



Dalla pillola dei cinque giorni dopo ai metodi contraccettivi. Da Onda arriva per la donna una guida alla sessualità consapevole

Per promuovere una corretta informazione, l'Osservatorio con il patrocinio della Società italiana della contraccezione, della Società medica italiana per la contraccezione e di Federfarma ha realizzato un opuscolo sui differenti contraccettivi. La guida è disponibile da settembre negli ospedali con i Bollini Rosa e nelle farmacie aderenti a Federfarma.



15 SET - Dalle soluzioni ormonali, quali la pillola e il cerotto, ai metodi di barriera, come il preservativo, dalle scelte naturali di metodi di auto-osservazione, fino alla contraccezione d'emergenza. E' una vera e propria mini-guida informativa dedicata ai vari tipi di contraccezione l'opuscolo realizzato dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda), con il patrocinio della Società Italiana della Contraccezione (Sic), della Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic) e di Federfarma, che sarà distribuito nel mese di settembre all'interno degli ospedali con i Bollini Rosa (www.bollinirosa.it) e attraverso il network delle farmacie aderenti a Federfarma.

La salute sessuale e riproduttiva è una componente integrante del benessere psico-fisico femminile. L'età fertile è una fase della vita in cui la donna esprime il massimo delle sue potenzialità, impegnata nella realizzazione personale, professionale e dei rapporti affettivi. In questo periodo, la contraccezione riveste un ruolo fondamentale, consentendo alle donne di vivere serenamente e in piena libertà l'intimità di coppia, di gestire in maniera responsabile e consapevole la propria fertilità, prevenendo gravidanze indesiderate.

Sul tema è quindi fondamentale una corretta informazione, volta ad aiutare le donne a vivere in maniera serena la propria sessualità, adottando scelte consapevoli. La mini-guida di Onda va proprio in questa direzione: uno strumento informativo di facile e veloce consultazione, per conoscere il ruolo della contraccezione e i vari metodi disponibili.

"Oggi abbiamo a disposizione una vasta gamma di soluzioni anticoncezionali – ha spiegato **Francesca Merzagora**, Presidente di Onda – un ventaglio di offerte che si basa su differenti meccanismi di azione: la contraccezione del 'prima' (metodi ormonali, metodi meccanici come la spirale, e metodi naturali), del 'durante' (preservativo, diaframma e spermicidi) e del 'dopo' (contraccezione d'emergenza o di scorta). Il sesso continua ad essere un argomento tabù, difficilmente affrontato nel contesto familiare, tra genitori e figli. A questo si sommano le scarse conoscenze che gli adulti hanno della materia. Un corretto utilizzo dei metodi contraccettivi permette di non dover ricorrere a un'interruzione volontaria di gravidanza che, oltre a essere un'esperienza dolorosa per la donna, risulta un fallimento delle politiche di prevenzione e pianificazione della salute sessuale e riproduttiva. Ci auguriamo che questa guida possa essere per le donne un utile strumento di consultazione per delle scelte responsabili e consapevoli".

A completamente del panorama contraccettivo, l'opuscolo affronta anche il tema della contraccezione d'emergenza, su cui si è recentemente pronunciata anche l'Agenzia Italiana del Farmaco, allineando l'Italia agli altri Paesi dell'Unione Europea.

"La contraccezione di emergenza consiste nell'adozione di misure anticoncezionali dopo un rapporto sessuale non adeguatamente protetto o in cui sia fallito o sia stato utilizzato in maniera non corretta il metodo contraccettivo – ha aggiunto **Nicoletta Orthmann**, referente medico-scientifico di Onda. "Offre alle donne un'ultima possibilità di ridurre il rischio di una gravidanza indesiderata e di scongiurare l'eventuale ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza. Resta, comunque, imprescindibile il ruolo di una prevenzione contraccettiva stabile. Come raccomanda l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la contraccezione di emergenza non è adatta a un uso regolare: non deve dunque mai sostituire un metodo contraccettivo di routine, limitando il suo impiego ai casi di effettiva emergenza. Da pochi mesi anche in Italia è acquistabile la pillola dei 5 giorni dopo, a base di ulipristal acetato, senza prescrizione medica dalle donne maggiorenti in farmacia e nelle parafarmacie. L'obbligo di ricetta rimane solo per le minorenni".

15 settembre 2015
 © RIPRODUZIONE RISERVATA

articoli precedenti in Cronache

:: [Cancro. Al via premio letterario: pazienti, familiari e medici raccontano la malattia](#)

iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- Ddl concorrenza. Farmacie.** Più paletti per le società di capitali. Fascia C con ricetta resta in farmacia. Nuove norme per i piccoli comuni e sugli orari e i turni di apertura. **II nuovo testo**
- Lutto per il mondo della farmacia e della sanità. È morto Giacomo Leopardi, una vita al servizio dei farmacisti italiani
- Liberalizzazione farmacie. La politica ha finalmente colto il rischio. Bene Gelli
- Le scuole riaprono. Ed è allarme pidocchio 'mutante'
- Farmaci. Primo semestre 2015: + 8%. Fatturato a 11,7 miliardi. Boom dei nuovi anti Epatite C: + 244% nei primi mesi del 2° semestre
- Ddl concorrenza. Federfarma a Gullotta (Parafarmacie): "Assurdo e strumentale attaccare il Pd"
- Ddl Concorrenza. Gullotta (Parafarmacie) replica a Gelli (Pd): "Partito Democratico ha immolato il suo Dna sull'altare delle lobby"
- Ddl Concorrenza. Parafarmacie replicano a Federfarma: "Accesso sia su criteri di merito"
- Enpaf. Farmacista denuncia: "Irrazionale doppia contribuzione". La replica di Croce: "È legittimata da rafforzamento tutela previdenziale"
- L'Alzheimer è contagioso? Una lettera su *Nature* scatena il panico

Arriva da Onda una guida alla sessualità consapevole



15 settembre 2015

Per promuovere una corretta informazione sul tema, l'Osservatorio ha realizzato un opuscolo sui differenti contraccettivi, in cui viene trattata anche la contraccezione d'emergenza, a cui appartiene la pillola dei 5 giorni dopo, a base di ulipristal acetato, acquistabile dalle maggiorenni in farmacia senza ricetta del medico.

La guida sarà disponibile nel mese di settembre negli ospedali con i Bollini Rosa e nelle farmacie aderenti a Federfarma.

Dalle soluzioni ormonali, quali la pillola e il cerotto, ai metodi di barriera, come il preservativo, dalle scelte naturali di metodi di auto-osservazione, fino alla contraccezione d'emergenza: è una vera e propria mini-guida informativa dedicata ai vari tipi di contraccezione l'opuscolo realizzato dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda), con il patrocinio della Società Italiana della Contraccezione (SIC), della Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC) e di Federfarma, che sarà distribuito nel mese di settembre all'interno degli ospedali con i Bollini Rosa (www.bollinirosa.it) e attraverso il network delle farmacie aderenti a Federfarma.

La salute sessuale e riproduttiva è una componente integrante del benessere psico-fisico femminile. L'età fertile è una fase della vita in cui la donna esprime il massimo delle sue potenzialità, impegnata nella realizzazione personale, professionale e dei rapporti affettivi. In questo periodo, la contraccezione riveste un ruolo fondamentale, consentendo alle donne di vivere serenamente e in piena libertà l'intimità di coppia, di gestire in maniera responsabile e consapevole la propria fertilità, prevenendo gravidanze indesiderate.

Sul tema è quindi fondamentale una corretta informazione, volta ad aiutare le donne a vivere in maniera serena la propria sessualità, adottando scelte consapevoli. La mini-guida di Onda va proprio in questa direzione: uno strumento informativo di facile e veloce consultazione, per conoscere il ruolo della contraccezione e i vari metodi disponibili.

“Oggi abbiamo a disposizione una vasta gamma di soluzioni anticoncezionali, un ventaglio di offerte che si basa su differenti meccanismi di azione: la contraccezione del ‘prima’ (metodi ormonali, metodi meccanici - come la spirale - e metodi naturali), del ‘durante’ (preservativo, diaframma e spermicidi) e del ‘dopo’

(contraccezione d'emergenza o di scorta)", afferma Francesca Merzagora, Presidente di Onda. "Il sesso continua ad essere un argomento tabù, difficilmente affrontato nel contesto familiare, tra genitori e figli. A questo si sommano le scarse conoscenze che gli adulti hanno della materia. Un corretto utilizzo dei metodi contraccettivi permette di non dover ricorrere a un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) che, oltre a essere un'esperienza dolorosa per la donna, risulta un fallimento delle politiche di prevenzione e pianificazione della salute sessuale e riproduttiva. Ci auguriamo che questa guida possa essere per le donne un utile strumento di consultazione per delle scelte responsabili e consapevoli".

A completamento del panorama contraccettivo, l'opuscolo affronta anche il tema della contraccezione d'emergenza, su cui si è recentemente pronunciata anche l'Agenzia Italiana del Farmaco, allineando l'Italia agli altri Paesi dell'Unione Europea.

"La contraccezione di emergenza consiste nell'adozione di misure anticoncezionali dopo un rapporto sessuale non adeguatamente protetto o in cui sia fallito o sia stato utilizzato in maniera non corretta il metodo contraccettivo", afferma Nicoletta Orthmann, referente medico-scientifico di Onda. "Offre alle donne un'ultima possibilità di ridurre il rischio di una gravidanza indesiderata e di scongiurare l'eventuale ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza. Resta, comunque, imprescindibile il ruolo di una prevenzione contraccettiva stabile.

Come raccomanda l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la contraccezione di emergenza non è adatta a un uso regolare: non deve dunque mai sostituire un metodo contraccettivo di routine, limitando il suo impiego ai casi di effettiva emergenza. Da pochi mesi anche in Italia è acquistabile la pillola dei 5 giorni dopo, a base di ulipristal acetato, senza prescrizione medica dalle donne maggiorenni in farmacia e nelle parafarmacie. L'obbligo di ricetta rimane solo per le minorenni".

