quotidianosanità.it

Giovedì 30 MARZO 2017

Sigo: "Positiva la nomina di Stefano Vella presidente Aifa"

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) plaude alla nomina del prof. **Stefano Vella** alla presidenza dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa). "Gli facciamo i nostri migliori auguri di buon lavoro - afferma il prof. **Giovanni Scambia**. presidente nazionale SIGO -. Ai vertici di una delle più importanti Istituzioni sanitarie del Paese c'è una personalità competente e che possiede un ottimo curriculum. La nostra Società Scientifica, come sempre, è pronta a collaborare con l'Agenzia Regolatoria di Via del Tritone per quanto riguarda temi delicati come la salute e il benessere delle donne e dei neonati italiani".

la Repubblica

LA STORIA

Niente bisturi Eoggi è mamma

LAVIA HA 41 ANNI e non riesce ad avere un figlio. Ci prova da qualche anno, ma la gravidanza non riesce a partire. Il desiderio di maternità è scattato quando ha conosciuto Enzo, quattro anni fa. Certo non erano più giovanissimi, ma in Italia si decide sempre più tardi e comunque non hanno voluto rinunciare in partenza: hanno prima

provato naturalmente e poi, quando si sono accorti che qualcosa non andava, hanno cominciato a fare dei controlli. Una semplice ecografia ha risolto il mistero: Flavia ha fibromi uterini multipli, di quelli che comprimono la cavità uterina e rendono difficile l'impianto e lo sviluppo del feto.

Il primo ginecologo a cui si rivolge le dice che in queste condizioni avere una gravidanza e portarla a termine è difficile, e che l'unica soluzione è quella di intervenire. Una soluzione che risolverebbe alla radice il problema dei miomi, ma metterebbe a serio rischio le sue probabilità di diventare madre: fra il tempo dell'operazione e gli 8-12 mesi che occorrono perché l'utero possa "affrontare" una gravidanza, Flavia dovrebbe aspettare almeno un anno e mezzo prima di iniziare nuovamente a provare ad avere un figlio. Un tempo lunghissimo, specialmente se non si è più così giovani, almeno dal punto di vista biologico, per provare ad avere un figlio.

La donna non si dà però per vinta e si rivolge all'ospedale San Carlo di Potenza. «Abbiamo accolto Flavia e l'abbiamo ascoltata, per lei l'esigenza più importante era quella di diventare madre», racconta Sergio Schettini, direttore del dipartimento materno-infantile dell'ospedale



IL KNOW HOW

Su repubblica.it, l'intervista a Giovanni Scambia, direttore della Ginecologia del Gemelli di Roma e presidente Sigo

lucano. Di letteratura in giro ce ne è poca, ma sulla base di un protocollo messo a punto da un gruppo di ginecologi belgi, l'equipe di Potenza ha prima ridotto il volume dei fibromi grazie alla somministrazione di ulipristal acetato e poi ha sottoposto la paziente a procreazione medicalmente assistita. «Siamo riusciti ad ottenere così una gravidanza anche se l'utero era piuttosto compromesso. Oggi i miomi di Flavia sono sotto controllo e suo figlio sta bene», va avanti Schettini. Con la stessa strategia altre due donne hanno ottenuto una gravidanza presso il centro di Potenza e sono oggi al 5° mese di ge-

Usando il modulatore selettivo del recettore del progesterone i tempi si accorciano perché dopo il ciclo di trattamento bastano 3-6 mesi per poter rimanere incinta. «Le donne arrivano da noi in stato di panico all'idea di dover asportare l'utero, e non parlo solo di quelle che hanno ancora desiderio di maternità. Ma ormai l'isterectomia si esegue in pochi casi e prevale, dove è ragionevole dal punto di vista medico, preservare l'integrità del corpo. Un'opzione tanto più reale grazie all'arrivo di terapie farmacologiche sempre più efficaci», conclude il ginecologo.

GRIPRODUZIONE RISERVATA GRIPRODUZIONE RISERVATA





http://www.doctor33.it/

Legge responsabilità, subito operative tutele a pazienti. Più tardi requisiti polizze



Come riforma della responsabilità medica fino a una settimana fa si parlava di "ddl Gelli", e in Senato prima ancora "ddl Bianco" dai nomi dei relatori. Ora la legge c'è, si chiama legge 24 sulla sicurezza delle cure ed è in vigore dal 1° aprile. Che vuol dire? Ci sono parti già in vigore, altre per le quali si attendono decreti. La parte forse più importante, la procedibilità del medico, si trova a metà strada, è applicabile ma chiede certezze. Un paziente che si ritenga danneggiato o un suo familiare non può più procedere se il medico ha seguito le linee guida. Ma quali? Entro settembre, il ministero della Salute dovrà produrre con decreto l'elenco delle società scientifiche le cui linee guida, seguite, consentono al sanitario di evitare la colpa grave. Intanto, in questi mesi, il medico deve dimostrare di aver seguito le buone pratiche diffuse e deve trovare un giudice che gli dà ragione.

Che cosa parte ora - Subito operativi i nuovi riferimenti ai codici penale e civile, il medico è responsabile solo per dolo e colpa grave cioè negligenza, imprudenza o inosservanza di linee guida e raccomandazioni. In un processo civile, il sanitario può essere oggetto di rivalsa da parte di una struttura (che deve però fargli sempre sapere se è parte in causa). Una volta condannata a risarcire, la struttura che voglia rivalersi deve citare il sanitario entro un anno. Al medico condannato non può esser chiesto più di tre volte lo stipendio annuo a titolo risarcitorio. La responsabilità del medico è comunque extracontrattuale mentre per la struttura è contrattuale. Già da adesso il

medico dipendente o convenzionato non ha più l'onere di discolparsi se chiamato a rispondere di un danno e la prescrizione contro di lui vale 5 anni, non più 10. Non risponde per responsabilità contrattuale anche chi svolga attività libero professionale intramuraria con l'apparato organizzativo messo a disposizione dall'ospedale. Operativa pure la norma che impone alle strutture di consegnare a pazienti e familiari danneggiati la cartella clinica entro 7 giorni ed eventuali integrazioni entro 30. Ma soprattutto dal 31 marzo scorso chiunque chieda giustizia dovrà tentare la conciliazione rivolgendosi a un giudice che disporrà un accertamento obbligatorio con un consulente tecnico d'ufficio; potrà altresì chiedere una mediazione, ma solo in caso di fallimento del tentativo di conciliazione si avvierà il procedimento civile presso un tribunale. In caso non si concili, ci saranno ripercussioni economiche sulla parte negligente.

Che cosa parte dopo - Sotto il profilo assicurativo invece le cose non partono subito. La procedura con cui si chiede il risarcimento direttamente all'assicurazione della struttura o del sanitario interessati scatterà solo quando entrerà in vigore il decreto che determina i requisiti minimi delle polizze (di cui all'articolo 10 comma 6). Emanato entro luglio d'intesa tra ministero di Sviluppo, Salute ed Economia, previa intesa statoregioni (e sentiti ordini, sindacati, associazioni delle strutture pubbliche e private, Ivass, pazienti) detterà regole anche per le strutture che si autoassicurino, per le compagnie che subentrino ad altre nel coprire una struttura o un sanitario, per la messa a bilancio di fondi rischi o riserva risarcimenti. In precedenza, a giugno, andrà emanato un decreto d'intesa tra ministeri di Sviluppo e Salute per definire i termini di vigilanza e controllo dell'Ivass sulle compagnie che intendano stipulare polizze con strutture e sanitari. Un terzo decreto MiSe-Salute (ex articolo 10 comma 7) ancora entro luglio, fisserà i dati relativi alle polizze di assicurazione ed i termini per comunicarli all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, nonché modalità e i termini per l'accesso a tali dati. All'Osservatorio, con sede all'Agenas, afferiscono dati regionali relativi a rischi ed eventi avversi; la disciplina la detterà un decreto in uscita a fine giugno, se tutto va come prevede la legge.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati **Tiratura** 12/2016: 332.759

Tiratura 12/2016: 332.759 Diffusione 12/2016: 318.217 Lettori Ed. II 2016: 2.218.000 Quotidiano - Ed. nazionale CORRIERE DELLA SERA

04-APR-2017 da pag. 38 foglio 1/2 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Luciano Fontana **Tassa sulla salute** Piano della ministra <u>Lorenzin</u>

Sanità, addio ai ticket? Si pagherà per reddito

di Mario Sensini

La ministra Lorenzin torna all'attacco con il piano per scardinare il sistema dei ticket sanitari. L'idea di fondo è: bisogna far pagare un po' di più i ricchi per garantire l'assistenza sanitaria ai più poveri. Per questo motivo una delle ipotesi allo studio prevede proprio l'addio ai ticket: si pagherà dunque per fasce di reddito.

a pagina 38

Addio ai ticket?

Allo studio detrazioni legate al reddito e nuove soglie di esenzione. Domani <u>Lorenzin</u> incontra le Regioni

Il ministro

«I ticket valgono tre miliardi sui 113 miliardi del Fondo sanitario nazionale»

ROMA Far pagare un po' di più i ricchi per garantire l'assistenza sanitaria a tutti i più poveri. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, è pronta a tornare al la carica per scardinare il sistema dei ticket sanitari. Un meccanismo introdotto alla fine degli anni 80 dal governo De Mita per assicurare la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria pubblica che in quegli anni stava esplodendo, ma che oggi, tornato il sistema in equilibrio economico, secondo il ministro sta diventando un ostacolo insormontabile per l'accesso alle cure delle categorie più deboli della popolazione.

«I ticket valgono tre miliardi sui 113 del Fondo sanitario nazionale, c'è il margine per eliminare la tassa sulla salute» ripete la <u>Lorenzin</u> ai suoi collaboratori. Domani il ministro vedrà i governatori delle Regioni, che appoggiano senza riserve il suo piano. Purché, ovviamente, non si traduca in un aggravio della spesa a loro carico. Sul tavolo del ministero domani ci saranno dunque alcune ipotesi concrete di intervento, tutte in qualche modo "compensative".

Nuove detrazioni

La prima, che rischia però di essere difficile da percorrere, sta a monte dei ticket, e riguarda la riforma delle detrazioni fiscali per i farmaci e le spese mediche. Oggi tutti i contribuenti possono detrarre dalle imposte versate il 19% di queste spese. Si potrebbe pensare di scalettare le aliquote in funzione del reddito personale, fino ad annullare la detrazione per i redditi oltre una certa soglia. Il risparmio che ne deriverebbe servirebbe per eliminare i ticket. Ma la detrazione ha anche un altro problema, perché taglia fuori gli incapienti, cioè chi non paga tasse o ne paga talmente poche da non poter

beneficiare dello sconto fiscale. A meno di non trovare una forma per monetizzarle, la revisione delle detrazioni sembra complessa. L'altra strada, sempre a monte dei ticket, è quella di individuare una franchigia in base al reddito. Superata la franchigia (che sarebbe più alta per i redditi bassi e ridotta o annullata per quelli più alti) le prestazioni eccedenti sarebbero a pagamento.

Le soglie di esenzione

Altra ipotesi sul tavolo è quella di rivedere le soglie di esenzione, che valgono circa 8 miliardi di euro, spostandole verso le fasce più deboli, i poveri e gli anziani. Oggi sono esenti dai ticket su pronto soc-







Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati **Tiratura** 12/2016: 332.759

Tiratura 12/2016: 332.759 Diffusione 12/2016: 318.217 Lettori Ed. II 2016: 2.218.000 Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

04-APR-2017 da pag. 38 foglio 2/2 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Luciano Fontana

corso e prestazioni specialistiche gli anziani con oltre 65 anni e un reddito non superiore a 35 mila euro (che potrebbe essere ridotto), i disoccupati e i loro familiari a carico con un reddito non superiore a 8.500 euro (che potrebbe essere aumentato), i titolari di pensione sociale e i pensionati al minimo oltre i 60 anni.

