65, le cui difese immunitarie sono più deboli e meno in grado di far fronte alla malattia. Nonostante questo, gli italiani non si vaccinano ancora a sufficienza. Nonostante sia possibile farlo gratuitamente per le categorie a rischio come (appunto) anziani.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 5.035
Lettori Ed. I 2015: 22.000
Quotidiano - Ed. Milano

LiberoMilano

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

18-MAR-2017
da pag. 34
foglio 1
www.datastampa.it

Lo scenario del dopo Brexit

Il 75% dei milanesi vuole conquistare l'Agenzia del farmaco

■■■ L'Agenzia europea per i medicinali (Ema) a Milano? Due milanesi su tre (75%) dicono sì.

È quanto rilevato da un sondaggio Swg, realizzato per testare l'opinione pubblica sugli scenari del dopo Brexit - che vedono Milano come protagonista, in lizza per diventare la futura capitale europea della finanza -. Il parere positivo dei milanesi non fa che consolidare quella che le élites (parlamentari, industriali, vertici della finanza) ritengono essere la sfida più importante per l'Italia nel 2017. L'onorevole Maurizio Bernardo - presidente della Commissione Finanze alla Camera - ha avviato dallo scorso gennaio un percorso per elaborare un disegno di legge, che prevede diverse soluzioni per agevolare gli investitori stranieri in materia fiscale. Durante la conferenza tenutasi ieri nel Palazzo della Triennale, è stata presentata la «Consulta degli esperti», una squadra creata da Bernardo che comprende tra i suoi organici 130 esponenti qualificati della società civile, che avranno il compito di attrarre investimenti da diversi settori del mercato: dai trasporti all'istruzione fino alla sanità. «Milano può farcela» ha affermato il parlamentare di Area Popolare, «col sindaco Sala e il governatore Maroni si è creato il giusto clima di collaborazione. Se tutte le parti del sistema agiscono in sinergia, il capoluogo lombardo diventerà la capitale economica d'Europa. Sse vince Milano, vince l'Italia».

Tra i punti di forza (elencati dal campione di 800 cittadini presi in esame dal sondaggio) della candidatura di Milano a ospitare l'Ema figurano ai primi tre posti il fatto che la metropoli sia il centro economico più importante del Paese (49%); i buoni collegamenti con il resto d'Europa (41%) e la presenza in loco di diverse aziende farmaceutiche (35%). Tra i punti deboli spiccano invece la poca conoscenza dell'inglese da parte degli italiani (46%), la bassa qualità dei servizi (17%) e la dimensione della città (10%). Perché la maggioranza dei meneghini desidera che «l'affare Ema» vada in porto? Prima di tutto per aumentare il prestigio di Milano a livello internazionale (50%); altro aspetto importante riguarda la possibilità di creare nuovi posti di lavoro (45%) con conseguente ritorno economico per la città a causa dell'indotto (36%). Tra le risposte più curiose quella del 25% degli intervistati, contrari all'Agenzia del Farmaco perché «c'è già troppa gente a Milano». Infine, se si vuole vincere la sfida occorre combattere la corruzione (32%), aumentare la qualità dei servizi (29%) e rendere la città più sicura (27%). Fiducioso il viceministro dell'Economia Luigi Casero (Ncd): «Milano ha i requisiti per farcela: il sistema di trasporti, servizi e offerta universitaria sono vicini ai migliori standard europei».

A. CAP.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Maurizio Bernardo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI
HiQPdf Evaluation 03/17/2017

17 mar 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER
STAMPA

IN PARLAMENTO

Rischio clinico, la legge in Gazzetta. È la numero 24/2017

di *Barbara Gobbi*

Nuovi profili di responsabilità sanitaria e, a tutela dei pazienti, una rete a maglie strette di prevenzione degli errori in corsia. Sullo sfondo, l'obbligatorietà delle polizze assicurative per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, e per ogni professionista che entri in rapporto, anche via telemedicina o in intramoenia, con il paziente. Il quale in determinate circostanze potrà giocare anche la carta dell'azione diretta nei confronti dell'impresa assicurativa o, in ultima istanza nei casi di insolvenza, potrà ricorrere alla ciambella di salvataggio di un Fondo di garanzia.