[[chiudi questa finestra](#)]

#STORIE |
**COME SI PAGANO
I BIMBI
FATTI A PEZZI**
di FEDERICA THISTLE | pag. 4

“Donazioni remunerate”, così si pagano i feti

«Tutto ciò che offriamo è roba fresca: tessuto cardiaco, occhi, tessuto neurale... la gente vuole spine dorsali... oh – termina con un sorriso – e le gonadi!». Così ha parlato la dottoressa Carolyn Westhoff, ignara di prestarsi all'obiettivo del Center for Medical Progress: dopo di lei Deborah VanDerhei spiega che «non c'è policy», perché se ci fosse «potrebbe distruggerci tutti»

Nessuna policy, o meglio: la policy c'è, ma non è scritta. Lo aveva già spiegato Deborah Nucatola: «Non ci sono linee guida e non ci saranno mai». «Se vogliono farlo – spiega Deborah VanDerhei – noi non diciamo di no, ma che pensino ai possibili titoli del New York Times»

Vanessa Russo definisce “ridicole” le leggi che regolano lo scambio di organi e tessuti: secondo lei limitare le “attività” di Planned Parenthood equivarrebbe a “bullismo”

«Non dovremmo ridurre il nostro business per motivi ridicoli», prosegue spiegando la Russo. Il messaggio finale però è chiaro: «Tutto questo è veramente “una buona idea”»

di Federica Paparelli Thistle

A neanche una settimana dall'udienza dinanzi alla Commissione Giustizia della Camera dei Rappresentanti, la prima pubblica di molte altre dell'inchiesta del Congresso americano per accertare le eventuali responsabilità di Planned Parenthood circa la vendita di organi e tessuti di feti abortiti, i giornalisti prolife di Center for Medical Progress scendono di nuovo in campo con un nuovo video, il decimo.

Le scene sono quelle già viste, cambiano solo i protagonisti: spacciandosi per rappresentanti di una società di biotecnologie interessata all'acquisto di organi e tessuti fetali, David Daleiden e compagni hanno



registrato conversazioni con funzionari di alto livello all'interno di Planned Parenthood e i contenuti sono piuttosto inequivocabili. Il video, di dodici minuti circa, è un collage di spezzoni che hanno come nucleo centrale la policy e le linee guida di Planned Parenthood in merito alla raccolta e alla cessione remunerata di organi e tessuti: la policy è che non c'è policy, perché è meglio che non ci sia, se non si vuole finire sul New York Times.

Ma andiamo per gradi: vi presentiamo la dottoressa Carolyn Westhoff, senior medical advisor, un'alta carica a livello nazionale. Avvicinata dai falsi acquirenti, la Westhoff è subito pronta a chiarire che Planned Parenthood non si interessa di raccolta di cellule staminali, ma collabora solo con chi richiede tessuti, e con l'occasione offre il suo macabro elenco: «Tessuto cardiaco, occhi, tessuto neurale. La gente vuole spine dorsali... Oh, e le gonadi!», esclama ridendo. E come farebbe il macellaio sotto casa, aggiunge: «Tutto quello che offriamo, è fresco!». Prima di farsi tramite per il contatto con il settore nazionale che se ne occupa, tuttavia, la Westhoff aggiunge una nota cautelativa: c'è il rischio di un "enorme problema di pubbliche relazioni" facendo questo – e mentre lo dice le si spegne il sorriso sulle labbra – quindi si richiede la massima discrezione.

Non è la sola ad esprimere questa preoccupazione. Sollevando ben più di un problemino di immagine, la dottoressa Vanessa Cullins, che si occupa di rapporti medicali con l'esterno a livello nazionale, è ben più consapevole dei rischi e mette in guardia i potenziali acquirenti: «Questo potrebbe distruggere noi e voi, se non stiamo attenti alla tempistica di queste conversazioni». Distruggere? Ma non era tutto perfettamente legale, anzi, addirittura lodevole e compassionevole, come dichiarato dalla presidente Richards nella sua appassionata difesa a Planned Parenthood?

Il video prosegue e ci presenta l'involontaria testimone chiave dell'inchiesta: Deborah VanDerhei. È la direttrice nazionale del consorzio dei singoli provider, una commissione di Planned Parenthood con una forte influenza per quanto riguarda la creazione delle politiche interne dell'organizzazione sull'aborto. Dopo aver accertato quale tipo

di prodotto interessa agli acquirenti, la VanDerhei va dritta al punto: "Posso chiederle riguardo alla remunerazione?". "Remunerazione", è questo il termine usati: niente "reimbursement", la parolina magica di cui finora si è fatta scudo l'organizzazione, qui si parla di denaro del tutto scollegato da costi o altre spese, lo scambio deve essere remunerativo. Ma la cosa è problematica, aggiunge la VanDerhei, l'organizzazione sta cercando un modo per gestire la remunerazione, perché «i titoli di giornale sarebbero un disastro». E se è problematica, di certo c'è un motivo.

Entriamo quindi nell'ambito delle strategie di Planned Parenthood per gestire il terreno minato della cessione di tessuti fetali, che, lo ricordiamo, quando è fatta per "valuable consideration", cioè con un corrispettivo, è punita dalla legge con 500mila dollari di ammenda e con il carcere fino a dieci anni. La strategia è delle più semplici, è la stessa dottoressa VanDerhei a dirlo: non esiste una policy all'interno di Planned Parenthood, e questo «è relativamente intenzionale, la policy che realmente abbiamo è che [...] se vuoi davvero farti coinvolgere nella remunerazione, allora devi davvero pensarci bene». E quando scrivi la tua policy, aggiunge, pensa che puoi finire sul New York Times.

Nessuna policy, o meglio, la policy c'è, ma non è scritta. Questo ce lo aveva già detto a suo tempo Deborah Nucatola, direttore capo dei servizi medicali a livello nazionale, e le immagini del video ce lo ricordano: "Non ci sono linee guida", dice, "e non ci saranno mai". Il motivo è facilmente intuibile, anche se la Nucatola non lo dice: nel caso in cui scoppi uno scandalo, diventa più facile isolare il singolo provider, dire che ha agito di propria iniziativa, evitando coinvolgimenti dell'intera organizzazione.

Uno sarebbe quindi tentato di pensare che a livello nazionale, dato l'alto rischio che l'operazione comporta, Planned Parentho-

od in qualche modo scoraggi l'attività di raccolta di organi e tessuti di bambini abortiti. Non è così, la dottoressa VanDerhei è piuttosto chiara: «Se intendono farlo – dice in un altro segmento del video – noi non diciamo di no. Ma vogliamo che pensino ai titoli del New York Times». Insomma, fatelo ma state attenti. Continua quindi dicendo di non sapere neanche quale sia il ritorno di un campione di tessuto, ma dopo aver sentito che si parla di cento dollari al pezzo, in qualche modo sembra cambiare prospettiva: «Ma abbiamo colleghi indipendenti che hanno prodotto un discreto profitto facendolo e se hanno margini bassi o non possono raccogliere fondi, è molto di aiuto», nota mentre la collega annuisce convinta.

Vediamo quindi Planned Parenthood impegnata nell'ardua impresa di avere la botte piena e la moglie ubriaca: da un lato la tentazione del profitto è forte, ma dall'altro c'è il rischio di addirittura "distruggere" l'organizzazione. Tanto è vero che, lo dice la stessa VanDerhei, "non trattiamo questo argomento neanche per email, vogliamo avere conversazioni di persona." È sempre la pista di carta che fa finire in galera i criminali.

La parte più sostanziosa viene in fondo, come ormai ci hanno abituato i giornalisti prolife: il video si chiude con una lunga conversazione del marzo 2015 che vede coinvolto sempre il potenziale compratore di CMP e la dottoressa VanDerhei, ma con l'aggiunta di una rappresentante della clinica di Keystone, Vanessa Russo. Dalla conversazione si intuisce che hanno appena terminato di ascoltare una conferenza proprio riguardo la cessione di tessuti fetali, in cui uno dei relatori era nientemeno che Roger Evans, capo del settore legale di Planned Parenthood. La Russo ha delle opinioni molto forti in proposito: definisce ridicole le leggi che regolano lo scambio di organi e tessuti, tanto che secondo lei limitare l'attività di Planned Parenthood in questo senso è paragonabile ad un atto di bullismo. Il problema, dice, sarebbero quegli stupidi dei media, che non hanno una visione d'insieme, non capiscono l'intero disegno che c'è dietro. Si rimane quasi con il fiato sospeso, in attesa di sentire quale grande progetto per il bene dell'umanità Planned Parenthood stia preparando. Fortunatamente la Russo ce lo spiega: "Non dovremmo ridurre il nostro business per motivi ridicoli". Ecco, ora è più chiaro: il business. La VanDerhei però non è d'accordo, secondo lei il messag-