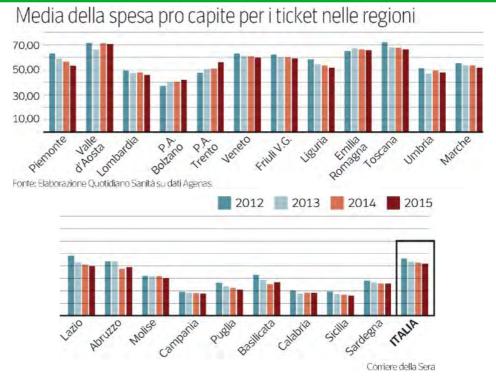
Tagli di spesa

Per finanziare l'eliminazione del ticket si considera infine l'ipotesi di avviare una nuova tornata, finalizzata, di revisione della spesa sanitaria. La responsabilità di manovra sarebbe delle singole regioni, che del resto amministrano autonomamente il ticket sulla spesa farmaceutica (quello statale non esiste più), sulle prestazioni specialistiche e sugli accessi al pronto soccorso, utilizzato per far quadrare i conti dei singoli sistemi regionali.

Con risultati un po' discutibili, visto che il ticket pesa molto nelle regioni più ricche (32 euro l'anno di media a testa in Veneto e appena 8,2 euro in Sicilia). «Dobbiamo arrivare ad omogeneizzare il sistema su tutto il territorio nazionale» dice il coordinatore degli assessori regionali alla sanità, il piemontese Antonio Saitta.

Secondo i dati diffusi proprio ieri da Eurostat il 6,5% degli italiani (che oltre ai 3 miliardi di ticket ne spendono al tri 40, privatamente, per la sanità) non riesce più a soddisfare i bisogni sanitari a causa dei costi troppo elevati: tra i Paesi della zona euro solo in Grecia sono messi peggio.

Mario Sensini





 Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificat

 Tiratura
 12/2016: 158.319

 Diffusione
 12/2016: 194.405

 Lettori
 Ed. II 2016: 843.000

Quotidiano - Ed. nazionale

11 Sole **24 OR**

Dir. Resp.: Guido Gentili

04-APR-2017 da pag. 4 foglio 1 www.datastampa.it

Conti pubblici. Oggi l'incontro fra Padoan e i parlamentari del Pd sulle misure in arrivo

Manovrina, più accise solo sui tabacchi: Def al consiglio dei ministri il 10 aprile

Marco Rogari Gianni Trovati

ΩΜΔ

tabacchi, per portare nuove entrate intorno ai 190-200 milioni all'anno e riallineare il nostro sistema di tassazione alle regole Ue, niente interventi sugli alcoolici e, soprattutto, sulla benzina. Si precisa di giorno in giorno la composizione della manovrina chiamata a correggere i nostri conti pubblici per unimporto strutturale da 3,4 miliardi, che insieme al Def sarà oggi al centro di un incontro fra il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan ei parlamentari del Pd.

Sul tema fiscale nelle scorse settimane si è acceso un confronto vivace fra il governo e il principale azionista di maggioranza, ma illavoriodiquestesettimanesembra aver appianato le distanze. «Lavoriamo in piena continuità conilgovernoRenzi», harivendicato ieri Padoan, spiegando però che le riforme hanno «tempi più lunghidiuncicloelettorale»eche bisognaevitare quelle che ha definito due «scorciatoie» speculari: l'Italexit, propugnata dalle forze politiche che si richiamano alla parolad'ordinedella«sovranità», maanchelaprocedurad'infrazione, che sarebbe «una svolta a U» rispetto a quanto fatto finora dagli ultimi governi.

Insieme alle misure in cantiere, è in via di definizione anche il calendario, che ha una data sicura: lunedì prossimo, 10 aprile, in consiglio dei ministri approderanno Defe Programma nazionale di riforma, e su questo treno potrebbe salire anche il decreto con la manovrina, che altrimenti vedrebbe la luce solo con qualche giornodiritardo. Dellostesso pacchetto, va ricordato, fa parte anche il decreto enti locali in costruzione da settimane per puntellare iconti delle Province.

Def e manovrina, nelle intenzionidelgoverno, sono due tessere dello stesso mosaico, e devono rispondere alle stesse parole d'ordine. La prima rimane quella della «crescita», che nel Def sarà declinata prima di tutto con l'indicazione delle misure per ridurreil costo del la voro en el la manovrina animerà il "pacchetto sviluppo" con le nuove norme su fisco "acchiappa-fondi", carried interest e garanzie sul credito extra-bancario (come anticipato sul Sole 24 Ore nei giorni scorsi). Almeno un miliardo all'anno nei prossimi tre anni sarà dedicato poi alle agevolazioni fiscali e agli altri interventi per favorire la ricostruzione post-sisma: una dote, questa, che comunque non inciderà sull'aggiustamento chiesto da Bruxelles che guarda ai saldi «struttuali», al netto cioè degli eventi eccezionali.

A permettere al governo di limitare al minimo gli interventi sulle accise sarà il via libera della commissione sull'estensione dello split payment ai rapporti commerciali con le società pubbliche, che secondo le stime (ottimistiche) del governo potrebbe produrre un'entrata aggiuntiva da 1,3-1,4 miliardi.





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Tiratura 06/2016: 40.000 Diffusione: n.d.

Lettori: n.d. Settimanale - Ed. nazionale Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

04-APR-2017 da pag. 2 foglio 1 www.datastampa.it

PARLAMENTO

Il bottino di quattro anni

Sostenibilità, welfare, prevenzione e ambiente: ecco le leggi

a XVII legislatura della Repubblica ha portato con sé una messe di provvedimenti decisivi. Articolati su quattro filoni riorganizzazione e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, welfare, prevenzione e ambiente. Grande flop su rilancio e valorizzazione del personale sanitario.

GOBBI E MAGNANO A PAG. 2

Spesa Ssn, welfare e personale: ecco i risultati di quattro anni

a XVII legislatura della Repubblica ha portato con sé una messe di provvedimenti decisivi. Articolati su quattro filoni: riorganizzazione e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, welfare, prevenzione e ambiente.

Tra diete dimagranti e grandi riforme, spesso attese da anni e arrivate in porto dopo una maratona fitta di ostacoli, il Parlamento con l'avallo di Governo e Regioni, ha partorito manovre finanziarie, tra leggi di stabilità e di bilancio, che hanno colto la sfida della crisi economica come occasione per una profonda revisione delle scelte di politica e gestione sanitaria. Centralizzazione degli acquisti, controllo della spesa ospedaliera con l'introduzione dei piani di rientro aziendali, estensione ai dispositivi medici dei meccanismi di pay back. Ma anche interventi mirati sui farmaci, grandi protagonisti delle ultime due manovre. Da un lato con Fondi dedicati ai medicinali innovativi (Epatite C e oncologici in primis), dall'altro riformando il meccanismo delle gare con l'obiettivo di conciliare libertà di cura e risparmi. Il terzo fronte è quello delle politiche sul personale. Vessati da anni di blocco su contratti e turnover, i medici dipendenti sono rimasti finora a bocca asciutta, rispetto alle promesse di nuovi concorsi per la stabilizzazione dei precari e nuove assunzioni ma soprattutto rispetto agli annunci sulla valorizzazione di merito e competenze nell'ambito della nuova stagione contrattuale. Sulla carta c'è già molto, ma i tavoli sono in stallo e le risorse languono.

In compenso i professionisti sanitari hanno incassato dal Parlamento una cambiale che apsettavano da oltre dieci anni. La legge sul rischio clinico che introduce un nuovo modello di gestione degli eventi avversi e rivede i profili di responsabilità penale e civile. Una riforma da perfezionare,

ma che gli stessi medici leggono come uno step fondamentale per rivedere il loro ruolo rispetto ai pazienti e alle aziende sanitarie.

Questa legislatura ormai alle ultime battute - che ha visto il susseguirsi dei tre premier Letta, Renzi e Gentiloni - ha guardato molto anche al sociale. La riforma del terzo settore, il "Dopo di noi", la legge sull'autismo e la chiusura degli Opg dal 1° aprile 2014, rispondono alle grandi emergenze sociali cui concorrono l'invecchiamento della popolazione, la non autosufficienza e la mancanza perdurante di risposte sociosanitarie organizzate sul territorio. Ma vanno ricordate anche la legge contro la violenza di genere, il nuovo affido familiare e, per completare il quadro, lo storico passo sulle unioni civili. Provvedimenti tutti perfettibili ma di sicuro impatto, non solo mediatico.

Anche la prevenzione ha avuto i suoi momenti di gloria, con la legge sugli screening metabolici neonatali estesi a tutta la popolazione (agosto 2016) e con il varo da parte in Conferenza Stato-Regioni del Piano nazionale vaccini 2017-'19. Anche questo un provvedimento atteso da tempo. tanto che se ne sono fatti carico sia la legge di Bilancio con uno stanziamento di oltre 400 mln in tre anni, sia i nuovi Livelli essenziali di assistenza, messi a punto dal ministero della Salute nel 2015, transitati per il Parlamento a fine 2016 e pubblicati a mar-

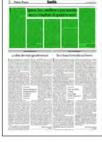
I nuovi Lea, uno dei pilastri per l'attuazione del Patto per la salute 2014-16, hanno imbarcato, ricordiamo, anche le leggi su autismo e scre-ening neonatali. Tra le incompiute del Patto, restano invece l'articolo 22 sulla gestione e sviluppo delle risorse umane, la nuova governance farmaceutica, che potrebbe trovare spazio nella manovra correttiva, il riordino

delle cure primarie affidato al rinnovo della convenzione sulla Medicina generale e la riforma dei ticket cui Ministero e Regioni dovrebbero rimettere mano a partire da questa settimana.

Legata a una rinnovata attenzione verso la prevenzione primaria, si deve ricordare anche la legge sugli ecoreati che dopo un lungo e tormentato iter legislativo durato 20 anni ha introdotto nel codice penale quattro delitti contro l'ambiente: inquinamento ambientale, disastro ambientale, traffico e abbandono di materiale di alta radioattività e impedimento al controllo. In un'ottica di tutela della legalità e di inasprimento delle pene previste per chi attenta direttamente o indirettamente alla salute umana, il Parlamento ha poi varato a dicembre scorso la legge che introduce nel codice penale il delitto di traffico di organi prelevati da vivente, punito con il carcere fino a 12 anni. Un'attenzione alle fragilità riconfermata nei giorni scorsi con il via libera alla legge sulla tutela dei minori stranieri non accompagnati. A fronte delle conquiste più recenti, però, tante fattispecie di reati restano nel limbo. Come i delitti impuniti che mettono a rischio la sicurezza alimentare o il benessere e la vita stessa dei lavoratori. L'auspicio è che al più presto senatori e deputati sappiano farsene carico.

Barbara Gobbi Rosanna Magnano







Dir. Resp.: Marco Tarquinio

04-APR-2017 da pag. 10 foglio 1 / 2 www.datastampa.it

Fine vita, una volata a ostacoli

Sulla legge le critiche dei palliativisti. Da oggi il voto della Camera

Molti specialisti di hospice lamentano lo stravolgimento della relazione di cura con il paziente

FRANCESCO OGNIBENE

enso che si potrebbe chiudere prima di Pasqua: da domani inizia in Aula alla Camera la discussione sugli emendamenti, circa 600, ma poi ci sarà un'interruzione per discutere il provvedimento sui voucher».