Con la pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale n. 64 del 17 marzo 2017 - anticipata in un tweet dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin come «un altro grande passo avanti per il Servizio sanitario nazionale» - i diciotto articoli delle "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", diventano legge. La n. 24 dell'8 marzo 2017. Ma perché il provvedimento -approvato il 28 febbraio dalla Camera dei deputati (relatore Federico Gelli , responsabile Sanità del Pd) - dispieghi gli effetti voluti, dovranno trascorrere mesi. A dir poco. Non solo perché sarà necessario un ampio aggiornamento giurisprudenziale, stante la revisione dei profili di responsabilità ispirata, dichiaratamente, al ripristino di un bilanciamento di diritti e istanze in capo a medico e paziente.

Basta guardare le deadline dettate dalla legge stessa, per una serie di passaggi cruciali. Come l'istituzione - entro tre mesi dall'entrata in vigore - dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità, che dovrà acquisire per via telematica, dai nuovi Centri regionali per la gestione del rischio clinico, tutti i dati su errori e contenzioso di ogni struttura. O come il varo, sempre entro novanta giorni, del decreto ministeriale che disciplinerà l'elenco delle società scientifiche abilitate ad elaborare le raccomandazioni e le linee guida cui i medici dovranno ad attenersi. Passaggio di non scarso rilievo: il nuovo profilo di responsabilità penale previsto dalla "legge Gelli" esclude infatti la punibilità per imperizia, nel caso in cui si dimostri che il professionista si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida validate e pubblicate on line dall'Istituto superiore di sanità.

L'orizzonte della piena operatività della legge sembra allontanarsi ancora, a guardare il capitolo polizze: entro 90 giorni dalla pubblicazione andranno definite le funzioni del la vigilanza, assegnata all'Ivass, sulle imprese di assicurazioni che intendono stipulare polizze sanitarie. Mentre è fissata a 120 giorni la deadline per il decreto a firma del ministero dello Sviluppo economico - previo accordo in conferenza Stato-Regioni - che elencherà i requisiti minimi delle polizze assicurative, con l'indicazione di classi di rischio cui far corrispondere massimali differenziati. Sempre entro quattro mesi, un decreto a doppia firma Sviluppo economico-Salute individuerà i dati sulle polizze obbligatorie per ospedali, cliniche e professionisti, nonché modalità e termini per la comunicazione, all'Osservatorio nazionale per le buone pratiche, dei dati sugli errori. Infine, spetterà a un regolamento - da adottare entro centoventi giorni - definire il perimetro del Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, alimentato da un contributo annuale delle imprese di assicurazione.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

18-MAR-2017
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

LA SVOLTA

Nuovi Lea: da oggi diventano operativi

Attesi da 15 anni, arrivano finalmente i nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza) aggiornati, cioè le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale deve garantire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Il documento, firmato lo scorso 12 gennaio dal premier Paolo Gentiloni e pubblicato oggi in Gazzetta, mette tra le nuove prestazioni garantite i nuovi vaccini (antipneumococco, antimeningococco e antivaricella), il trattamento dell'autismo (con diagnosi precoce, cura e trattamento individualizzato, integrazione nella vita sociale e sostegno per le famiglie), 110 nuove malattie rare (si assegna un codice che dà diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa). Alcune malattie già esenti come malattie rare vengono spostate tra quelle croniche, come la celiachia e la Sindrome di Down. Il testo dei nuovi Lea aggiorna anche il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, fermo al 1996, introducendo le prestazioni per la procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa, finora erogate solo in ricovero ospedaliero.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
HiQPdf Evaluation 03/17/2017
ABBONATI ACCEDI

17 mar 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER
STAMPA

DAL GOVERNO

Risk, Bevere: «L'Osservatorio Agenas determinante nella prevenzione del rischio clinico»

«Una giornata da ricordare per il nostro servizio sanitario. La pubblicazione in Gazzetta ufficiale dellalegge sulla responsabilità professionale delle professioni sanitarie è un altro tassello fondamentale nel disegno complessivo di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure offerte ai cittadini», dichiara Francesco Bevere Direttore Generale AGENAS. «Voglio esprimere apprezzamento alla ministra della Salute Beatrice Lorenzin e al Legislatore per aver previsto l'istituzione presso l'Agenas dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità e avergli attribuito funzioni cruciali nella costruzione di un modello innovativo di prevenzione del rischio sanitario.