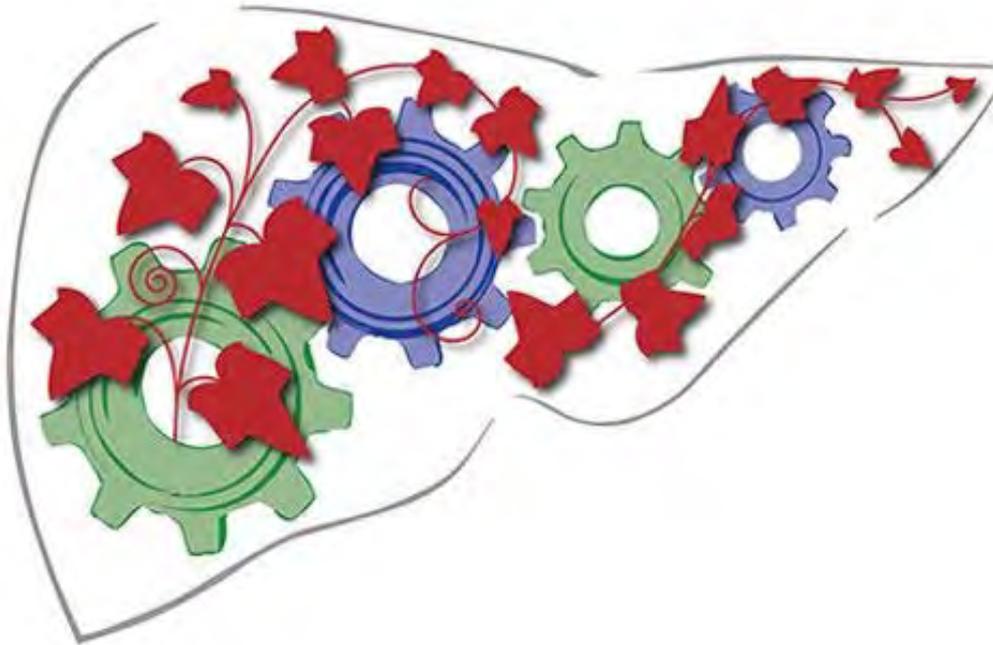
gio era l'opposto, cioè fatelo pure, pensiamo sia una grande idea, ma fatelo nel modo giusto. Cioè con cautela. La Russo non è convinta e calca ancora di più la mano: «Io credo che una compagnia come questa», riferendosi a quella del falso acquirente, «che voglia dare alla nostra organizzazione denaro in cambio di tessuti, credo che sia uno scambio accettabile. E che vada bene». Denaro in cambio di pezzi di bambini, uno scambio perfettamente accettabile, come fanno a non capirlo i media? Basta essere molto sensibili con la paziente e che se ne raccolga il consenso e la Russo non vede come possa essere un problema.

Ma la VanDerhei il problema lo vede eccome, ma non è un problema morale: ricorda come, quindici anni prima, un'altra udienza del Congresso aveva fatto drizzare i capelli in testa a tutta l'organizzazione, accusata, proprio come oggi, di modificare le procedure chirurgiche per ottenere organi e tessuti dagli aborti, cosa che corrisponde a quanto raccontato dalla Nucatola quando dice che «siamo diventati molto bravi a ottenere cuore, polmoni, fegato», operando in modo da lasciarli intatti.

Tuttavia la dottoressa non dissuade la Russo, le dice solo di consultarsi con la sede centrale e di contattare le altre cliniche che già lo fanno. Fanno cosa? "Donation for remuneration", sono le sue parole. Un capolavoro di legalese per indicare una cosa che non esiste nel mondo reale, una donazione remunerata. A meno che non si voglia parlare della cessione a terzi della donazione fatta dalla paziente, quella si gratuita (ma del resto non è neanche tessuto suo, ma del suo bambino), in cambio di una remunerazione. E allora quella, nel mondo reale, si chiama vendita.

La VanDerhei, una volta che la Russo si allontana, è assalita dal dubbio di non essere stata sufficientemente chiara e di averla scoraggiata dall'intraprendere l'attività delle donazioni remunerate. Desidera perciò chiarire che non è solo lei a sostenere che sia cosa buona e giusta, lo ha appena sentito dalle parole del capo del settore legale Evans: «Voglio che usciate da qui con un solo messaggio: io penso che sia una buona idea». Fortunatamente, molta gente al Congresso non la pensa come lei, signor Evans. ■

Epatite C: combinazione simeprevir/sofosbuvir efficace e sicura anche nei pazienti cirrotici



15 settembre 2015

Simeprevir combinato con sofosbuvir con o senza ribavirina ha permesso il raggiungimento di un tasso di efficacia più alto e un tasso di eventi avversi più basso tra i pazienti con cirrosi Child-Pugh A rispetto a pazienti con cirrosi Child-Pugh B/C. Questi risultati derivanti da uno studio multicentrico, di coorte e sono stati pubblicati sulla rivista **Hepatology**.

Ad oggi non sono ancora noti i rischi e i benefici del trattamento con la combinazione simeprevir più sofosbuvir nei pazienti con cirrosi avanzata.

I ricercatori, tra cui Norah A. Terrault, dell'Università della California a San Francisco, hanno condotto uno studio multicentrico su 160 adulti con HCV di genotipo 1 e cirrosi trattati con simeprevir e sofosbuvir, con o senza ribavirina (RBV) per 12 settimane.

Di tutti i pazienti, il 35% era nella classe Child-Pugh B/C della cirrosi e il 64% nella classe Child-Pugh A.

La classificazione di Child-Pugh è un sistema di punteggio utilizzato per valutare la gravità delle epatopatie croniche, in particolar modo la cirrosi epatica. Viene utilizzata per valutare la gravità del paziente e la sua necessità di un trapianto di fegato. Sia lo United Network for Organ Sharing (UNOS), sia Eurotransplant hanno sostituito tale sistema di punteggio con la classificazione MELD per la realizzazione della lista di attesa per il trapianto.

A seconda del punteggio si possono identificare tre classi di Child-Pugh: A, B e C; nella classe A rientrano i cirrotici meno gravi mentre nelle classi B e C quelli più gravi.

Il punteggio MELD (Model for End-Stage Liver Disease) mediano al basale era di 9 (range interquartile, 8-11). I pazienti sono stati confrontati con controlli basati su centro di trattamento, età, classe di Child-Pugh e MELD.

Complessivamente, il 73% dei pazienti con Child-Pugh B/C ha raggiunto la risposta virologica sostenuta alla settimana 12 (SVR12) rispetto al 91% dei pazienti con Child-Pugh A ($p < 0,01$).

Un maggior numero di pazienti con Child-Pugh B/C ha interrotto il trattamento precocemente in confronto ai pazienti Child-Pugh A (11% vs 1%). Inoltre, un numero maggiore di pazienti nel gruppo di Child-Pugh B/C hanno sperimentato eventi avversi che richiedevano ospedalizzazione rispetto al Child-Pugh A (22% vs 2%), ma anche un numero maggiore di infezioni che hanno richiesto l'utilizzo degli antibiotici (20% vs 1%). Gli eventi epatici scompensati, non da meno, erano maggiori nel gruppo Child-Pugh B/C rispetto all'A (20% vs 3%; p

Due pazienti sono deceduti, uno nel gruppo Child-Pugh B/C per cause epatiche e un paziente nel gruppo Child-Pugh A, per morte non collegata a problemi epatici.

L'analisi multivariata ha mostrato che la cirrosi Child-Pugh B/C era un predittore indipendente del non raggiungimento dell' SVR12 (OR=0,27; IC 95%, 0,08-0,92).

Tra i pazienti trattati ed i controlli, gli eventi avversi che hanno richiesto il ricovero in ospedale (9% vs 13%, p=0,55), le infezioni (8% vs. 6%; p=0,47) e gli eventi scompensati (9% vs 10% ; p=0,78) erano simili.

"Abbiamo dati molto limitati sui pazienti con cirrosi Child-Pugh C; i pazienti trattati hanno impellente necessità di trattamento, data l'assenza al momento di altri regimi senza interferone" hanno scritto i ricercatori, aggiungendo: "Comprendere le ragioni della ridotta efficacia degli attuali regimi completamente orali nei pazienti con cirrosi avanzata, in particolare Child-Pugh C, rimane una priorità assoluta per la comunità in trattamento con farmaci anti-HCV."

In conclusione, la combinazione simeprevir più sofosbuvir con/senza ribavirina ha minore efficacia e più alti tassi di eventi avversi nei pazienti con cirrosi Child-Pugh B/C, rispetto al Child-Pugh A. La frequenza degli eventi avversi nello studio considerato è risultata simile ai controlli non trattati appaiati, il che suggerisce che questi eventi riflettono la storia naturale della cirrosi e non sono correlati al trattamento.

Emilia Vaccaro

Saxena V. et al. Safety and Efficacy of Simeprevir/Sofosbuvir in Hepatitis C-Infected Patients With Compensated and Decompensated Cirrhosis. *Hepatology*. 2015 Sep;62(3):715-25. doi: 10.1002/hep.27922.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

Martedì 15 SETTEMBRE 2015

Speciale diabete EASD/1. Il diabete mal controllato aumenta del 50% il rischio di demenza

L'analisi dei dati di un ampio registro svedese di pazienti con diabete, presentata al congresso europeo di diabetologia (European Association for the Study of Diabetes, EASD) appena inaugurato a Stoccolma. Un motivo in più, dicono gli esperti, per tenere i valori di emoglobina glicata il più vicino possibile ai target suggeriti dalle linee guida

Migliorare il compenso diabetico serve a tenere lontano il rischio di sviluppare una forma di demenza. Lo dimostra un importante studio svedese, presentato al congresso dell'EASD (*European Association for the Study of Diabetes*), condotto su oltre 350 mila pazienti con diabete di tipo 2. Le persone con diabete di tipo 2 non ben controllato, secondo i risultati di questi studi, presentano un rischio superiore del 50% di essere ricoverati in ospedale per una forma di demenza, rispetto a chi i valori di glicemia li tiene sotto controllo.

Sono sempre maggiori le prove che il diabete aumenti il rischio di alterazioni delle funzioni cognitive; fino ad oggi tuttavia non erano mai stati condotti studi su come il grado di compenso del diabete (valutato attraverso l'emoglobina glicata) possa impattare sul rischio di demenza.