Mario Marazziti, deputato di Democrazia Solidale e presidente della Commissione Affari sociali che ha consegnato all'aula il disegno di legge sul fine vita, tiene il sismografo del provvedimen-

to che, pur con numerosi punti ancora da chiarire, si avvia all'approvazione della Camera per poi passare al Senato. Il passaggio da marzo-mese dell'arrivo in Aula - ad aprile ha fatto scattare il contingentamento dei tempi, brusco e amaro ma applicato a norma di regolamento. Se però oggi pomeriggio riparte l'esame dei sei articoli e degli assai più numerosi nodi da sciogliere, la giornata di domani nella quale si pronosticava la volata finale vedrebbe invece un rinvio, sebbene solo di giorni. La legge sulle «Disposizioni anticipate di trattamento» (Dat) - com'è intitolata, con una terminologia che costituisce il primo, evidente problema – potrebbe dunque vedere la luce, in prima lettura, durante la Settimana Santa.

A chi difende il ddl sostenendo che non apre all'eutanasia dà ragione Mina Welby, co-presidente dell'Associazione radicale Luca Coscioni, che infatti lamenta l'assenza di una previsione esplicita auspicando «che la prossima legislatura sia invece matura per approvarla». Una significativa ammissione per il presidente del Movimento per la Vita Gian Luigi Gigli, che parla di «legge grimaldello, su cui poi i giudici creativi provvederanno a far leva. Una visione che nulla ha di socia-

Tempi contingentati, emendamenti ridotti alla metà, modifiche circoscritte: l'Aula riprende l'esame

le». È questa infatti la principale critica mossa alla legge dai deputati contrari: un'enfasi sproporzionata alle scelte del paziente, col medico relegato a esecutore di volontà indiscutibili. E se qualche modifica su 300 emendamenti sopravvissuti alla scrematura preliminare qualche modifica (non essenziale) la apporteranno, l'impianto della norma resterà quello che pare poter raccogliere il consenso di quasi tutto il Pd, di M5S, della sinistra e di parte di Forza Italia, con Ap (al governo, ma sulle Dat all'oppo-

sizione) e Lega fieramente contrari, anche per non sottostare alla pressione emotiva esercitata sul Parlamento dal caso-Fabo. Un fronte dal quale, peraltro, giungono notizie che non contribuisco-

no a rasserenare il clima del confronto. Ieri il radicale Marco Cappato, che aveva accompagnato il giovane milanese in Svizzera per darsi la morte, è stato interrogato tre ore in Procura a Milano dai pm Tiziana Siciliano e Silvia Arduini, dichiarando poi che vuole «continuarel'azione che sto svolgendo anche per altre persone». Si capisce meglio la ferma opposizione al ddl da parte di una componente significativa degli operatori di medicina palliativa: oltre cento di loro hanno infatti sottoscritto un documento nel quale contestano la linea ufficiale della Società italiana di cure palliative (Sicp) che aveva appoggiato la nuova legge. «Prevedere per il medico l'obbligo di ottemperare alle Dat e includere in queste il rifiuto di nutrizione e idratazione (quale "trattamento sanitario" e "scelta terapeutica") - scrivono i palliativisti, tra i quali gli ex presidenti Sicp Adriana Turriziani e Giovanni Zaninettaconsente interpretazioni volte a stravolgere quella relazione di cura "orientata alla qualità di vita





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



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

04-APR-2017 da pag. 10 foglio 2 / 2 www.datastampa.it

delle persone affette da una malattia evolutiva inguaribile", ai sensi dello Statuto Sicp e dello

stesso Codice di deontologia medico, che orienta la medicina univocamente alla tutela della vita, della salute e al sollievo della sofferenza». Inoltre «se è certo che nessuna cura è

possibile contro la

volontà espressa del paziente (e che, in taluni casi, come negli ultimi giorni di vita, la nutrizione e l'idratazione potrebbero non apportare alcun beneficio al morente), è altrettanto certo che il rifiuto anticipato e slegato da qualsiasi contesto clinico, della nutrizione e idratazione, così come di altre terapie, con effetto vincolante per il medico, rischia paradossalmente di porsi in contrasto non solo con l'autonomia professionale del medico ma anche con l'autonomia effettiva del paziente. Tali disposizioni aprono di fatto al rischio di abusi, come è evidente nei confronti di soggetti partico-

soggetti particolarmente deboli, come i pazienti con capacità cognitiva compromessa (pazienti in stato vegetativo, pazienti affetti da demenza, da Alzheimer, ecc.)». Ma non basta: «Si profila una distorsione della medie

sione della medicina palliativa, ove questa si riduca a essere il rimedio di emergenza che si attiva nel momento del rifiuto incondizionato del paziente della terapia in corso». La Camera saprà ascoltare questi rilievi nati dall'esperienza?



quotidianosanità.it

Lunedì 03 APRILE 2017

Eurostat. Italiani al quarto posto in Europa per bisogni di cura insoddisfatti a causa dei costi eccessivi. Critiche maggiori dalle fasce più fragili della popolazione

Secondo i dati Eurostat gli italiani che dichiarano "bisogni di cura insoddisfatti" per i costi eccessive delle cure mediche sono il 6,5%, al quarto posto per numerosità dopo Grecia, Romania e Lituania. Va peggio per i redditi più bassi. Ma gli italiani stanno meglio degli altri: l'Italia è al sestultimo posto per percentuale di persone che hanno una patologia o un problema di salute da lungo tempo

L'Italia è il Paese con il Servizio sanitario nazionale più universalista e i Lea garantiscono a tutti cure più uguali possibili e gratuite. Ma in realtà, secondo i dati Eurostat al 2015, è uno dei Paesi con la percentuale più alta di bisogni sanitari insoddisfatti perché le cure mediche (Eurostat usa il termine "mediche" anche se il riferimento è più esteso) sono troppo costose.

Una contraddizione che però pone il nostro Paese in una classifica generale riferita alla media di tutte le fasce di reddito analizzate (Eurostat divide l'analisi per quintili di reddito) al quarto posto per percentuale di insoddisfatti con il 6,5% rispetto al 10,9% della Grecia, 8,3% della Romania e 6,8% della Lituania. In Romania e Lituania tuttavia, negli ultimi cinque anni (dal 2010) sono andati via via migliorando e la percentuale di insoddisfatti è gradualmente calata, mentre in Italia e Grecia il fenomeno è opposto.

Nel 2010 gli insoddisfatti per i costi troppo alti delle cure erano il 13,4% in Lituania e il 9,8% in Romania, mentre in Grecia ci si fermava al 4,2% e in Italia addirittura al 3,6%, poco più della metà di quelli attuali.

Analizzando il dettaglio per quintili di reddito in Italia, poi, si scopre che in realtà la percentuale più elevata di insoddisfatti è nelle prime due fasce, quelle dei redditi minori dove al primo quintile sono insoddisfatti il 14,2% dei cittadini e nel secondo il 9,1 per cento. Queste percentuali si abbattono passando al terzo quintile dove gli insoddisfatti sono il 5,2% e diventano il 2,8% nel quarto quintile e appena l'1,1% nel quinto.

Nei quintili di reddito italiani, secondo il rapporto sulle condizioni di vita dell'Istat, ci sono rispettivamente:

- nel primo il 47% circa di persone fino a 44 anni di età, il 53% di chi ha titoli di scuola elementari o di media inferiore, oltre il 70% di disoccupati;
- nel secondo percentuale di età maggiore, il 59%, è dai 45 anni in su, il titolo di studio prevalente è ancora la scuola elementare o media inferiore (52%) e la situazione lavorativa prevalente oltre il 47%) è non occupatiritrati dal lavoro;
- nel terzo quintile il 54,5% degli individui ha tra 44 e 64 anni, c'è ancora il 24% circa che ha solo un titolo di scuola elementare, ma oltre il 40% ha quello di scuola media, inferiore e superiore e più del 14% è laureato;
- nel quarto quintile l'età è "spalmata" con circa il 21% di persone in tutte le fasce meno di 35 anni, 35-44, 45-54 e 55-64, i laureati diventano quasi il 35% e crollano al 14% quelli con titoli di scuola elementare, il 42% è lavoratore dipendente o autonomo (il 20% pensionato); nell'ultimo quintile, il quinto, più elevato per reddito, oltre il 71% delle persone ha tra 35 e 64 anni, il 44% è laureato e il 52% ha un lavoro dipendente o autonomo.

La suddivisione del reddito tra i quintili tuttavia non è equa.

Secondo l'Istat La distribuzione del reddito totale nei quinti fornisce una prima misura sintetica della diseguaglianza. In una situazione ipotetica di perfetta eguaglianza, ogni quinto avrebbe una quota di reddito pari al 20% del totale. Mentre le famiglie del primo quinto, con i redditi equivalenti più bassi, percepiscono il 6,7% del reddito totale, quelle del quinto più ricco il 39,5 per cento. Differenze significative si registrano anche rispetto alla ripartizione geografica: il 36,9% delle famiglie residenti nel Sud e nelle Isole appartiene al quinto dei redditi più bassi, rispetto al 14,1% di quelle che vivono nel Centro e all'11,3% delle famiglie del Nord.

Nel Nord e nel Centro una famiglia su quattro appartiene al quinto più ricco della distribuzione rispetto all'8,3% di quelle che vivono nel Sud e nelle Isole. La posizione delle famiglie nei quintili di reddito dipende anche dal numero dei componenti. Solo le famiglie composte da un componente risultano ripartite in misura sostanzialmente uniforme tra i diversi quintili. Quelle più numerose, di cinque o più persone, sono invece più concentrate nel quintile più basso (40,3%) e meno presenti nel quintile più ricco (8,8%).

Incrociando questi risultati con quelli di Eurostat, quindi, è evidente che le persone maggiormente "colpite" dai costi giudicati troppo elevati delle cure sono proprio i più fragili, quelli a cui dovrebbe essere in massima parte dedicata l'universalità dell'assistenza e la sua relativa gratuità.

Ad "aiutare" la sanità italiana e anche a dimostrare in qualche modo la sua qualità c'è però il dato sulla percentuale di persone che hanno, sempre secondo Eurostat una patologia o un problema di salute da lungo tempo. La suddivisione questa volta, nel nostro Paese è abbastanza equa tra i quintili di reddito e in tutti c'è tra il 25 e il 27% di persone in queste condizioni, tranne nel quinto dove ci si ferma a poco meno del 21 per cento.

La media italiana di tutti i quintili di reddito è del 24,8% e questo dato – anche se in leggero aumento rispetto al 2010 - pone l'Italia tra le nazioni più "sane" di quelle analizzate da Eurostat: su 30 Stati, infatti, è sestultima per percentuale di persone ammalate, il che bilancia i problemi legati a un distribuzione ancora non del tutto equa – per via dei costi dichiarati - delle cure.



Home . Salute . Sanità . Ticket sanità, riforma in vista. Quanto si paga e chi è esente

Ticket sanità, riforma in vista. Quanto si paga e chi è esente

SANITÀ
Tweet



Pubblicato il: 04/04/2017 07:05

Il sistema dei ticket sanitari potrebbe essere presto rivoluzionato. E' previsto per domani l'incontro tra le Regioni e il ministro della Salute Beatrice Lorenzin in cui si discuterà dell'**eventuale abolizione dei ticket**, ovvero delle tasse che il cittadino paga in cambio di determinate prestazioni sanitarie. Era stata proprio la ministra nelle scorse settimane ad annunciare l'intenzione di avviare un confronto con le Regioni sul tema.