Monitoraggio su errori sanitari e scambio di buone pratiche, nonché individuazione di linee di indirizzo, in collaborazione con le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, e formazione del personale sanitario sono tessere di un unico mosaico disegnato per una corretta gestione del rischio clinico. - continua Bevere - Poter disporre e analizzare unitariamente tutti i dati regionali relativi alle cause, all'entità, alla frequenza dei sinistri consentirà, infatti, di fermare una fotografia in alta definizione sui segmenti dove occorre ancora intervenire. Misurare per migliorare e per prevenire. È in questo modo che si potranno definire linee di indirizzo e individuare percorsi formativi capaci di incidere efficacemente nella soluzione delle criticità rilevate, affinché gli errori analizzati non si ripetano più».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

18-MAR-2017
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

E uno su due rinuncia ai farmaci

Troppo cari per il 45% degli italiani. Via anche le visite mediche

La ricerca

Il Banco farmaceutico: così la povertà costringe metà della popolazione a tagliare sulla salute

Rinunciare a curarsi per povertà. Perché prima delle visite, dei farmaci, della salute, vengono le bollette, la spesa alimentare, i libri di scuola per i figli. E sempre più famiglie italiane, a tutto, non riescono ad arrivare. È drammatico il quadro descritto ieri dall'indagine Doxa realizzata per conto del Banco farmaceutico. L'anno scorso quasi 1 italiano su 2 (il 45%) ha rinunciato all'acquisto di un medicinale – in particolare di quelli non mutuabili e, quindi, a carico completo del cittadino.

Una situazione che si aggrava in determinate fasce della popolazione: è il caso delle casalinghe e dei pensionati, tra cui il tasso di rinuncia supera il 50% (52% quando vivono in famiglia, 53% quando vivono da soli). E se tra i lavoratori precari la percentuale si attesta al 41% (se vivono in famiglia, il 40% se vivono da soli), anche chi ha un lavoro stabile ha dovuto rinunciare ad acquistare farmaci: il 39% tra chi vive in famiglia, il 46% tra i single.

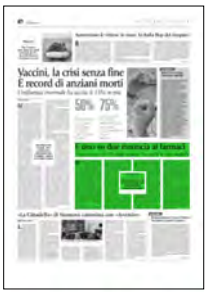
Altra criticità, la presenza in famiglia di casi di patologia rilevante: più questi ultimi aumentano, più l'accesso ai farmaci risulta complicato. In particolare, le famiglie in cui è presente almeno una patologia rilevante hanno rinunciato ad acquistare farmaci nel 54% dei casi, quelle con due o tre patologie rilevanti hanno rinunciato nel 57%, quelle con quattro patologie o più addirittura nel 64%.

Sul fronte delle visite mediche la musica non cambia. Seconda la ricerca 1 italiano su 4 (26%) si è trovato a dover rinunciare nell'ultimo anno almeno ad una di esse, in particolare a terapie di riabilitazione e visite odontoiatriche. Tra i single con lavori precari – la categoria più a rischio – il tasso di rinuncia raggiunge il 41%, mentre tra i pensionati e le casalinghe il 38% se vivono in famiglia, il 34% se vivono da soli. Altra categoria in difficoltà, quella dei genitori separati con figli a carico: 4 su 10 sono stati costretti a rinunciare all'incontro col medico. Le difficoltà maggiori si riscontrano nell'effettuare visite specialistiche a pagamento (32%) e visite odontoiatriche (26%), ma a sorpresa sono diventati un lusso anche gli esami del sangue (tasso di rinuncia al 31%) e visite specialistiche ospedaliere con pagamento del ticket se previsto (28%).

Pensare che, nonostante la rilevanza dei problemi di accesso ai servizi sanitari e alle cure, la percentuale di italiani che dichiara di aver ricevuto supporto da enti assistenziali è marginale (1%). Un dato indicatore della difficoltà, da parte delle famiglie, di ammettere la propria problematica economica nell'accesso ad un bene primario come le cure mediche, in alcuni casi persino di riconoscerlo.

«Le difficoltà economiche non investono solamente le fasce tradizionalmente considerate povere, ma buona parte degli italiani – ha commentato Paolo Gradnik, presidente della Fondazione Banco Farmaceutico onlus –. Questi dati testimoniano come, da un lato, conoscere il fenomeno sia la condizione necessaria per poterlo affrontare; dall'altro quanto il mondo del non profit e la carità di chi lo alimenta rappresentino, oggi come non mai, beni oggettivi e irrinunciabili, fattori decisivi da cui partire per ricostruire la nostra società».