Nell'intento di valutare la correlazione tra livelli di glicata e ricoveri per demenza, nei soggetti con diabete di tipo 2, **Aidin Rawshani** del *National Diabetes Register* e *Institute of Medicine* di Gothenburg (Svezia) e colleghi hanno esaminato un'enorme mole di dati, pertinenti a circa 350 mila pazienti. I soggetti arruolati nello studio erano tutti quelli registrati nel Registro Nazionale Diabete Svedese tra il gennaio 2004 e il dicembre 2012, senza una precedente diagnosi di demenza. Tutti sono stati seguiti in *follow up* fino alla comparsa di un ricovero per demenza, morte o fino al termine naturale del *follow up*, fissato allo scadere del 31 dicembre 2012.

Per correlare il dato della glicata, al rischio di demenza è stato utilizzato un algoritmo in grado di effettuare anche aggiustamenti per una serie di altre variabili quali età, sesso, durata del diabete, stato maritale, guadagno, livello di istruzione, abitudine al fumo, pressione sistolica, indice di massa corporea, funzione renale, terapia con statine, albuminuria, tipo di farmaci antidiabetici assunti, fibrillazione atriale, ictus e farmaci antipertensivi.

I 349.299 pazienti studiati avevano un'età media di 67 anni all'inizio dello studio; 11.035 di loro (3,2%) sono stati ricoverati in ospedale con diagnosi di demenza durante i 4,6 anni di durata media del *follow up*. I soggetti con glicata pari o superiore al 10,5% (quelli francamente scompensati) presentavano un rischio di demenza maggiore del 50%, rispetto a quelli con una glicata di 6,5% o anche inferiore (quelli col miglior grado di compenso glicemico). Chi aveva presentato un ictus in passato, presentava inoltre un rischio del 40% più alto di sviluppare demenza.

“La correlazione tra valori di glicata e rischio di demenza in questo gruppo di pazienti relativamente giovani – commentano gli autori – suggerisce dunque la possibilità di prevenire la comparsa di demenza, attraverso un accurato controllo dei valori di glicemia”.

Maria Rita Montebelli

Martedì 15 SETTEMBRE 2015

Speciale diabete EASD 2. Il diabete nemico del cuore delle donne

Due studi presentati all'EASD. Il primo, condotto in Toscana dimostra che nelle donne il rischio conferito da questa condizione per le malattie cardiovascolari è del 34% superiore rispetto ai maschi, mentre una metanalisi dell'Università di Nanchino su 11 milioni di persone con diabete dimostra che nelle donne con diabete il rischio di sindromi coronariche acute è del 40% più elevato rispetto alla controparte maschile.

Il diabete non si comporta da gentiluomo con il cuore delle donne. E' noto da tempo che questa condizione rappresenta un robusto fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, ma finora nessuno studio aveva dimostrato se questo rischio si declinasse in maniera diversa nei due sessi. Adesso, due studi di grande rilevanza condotti in Italia e in Cina e presentati a Stoccolma al congresso dell'EASD fuggono per sempre questo dubbio. Il diabete è un fattore di rischio particolarmente aggressivo per il cuore delle donne, che colpisce senza riguardo, determinando un *gap* di genere che si traduce in un rischio maggiorato per le donne del 35-40% rispetto ai maschi.

Lo studio della Regione Toscana. Un importante studio italiano presentato al congresso dell'EASD a Stoccolma, dimostra che le donne con diabete hanno un rischio aumentato del 34% di fare un infarto, rispetto ai maschi con diabete. Lo studio, realizzato da **Giuseppe Seghieri** dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, ha esaminato in maniera retrospettiva, dal 2005 al 2012, una coorte di persone con diabete residente in questa regione, confrontando l'effetto dell'invecchiamento sul rischio di ricovero per infarto, ictus e scompenso cardiaco, tra i due sessi. I dati sono stati ricavati da tutti gli ospedali toscani nel periodo in esame (2005-2012), dal registro della popolazione generale toscana e da un database di registri pertinenti a tutte le persone con diabete residenti in Toscana.

L'effetto del diabete è stato valutato in maniera separata per gli uomini e per le donne, in un periodo di osservazione di 8 anni. Sono stati presi in esame dati relativi a circa 3,2 milioni di abitanti, dai 16 anni in su (il 47% maschi). In questo periodo ci sono stati 24.604 ricoveri per infarto (16.251 nei maschi e 8.354 nelle femmine), 26.953 per ictus ischemico (14.848 nei maschi e 12.105 nelle femmine), 17.628 per scompenso cardiaco (8.403 nei maschi e 9.225 nelle femmine).

Dopo aver effettuato gli opportuni aggiustamenti per l'età, l'eccesso di rischio correlato al diabete è risultato nel complesso significativamente maggiore nelle donne che negli uomini ricoverati per infarto; in particolare, la condizione di diabete è risultata aumentare di 2,63 volte il rischio di infarto nelle donne e di 1,96 volte negli uomini, con uno scarto del 34% a sfavore delle donne. La differenza di rischio correlabile al diabete tra i due sessi è risultata invece molto più esigua per l'ictus ischemico e per lo scompenso cardiaco: la maggior differenza tra i due sessi è stata riscontrata nella decade 55-64 anni, quando la presenza di diabete aumenta il rischio di ictus di 4,14 volte nelle donne e di 3,05 volte nei maschi; il diabete aumenta invece il rischio di scompenso di 6,83 volte nelle donne e di 4,11 volte nei maschi.

Stratificando la popolazione per decenni di età, le donne con diabete ricoverate per infarto mostravano un eccesso di rischio nettamente superiore a quello dei maschi con diabete a tutte le età; la differenza più marcata tra i due sessi è stata riscontrata nella decade 45-54 anni, quando il rischio di infarto correlabile alla condizione diabetica è risultato superiore di 5,83 volte nelle donne e di 2,88 volte negli

uomini.

“In questa coorte di popolazione toscana – commenta Seghieri - l'eccesso di rischio di eventi cardiovascolari correlato al diabete differisce in misura significativa tra i due sessi. Per quanto riguarda l'infarto, le donne con diabete appaiono più svantaggiate degli uomini, con una 'finestra di rischio' legato al genere che per le donne si apre in età perimenopausale (dai 45 anni in su). Per quanto riguarda ictus e scompenso cardiaco la 'finestra di rischio' si apre più tardivamente per le donne (dai 55 anni in avanti) e comunque con una differenza di rischio più limitata, rispetto alla controparte maschile. Questi risultati dovrebbero quindi portare a focalizzare la prevenzione degli eventi cardiovascolari in maniera *gender-oriented* e temporizzata sulle decadi a maggior rischio nelle persone con diabete”.

Il rischio di infarto è diverso da quello di ictus e di scompenso. Tanto l'ictus, che lo scompenso cardiaco colpiscono ad un'età più avanzata, rispetto all'infarto, quando il rischio associato al diabete diventa sempre meno significativo. Anche per questo, la differenza di genere relativa all'eccesso di rischio conferito dal diabete tende ad essere meno rilevante nel caso di ictus e scompenso. Inoltre il carico totale di ictus e/o scompenso cardiaco si va a costruire con altri elementi, quali fibrillazione atriale, ipertensione, consumo di sale con la dieta, che contribuiscono tutti a 'sminuire' importanza del diabete come fattore di rischio.

Lo studio, presentato come poster (265) all'EASD, sarà oggetto di prossima pubblicazione su *Journal of Diabetes and its Complications*.

La metanalisi di Nanchino. I risultati dello studio *made Italy*, che attribuiscono al diabete un maggior peso come fattore di rischio per eventi cardiovascolari nelle donne, rispetto agli uomini, sono confermati anche un altro mega-studio cinese della *Southeast University* di Nanchino, presentato all'EASD.

Una metanalisi su 19 studi, relativi a 11 milioni di pazienti, ha dimostrato che le donne con diabete hanno un rischio aumentato del 40% di andare incontro a sindromi coronariche acute (infarto e angina), rispetto ai maschi con diabete. Gli studi considerati erano di tipo caso-controllo (9) o di coorte (10) e sono stati condotti in Nord America (5), Europa (7), Asia (6). Il rischio relativo aggiustato massimo per sindrome coronarica acuta, conferito dalla presenza di diabete è risultato di 2.46 per le donne e di 1.68 per gli uomini. le donne con diabete presentavano dunque un rischio decisamente maggiore della controparte maschile di presentare un evento coronarico acuto (+ 38% di rischio rispetto agli uomini). “Le donne con diabete – commentano gli autori – presentano un rischio di sindromi coronariche acute del 40% maggiore rispetto agli uomini affetti dalla stessa condizione. E' necessario dunque evitare qualunque pregiudizio legato al sesso nelle malattie cardiovascolari e fare tutti i passi necessari per fare diagnosi precoce e controllare tutti i fattori di rischio al fine di garantire i trattamenti più idonei e i migliori esiti possibili alle pazienti di sesso femminile”.

Maria Rita Montebelli

SOPRATTUTTO PER I CONTROLLI DOPO LA FASE ACUTA

I pazienti oncologici vanno curati anche da tutti i medici sul territorio

PINTO

Il ricovero ospedaliero va ottimizzato per i malati neoplastici

— I costi reali delle visite di controllo in oncologia, pari a 400 milioni di euro ogni anno, superano di 10 volte quelli attesi (40 milioni). La causa è da ricercare nella prescrizione di troppi esami inutili o inappropriati e nella scarsa comunicazione fra oncologo e medico di famiglia. Per la prima volta, viene firmato un patto fra specialisti, medici del territorio e pazienti per realizzare un nuovo modello di cura che riguarda i 3 milioni di italiani con storia di cancro che si sottopongono al follow up, cioè alle visite di controllo successive alla fase acuta della malattia. Oggi i pazienti restano in carico allo specialista per un tempo indefinito. Nel nuovo modello invece è previsto il passaggio dall'ospedale al territorio (in tempi che variano in relazione allo stadio della neoplasia e all'età della persona in cu-

ra), con la possibilità che i pazienti tornino dall'oncologo nel caso vi sia il sospetto di recidiva. In questo modo potrà essere ottimizzata l'assistenza e diminuiranno i tassi di ospedalizzazione durante la sorveglianza clinica. E sarà risparmiato il 30% delle risorse, da investire in terapie innovative.