"Abbiamo una disparità dei ticket tra Nord e Sud spaventosa", aveva spiegato <u>Lorenzin</u>, "a cui poi si

aggiungono fenomeni come quelli delle liste di attesa e della fuoriuscita dal servizio pubblico". Nell'ambito di una "sana e intelligente <u>spending review sulla sanità</u>" è quindi possibile che i ticket, che attualmente "valgono 3 miliardi circa su 113 miliardi che è il Fondo complessivo sanitario", vengano aboliti. **Ma cos'è e come funziona il ticket sanitario?**

Il <u>ticket sanitario</u>, introdotto nel 1982, è una tassa che il cittadino paga in cambio di determinate prestazioni sanitarie fornite dallo Stato. Attualmente i ticket riguardano le prestazioni specialistiche (visite, esami strumentali e analisi di laboratorio), le prestazioni di pronto soccorso, le cure termali e le prestazioni farmaceutiche, solo nelle Regioni che hanno autonomamente deciso di introdurli.

Tuttavia, diverse categorie di pazienti, affetti da particolari tipologie di malattie indicate sul sito del Ministero della Salute insieme alle modalità per richiedere l'esenzione dal ticket, sono sollevate dal versamento di questa quota. Al cittadino può essere riconosciuto il diritto all'esenzione dal ticket anche sulla base di particolari situazioni di reddito associate all'età o alla condizione sociale, o del riconoscimento dello stato di invalidità e in altri casi particolari (gravidanza, diagnosi precoce di alcuni tumori, accertamento dell'HIV).

QUANTO SI PAGA - Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, l'importo dovuto dall'assistito è pari alla somma delle tariffe delle prestazioni contenute nella ricetta, fino al tetto massimo di 36,15 euro per ricetta (fatta eccezione per le Regioni Friuli Venezia Giulia e Lombardia, che hanno previsto un tetto massimo di 36 euro, della regione Sardegna, che ha fissato il tetto massimo in 46,15 euro e della regione Calabria, che ha fissato il tetto in 45 euro).

Al ticket vanno aggiunte l'eventuale quota di partecipazione introdotta da alcune regioni (Lazio, Campania Molise, Sicilia) e la quota fissa aggiuntiva da 10 euro senza alcuna modifica introdotta da alcune regioni (Lazio, Liguria, Calabria, Puglia, Sicilia, Campania, Friuli Venezia Giulia, Marche Abruzzo e Molise).

LE PRESTAZIONI DEL PRONTO SOCCORSO - A partire dall'1 gennaio 2007 la legge prevede, a carico degli assistiti, il pagamento di un ticket di 25 euro per le prestazioni erogate in Pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, classificate con 'codice bianco' (prestazioni non urgenti, paziente in condizioni non critiche) ad eccezione di traumi e avvelenamenti acuti. Il ticket non è previsto per i codici 'rosso' (paziente molto critico), 'giallo' (mediamente critico), 'verde' (poco critico).

Tg AdnKronos, 3 aprile 2017

Cerca nel sito



Notizie Più Cliccate

- 1. Pensione anticipata, da oggi si calcola online
- 2. Rissa in diretta tv, volano schiaffi a Domenica Live
- 3. Pensione anticipata, cos'è e come fare domanda
- 4. Terrore a San Pietroburgo, bomba in metro: 11 morti e 42 feriti
- 5. Conto corrente, le regole per pagare meno spese



Giovane accoltellato a morte a Brescia, l'aggressione in un video



Lavori pericolosi e false certificazioni, truffa da 13 milioni per lavori sulla Salerno-RC In Toscana l'importo massimo previsto è di 50 euro, maggiorato di 10 euro nel caso vengano effettuati accertamenti diagnostici per immagini; nella provincia autonoma di Bolzano un 'codice bianco' può pagare fino a 100 euro. Anche il colore dei codici cambia significato nelle diverse regioni. Per esempio con il codice 'azzurro' la Toscana definisce "i casi non gravi con prestazione sanitaria differibile" e quindi il cittadino è soggetto al pagamento del ticket, mentre in Lombardia il codice 'azzurro' classifica le persone 'fragili' e pertanto non soggette al pagamento del ticket.

Ogni ricetta, inoltre, ha una quota fissa e modulata su alcuni fattori: dal costo della prestazione, al tipo di prestazione, fino alle esenzioni, al reddito familiare e alle condizioni di salute (gravidanza, ad esempio) o sociali. La modulazione della quota può variare tra regione e regione.

L'IMPORTO PER I FARMACI - Dal 2000 è stata abolita, a livello nazionale, ogni forma di partecipazione degli assistiti per l'assistenza farmaceutica; dunque, non è previsto alcun ticket sui farmaci. Le singole regioni, tuttavia, per fare fronte al proprio disavanzo, possono reintrodurre sui farmaci di fascia A (quelli essenziali e per malattie croniche dispensati gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale) specifiche forme di partecipazione alla spesa farmaceutica, che in genere consiste in una quota fissa per ricetta o per confezione.

ESENZIONI - Attualmente il diritto all'esenzione dal ticket sulle prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e sulle altre prestazioni di specialistica ambulatoriale è riconosciuto sulla base di particolari situazioni di reddito associate all'età o alla condizione sociale, in presenza di determinate patologie (croniche o rare) o del riconoscimento dello stato di invalidità. Il cittadino ne ha diritto sulla base di particolari situazioni:

1 - Malattie croniche

Per scoprire quali sono le malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket (e le relative prestazioni alle quali si ha diritto) basta consultare l'elenco aggiornato digitale messo a disposizione dal Ministero.

L'esenzione - spiega il Ministero - deve essere richiesta all'Asl di residenza, esibendo un certificato medico "che attesti la presenza di una o più malattie incluse nel DM 28 maggio 1999, n. 329 e successive modifiche".

2 - Malattie rare

L'esenzione dal ticket sanitario è prevista anche per coloro che sono affetti da malattie rare, ovvero "patologie gravi, invalidanti e spesso prive di terapie specifiche, che presentano una bassa prevalenza, inferiore al limite stabilito a livello europeo di 5 casi su 10.000 abitanti".

Il Ministero sottolinea che l'esenzione "è estesa anche ad indagini volte all'accertamento delle malattie rare ed alle indagini genetiche sui familiari dell'assistito eventualmente necessarie per la diagnosi di malattia rara di origine genetica". Ai fini dell'esenzione il Regolamento individua 284 malattie e 47 gruppi di malattie rare.

3 - Invalidità

Gli invalidi hanno diritto all'esenzione del ticket sanitario per alcune o per tutte le prestazioni specialistiche. Lo stato e il grado di invalidità devono essere verificati dalla competente Commissione medica della Asl di residenza.

4 - Diagnosi precoci di tumori

Oltre alle prestazioni diagnostiche garantite dalle Asl nell'ambito delle campagne di screening, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'esecuzione gratuita degli accertamenti per la diagnosi precoce di alcune tipologie di tumori. Le prestazioni per cui non si paga il ticket sono:

- "mammografia, ogni due anni, a favore delle donne in età compresa tra 45 e 69 anni; qualora l'esame mammografico lo richieda sono eseguite gratuitamente anche le prestazioni di secondo livello;
- esame citologico cervico-vaginale (PAP Test), ogni tre anni, a favore delle donne in età compresa tra 25 e 65 anni;
- colonscopia, ogni cinque anni, a favore della popolazione di età superiore a 45 anni".

5 - Gravidanza

Le donne in attesa hanno diritto a eseguire gratuitamente, senza pagare il ticket, alcune prestazioni specialistiche e diagnostiche utili per tutelare la loro salute e quella del bambino.

L'elenco di queste prestazioni (di cui fanno parte le visite mediche periodiche ostetrico-ginecologiche) è contenuto nel Decreto ministeriale del 10 settembre 1998.



Come armi e droga: il business degli animali



Revolver, Ak 47 e carabine: arsenale sequestrato in una cantina



La carica dei bulldog, raduno record a Brescia



Balletto e breakdance insieme in un video



L'identità di un'auto, il linguaggio stilistico Škoda



La poesia del cinema per Giornata mondiale autismo

In Evidenza



Design, a Milano sfida in bianco tra archistar con White in the City



Panasonic al
FuoriSalone tra
tradizione artigianale
e tecnologia

6 - Test Hiv

HiQPdf Evaluation 04/04/2017

All'interno delle strutture sanitarie pubbliche il test anti-HIV, "in grado di identificare la presenza di anticorpi specifici che l'organismo produce nel caso in cui entra in contatto con questo virus", è anonimo e

ESENZIONI PER REDDITO - Anche chi versa in condizioni di difficoltà economica può richiedere l'esenzione dal ticket sanitario. Le categorie esentate sono le seguenti:

- Cittadini di età inferiore a 6 anni e superiore a 65 anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro (CODICE E01);
- Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (CODICE E02);
- Titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico (CODICE E03);
- Titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (CODICE E04).

Come fare per ottenere questo tipo di esenzione? Il medico di famiglia o il pediatra, i quali - evidenzia il Ministero - possiedono "la lista degli esenti fornita dal sistema Tessera Sanitaria", al momento della prescrizione verificano, su richiesta dell'assistito, il diritto all'esenzione e lo comunicano all'interessato e riportano "il relativo codice sulla ricetta".

Per quanto riguarda l'esenzione relativa allo stato di disoccupazione (codice Eo2), in ogni caso questa deve essere autocertificata annualmente dal paziente presso la Asl di appartenenza, che rilascia un apposito certificato.

Tweet

TAG: ticket sanitari, abolizione, esenzioni, sanità

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI



BioInItaly **Investment Forum**



Lega Pro, ADM e Sportradar firmano protocollo per contrasto match fixing



CIDA: "Alternanza scuola-lavoro. Una risorsa da costruire insieme"



Sharing Italy



Hi Future! Guarda



VIII Conferenza economica CIA -'Agricoltura crea valore'



Tonno Callipo una storia che arriva dal mare



(Diritti in Salute) di Altroconsumo



LAV, i lasciti testamentari a favore di animali



Eni – Future **Experience for** You(ng)



Non più centrali elettriche, nuova vita per 23 impianti



Assogenerici apre le porte delle aziende con "Fabbriche aperte"



Il cambiamento siamo noi, Poste Italiane guarda al















Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati Tiratura 06/2016: 40.000

Diffusione: n.d. Lettori: n.d.

Settimanale - Ed. nazionale

Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

04-APR-2017 da pag. 4 foglio 1 www.datastampa.it

A PAG. 4

Farmaci

Aifa a Vella, epatite C, ispezioni Ue, innovativi, vigilanza interna: tutte le novità

STATO REGIONI/ Pronte le linee guida sull'utilizzo dei fondi per le iniziative regionali

Obiettivo farmacovigilanza

Convenzioni con le Regioni: priorità a reazioni avverse e formazione

Sotto la lente gli impatti su determinati setting di pazienti

opo un primo assenso tecnico della Commissione Salute è all'esame della Conferenza Stato Regioni il testo definitivo dell'Accordo sulle linee di indirizzo per l'utilizzo dei fondi regionali per la farmacovigilanza attiva attraverso la stipula di convenzioni tra l'Aifa e le singole regioni e le modalità di erogazione dei fondi per gli anni 2012 (10,5 mln), 2013 (9,5 mln) e 2014 (10,5 mln). A ciascuna regione saranno destinati 50mila euro per ciascun anno. Il fondo residuo verrà distribuito su base capitaria tra le diverse regioni: una prima tranche del 40 per

cento sarà destinata ai Centri regionali di farmacovigilanza. Una quota del 30 per cento del fondo residuo sarà destinata ai piani di attività e ai progetti regionali. Un'ultima tranche, sempre del 30 per cento, sarà destinata ai progetti a valenza nazionale o multiregionale, con una regione capofila.