Un fronte su cui il Banco Farmaceutico è impegnato ogni anno anche con la Giornata della raccolta nelle farmacie, che s'è svolta l'11 febbraio scorso e ha registrato la generosità record degli italiani: 370mila medicinali raccolti e 570mila persone concretamente aiutate. «L'Agenzia del farmaco è impegnata attivamente accanto al Banco per mettere a disposizione dei cittadini più deboli, poveri, migranti, i farmaci necessari per soddisfare la loro domanda di salute» ha sottolineato Mario Melazzini, direttore generale di Aifa. **(V. D.)**



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

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

Fanno milioni sulla pelle dei malati

Gli italiani infetti da epatite C sono 1.200.000 ma lo Stato garantisce le cure solo a 33 mila. Il servizio sanitario paga 15 mila euro una scatola di medicinali che in Egitto e in India si trova a meno di mille. La procura indaga

Epatite C fonte di vergognosa speculazione

Fanno milioni sui malati

Il servizio sanitario nazionale rende disponibile il farmaco salvavita solo al 3% di chi ne ha bisogno, pagando ogni scatola mediamente 15mila euro, quando in India si trova a meno di mille. La procura apre un'inchiesta

CIASCUN PER SÉ *Più sono i pazienti, più il prezzo cala. Servirebbe una trattativa europea. Ma la Germania ha soltanto 7.000 malati e non vuole dare un euro per noi*

di **FRANCO BECHIS**

È probabilmente la più grande speculazione che si conosca fatta sulla pelle dei malati. E in Italia, grazie a una gestione più che discutibile, anche sulle casse della sanità pubblica. Il suo nome è Sovaldi, ed è il farmaco a base di Sofosbuvir in grado di debellare una volta per sempre il virus della epatite C (HCV). È prodotto da un colosso farmaceutico americano, la Gilead sciences inc., quotata al Nasdaq, con un fatturato 2016 superiore ai 30 miliardi di dollari e un utile netto

di 13,5 miliardi di dollari. È un farmaco salva-vita che viene regolato e calmierato sul mercato americano, che può essere prodotto su licenza - ma non esportato - con la versione del generico in alcune aree del mondo (India ed Egitto, ad esempio), e che viene venduto in Europa e nel resto del mondo a prezzo proibitivo, tanto è che quasi tutti gli utili della Gilead provengono dall'Europa. Il prezzo di vendita al pubblico non è alla portata delle tasche dei malati, ma con il governo di Matteo Renzi il farmaco è stato portato all'interno del servizio sanitario nazionale. Il costo è sostenuto dalla sanità pubblica, che però al momento ancora lo centellina ai pazienti. Anche perché ha condotto una trattativa piena di misteri con l'azienda americana che non ha abbassato i costi come sarebbe stato immaginabile. Ora su quella trattativa e sul dramma di centinaia di migliaia di malati è stata aperta una indagine molto complessa dalla procura della Repubblica di Pavia. Grazie a cui è cominciata a venire fuori una verità inimmaginabile.

I numeri, innanzitutto. In Italia esistono fra 1 milione e 1,2 milioni - a seconda delle statistiche ufficiali - di persone infette dal virus della epatite C (HCV), anche se probabilmente le cifre sono per difetto, perché molti altri possono avere contratto il virus senza saperlo ancora. Quello italiano è il record europeo di malati, e l'epatite C è la principale causa della cirrosi epatica (72%) e del tumore al fegato (76%) nonché la quinta causa di mortalità in Italia con circa 13 mila decessi l'anno. Il Sovaldi, il nuovo farmaco dell'azienda Usa, è in grado di sconfiggere il virus anche in pazienti con patologia epatica in fase molto avanzata. Ma il prezzo come abbiamo detto dipende dalla legge della domanda e dell'offerta: ne ordini milioni di confezioni, e si spuntano cifre ragionevoli. Ne ordini poche, e il costo sale come sale il margine dell'azienda farmaceutica.

Per questo motivo sulle prime si era pensato di fare una trattativa a livello europeo. Ma la Germania ha 7 mila malati e non vuole pagare anche per quel milione e più di italiani. Quindi la trattativa è stata demandata alle varie agenzie nazionali, e ognuno ha trattato per conto proprio. In Italia ad incontrare l'azienda per spuntare il prezzo è stato l'ex direttore generale dell'Aifa, Luca Pani, dopo il via libera del governo a inserire il farmaco nel prontuario: le cure sono care, ma con le giuste prescrizioni possono essere a carico del sistema sanitario nazionale. Quella trattativa però è stata segretata, e nessuno a parte Pani ne conosceva i dettagli. Il Tar del Lazio aveva imposto la de-secretazione degli atti, ma Pani si è opposto e non li ha consegnati. Ha dovuto farlo davanti all'ordine di sequestro della documentazione con cui si è presentata all'Aifa la procura della Repubblica di Pavia.