I nuovi principi cardine a cui si devono ispirare le visite di controllo sono contenuti nel documento di consenso firmato a Roma da tutte le società scientifiche coinvolte e dalle associazioni dei pazienti nel corso della Consensus Conference «Dalla pratica del follow up alla cultura di survivorship care», organizzata dall'Associazione Italiana di Oncologia (AIOM). «Il follow up oncologico, cioè la sorveglianza clinica dopo il trattamento di un tumore - spiega il professor Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM -, anticipa la diagnosi di una eventuale recidiva e riguarda tutte le condizioni che influiscono sulla qualità di vita».

LC



<http://www.corriere.it/salute/>

STUDIO SPAGNOLO

Tumore al seno, meno rischi per chi abbonda con l'olio d'oliva

Ricerca su oltre 4mila donne: la dieta mediterranea abbinata a un consumo extra di olio extravergine riduce del 68 per cento le probabilità di sviluppare il cancro

di Vera Martinella



«Melius abundare quam deficere». Il vecchio detto latino si dimostra valido ancora una volta, come suggeriscono le conclusioni di un ampio studio spagnolo, il primo nel suo genere, appena pubblicato sulla rivista scientifica JAMA Internal Medicine. Seguire la dieta mediterranea e aggiungere un consumo abbondante di olio extravergine d'oliva contribuisce alla salute del seno e pare avere un effetto positivo in chiave antitumore. Dopo aver analizzato i dati relativi a oltre 4.200 donne, arruolate per una sperimentazione scientifica fra il 2003 e il 2009 e seguite in media per cinque anni, i ricercatori delle Università di Pamplona e Madrid hanno infatti scoperto che con la dieta mediterranea e un uso extra di condimento si riduce ben del 68 per cento il rischio di sviluppare un cancro al seno.

«Mangiare mediterraneo» contro vari tipi di cancro

È cosa ormai nota e ampiamente dimostrata su più fronti che una dieta ricca di grassi saturi, fritti e carne rossa aumenta la probabilità di sviluppare il cancro. Tanto che le statistiche da tempo segnalano come un caso di tumore su tre sia legato a un'alimentazione scorretta. D'altro canto sono sempre più numerose le conferme a favore della dieta mediterranea (ricca di frutta, verdura, pesce, cereali e olio, povera di carni e latticini e grassi saturi), che negli anni è stata collegata a una diminuzione del rischio di diversi tipi di cancro: da quelli dell'apparato digerente (come colon e stomaco) a quelli di bocca ed endometrio. Lo scopo della sperimentazione spagnola era verificare concretamente se con uno specifico regime

alimentare si possa ridurre l'incidenza di tumore al seno, il tipo di cancro più diffuso fra le donne (sono ben 48mila i nuovi casi diagnosticati in Italia nel 2014) e in continuo aumento in tutto il mondo.

Lo studio

All'interno di un ampio programma di prevenzione tutto incentrato sulla dieta mediterranea (PREDIMED) come strumento di difesa contro le malattie cardiovascolari, gli studiosi guidati da Miguel A. Martínez-González hanno disegnato un trial che intendeva misurare effettivamente quanto e come influisse il regime alimentare sulle probabilità di ammalarsi di carcinoma mammario. Le 4.282 partecipanti, tutte fra i 60 e gli 80 anni e a rischio di una patologia cardiovascolare, sono così state divise in tre gruppi: una parte ha semplicemente seguito un regime dietetico povero di grassi; un'altra si è attenuta strettamente alla dieta mediterranea con un consumo extra di frutta secca (30 grammi al giorno fra noci, nocciole, mandorle) e il terzo gruppo ha invece aggiunto all'alimentazione tipica mediterranea una dose straordinaria di olio extravergine d'oliva (era previsto il consumo di un litro alla settimana per le partecipanti e le loro famiglie). Nel corso degli anni sono stati diagnosticati fra le donne arruolate nel trial 35 nuovi casi di carcinoma mammario e le conclusioni indicano che le probabilità di ammalarsi sono inferiori del 68 per cento se si abbonda con l'olio d'oliva.

Olio d'oliva, un toccasana per la salute

«Certo si tratta di risultati preliminari, che vanno verificati e approfonditi su un campione più vasto di popolazione – commenta l'autore dello studio Martínez-González, docente nutrizionista del Navarra Institute for Health Research di Pamplona e dell'Instituto de Salud Carlos III di Madrid -. Servono anche verifiche su un tempo d'osservazione più lungo, ma resta il fatto che questa è un'altra conferma di quanto già dimostrato da diversi altri studi, ovvero i benefici per la salute che derivano dalla dieta mediterranea e dall'olio d'oliva». Finora è stato provato che l'olio extravergine di oliva, ricco di antiossidanti, aumenta il colesterolo buono e abbassa quello cattivo, agevola l'assorbimento intestinale delle vitamine liposolubili e favorisce la digestione. Inoltre (sempre associato a una nutrizione tipicamente mediterranea) contribuisce a correggere fattori di rischio cardiovascolari come la dislipidemia, la tendenza a sviluppare trombi e l'ipertensione, prevenire le malattie coronariche, tenere sotto controllo la glicemia nei diabetici e controllare il sovrappeso.

<http://www.adnkronos.com/>

Aspirina anti-cancro, prime linee guida ufficiali

Per la prima volta, un gruppo di studiosi raccomanda ufficialmente l'aspirina per prevenire una forma di cancro, quello del colon-retto. Si tratta di linee guida emesse dalla United States Preventive Services Task Force per le persone ad alto rischio di malattia ed è appunto la prima volta che una grande organizzazione medica pubblica ampie raccomandazioni sull'assunzione di questo farmaco come 'scudo' anticancro.

Una mossa - riporta il New York Times - che segue la pubblicazione di un crescente numero di prove scientifiche che suggeriscono come l'aspirina possa essere un'arma potente, ma trascurata nella guerra contro il cancro del colon-retto.

Il progetto ha comunque sollevato critiche da parte di alcuni esperti preoccupati per il fatto che persone sane che assumono aspirina siano esposte agli effetti collaterali, anche gravi. Altri affermano che ci sono modi di gran lunga migliori per prevenire gli attacchi di cuore (la prima indicazione per l'assunzione del farmaco) e contrastare il cancro del colon, come la colonscopia, oltre ai medicinali anti-colesterolo e anti-ipertensivi.

Ma la task force, un gruppo indipendente di esperti in prevenzione e cure primarie nominato dal Dipartimento della Salute, esercita una grande influenza sulla comunità medica.

Ad esempio, le sue raccomandazioni sulle mammografie e sugli screening per il cancro alla prostata hanno cambiato il modo in cui questi esami vengono effettuati negli Stati Uniti. Sta di fatto che già quasi il 40% degli americani con più di 50 anni assume l'aspirina per la prevenzione primaria o secondaria delle malattie cardiovascolari. Un numero destinato ad aumentare se queste ultime raccomandazioni saranno finalizzate.

“I farmaci del futuro saranno studiati anche per le donne”

Oggi sono spesso mirati sui maschi



VALENTINA ARCOVIO

«È aumentato l'interesse per la medicina di genere, ma siamo lontani dal recuperare gli oltre 40 anni di studi concentrati su un solo sesso». A fare il punto su questa dimensione ancora giovane della medicina è Giovannella Baggio, docente della prima cattedra italiana di Medicina

di genere all'Università di Padova, in un intervento che si terrà dopodomani a «The Future of Science».

Cosa si intende per medicina di genere?
 «È una “nuova” dimensione che concentra l'attenzione sull'influenza del sesso e del genere e su terapia, diagnostica e prevenzione delle malattie in tutti i campi. Nel mio lavoro di internista mi devo ogni giorno chiedere di fronte ad un signore ammalato con una particolare malattia se debba cercare gli stessi sintomi, richiedere gli stessi

esami, dare le stesse medicine della signora della porta accanto con la stessa malattia».

Qual è il campo in cui sono stati fatti più progressi?

«È probabilmente la cardiologia: gli specialisti hanno capito ad esempio che i sintomi con cui si manifesta un infarto sono diversi fra uomini e donne. I primi presentano il caratteristico dolore al braccio sinistro e al petto. Mentre nelle donne ci sono sintomi atipici: stanchezza, mancanza di respiro, dolore al collo o all'addome. Così capita che le donne

Giovannella Baggio
Endocrinologa

RUOLO: È PROFESSORESSA DI MEDICINA DI GENERE ALL'UNIVERSITÀ DI PADOVA

con le coronarie alterate non ricevano i trattamenti adeguati perché non si arriva tempestivamente alla diagnosi corretta».

Queste differenze si ripercuotono anche sulle terapie?

«Purtroppo sì. Uomini e donne metabolizzano i farmaci in modo diverso. Ad esempio Ace-inibitori e calcio-antagonisti prescritti contro l'ipertensione hanno più effetti collaterali per le donne. Per questo, quando si prescrive un farmaco, bisognerebbe tenere conto del sesso del paziente».

A cosa si deve l'ignoranza?
 «Le ricerche sono state con-

dotte prevalentemente sul sesso maschile e i risultati sono stati traslati sulla donna, senza tenere conto delle differenze biologiche».

Per rimediare bisognerebbe ricominciare tutto da capo?

«Non del tutto. Bisognerebbe riprendere in mano i dati degli studi e analizzarli nuovamente, tenendo conto delle differenze di genere. Questo, però, probabilmente non conviene alle case farmaceutiche, più preoccupate di scoprire che i loro farmaci possono non essere indicati per più di metà della popolazione mondiale».

Qual è il settore che trascura di più le differenze di genere?