Le aree di interesse per la presentazione dei progetti spaziano dall'istituzione e rafforzamento dei Centri regionali di farmacovigilanza - che garantiscono la corretta codifica e il controllo di qualità delle segnalazioni e il coordinamento delle attività a livello regionale - allo studio delle reazioni avverse ai farmaci (Adr). In questo ambito è previsto lo svolgimento di studi di farmacovogilanza attiva ad hoc per approfondire problemi di sicurezza derivanti dall'uso di farmaci. Tra gli obiettivi dei progetti: valutare le associazioni tra farmaci e l'insorgenza di specifiche reazioni avverse, caratterizzare 'incidenza di specifiche reazioni avverse, valutare l'impatto delle interazioni tra farmaci in particolari setting di pazienti, realizzare sorveglianze attive su specifici gruppi di pazienti o su specifiche categorie di farmaci.

Attenzione alta anche sul capitolo formazione e informazione. I progetti promossi in questo ambito avranno lo scopo di favorire l'integrazione fra le diverse iniziative a livello regionale e centrale e supportare nuove iniziative in regioni con minore esperienza. Quindi spazio a piani formativi indirizzati agli operatori sanitari e ai cittadini con l'obiettivo di

sensibilizzare questi ultimi sull'importanza delle segnalazioni spontanee e contribuire in questo modo a migliorare la qualità dei dati inviati attraverso le segnalazioni e quindi all'individuazione di eventuali problematiche.

Un quarto filone di progetti riguarda la valutazione dell'uso di farmaci e degli effetti delle terapie farmacologiche

nella pratica clinica usuale, sia in ambito territoriale che ospedaliero. Le proposte dovranno riguardare sia studi di «drug utilization» che studi di «outcome research» a partire dai dati «real world». Fari puntati soprattutto sull'aderenza d'uso dei farmaci alle indicazioni approvate e alle raccomandazioni, con particolare attenzione alle interazioni tra farmaci e alle controindicazioni riferite a specifiche popolazioni di pazienti.

Ro. M.









anr 2017

SEGNALIBRO | FACEBOOK | f TWITTER | ¥ DAL GOVERNO

«Tutto sui vaccini» in un Quaderno del ministero della Salute

di Red. San.

La scuola, l'ospedale e il mondo del lavoro. Queste le tre direttrici sulle quali muoversi, per promuovere la cultura della vaccinazione, a cui fa riferimento la ministra della Salute nella Prefazione al Quaderno n. 27 del ministero, dal titolo "Vaccinazioni: stato dell'arte, falsi miti e prospettive. Il ruolo chiave della prevenzione". Un volume che parte dalle origini della profilassi che ha contribuito a sconfiggere malattie, oggi da noi dimenticate, ma che si riaffacciano per il venir meno della copertura di comunità. Obiettivo raccomandato nel nuovo



Piano nazionale vaccini 2017-2019, cui il Quaderno attinge a piene mani. Ricordando come la sua attuazione e l'adeguarsi ad esso da parte di famiglie e operatori sanitari sia anche un "dovere morale".

Informazione, anche tramite le App dedicate, formazione del personale, eliminazione delle barriere economiche, predisposizione di un adeguato sistema di sorveglianza; questi gli elementi su cui agire per potenziare le coperture vaccinali. Ma - si ricorda ancora nel Quaderno - è utile anche far comprendere a operatori e destinatari delle profilassi il valore econmico delle vaccinazioni. «Nonostante la disponibilità e la divulgazione di evidenze epidemiologiche e economiche, si sta assistendo sempre più spesso a un non utilizzo di tali dati per la valutazione delle vaccinazioni da parte dei decision makers (ad esempio decisioni riguardanti la raccomandazione di nuove strategie o l'inserimento di nuovi vaccini nei calendari vaccinali regionali e nazionali). Alla luce di tali criticità - si legge nel volume - è necessario cercare di migliorare il trasferimento dei risultati delle valutazioni Hta ai decisori per cercare di riempire il gap tra scienza e autorità e favorire le decisioni basate sulle evidenze, così da avere strumenti affidabili in un'ottica di corretto utilizzo delle risorse disponibili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie | ISSN 2499-6599

> PERISCOPIO

DANIELAMINERVA

Perché il dottor Gottlieb ci farà del male

RALE TANTE USCITE DEL presidente Donald Trump è sfuggita alle cronache italiane una nomina che avrà un enorme impatto sulle nostre vite. Quella del dottor Scott Gottlieb a comandante in capo della Food and Drug Administration (Fda). Nonostante le mille polemiche, le levate di scudi degli integralisti, e l'inevitabile vicinanza di un ente che decide la sorte dei farmaci con le industrie che li producono, la Fda è un monolite che funziona bene. Ha una potenza scientifica che ha assicurato, a oggi, la sostanziale solidità delle scelte fatte. Insomma, possiamo fidarci: se la Fda promuove un farmaco vuol dire che è veramente tale, se lo ritira dal mercato vuol dire che abbiamo scampato un pericolo. Di fatto, l'approvazione di un farmaco da parte della Fda è il sostanziale via libera ai mercati di tutto il mondo. Per questo ci fa saltare sulla sedia la decisione di Trump di affidare il mercato mondiale dei farmaci, quindi della nostra salute, a un uomo che dice senza mezzi termini: l'agenzia è oggi animata da «una fame irragionevole di certezze statistiche» unita a «una profonda mancanza di fiducia nella capacità dei medici di prendere decisioni attente». La medicina scientifica è statistica. Le sperimentazioni sono a caccia di evidenze statistiche. Non sapremo mai se un farmaco funziona sul serio e sul serio non ci fa del male se non abbiamo una sterminata base statistica. Definire questa necessità «irragionevole» vuol dire seppellire la ragionevole certezza con la quale accogliamo nel nostro corpo una medicina. E i

dottori? Come fanno a prendere decisioni senza che un'agenzia affidabile gli dica cosa è il farmaco che stanno prescrivendo?
Beh, non possono. Perché non si tratta della loro capacità di capire se una cura è giusta per un certo paziente, ma di sapere se una medicina è acqua fresca o ancora peggio un veleno. Se non glielo dice la Fda non lo sanno. E allora dovranno fidarsi di quello che dicono le aziende. Trump e Gottlieb la chiamano «libertà dei mercati al di sopra della scienza». Possiamo salvarci? No. Perché non abbiamo nessuna capacità di rovesciare le decisioni Fda. Forse se l'Ema fosse meno burocratica e meno amica delle aziende potrebbe farlo, ma a oggi certo non ne ha le strutture. Non ci resta che confidare nel monolite Fda: sapranno i rigidi funzionari dell'agenzia resistere al vento libertario? Per come li conosciamo, potrebbero. Staremo a vedere.

CASPROXICATION SECRETARY



Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati Tiratura 12/2016: 71.609 Diffusione 12/2016: 59.543 Lettori Ed. II 2016: 547.000

Quotidiano - Ed. Friuli Venezia Giulia - Veneto

ILGAZZETTIN

04-APR-2017 da pag. 11 foglio 1/2 www.datastampa.it

Dir. Resp.: Roberto Papetti

PADOVA

Film anti-vaccini nella sala comunale scoppia la bufera «È disinformazione»

Cappellato

a pagina 11

Proteste e mobilitazioni per il film anti-vaccini

Presidi di studenti contro la pellicola già bocciata dal ministro Lorenzin

PADOVA

Domani la proiezione del contestato "Vaxxed" in una sala comunale

Federica Cappellato

PADOVA

A febbraio la sua annunciata proiezione al Parlamento europeo di Bruxelles aveva scatentato le ire del ministro della Salute Beatrice Lorenzin, tanto che il film "Vaxxed - from cover-up to catastrophe" (dall'insabbiamento alla catastrofe) era stato messo alla porta, proiettato poi in un contesto non istituzionale. La proiezione del film era stata bloccata al Senato italiano alcuni mesi prima, dopo forti polemiche. Nel marzo dell'anno scorso la pellicola era stata ritirata dal Tribeca Film Festival da Robert De Niro, padre di un ragazzo autistico. Insomma un documentario in-

gombrante, appesantito da un greve fardello di polemiche, critiche e censure. Il film sbarcherà domani a Padova dove sarà proiettato in prima visione proprio mentre è in corso in città un'epidemia di morbillo che ha costretto al ricovero ospedaliero una ventina di persone tra bambini e

adulti, una in condizioni gravi.

Il criticatissimo Vaxxed di Andrew Wakefield, chirurgo britannico radiato dall'ordine professionale per una pubblicazione scientifica fraudolenta in cui sosteneva la correlazione, oggi smentita, tra il vaccino trivalente contro morbillo, parotite, rosolia, e la comparsa di autismo, è finito nell'occhio del ciclone. A prendere le distanze, sono le autorità comunali e sanitarie, oltre a un cartello di associazioni universitarie studentesche. Vaxxed verrà proiettato al cinema PortoAstra, in una sala che il Comune ha affittato agli organizzatori, cioè Veneto Padova Spettacoli, senza però metter bocca nella

gestione del cartellone delle proiezioni, gestite dai promotori. Vaxxed sarà accompagnato da un dibattito sul "Libertà di scelta terapeutica, caccia alle streghe e tutela della salute", con interventi tra gli altri del professor Ivano Spano, anti-vaccinista, sociologo dell'Università di Padova, del medico di base Paolo Rossaro, già condannato per aver convinto un suo paziente malato di cancro (poi deceduto) a interrompere la chemioterapia per seguire una cura palliativa, dal presidente del Coordinamento regionale veneto per la Libertà delle vaccinazioni, Ferdinando Donolato.

«La proiezione di Vaxxed è





Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati Tiratura 12/2016: 71.609 Diffusione 12/2016: 59.543 Lettori Ed. II 2016: 547.000

Quotidiano - Ed. Friuli Venezia Giulia - Veneto un'occasione unica. Buona parte

dei vaccini contiene sostanze nocive, prevalentemente mercurio, i

cui esiti - argomenta Spano - non

possono essere calcolati, come fa

tendenzialmente la medicina, nei

tempi brevi». Antivaccinismo, no

grazie, replicano l'Asu, Associazio-

IL GAZZETTINO

Dir. Resp.: Roberto Papetti



foglio 2/2 www.datastampa.it

04-APR-2017

da pag. 11

PADOVA

Monta la protesta contro la proiezione del film Vaxxed, che condanna l'utilizzo dei vaccini, in programma domani al cinema PortaAstra. Gli studenti universitari faranno presidi

IL RETTORE



«Eliminarli causerebbe grave danno alla salute»

ne studenti universitari che, unitamente al Sindacato degli Studenti, a una rappresentanza di studenti dell'ex facoltà di Medicina e Chirurgia e alla Chiesta pastafariana, organizzerà un presidio davanti al cinema in contemporanea alla proiezione. «Vaxxed fa disinformazione pubblica, ed è esattamente quello di cui non abbiamo bisogno» sbotta il numero uno dell'Ulss 6 Euganea, Domenico Scibetta. Contrario al film anche il magnifico rettore Rosario Rizzuto, medico pure lui: «Constrastare i vaccini significa compiere un enorme passo indietro, a danno della salute di tutti». © riproduzione riservata



AL LAVORO CON IL MINISTERO DELLA SANITÀ

Vaccini, la ministra Fedeli: una circolare congiunta garantirà diritto a scuola e salute

Una «circolare congiunta» tra i ministeri dell'Istruzione e della Sanità sul tema della vaccinazioni a scuola (d'infanzia e dell'obbligo) che punterà a «contemperare» due diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione da non «mettere mai l'uno contro l'altro»: il diritto allo studio e alla salute. È quanto annunciato il ministro dell'Istruzione, Valeria Fedeli ricordando



l'incontro tenuto le scorse settimane con la collega di governo, Beatrice Lorenzin. «Abbiamo già verificatoha detto Fedeli - che c'è già una legge dello Stato che tra l'altro dice che in una classe non possono esserci più di 5 ragazzi o ragazze non vaccinati. Stiamo verificando bene tutto questo perché si tratta di salute pubblica e stiamo costruendo una circolare congiunta del

ministero della Pubblica istruzione e della Salute. Noi dobbiamo contemplare due diritti fondamentali: per Costituzione la scuola non può dire di 'no' a nessun bambino o bambina. Nello stesso tempo dobbiamo contemperare l'altro diritto costituzionale che è quello alla salute» relativo ad eventuali ricadute su altri bimbi dovute a mancate vaccinazioni.