Quel farmaco avrebbe potuto salvare tutti i malati italiani in un massimo di tre anni. E invece quella trattativa ha indicato un tetto di 50 mila malati in cura in 18 mesi, che significa circa 33 mila all'an-

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

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

no. Per guarire tutti ci vorrebbero 30 anni e più. Ma non servirà, perché tanto moriranno prima di averlo. Dalle carte sequestrate si è scoperto che per una cura completa al paziente servono 3 flaconi da 28 pastiglie da prendere tutti i giorni per 12 settimane. La sanità italiana senza fornire spiegazioni ha deciso che possa essere prescritto (e quindi gratuito) solo dai centri iper-specializzati in malattie infettive. Sono pochi e non possono prendere in carico più di quei 33 mila pazienti l'anno. Così nel contratto provvisorio siglato da Pani con la Gilead è stato inizialmente fissato un prezzo a carico del SSN di 15 mila euro a flacone, 45 mila euro per la cura completa. Il contratto aveva durata 8 mesi con prezzo che man mano scalava fino a 4 mila euro a falcone, 12 mila per l'intera cura. Alla fine degli 8 mesi, vista la sperimentazione si sarebbe fatto un nuovo contratto e se i tempi fossero stati più lunghi la fornitura sarebbe continuata al prezzo medio di quegli otto mesi. Siccome il contratto è scaduto alla fine dell'estate scorsa, da allora il SSN compra quel medicinale al prezzo medio di 13.800 euro a flacone, 41.400 euro per la cura completa. Per un milione di malati la cura costerebbe così alla sanità italiana la bellezza di 41 miliardi di euro. Ma sarebbe riservata ogni anno solo a circa il 3% dei malati.

E gli altri? A sorpresa nelle carte sequestrate spunta l'indicazione che privatamente il farmaco possa essere prescritto anche da medici internisti, infettivologi e gastroenterologi (che invece non possono prescrivere per conto del SSN). La platea dei beneficiari si amplia ulteriormente. Ma ben pochi possono permettersi quelle cure, perché il Sovaldi viene messo in vendita a 24.756 euro a flacone, 74.260 euro per l'intera cura, e quindi può salvare la vita solo ai nababbi.

Il fatto è che lo stesso farmaco prodotto dalla stessa azienda viene venduto come generico autorizzato dalla Gilead anche in Egitto e in India al prezzo di 300 dollari al flacone, 900 dollari (700 euro) per l'intera cura. Quindi mentre la sanità pubblica dorme e qualcuno specula su tasche e vite dei pazienti, stanno facendo affaroni agenzie specializzate che organizzano viaggi turistici-farmaceutici in Egitto e in India con pacchetti che variano fra 1.500 e 2.000 euro comprensivi delle tre confezioni necessarie per debellare l'epatite C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

1-1,2 milioni
le persone infette dall'epatite C in Italia

13 mila
i morti ogni anno per epatite C (quinta causa di mortalità)

30 mila
I malati di epatite C presi in carico dal Servizio sanitario nazionale: il 2,5% del totale

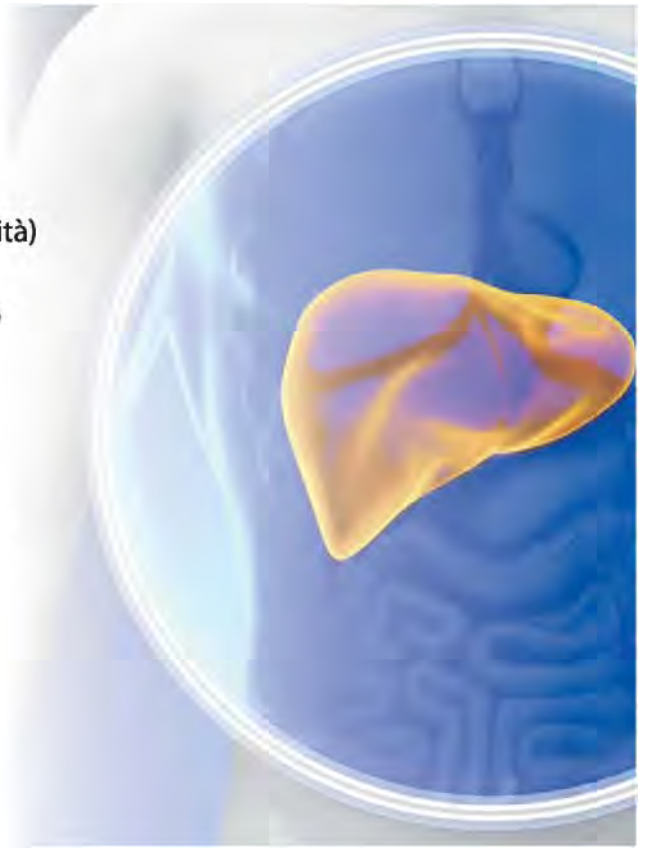
41.400 euro
Il prezzo della cura completa a carico del SSN