«L'oncologia. Basta pensare che le donne sono poco presenti negli studi clinici sulle terapie antitumorali dei tumori che non riguardano l'apparato riproduttivo. Anche gli animali da test sono prevalentemente maschi. Di conseguenza alcuni farmaci efficaci sull'uomo lo sono in modo differente sulle donne. La disparità è evidente anche nelle diagnosi. Si pensa erroneamente che il tumore del colon retto sia più diffuso negli uomini. In realtà non è così. Solo che il tumore del colon retto nelle donne si sviluppa in media cinque anni più tardi rispetto agli uomini e si localizza in tratti differenti».

Sono solo le donne a pagare il prezzo di questo «deficit»?

«No. Ci sono patologie erroneamente considerate femminili, che colpiscono anche gli uomini, come l'osteoporosi. Sono pochi gli studi sui maschi e quindi quelli che fratturano il femore hanno una mortalità più elevata. Anche la depressione, poi, per loro, è una patologia trascurata. È perciò tempo che tutte le specialità vengano declinate per genere».



quotidiano**sanità**.it

Martedì 15 SETTEMBRE 2015

La Ue celebra i 30 anni di azione contro il cancro. Ecco i nuovi target: dalla prevenzione all'affidabilità degli indicatori

Sono state inviate a tutti i Paesi membri raccomandazioni a effettuare screening nazionale sulla popolazione per il seno, il collo dell'utero e il colon retto. Nel corso del 2012 all'interno dell'Unione sono stati registrati 1,4 milioni di nuovi casi tra gli uomini e 1,2 tra le donne. Le morti sono state 708mila tra le persone di sesso maschile e 55mila tra quelle di sesso femminile. [L'AZIONE UE CONTRO IL CANCRO](#)

L'Ue ha celebrato oggi a Lussemburgo i 30 anni di azione contro il cancro. Nel corso delle sedute del 28 e 29 giugno 1985, infatti, il Consiglio europeo accolse la proposta di rinsaldare il legame tra le istituzioni e i suoi cittadini. Per questo fu evidenziata la necessità di sviluppare un programma europeo.

In base agli ultimi riscontri, nel corso del 2012 all'interno dell'Unione sono stati registrati 1,4 milioni di nuovi casi tra gli uomini e 1,2 tra le donne. Le morti sono state 708mila tra le persone di sesso maschile e 55mila tra quelle di sesso femminile. Il cancro è quindi la causa più comune di morte, dopo le malattie del sistema circolatorio. Cifre che, si rileva, sono destinate ad aumentare a causa del forte invecchiamento della popolazione europea.

Il primo impegno dell'Ue è legato al rafforzamento della **prevenzione**, tramite la promozione di stili di vita più sani: in particolare effettuare attività fisica e seguire un regime alimentare equilibrato. Questi punti rappresentano il fulcro del 'Codice europeo contro il cancro' la cui prima edizione è stata lanciata nel 1987, sino ad arrivare alla quarta pubblicata nel 2014.

Altre azioni ritenute imprescindibili riguardano un'**adeguata legislazione sui pesticidi, sulla qualità dell'aria e in materia di sicurezza sul lavoro**. L'impegno complessivo è comunque in crescita, se si considera che oggi 25 Stati membri hanno adottato un Piano nazionale contro il cancro, mentre nel 2009 erano soltanto 17. Fondamentale poi la funzione degli screening, in grado di garantire precoci attività di diagnosi. Sono state inviate a tutti i Paesi membri raccomandazioni a effettuare screening nazionale sulla popolazione per il seno, il collo dell'utero e il colon retto.

Durante gli ultimi 7 anni l'Ue ha investito circa 1,5 miliardi nella ricerca, in programmi di mobilità, di coordinamento e di partnership tra i Paesi. Per implementare il sistema, la priorità è rendere sempre più precisi e affidabili i dati, migliorando l'affidabilità degli indicatori in modo da affinare **l'azione epidemiologica**.

Se la salute è nei database che fine farà la privacy?

GABRIELE BECCARIA

I tuoi dati viaggiano veloci. E in direzioni inattese, ammassandosi e incrociandosi in «banche» di cui non sospetti nemmeno l'esistenza. Succede con tutti i tipi di dati e ora anche - e sempre di più - con quelli medici e della «medicina di precisione».

È l'effetto della Big Science, la ricerca potente nei mezzi e mastodontica negli effetti. Così interconnessa e con così tanti attori in gioco - dai team di specialisti ai consorzi internazionali e alle multinazionali dei farmaci - da generare una nuova realtà: la bioeconomia, come la chiama Edward Dove, della Scuola di Legge della University of Edinburgh. E, mentre promette di migliorarci la salute, aggredendo malattie antiche e altre emergenti, la bioeconomia pone nuove questioni, anche urticanti. Que-



stioni che si riassumono così: che fine fa la privacy legata a temi sensibili come la salute e le malattie di ciascuno?

In altre parole: quanto sono adeguate le leggi nazionali per regolamentare questo immenso e continuo scambio di informazioni che toccano milioni di individui, svelandone i pro-

blemi più intimi? La risposta è prevedibile. Alla conferenza di Venezia, infatti, Dove spiegherà che, mentre la scienza di fa «Big», l'etica non lo sta diventando altrettanto.

Il punto diventa così spaventosamente intricato: «È necessario un nuovo paradigma», sia etico sia legale, - sottolineerà Dove - in grado di conciliare esigenze spesso in conflitto: accelerare il lavoro globale degli studiosi delle diverse discipline, migliorando in prospettiva le chance di guarigione dei malati, e allo stesso tempo tutelare le esigenze, anche contraddittorie, dei pazienti stessi: se c'è chi vuole collaborare alle ricerche, per esempio condividendo il proprio Dna con quello di altri volontari, c'è chi preferisce restare in un guscio iper-protetto.

Il sistema, oggi, è disarmonico e non fa bene a nessuno. Una via d'uscita, però, è possibile. Ci sono iniziative come la «Global Alliance for Genomics and Health» che provano a regolamentare i flussi di dati medici e a renderli più trasparenti. Dove spiegherà che è un buon inizio. Ma tutto il resto è ancora da inventare.



Martedì 15 SETTEMBRE 2015

Responsabilità professionale. Gestione diretta dei risarcimenti o gestione assicurativa?

Una strategia efficace sembra essere la gestione accentrata che - sia mista, assicurativa o diretta - determina un effetto di riduzione dei costi complessivi. È quanto avviene in altri paesi in cui il servizio sanitario si basa sulla fiscalità generale e la gestione dei risarcimenti è affidata a organismi unici centrali regionali o nazionali. Ecco perché la norma in corso di elaborazione dovrebbe tenerne conto

La metà delle regioni italiane e province autonome (9 su 21) o non ha più o ha solo in parte una copertura assicurativa per la responsabilità professionale. Hanno infatti optato per la gestione diretta dei risarcimenti con alcuni vantaggi immediati, riduzione dei costi e dei tempi di chiusura dei risarcimenti, che vanno però attentamente monitorati. Una strategia efficace sembra essere la gestione accentrata: che sia mista, assicurativa o diretta, si rileva un effetto di riduzione dei costi complessivi. La gestione dei sinistri migliore è inoltre quella che considera ed integra tutte le possibili leve gestionali ed organizzative al fine di ridurre i costi diretti ed indiretti degli eventi avversi in sanità.

Il modello assicurativo, che è quello più ricorrente negli anni considerati per le valutazioni sui costi (2007-2010), presenta la variabilità maggiore: mediamente, negli anni, i premi versati dalle Regioni che hanno adottato un modello assicurativo varia fra 20 e 90 euro a ricovero. Le Regioni che hanno optato per un modello misto sostengono dei costi dei premi per ricovero fra 20 e 60 euro. Quindi si riscontra un'effettiva riduzione dei costi sostenuti mediamente dalle Regioni con un modello misto. Il fenomeno è più evidente (come ci si aspettava) nel caso del passaggio ad una gestione diretta dove i premi assicurativi versati dalle regioni sono inferiori ai 20 euro.

È però ormai evidente che se si pensa di passare alla gestione diretta dei risarcimenti senza aver introdotto un sistema robusto di controllo e gestione del rischio, quello che sembrerebbe un risparmio iniziale potrebbe invece rivelarsi successivamente un costo difficilmente sostenibile. Questi i primi dati che emergono da un recente studio del Centro GRC e del Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna, pubblicato dalla rivista MECOSAN dell'Università Bocconi che presenta il quadro a livello nazionale sui sistemi di copertura del rischio professionale: assicurazione, gestione diretta o misti. Saranno necessarie ulteriori valutazioni e una analisi dei dati su almeno un quinquennio per poter giungere a delle conclusioni più definitive sulla loro efficacia in termini di garanzie sulla copertura del rischio e sulla tenuta economica del sistema.

Non va ripetuto l'errore, commesso dalle imprese assicurative, che hanno gestito il rischio economico in modo del tutto indipendente e separato dal rischio clinico, basandosi sui dati retrospettivi della sinistrosità senza alcuna valutazione, se non economica, delle reali condizioni di rischio presenti nei processi di cura. Va anche detto che mentre le compagnie hanno storicamente acquisito competenze sulla prevenzione della sinistrosità in altri settori (auto, sicurezza sociale ecc.) non hanno invece mai avuto competenze nell'ambito del clinical risk management il cui "know how" è tutto nei servizi sanitari.

Dai dati dei conti economici della ricerca emerge ([vedi sintesi](#)) che il modello a gestione diretta riesca a contenere i costi dei premi (presupposto del modello che, appunto, mira all'eliminazione del premio) ma anche le spese legali per una maggiore rapidità di gestione delle pratiche: procedimento stragiudiziale e

professionalità disponibili.

Ad ogni modo, queste considerazioni si basano ancora sulla sperimentazione effettuata in poche Regioni. Per avere risultati più certi relativi al modello è necessario ripetere l'analisi tra qualche anno considerando le esperienze più recenti effettuate a livello aziendale e regionale.