Redazione | Pubblicità | Contatti Quotidiano on line Lombardia di informazione sanitaria quotidianosanità.it Lunedì 03 APRILE 2017 Home | Cronache Governo e Regioni e Scienza e Studi e Archivio **Edizioni** Lavoro e Parlamento Asl Professioni **Farmaci** Analisi regionali QS Piemonte ■QS Veneto QS Toscana QS Abruzzo QS Basilicata ■QS Valle d'Aosta ■QS Friuli Venezia Giulia ■QS Umbria ■QS Molise ■QS Calabria ■QS Lombardia QS Liguria QS Marche QS Campania OS Sicilia ■QS P.A. Bolzano ■QS Emilia Romagna ■QS Puglia ■QS Sardegna QS P.A. Trento

segui **quotidianosanita.it**









Tweet Astampa

Vaccini. Regione Lombardia invierà ai pediatri l'elenco dei bambini non coperti: "Parlate con i genitori"

Ai pediatri sarà chiesto di attivare un confronto con i genitori per capire le motivazioni che hanno impedito la vaccinazione e cercare di recuperare il gap. L'iniziativa, ha spiegato l'assessore Gallera, "nasce sulla spinta di un monitoraggio che ha rilevato la presenza di circa 5.000 i bambini non coperti dalle 3 dosi di vaccino esavalente e circa 6.000 non coperti dalla 1ma dose di vaccino trivalente".



o₃ APR - "Continua l'impegno concreto di Regione per sensibilizzare le famiglie lombarde a tutelare la salute dei propri figli sottoponendoli alle vaccinazioni previste dal piano regionale. Entro il prossimo 20 aprile 1300 pediatri di base riceveranno dalle Ats l'elenco con il nominativo dei circa 5.000 bambini su 86.503, coorte 2014, (cioè nati nel 2014) che risultano ancora scoperti dai due momenti vaccinali di riferimento per l'infanzia, ovvero l'adesione a 3 dosi di vaccino esavalente e alla prima dose di vaccino trivalente, affinché attivino un confronto o una riflessione con i genitori per capire le motivazioni che hanno impedito la vaccinazione e favoriscano il recupero della copertura". Ad annunciarlo è stato, con una nota, l'assessore al Welfare della Regione Lombardia Giulio Gallera.

"Questa nuova iniziativa - ha spiegato l'assessore - nasce sulla spinta del monitoraggio che abbiamo realizzato per verificare le percentuali dei pazienti vaccinati per singoli pediatri di basenel nostro territorio. L'indagine, effettuata prendendo inconsiderazione la coorte vaccinale 2014 (nati nel 2014) in linea con quanto richiesto dal Ministero della Salute nella rilevazione di marzo 2017 pe la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, ci ha confermato numeri preoccupanti: circa 5.000i bambini risultati scoperti alle 3 dosi di vaccino esavalente (antitetanica, antidifterite, antiemofilo B, antiepatite B, antipertosse, antipoliomielite) e circa 6.000 quelli alla 1ma dose di vaccino trivalente (antimorbillo, antiparotite,

Di seguito i dati diffusi dalla Regione sulle percentuali dei pazienti vaccinati per i 1300 pediatri di base (coorte vaccinale 2014 in linea con quanto richiesto dal Ministero della Salute nella rilevazione di marzo 2017 pe la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza).

VACCINAZIONE ESAVALENTE - In merito alla vaccinazione esavalente (antitetanica, antidifterite, antiemofiloB, antiepatiteB, antipertosse, antipoliomielite) si rileva che per la coortevaccinale 2014:

- il 32% dei pediatri ha una adesione tra il 95% e il 100%;
 il 32% dei pediatri ha una adesione tra il 90% e il
- il 32% dei pediatri ha una adesione tra il 90% e il 94,99%;

- il 17% dei pediatri ha una adesione tra il 85% e il 89.99%:

- il 19% dei pediatri ha una adesione inferiore al 85%.

VACCINAZIONE TRIVALENTE - In merito alla vaccinazione trivalente(antimorbillo, antiparotite, antirosolia) si rileva che per la coorte vaccinale 2014:

- il 21% dei pediatri ha una adesione tra il 95% e il 100%;
- il 32% dei pediatri ha una adesione tra il 90% e il 94,99%;
- il 23% dei pediatri ha una adesione tra il 85% e il 89,99%;
- il 24% dei pediatri ha una adesione inferiore al 85%

03 aprile 2017

© Riproduzione riservata

Altri articoli in QS Lombardia

Snewsletter

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



iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- I nuovi Lea sulla Gazzetta. Il testo, gli allegati e tutte le novità delle prestazioni offerte dal Ssn
- 2 Da qui al 2035 serviranno 100mila sanitari in più, oltre al turn over. Soprattutto infermieri e professioni sanitarie. Troppi invece i farmacisti. Mentre per i medici 'basterà' rimpiazzare chi va in pensione. I dati del tavolo al Ministero
- 3 Responsabilità professionale e sicurezza delle cure. Ecco cosa

▶ Leggi il giornale di oggi

► Regala un abbonamento

BLOG'N'ROLL

Camici & Poltrone Galliera, il "marchio" di

Zampini. Asl, direttori socio-

► Scopri i vantaggi e abbonati

ampia di pazienti affetti da obesita» ha detto Luzi.

«Una delle cause dell'obesità può essere riconosciuta in una composizione sbilanciata del

microbiota intestinale che influisce sul cervello causando segnali alterati relativamente alle

sensazioni di appetito, sazietà, pienezza. Con questo studio abbiamo ulteriormente confermato

l'esistenza di un **asse intestino-cervello** e, partendo dalla stimolazione cerebrale, abbiamo cercato di sfruttarlo per fornire una terapia innovativa dell'obesità, sicura e soprattutto non

invasiva. Lo studio è preliminare ed i dati dovranno essere confermati in una popolazione più

QUOTIDIANOSANITA.IT Link al Sito Web

Data pubblicazione: 03/04/2017

Redazione | Pubblicità | Contatti Quotidiano on line Studi e Analisi di informazione sanitaria quotidianosanità.it Lunedì 03 APRILE 2017 Cronache Governo e Regioni e Scienza e Studi e Archivio Home Q Parlamento Asl Professioni Farmaci Analisi Cerca

segui **quotidianosanita.it**











Eurostat. Italiani al quarto posto in Europa per bisogni di cura insoddisfatti a causa dei costi eccessivi. Critiche maggiori dalle fasce più fragili della popolazione

Secondo i dati Eurostat gli italiani che dichiarano "bisogni di cura insoddisfatti" per i costi eccessive delle cure mediche sono il 6,5%, al quarto posto per numerosità dopo Grecia, Romania e Lituania. Va peggio per i redditi più bassi. Ma gli italiani stanno meglio degli altri: l'Italia è al sestultimo posto per percentuale di persone che hanno una patologia o un problema di salute da lungo tempo



o3 APR - L'Italia è il Paese con il Servizio sanitario nazionale più universalista e i Lea garantiscono a tutti cure più uguali possibili e gratuite. Ma in realtà, secondo i dati Eurostat al 2015, è uno dei Paesi con la percentuale più alta di bisogni sanitari insoddisfatti perché le cure mediche (Eurostat usa il termine "mediche" anche se il riferimento è più esteso) sono troppo costose.

Una contraddizione che però pone il nostro Paese in una classifica generale riferita alla media di tutte le fasce di reddito analizzate (Eurostat divide l'analisi per quintili di reddito) al quarto posto per percentuale di insoddisfatti con il 6,5% rispetto al 10,9% della Grecia, 8,3% della Romania e 6,8% della Lituania. In Romania e Lituania tuttavia, negli ultimi

cinque anni (dal 2010) sono andati via via migliorando e la percentuale di insoddisfatti è gradualmente calata, mentre in Italia e Grecia il fenomeno è opposto.

Nel 2010 gli insoddisfatti per i costi troppo alti delle cure erano il 13,4% in Lituania e il 9,8% in Romania, mentre in Grecia ci si fermava al 4,2% e in Italia addirittura al 3,6%, poco più della metà di quelli attuali.

Analizzando il dettaglio per quintili di reddito in Italia, poi, si scopre che in realtà la percentuale più elevata di insoddisfatti è nelle prime due fasce, quelle dei redditi minori dove al primo quintile sono insoddisfatti il 14,2% dei cittadini e nel secondo il 9,1 per cento. Queste percentuali si abbattono passando al terzo quintile dove gli insoddisfatti sono il 5,2% e diventano il 2,8% nel quarto quintile e appena l'1,1% nel quinto.

Nei quintili di reddito italiani, secondo il rapporto sulle condizioni di vita dell'Istat, ci sono rispettivamente:

 - nel primo il 47% circa di persone fino a 44 anni di età, il 53% di chi ha titoli di scuola elementari o di media inferiore, oltre il 70% di disoccupati;

- nel secondo percentuale di età maggiore, il 59%, è dai 45 anni in su, il titolo di studio prevalente è ancora la scuola elementare o media inferiore (52%) e la situazione lavorativa prevalente oltre il 47%) è non occupati-ritirati dal lavoro;
- nel terzo quintile il 54,5% degli individui ha tra 44 e 64 anni, c'è ancora il 24% circa che ha solo un titolo di scuola elementare, ma oltre il 40% ha quello di scuola media, inferiore e superiore e più del 14% è laureato;
- nel quarto quintile l'età è "spalmata" con circa il 21% di persone in tutte le fasce meno di 35 anni, 35-44, 45-54 e 55-64, i laureati diventano quasi il 35% e crollano al 14% quelli con titoli di scuola elementare, il 42% è lavoratore dipendente o autonomo (il 20% pensionato); nell'ultimo quintile, il quinto, più elevato per reddito, oltre il 71% delle persone ha tra 35 e 64 anni, il 44% è laureato e il 52% ha un lavoro dipendente o autonomo

La suddivisione del reddito tra i quintili tuttavia non è equa.