74.260 euro
Il prezzo della cura completa per chi acquista i farmaci privatamente su prescrizione del medico

700 euro
Il prezzo della cura completa in Egitto e India

1.500-2.000 euro
il costo di un pacchetto-viaggio in Egitto o India (comprensivo di cura per epatite C) organizzato da agenzie specializzate

P&G/L



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

17-03-2017

http://www.healthdesk.it/

L'ALLARME

Rischiano di mancare i medicinali negli ospedali

Gli ospedali pubblici «rischiano di trovarsi a brevissimo a spendere assai più di oggi per l'acquisto di analgesici, antibiotici e addirittura farmaci oncologici, come conseguenza della "fuga" dei fornitori dalle gare per i medicinali off patent». A lanciare l'allarme è Massimiliano Rocchi, vicepresidente Assogenerici con delega per l'area ospedaliera, intervenendo al Mepaie, meeting annuale sul mercato della pubblica amministrazione in Italia e in Europa, in programma in questi giorni a Cremona.

Causa della possibile carenza di medicinali, sostiene Rocchi, la «eccessiva pressione sui prezzi» e il conseguente fenomeno dei lotti deserti nel nostro Paese. «Si tratta di un dato noto agli addetti ai lavori – osserva - ma su questo tema c'è una sorta di deficit di consapevolezza determinato dal fatto che le istituzioni, specie in questo momento, sono comprensibilmente concentrate sui valori di mercato riferiti a particolari nicchie terapeutiche, come l'epatite C, dedicando poca attenzione a percorsi terapeutici di routine che coinvolgono decine di migliaia di pazienti ogni giorno».

L'attenzione è sul mercato ospedaliero, che presenta criticità capaci di determinare impasse irreversibili sia sul fronte della concorrenza sia su quello della produzione.

In base ai dati Ims dell'anno 2016, ricorda Rocchi, il mercato farmaceutico ospedaliero complessivo è rappresentato da 974 milioni di Umf (unità minime frazionabili; cioè ogni singola fiala,compressa e così via) per un valore di 6 miliardi di euro ai prezzi ex-factory, ovvero il prezzo massimo di cessione al Ssn non ancora sottoposto, nel caso dei farmaci off patent, allo sconto medio del 60% praticato in gara. Le aziende produttrici di generici equivalenti coprono di fatto circa il 32% del fabbisogno (circa 317 milioni di Umf).

Gli ospedali che si rivolgono alle aziende degli equivalenti movimentano volumi elevatissimi. Ma in questo quadro il sistema delle gare al massimo ribasso «rischia di determinare la fuoriuscita dal mercato di numerose imprese, soprattutto Pmi, con una significativa riduzione del numero di aziende operanti – precisa il vicepresidente di Assogenerici - e della possibilità

di risparmio garantite fino a oggi dalla competizione tra imprese. Di più, in particolare per alcuni specifici medicinali c'è anche un pesante rischio di riduzione della capacità produttiva, con conseguente incapacità da parte del comparto di far fronte alla domanda.

Secondo una recente indagine di Nomisma sugli effetti delle gare e sulla sostenibilità della spesa ospedaliera, negli anni dal 2010 al 2015 il tasso di partecipazione delle aziende di generici alle gare per le forniture ospedaliere è andato progressivamente diminuendo ed è corrispondentemente aumentato il numero dei lotti non aggiudicati che rappresentano oltre un quarto del totale.

«È evidente – conclude pertanto Rocchi - che senza l'introduzione di adeguati correttivi restano pochi margini di sostenibilità nel lungo periodo. E sarà l'intera spesa di settore a entrare in crisi davvero».