In generale, il modello misto, che prevede oltre al premio anche l'introduzione di una franchigia (peraltro di ammontare sempre più consistente per ciascun sinistro), sembra non essere una scelta vincente rispetto al modello assicurativo (solo premio o con franchigia minima) in termini di riduzione dei costi. Una strategia efficace sembra, invece, essere la gestione accentrata che, sia mista, assicurativa o diretta, determina un effetto di riduzione dei costi complessivi. Mentre in Italia la gestione dei risarcimenti è affidata alle compagnie assicurative o alle singole aziende sanitarie, in altri paesi, in cui il servizio sanitario si basa sulla fiscalità generale, la gestione dei risarcimenti è affidata a organismi unici centrali regionali o nazionali in Francia, in Gran Bretagna, in Svezia, in Finlandia, in Danimarca e Norvegia.

La norma in corso di elaborazione sulla responsabilità professionale sarebbe opportuno prendesse in considerazione queste differenti soluzioni organizzative, oltre a valutare i vantaggi dei differenti impianti normativi, "fault e no fault", esistenti nei vari paesi europei ed extraeuropei.

In estrema sintesi ecco alcuni punti di forza e di debolezza legati alla gestione diretta (*Fonte Centro GRC*).

Punti di forza:

- avvicinare il rischio economico a quello clinico, favorendo una gestione congiunta;
- favorire la soluzione per via stragiudiziale mediante la negoziazione volontaria riducendo il ricorso alla giustizia civile;
- trattamento paritetico degli operatori sanitari rispetto agli accertamenti della Corte dei Conti (indagine non limitata ai soli sinistri sotto franchigia);
- riduzione dei tempi di definizione delle pratiche e di liquidazione;
- risparmio immediato consistente rispetto ai premi assicurativi pagati annualmente.

Punti di debolezza:

- introduzione della gestione diretta solo come modalità di risparmio, senza prevedere un adeguato sistema di controllo e gestione del rischio clinico;
- non prevedere alcuna premialità/penalità rispetto all'aver gestito e controllato il rischio o non averlo fatto;
- la difesa dei cittadini nella negoziazione volontaria potrebbe essere sbilanciata a favore delle aziende sanitarie che dispongono di esperti clinici e medici legali;
- tendenza a rimandare al contenzioso civile i casi in cui il rischio di soccombenza è alto, incrementando l'esposizione economica al management che succederà;
- non disporre di sistemi informatici che consentano un monitoraggio stringente dei costi.

Riccardo Tartaglia

Coordinatore del gruppo delle Regioni per il rischio clinico

Si moltiplicano i dispositivi che permettono ai medici di interagire in modo più veloce ed efficace con i pazienti e di seguirli anche a distanza. Un braccialetto ricorda ai malati quando prendere i farmaci, un carrello intelligente aiuta gli infermieri: startup e progetti al Forum della Sanità digitale della Luiss. Tra le app quelle per l'insufficienza renale e la terapia del dolore

La borsa del dottore 2.0

LA TECNOLOGIA

Una borsa di pelle piena di strumenti metallici e scatole di medicine, uno stetoscopio portato intorno al collo. E poi manualetti, vademecum e blocchetti su cui scrivere ricette. Immagini che ci riportano alla mente la più classica delle visite mediche. Eppure tutto questo potrebbe ben presto appartenere solo al passato. Perché è ormai opinione comune e diffusa che la sanità, al pari del lavoro e dell'intrattenimento, debba sfruttare le possibilità offerte dalla tecnologia.

Oggi i tanti dispositivi "smart" in commercio, primi fra tutti cellulari, orologi e tablet rappresentano strumenti formidabili per rendere la cura della salute più semplice, efficace e soprattutto alla portata di tutti. La cosiddetta "mobile health" (come è stata definita dall'Organizzazione mondiale della sanità) è una frontiera che ogni giorno diventa più concreta. Per questo, dal 10 al 12 di settembre, si è svolta alla Luiss di Roma la prima edizione di S@lute, il Forum della Sanità Digitale, dove 130 relatori fra medici, docenti e fondatori di startup hanno discusso e presentato idee e progetti per rendere la medicina davvero 2.0.

FANTASCIENZA

Si è parlato di prodotti destinati tanto agli addetti ai lavori quanto ai pazienti. "Amiko", ad esempio, è un dispositivo indossabile, che si può agganciare a un cinturino piuttosto che a inalatore o a una penna per l'insulina, e che tiene traccia dell'utilizzo di un farmaco, ricordando al paziente quando assumerlo. È anche connesso alla Rete e permette di condividere le informazioni direttamente con il pro-

prio medico.

"Brain Control" assomiglia invece a uno strumento da film di fantascienza: permette ai pazienti affetti da patologie come la Sla e la sclerosi multipla o da lesioni traumatiche e ischemia di comunicare solo grazie alla mente. Funziona con un tablet e un caschetto: quest'ultimo capta le attività cerebrali trasformandole in impulsi che comandano il tablet. Si può così dire sì e no e comunicare quando si sta bene o si sta male senza nessuna fatica.

Per i medici c'è invece Aenduo Cozy, un piccolo dispositivo che permette di seguire i pazienti anche a distanza. Saranno proprio questi ultimi a inviare i loro dati biometrici, come pressione e glicemia, misurati a casa. Quando i valori sono anomali, Cozy provvede ad avvisare il medico.

L'INVENZIONE

Infine una novità dedicata agli infermieri, che permetterà di risparmiare molto tempo in corsia: il carrello intelligente, realizzato da Ipsa. Si chiama "Terapia Assistita" ed è un semplice carrello per le medicine con uno schermo: quando gli infermieri passano davanti al letto del paziente, sanno subito quale farmaco somministrargli e in quale casetto si trova.

Ma la sanità del futuro ha però bisogno che la rivoluzione digitale passi dalle azioni quotidiane. Perciò la Società italiana di telemedicina ha pensato di utilizzare normali applicazioni per facilitare il lavoro di medici di base e specialisti.

Ecco dunque "Laborsadelmedico", un pacchetto di dieci app che vanno «dal calcolo di punteggi o di dosaggi alla decisione dell'approccio terapeutico da seguire, ad esempio, in caso di affezioni per cui esistono opzioni diverse o

importanti elementi amministrativi di cui tener conto, come le note dell'Aifa», come spiega Gianfranco Gensini, presidente della Società. Fra le app c'è n'è una per l'insufficienza renale e un'altra per la terapia del dolore. Ma con le nuove tecnologie è anche il paziente a dare una mano al medico. Basti pensare agli smartwatch. Apple sta ottenendo un ottimo riscontro sia dalla sua app Salute, che tiene traccia dei valori di ogni utente, sia dal sistema Attività, integrato su Apple Watch, che stimola a muoversi di più e a raggiungere dei piccoli ma significativi obiettivi.

LA PRIVACY

App e dispositivi sono comunque strumenti sanitari che i pazienti hanno in mano, e come tali pongono questioni delicate, come la sicurezza e la privacy. Ecco perché vanno certificati, come ha sottolineato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin a S@lute: «Siamo su un terreno nuovo ed è necessario portare gli stessi sistemi di sicurezza e certificazione che ci sono in quelli tradizionali».

Andrea Andrei

andrea.andrei@ilmessaggero.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ALCUNI STRUMENTI
SONO INDOSSABILI
E CONNESSI ALLA RETE
L'APPLICAZIONE APPLE
TRACCIA E TRASMETTE
I DATI DEGLI UTENTI**



Carrello in corsia Brain control

► Si chiama "Terapia assistita" il carrello intelligente realizzato da Ipsa e dotato di schermo che aiuta gli infermieri a somministrare i farmaci



► Il dispositivo dotato di tablet e sensori consente ai malati di Sla o a coloro che hanno avuto un'ischemia di comunicare solo con la mente



"Amiko" in rete

► Si tratta di un dispositivo agganciabile a un cinturino o a una penna per l'insulina che tiene traccia dei farmaci assunti dal paziente



"Aenduo" fa bip Gli smartphone

► Attraverso questo strumento i malati possono inviare direttamente ai medici i dati biometrici come pressione e glicemia misurati a casa



► "Laborsadelmedico" è un pacchetto di dieci app a disposizione degli specialisti per aiutarli durante le visite e nell'approccio terapeutico



LEGGE DI STABILITÀ. 'NON È TAGLIO MA MANCATO INCREMENTO'

Lorenzin blindata il fondo sulla sanità

Il ministro: «Non può scendere sotto i 112 miliardi», allarme dei sindacati

ROMA — Comunque vada il Fondo sanitario nazionale (Fsn) «non può andare sotto i 112 miliardi». A «blindare» l'entità del finanziamento alla sanità è il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, che così risponde alle affermazioni del premier **Matteo Renzi** che, lunedì, ha spiegato come «sulla sanità, se le cose vanno in un certo modo, male che vada nella Legge di stabilità 2016 ci saranno le stesse cifre di quest'anno». Parole che non sono però piaciute a sindacati ed associazioni, secondo cui è all'orizzonte un nuovo attacco al Servizio sanitario nazionale (Ssn). Nell'ambito della manovra 2016 dunque, che sarà pari a 27 miliardi di euro come annunciato da Renzi, sembra non escluso un intervento sulla sanità, partendo dalla considerazione del ministro dell'Economia, **Pier Carlo Padoan**, secondo cui in questo settore si può spendere «meno e meglio». Un intervento che non si configurerebbe tuttavia come un vero proprio e taglio, bensì come un mancato incremento del Fondo sanitario. Sulla base di quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, infatti, il finanziamento è fissato in 109 mld per il 2014, 112 mld per il 2015 e 115 mld per il 2016, con un incremento della spesa sanitaria pari quindi a 3 mld tra 2015 e 2016. Con il maxi emendamento del governo al dl enti locali, approvato in luglio, è stato confermato il mancato incremento di 2,3 mld per il 2015. A fronte di tali numeri, **Lorenzin** ha assicurato ieri che «non ci saranno più tagli lineari alla sanità», e ha puntualizzato che «nella legge di stabilità del 2015 eravamo a 112 mld, che poi le Regioni hanno deciso di ridursi. Questa riduzione è molto tosta per la gestione del sistema sanitario che avverrà per il 2015. «Per il 2016 — ha detto — credo che dobbiamo mantenere almeno il fondo previsto dal Patto della Salute per il 2015, attuare la spending review interna con il programma di risparmiare e reinvestire nel sistema sanitario».