Secondo l'Istat La distribuzione del reddito totale nei quinti fornisce una prima misura sintetica della diseguaglianza. In una situazione ipotetica di perfetta eguaglianza, ogni quinto avrebbe una quota di reddito pari al 20% del totale. Mentre le famiglie del primo quinto, con i redditi equivalenti più bassi, percepiscono il 6,7% del reddito totale, quelle del quinto più ricco il 39,5 per cento. Differenze significative si registrano anche rispetto alla ripartizione geografica: il 36,9% delle famiglie residenti nel Sud e nelle Isole appartiene al quinto dei redditi più bassi, rispetto al 14,1% di quelle che vivono nel Centro e all'11,3% delle famiglie del Nord

Nel Nord e nel Centro una famiglia su quattro appartiene al quinto più ricco della distribuzione rispetto

Snewsletter

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



iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- I nuovi Lea sulla Gazzetta. Il testo, gli allegati e tutte le novità delle prestazioni offerte dal Ssn
- 2 Da qui al 2035 serviranno 100mila sanitari in più, oltre al turn over. Soprattutto infermieri e professioni sanitarie. Troppi invece i farmacisti. Mentre per i medici 'basterà' rimpiazzare chi va in pensione. I dati del tavolo al Ministero
- 3 Responsabilità professionale e sicurezza delle cure. Ecco cosa cambia per operatori, Asl e pazienti. Il nuovo libro di Quotidiano Sanità
- 4 Cancro. In due casi su tre sarebbe provocato da mutazioni genetiche "casuali". Lo studio su Science
- 5 Medico e infermiere, i limiti della responsabilità. La Cassazione penale

QUOTIDIANOSANITA.IT Link al Sito Web

all'8,3% di quelle che vivono nel Sud e nelle Isole. La posizione delle famiglie nei quintili di reddito dipende anche dal numero dei componenti. Solo le famiglie compisse de fin componenti componenti. Solo le famiglie compisse de fin componenti consultado fipadite di misura sostanzialmente uniforme tra i diversi quintili. Quelle più numerose, di cinque o più persone, sono invece più concentrate nel quintile più basso (40,3%) e meno presenti nel quintile più ricco (8,8%).

Incrociando questi risultati con quelli di Eurostat, quindi, è evidente che le persone maggiormente "colpite" dai costi giudicati troppo elevati delle cure sono proprio i più fragili, quelli a cui dovrebbe essere in massima parte dedicata l'universalità dell'assistenza e la sua relativa gratuità.

Ad "aiutare" la sanità italiana e anche a dimostrare in qualche modo la sua qualità c'è però il dato sulla percentuale di persone che hanno, sempre secondo Eurostat una patologia o un problema di salute da lungo tempo. La suddivisione questa volta, nel nostro Paese è abbastanza equa tra i quintili di reddito e in tutti c'è tra il 25 e il 27% di persone in queste condizioni, tranne nel quinto dove ci si ferma a poco meno del 21 per cento.

La media italiana di tutti i quintili di reddito è del 24,8% e questo dato – anche se in leggero aumento rispetto al 2010 - pone l'Italia tra le nazioni più "sane" di quelle analizzate da Eurostat: su 30 Stati, infatti, è sestultima per percentuale di persone ammalate, il che bilancia i problemi legati a un distribuzione ancora non del tutto equa – per via dei costi dichiarati - delle cure.

Nazioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Grecia	4,2	6,2	6,5	7,8	9,7	10,9
Romania	9,8	10,9	9,6	9,1	8,3	8,3
Lettonia	13,4	14,5	10,5	12.0	10,5	6.8
Italia	3,6	5,1	4.9	6,0	6.2	6,5
Bulgaria	7,1	7,1	5,9	6,8	4.4	3,7
Islanda	2,5	3,4	3,7	2,9	3,4	3,3
Polonia	3,2	3,4	3,5	3,6	3,1	2,8
Portogallo	1,6	1,3	2,6	2,4	3,0	2,4
Belgio	0,4	1,4	1,7	1,8	2,1	2.2
Ungheria	1,2	2,2	2,4	1,9	2,1	2,2
EU (28 nazioni)	2,0	2,3	2,2	2,4	2,4	2,0
EU (27 nazioni)	2,0	2,3	2,2	2,4	2,4	2,0
Irlanda	1,6	1,5	2,6	2,3	2,6	2,0
Cipro	3,9	4,2	3,4	4,3	4,6	1,5
Francia	1,7	1,9	1,9	2,1	2,3	0,8
Croazia	2,8	2,2	1,3	1,6	1.4	0,8
Estonia	0,7	1,0	0,9	0,8	0,5	0,7
Lussemburgo	0,4	0,4	0,5	0,8	0,6	0,7
Malta	1,4	0,8	1,0	0,8	0,9	0,7
Slovacchia	0,7	8,0	0,9	0,8	0,9	0,7
Lituania	0,8	0,9	0,5	0,5	0,7	0,5
Svezia	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4
Danimarca	0,3	0,1	0,3	0,2	0,4	0,3
Germania	1,1	0,9	0,8	0,6	0,6	0,2
Norvegia	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Repubblica Ceca	0,3	0,5	0,4	0,4	0,5	0,1
Spagna	0,2	0,4	0,4	0,6	0,5	0,1
Slovenia	0,1	* 1	160	191	0,1	0,1
Regna Unito	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Paesi Bassi	0,1	0,1	0,2	0.1	0.4	-
Austria	0,5	0,3	0,2	0,3	0,1	-
Finlandia	0.2	-	0.1	0,2	0,1	-

Nazioni	primo	secondo	terzo	quarto	quinto
EU (28 nazioni)	4,1	2,6	1,7	1,1	0,5
EU (27 nazioni)	4,2	2,6	1,8	1,1	0,5
Belgio	6,8	2,9	0,8	0.4	0,1
Bulgaria	9,3	3,9	2,1	1,5	1,4
Repubblica Ceca	0,3	0,1	-	0,1	1
Danimarca	0,5	0,8	.5	7	0,1
Germania	0,5	0,1	0,3	0.1	0,1
Estonia	2,1	0,7	0,1	0,2	0,3
Irlanda	1.8	2,1	3,4	1,5	1,0
Grecia	17,4	14,1	11,0	9,2	2,8
Spagna	0,4	0,1	0,1	-	
Francia	2,2	1,1	0,4	0,3	0,1
Croazia	2,6	0,7	0,4	0,3	
Italia	14.2	9,1	5,2	2,8	1.1
Cipro	3,1	2,2	1,6	0,4	0,2
Lettonia	15,5	8,4	6,5	2,9	1,0
Lituania	1,0	0,6	0,4	0,5	0.1
Lussemburgo	2,0	1,0	0,2	0,1	
Ungheria	6,1	2,0	1,7	0,6	0,5
Malta	1,9	0,8	0,4	0.2	0.1
Paesi Bassi	-	-	-	- 2	
Austria	0,1		0,1		
Polonia	6,1	2,8	2,7	1,5	8,0
Portogallo	5,4	3,2	1,7	1,0	0.4
Romania	11,1	11,3	8,5	6,5	4,3
Slovenia	0,1	0,1	0,1	0,1	
Slovacchia	1,6	0,6	0,5	0,7	0,2
Finlandia	0,1		4	- 2	1
Svezia	1,0	0,6	0,3	0.1	
Regno Unito	0.1	0.1	0,2	0.1	15-

distingue le competenze

6 Vaccini. Un sanitario su tre non ci crede e teme gli effetti collaterali. I risultati di una survey on line presentati oggi a Pisa

Data pubblicazione: 03/04/2017

- 7 Orario di lavoro e mancato riposo. Alla fine l'infermiere di Ancona è stato sanzionato
- 8 Manager Asl. Governo vara nuove regole per Direttori generali, sanitari e amministrativi. Lorenzin: "Resta rapporto fiduciario ma la scelta andrà fatta sui curriculum". Arriva l'Albo
- 9 Delibera Anac. Manager Asl, capi dipartimento e primari (strutture complesse e semplici) devono presentare dati sui compensi"
- 10 Precari. Italia umiliata in Europa

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

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

04-APR-2017 da pag. 26 foglio 1/5

www.datastampa.it



Lenisce il dolore, seda l'insonnia placa l'ansia. Sembra un farmaco

Tra i neuroni si nasconde il segreto del placebo

Neurobiologia. Sembra un farmaco ma non lo è. In quanto non ha principi attivi. Eppure

funziona: contro il dolore, l'insonnia, la nausea... Merito delle aspettative positive: oggi gli scienziati sanno come agiscono sull'organismo. E convocano il I congresso internazionale per decidere come sfruttarle in clinica

ELISA MANACORDA

UNA MEDICINA POTENTE: è in grado di lenire il dolore cronico, di ridurre l'insonnia, di placare l'ansia, ha un effetto benefico sul mal di schiena e sulla nausea, interferisce con il sistema immunitario e con quello ormonale. È tra le più studiate, ma anche tra le più misteriose, perché la sua azione dipende da tanti, troppi fattori: le aspettative del paziente rispetto alla sua efficacia, il rapporto che ha instaurato col medico, la determinazione nel seguire la terapia, l'atteggiamento dei familiari nei confronti della malattia del loro caro. È il placebo, una sostanza o un trattamento che ha tutte le sembianze di un farmaco (che si tratti di una compressa, di un'iniezione o di una procedura medica), ma non lo è, perché è privo di principi attivi. In genere, chi assume un placebo non sa che si tratta di una "finta" medicina, ed è dunque convinto che ne riceverà dei benefici. Oggi si sa che queste aspettative positive sono in grado di scatenare all'interno dell'organismo, in oltre una persona su tre, una serie di importanti reazioni biochimiche - tipicamente la produzione di endorfine, sostanze analgesiche con effetto analogo a quello della morfina, e di dopamina, un neurotrasmettitore prodotto nel cervello, che promuove il benessere ed è legato al sistema della ricompensa. Si chiama "effetto placebo", fenomeno sempre più riconosciuto in medicina e a cui oggi viene per la prima volta dedicato un congresso scientifico internazionale, a Leiden (Olanda) dal 2 al 4 aprile, con oltre duecento nuovi studi in programma dedicati alla neurobiologia dell'effetto placebo, alle sue

implicazioni etiche e alle applicazioni cliniche, alla comunicazione medico-paziente e al ruolo delle aspettative del paziente. «Negli ultimi dieci anni abbiamo assistito a un fiorire di ricerche su questo tema - conferma la presidente delcongresso Andrea Evers dell'università di Leiden - il che indica un vero e proprio cambio di paradigma nella medicina contemporanea. Con questo primo incontro mondiale vogliamo approfondire soprattutto la relazione tra il placebo e i cambiamenti a livello neurobiologico, visto che le ultime ricerche indicano come questo effetto possa essere rafforzato o ridotto da alcune sostanze che aumentano o riducono il dolore». In effetti il placebo sembra funzionare anche se i pazienti sono consapevoli del fatto che si tratta di una medicina "falsa". Lo dimostrerà, proprio nel corso del convegno olandese, Jeremy Howick, direttore dell'Empathetic Care Program dell'università di Oxford. La sua meta-analisi condotta su 240 pazienti affetti da varie condizioni dall'intestino irritabile alla rinite allergica alla depressione - evidenzia infatti come la somministrazione esplicita di un placebo produca risultati migliori rispetto all'assenza di trattamento.

L'obiettivo ora è quello di capire fino a che punto la nostra mente è in grado di influenzare l'attività dell'organismo quando si tratta di funzioni vitali critiche, come per esempio l'ossigenazione e la respirazione. «Per rispondere a questa domanda, lavoriamo a 3500 metri, al confine italo-svizzero nella zona del Monte Cervino», racconta Fabrizio Benedetti, neurofisiologo dell'università di Torino e direttore del Center for Hypoxia del Plateau Rosa Labs, che presenterà i risultati dei suoi studi proprio al-



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

Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

04-APR-2017 da pag. 26 foglio 2/5 www.datastampa.it

la conferenza olandese. Qui l'ossigeno è scarso, e induce nell'organismo una condizione di ipossia, che consiste nell'avere poco ossigeno nel sangue. Questo, continua Benedetti, produce diversi effetti: dalla ridotta resistenza alla fatica, alla cefalea, fino all'insonnia. «Noi - aggiunge il ricercatore - abbiamo condotto degli esperimenti a 3500 metri di altitudine, dove l'ossigeno è ridotto al 65% rispetto alle concentrazioni a livello del mare. E abbiamo osservato che un placebo (cioè in sostanza del finto ossigeno) può produrre gli stessi effetti dell'ossigeno vero se i soggetti credono di respirare ossigeno anche se le loro bombole sono vuote». Il \bar{p} unto è capire quale sia il limite di questo effetto placebo. Così i ricercatori si sono spinti ancora più in alto, conducendo gli stessi esperimenti a 5500 metri di altitudine sul monte Denali in Alaska e sul Picco Simón Bolivar in Colombia, dove l'ossigeno si riduce ulteriormente al 50 per cento. «E qui abbiamo riscontrato la stessa situazione, seppure leggermente ridotta: un placebo (ovvero dell'ossigeno "finto") può produrre gli effetti dell'ossigeno vero se i soggetti credono di respirare il gas alle stesse concentrazioni del livello del mare».