Il ministro **Beatrice Lorenzin**



La sanità torna nel menù della manovra

Verso taglio di 3 miliardi rispetto al Patto Salute. Cifra uguale dalla digital tax

Il ministro Lorenzin prova a resistere: il Fondo sanitario non può scendere sotto i 112 miliardi
L'ipotesi di anticipare al 2016 l'imposta sulle multinazionali del web

NICOLA PINI
ROMA

La Sanità rientra nel menù della manovra da 27 miliardi come uno dei piatti forti della *spending review* nella quale è impegnato il governo. Nella maggioranza non si parla di tagli ma piuttosto di ottimizzazione ed efficientamento dei servizi, parole dietro le quali si pensa tuttavia a una riduzione di circa 3 miliardi della spesa rispetto a quanto previsto dal Patto per la salute. Dopo le dichiarazioni di Matteo Renzi dell'altra sera («male che vada nella legge di stabilità 2016 ci sarà la stessa cifra di quest'anno») la controprova che è iniziato un braccio di ferro è arrivata ieri dalla reazione del ministro della Salute Beatrice Lorenzin: il Fondo sanitario nazionale «non può andare sotto i 112 miliardi, non sarebbe sostenibile», ha detto cercando di contenere il più possibile l'entità della riduzione, che arriva dopo quella effettuata nel corso del 2015. Mentre già sindacati ed associazioni, vedono all'orizzonte un nuovo «attacco» al Servizio sanitario nazionale e il Movimento 5 Stelle annuncia una mobilitazione contro gli «ulteriori tagli».

Nei mesi scorsi dando applicazione alle indicazioni della finanziaria 2015 Regioni e governo avevano concordato una "manovrina" sanitaria per ridurre le spese di circa 2,3 miliardi l'anno dal 2015 al 2017. Un accordo che ha portato a rivedere le previsioni di spesa del fondo sanitario nazionale a 109,7 miliardi per il 2015 e a 113,1 per l'anno prossimo. Ora Palazzo Chigi e il Mef punterebbero a depennare l'aumento, con un taglio di fatto delle risorse attese di circa 3 miliardi. Si può spendere «meno e meglio», ha avvertito il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan. Mentre la Lorenzin punta a contenere i danni con il paletto dei 112 miliardi. Si vedrà nelle

prossime settimane. Ma per il governo, impegnato in una *spending review* dalla quale sono attesi (insieme alla riduzione delle agevolazioni fiscali) una decina di miliardi, l'intervento sulla Sanità appare un passaggio obbligato dal momento che ospedali e Asl assorbono circa il 15% della spesa pubblica totale e che sulle pensioni (prima voce di spesa) si è deciso di non intervenire.

Spending a parte, il resto delle coperture della legge di stabilità arriverà soprattutto dai margini di flessibilità sul deficit che l'Italia riuscirà a ottenere nel confronto con la Commissione Ue: l'obiettivo «minimo» è quello di aggiungere ai 6,4 miliardi già concessi un altro tesoretto da 4-5 miliardi grazie alla clausola per gli investimenti, risorse che sarebbero indirizzate in buona parte per il rilancio dell'economia meridionale accelerando una serie di lavori infrastrutturali. Ammesso che Bruxelles dia il via libera al deficit aggiuntivo (che dall'1,8 programmato ad aprile salirebbe intorno al 2,1% del Pil) il piatto della manovra da 27 miliardi «piange» sul lato delle coperture per altri 5 miliardi circa. Darà una mano la maggior crescita del Pil (il +0,2% stimato rispetto alle attese vale mag-

giori entrate fiscali per 1,5 miliardi circa). Inoltre a beneficio del governo ci sono le entrate straordinarie legate alla minor spesa per interessi e al rientro dei capitali dall'estero, «introiti una tantum che in futuro andranno rimpiazzati da introiti permanenti», come ha spiegato il ministro Padoan. Se la Ue non storcerà il naso l'operazione permetterà di sca-

vallare il 2016 e trovare coperture più solide dall'anno successivo quando il governo ha annunciato l'introduzione della «digital tax», un'imposta sui ricavi italiani delle multinazionali del web. Il sottosegretario all'Economia Enrico Zanetti stima che la misura potrebbe dare un gettito di 2-3 miliardi l'anno e propone di anticiparla al 2016 quando «potrebbe dare un contributo importante al finanziamento delle misure che stiamo mettendo a punto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Manovra, dalla web tax risorse anti-Tasi Sanità, altolà Lorenzin: no a nuovi tagli

Multinazionali

Scelta civica ha proposto di tassare i colossi alla fonte: l'iniziativa ricalca i suggerimenti dati dall'Ocse

I risparmi

Il ministro: il fondo nazionale non può andare sotto 112 miliardi. Ma il governo vuole mantenere i livelli del 2015

La Stabilità

Previsti incassi per 3 miliardi
Il premier: l'imposta dal 2017
Zanetti: si può anticipare al 2016

Andrea Bassi

ROMA. Ogni volta che si mettono in fila, quei numeri fanno una certa impressione. Una società come Google raccoglie in Italia, secondo le stime più prudenti, circa un miliardo di euro l'anno di pubblicità. Eppure lo scorso anno ha versato nelle casse del Fisco poco più di due milioni di euro. Una percentuale irrisoria del suo fatturato nel Paese. Fino a due giorni fa Matteo Renzi non era mai stato convinto di un intervento nei confronti dei colossi del web per mettere un freno alle pratiche di pianificazione fiscale aggressiva portate avanti dai vari Google, Amazon, Facebook. All'inizio del suo mandato aveva persino cassato una norma già approvata scritta dal presidente della Commissione bilancio, Francesco Boccia, che obbligava i colossi dell'on line a dotarsi di partita Iva italiana. Ma ora il governo ha cambiato linea. Il motivo principale, probabilmente, è che Roma si aspettava che fosse Bruxelles a muovere per prima su questo fronte per evitare che ogni Paese andasse per la sua strada.

In effetti la Commissione europea ha approvato un piano di azione, che dovrebbe sfociare in una proposta di direttiva che metta finalmente fine alle pratiche elusive delle multinazionali

del web. Ma Bruxelles su questo terreno si muove al ralenty. Probabile che la proposta non arrivi prima dell'estate del prossimo anno. L'accelerata impressa da Renzi, che ha annunciato che in Italia la Google Tax sarà in vigore dal primo gennaio del 2017, potrebbe essere un modo per mettere sotto pressione Bruxelles. Del resto sul tavolo di Palazzo Chigi un testo già pronto, e in linea con le direttive dell'Ocse sul tema, c'è da tempo.

Si tratta di una proposta di legge firmata da Beppe Quintarelli e Giulio Cesare Sottanelli, due deputati di Scelta Civica. La settimana scorsa Renzi ha incontrato il sottosegretario all'Economia Enrico Zanetti, che di Scelta Civica è anche il segretario. Il vertice era proprio in vista della prossima legge di Stabilità, e buona parte della discussione è stata proprio sulla web tax. A convincere il premier più di ogni altra cosa, sarebbero stati due elementi. Il primo è il gettito per lo Stato che si può ricavare tassando i colossi del web, circa 3 miliardi di euro, quasi abbastanza per coprire l'eliminazione della Tasi sulle prime case. E il secondo elemento è il fatto che la proposta segue alla lettera le indicazioni dell'Ocse. Nasce infatti come una norma «anti elusiva» per contrastare le «stabili organizzazioni occulte». A proposito della legge di stabilità, una quota di risparmi arriverà, come ha lasciato intendere lo stesso Renzi, da un nuovo congelamento del fondo sanitario che sarà mantenuto ai livelli di quest'anno, bloccando quindi l'aumento di 3,3 miliardi di euro previsto per il 2016. Su

questo tema ieri è intervenuto anche il ministro alla Salute Beatrice Lorenzin che ha spiegato che, comunque vada, «il fondo sanitario nazionale non può andare sotto i 112 miliardi di euro». In realtà, sulla base di quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, il finanziamento del fondo era stato fissato in 109 miliardi per il 2014, 112 miliardi per il 2015 e 115 miliardi per il 2016. Ma già lo scorso anno le Regioni erano state costrette ad una spending review di 2,3 miliardi che aveva riportato il fondo a 109 miliardi. Dunque, almeno secondo la Lorenzin, il dato di partenza dovrebbe comunque essere i 112 miliardi previsti per il 2015 e non i 109 che poi effettivamente le Regioni hanno avuto a disposizione.

Tornando alla web tax, già oggi se un'impresa estera ha un'organizzazione in Italia e non paga le tasse, il Fisco interviene. Con i giganti del web è, ovviamente, più difficile dimostrare che hanno delle organizzazioni sul territorio, visto che si muovono sul terreno virtuale. La legge prevede che se un'azienda straniera generi in Italia per un periodo superiore a sei mesi flussi di pagamento in misura non inferiore a 5 milioni, si presuppone che si tratti di un'impresa italiana. In questo caso scatta una tassa del 25% che viene prelevata direttamente dai bonifici o dai pagamenti con carta di credito che partono dall'Italia verso la sede estera del colosso. Una sorta di ritenuta alla fonte. Renzi ha detto che la Google Tax partirà nel 2017. Ma ieri Zanetti ha spiegato che si potrebbe anche anticipare al 2016.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