La sfida futura dei ricercatori è quella di spingersi ancora oltre, in condizioni estremamente critiche, fino a toccare il limite della potenza della mente umana. E dunque studiare questi effetti con livelli di ossigeno ancor più bassi, per esempio sull'Himalaya, a oltre seimila metri di altitudine. Certamente, conclude Benedetti, per ora possiamo dire che funzioni vitali critiche, quali l'ossigenazione e la respirazione, sono suscettibili all'effetto placebo in condizioni estreme di carenza di ossigeno. «Quindi l'effetto placebo non riguarda solo sintomi soggettivi, come per esempio il dolore. La nostra mente è capace di influenzare diverse funzioni fisiologiche, incluse quelle critiche per la vita e la sopravvivenza».

©RIPRODUZIONE RISERVATA ©RIPRODUZIONE RISERVATA



Parlare fa bene

A volte basta una telefonata per sentirsi già meglio. Un mal di testa, un'ansia passeggera, e le semplici indicazioni del medico fanno rapidamente cessare il dolore e le preoccupazioni. L'importante è che all'altro capo del filo ci sia un dottore di cui si ha piena fiducia. Lo dimostra il lavoro di un gruppo di psicologi dell'università di Basilea (Svizzera) e della Harvard Medical School, negli Usa, che ha pubblicato i suoi risultati su Plos One. I ricercatori hanno analizzato 47 studi condotti in Europa, Asia, America del Nord e Australia, per verificare se la fiducia in dottori, terapeuti e infermieri possa produrre effetti clinici. L'analisi mostra che così è, anche se è difficile da misurare. E tuttavia, la fiducia nei confronti degli

operatori della sanità ha un impatto molto evidente sulla soddisfazione dei malati, sulla loro qualità di vita, sul benessere e sull'adozione di un sano stile di vita. «La fiducia di un paziente nei confronti del suo medico ha un grande valore», spiega Jens Gaab, coautore dello studio. Per questo sviluppare e mantenere una relazione di stima tra chi cura e chi è curato dovrebbe essere parte integrante della formazione di un clinico e della sua pratica quotidiana. Già diverse ricerche avevano cercato di spiegare le ragioni. E i risultati indicano che questo fenomeno è dovuto in parte alla maggiore aderenza alle terapie indicate, e in parte all'effetto placebo che deriva da una buona relazione medico-paziente. Tuttavia, è la conclusione dei ricercatori, serviranno ulteriori indagini per trovare spiegazioni esaustive di questo fenomeno.



Dir. Resp.: Alessandro Barbano

04-APR-2017 da pag. 1 foglio 1/3 www.datastampa.it

Alzheimer, la ricerca italiana scopre la causa della malattia ora si apre la strada alle cure

Scoperta dei ricercatori italiani: la causa è la carenza di dopamina

Alzheimer, la genesi negli sbalzi d'umore

La sua origine è nell'area dell'umore e non della memoria Finora si è seguita la strada errata di bloccare l'effetto della malattia, senza poterne arrestare l'evolversi

Cavie
Grazie
alla
dopamina
si è ottenuto
il recupero
di ricordi e
motivazione

Terapia
È possibile
immaginare
una
strategia
simile
al morbo
di Parkinson

Mario Pappagallo

) Alzheimer avrebbe una causa e, buona notizia, sarebbe già pronta una possibile cura. Da sperimentare, ma già disponibile (e non costosa) se è vero che a innescare e via via ad aggravare il morbo sarebbe la lenta e progressiva morte dei neuroni produttori di dopamina. Un neurotrasmettitore molto importante, soprattutto a livello del sistemanervoso centrale, che regola la genesi dei movimenti (carenze di dopamina sono associate al morbo di Parkinson) e l'umore (mancanza di dopamina porta a depressione e an-

Eora si è scoperto, ed è un successo della ricerca italiana, che è anche dietro all'Alzheimer, se i neuroni che la producono muoiono via via negli anni la malattia prende il sopravvento distruggendo memoria e ricordi (amnesia), poi cambiando comportamento e personalità e spegnendo iniziativa e interesse, quindi creando problemi di linguaggio (afasia), confusione e perdita di orientamento nello spazio e nel tempo. Fino a una serie di sintomi finali che si assommano ai precedenti:

incapacità a riconoscere persone, cose e luoghi (agnosia); incapacità a compiere gli atti quotidiani della vita, come lavarsi, vestirsi, mangiare (aprassia), bere; la comparsa di deliri e allucinazioni; la totale dipendenza del malato da chi lo assiste. Il tutto nell'arco di 10-15 anni.

Malattia incurabile, perché ignorandone la causa non poteva certo essere curata, spesso diagnosticabile con certezza solo dopo la morte e peraltro individuandone le conseguenze sul cervello e non le cause scatenanti, finora ignote. Ora tutto cambia, grazie agli italiani che hanno firmato lo studio pubblicato su Nature Communications, i cui risultati dimostrano anche che la depressione sarebbe una «spia» dell'Alzheimer, non viceversa. L'origine della malattia non è nell'ippocampo, nell'area del cervello associata alla memoria, bensì in un'altra area quella collegata anche ai disturbi d'umore. Quella in cui si trovano e agiscono i neuroni che producono dopamina. È l'area

tegmentale ventrale. Come in un effetto domino, la morte di questi neuroni provoca il mancato arrivo della dopamina nell'ippocampo, causandone il «tilt» che

genera la perdita dei ricordi. È l'inizio. I primi sintomi dell'Alzheimer già in atto. È il segnale che la produzione del neurotrasmettitore dopamina comincia a venire meno. L'ipotesi è stata confermata in laboratorio, somministrando su modelli animali due diverse cure mirate a ripristinare i livelli di dopamina. Si è così osservato che, in questo modo, si recuperava il ricordo, ma anche la motivazione. Quali cure sono state sperimentate? Una con L-Dopa, un amminoacido







 Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

 Tiratura
 12/2016:
 53.894

 Diffusione
 12/2016:
 40.592

 Lettori
 Ed. II 2016:
 712.000

Quotidiano - Ed. nazionale



Dir. Resp.: Alessandro Barbano

04-APR-2017 da pag. 1 foglio 2 / 3 www.datastampa.it

precursore della dopamina, l'altra basata su un farmaco che ne inibisce la degradazione. Cure comuni e già in commercio per altre indicazioni. Che cosa si è visto? Il recupero completo della memoria, in tempi relativamente rapidi. Nel corso dei test, gli scienziati hanno registrato anche il pieno ripristino della facoltà motivazionale e della vitalità. Si tratta di una seconda, importante, scoperta. «Abbiamo verificato - chiarisce Marcello D'Amelio, coordinatore della ricerca, classe 1974, lucano laureatosi a Bari e neurofisiologo dell'università Campus Bio-Medico di Roma - che l'area tegmentale ventrale rilascia la dopamina anche nel nucleo accumbens, l'area che controlla la gratificazione e i disturbi dell'umore, garantendone il buon funzionamento. Per cui, con la degenerazione dei neuroni che producono dopamina, aumenta anche il rischio di andare incontro a progressiva perdita di iniziativa, indice di un'alterazione patologica dell'umore». Questi risultati «confermano le osservazioni cliniche secondo cui, fin dalle primissime fasi di sviluppo dell'Alzheimer, accanto agli episodi di perdita di memoria i pazienti riferiscono un calo nell'interesse per le attività della vita, mancanza di appetito e del desiderio di prendersi cura di sé, fino ad arrivare alla depressione», prosegue il neurofisiologo. L'aggettivo incurabile accanto a quella spesso definita «malattia del secolo» potrebbe essere presto cancellato. Il morbo di Alzheimer, la forma più diffusa di demenza senile, oggi in Italia colpisce, a seconda delle stime, 500-600 mila persone, pari al 5% delle persone con più di 60 anni. Nel mondo, secondo il World Alzheimer Report 2016 della Federazione

internazionale Alzheimer's Disease International (Adi), oltre 47 milioni di persone soffrono di demenza, un numero destinato a salire, a causa dell'invecchiamento della popolazione, a 131 milioni entro il 2050. Quanto all'Italia, gli affetti da demenza sono circa 1,2 milioni e circa la metà sono malati di Alzheimer. Secondo una ricerca Censis-Aima, il 18% vive da solo con la badante e i costi diretti per l'assistenza superano gli 11 miliardi di euro in Italia di cui il 73% è a carico delle famiglie. L'età media dei malati di Alzheimer è di 78,8 anni, i caregiver impegnati nella loro assistenza ne hanno in media 59. Prende il nome da Alois Alzheimer, neurologo tedesco che nel 1907 notò segni particolari nel tessuto cerebrale di una donna che era morta in seguito a una insolita malattia mentale, evidenziando la presenza di agglomerati, poi definiti placche amiloidi, e di fasci di fibre aggrovigliate. Ed è questa l'ipotesi come causa scatenante finora portata avanti. El'unico modo di fare una diagnosi certa è attraverso l'identificazione delle placche amiloidi nel tessuto cerebrale, possibile solo con l'autopsia dopo la morte. Nonostante i tanti investimenti in ricerca nel settore, non esistono ancora farmaci in grado di fermare e far regredire la malattia e tutti i trattamenti disponibili puntano a contenerne i sintomi. Tutto questo finora, perché se la scoperta italiana trova via via conferme sull'uomo il quadro sarebbe destinato a mutare radicalmente. E potrebbe anche mettere un prossimo Nobel in mano all'Italia, data l'importanza della malattia. «Questo lavoro spiega perché

sperimentazioni di terapie mirate alle placche beta-amiloidi hanno fallito e offre una nuova direzione alla ricerca per trattare l'Alzheimer», dice D'Amelio. Negli ultimi 20 anni i ricercatori si sono focalizzati sull'area da cui dipendono i meccanismi del ricordo, ritenendo che fosse la progressiva degenerazione delle cellule dell'ippocampo a causare l'Alzheimer. Le analisi sperimentali, tuttavia, non hanno mai fatto registrare al suo interno significativi processi di morte cellulare. Nessuno aveva finora pensato che potessero essere coinvolte altre aree del cervello nell'insorgenza della patologia. «L'area tegmentale ventrale - sottolinea D'Amelio non era mai stata approfondita nello studio della malattia di Alzheimer, perché si tratta una parte profonda del sistema nervoso centrale, particolarmente difficile da indagare a livello neuro-radiologico». «Perdita di memoria e depressione - conclude D'Amelio - sono due facce della stessa medaglia. Il prossimo passo sarà la messa a punto di tecniche neuro-radiologiche più efficaci, in grado di farci accedere ai segreti custoditi nell'area tegmentale ventrale, per scoprirne i meccanismi di funzionamento e degenerazione. Infine, poiché anche il Parkinson è causato dalla morte dei neuroni che producono la dopamina, è possibile immaginare che le strategie terapeutiche future per entrambe le malattie potranno concentrarsi su un obiettivo comune: impedire in modo "selettivo" la morte di questi neuroni».

