



RASSEGNA STAMPA

17/03/2016

1. PROVINCIA Guariti due milioni di italiani Il racconto diventa terapia
2. ADN KRONOS Tumori: farmaci troppo costosi, in Francia appello di 110 oncologi
3. QUOTIDIANO SANITA' Tumore del seno. Test genetici per recidive utili nella malattia
4. RESTO DEL CARLINO «Il cancro al seno si può battere con lavoro di squadra»
5. CORRIERE.IT Il punto sul decreto «esami inutili»: i disagi dei malati e i dubbi dei dottori
6. HEALTH DESK L'occasione perduta dei test genetici
7. SOLE 24 ORE Specializzandi, 24 milioni agli iscritti nei corsi dal 1983
8. MESSAGGERO Nuovi prezzi di cerotti e siringhe: spesa -20%
9. ADN KRONOS Con nuovi prezzi Anac risparmi tra 15 e 20%
10. MATTINO Salute, stop agli sprechi siringhe a prezzo unico
11. SOLE 24 ORE Spending review sanità, prezzi di riferimento Anac
12. CORRIERE DELLA SERA Ecco la classifica della sanità privata
13. CORRIERE DELLA SERA Quei 12,6 milioni di morti all'anno per l'inquinamento
14. AVVENIRE Troppo inquinamento I morti sono milioni
15. QUOTIDIANO SANITA' Biosimilari. Il bg su 'ottocomandamenti'
16. ANSA Oms, adolescenti italiani più pigri e obesi d'Europa
17. AVVENIRE Una legge per fermare lo spreco di cibo
18. LIBERO QUOTIDIANO Per il mal di schiena saltano 30 milioni di ore lavorative

OGGI IL CANCRO FA MENO PAURA

Guariti due milioni di italiani

Il racconto diventa terapia

Tumori. Nuova rubrica del canale Salute&Benessere di ansa.it

ROMA — Oggi il cancro fa meno paura perché, con le 'armi' attuali, in moltissimi casi si può sconfiggere: a testimoniarlo sono gli oltre due milioni di italiani che da questa patologia, solo fino a pochi anni fa definita 'male inguaribile', sono invece guariti. Per loro hanno funzionato cure tradizionali e all'avanguardia, ma un ruolo positivo, in tante di queste storie, ha avuto anche il racconto del proprio vissuto, diventato una vera e propria 'terapia'. È la cosiddetta medicina narrativa, «efficace secondo vari studi scientifici ma che nelle facoltà italiane non viene ancora presa in considerazione», sottolinea il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, **Walter Ricciardi**. È proprio alla medicina narrativa è dedicata 'Si può vincere', una nuova rubrica del canale Salute&Benessere di ansa.it, realizzata in collaborazione con l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e presentata ieri al [ministero della Salute](http://ministero.della.salute). Raccontare la storia della propria malattia, sottolinea il presidente Aiom **Carmine Pinto**, «è importante: il paziente racconta come ha superato la malattia, ma allo stesso tempo fa conoscere quanta vita c'è dietro una storia».

In questo contesto, 'Si può vincere' è una «rubrica di servizio — sottolinea il direttore dell'Ansa, **Luigi Contu** — e al servizio di quanti con la loro storia possono essere di aiuto ad altri, venendo incontro al bisogno dei lettori di trovare notizie rigorose, accurate nonché di sostegno».



<http://www.adnkronos.com>

TUMORI: FARMACI TROPPO COSTOSI, IN FRANCIA APPELLO DI 110 ONCOLOGI

Roma, 16 mar. (AdnKronos Salute) - Costi troppo elevati dei farmaci contro i tumori, con una escalation ingiustificata dei prezzi. Lo denunciano in Francia 110 oncologi ed ematologi che hanno affidato il loro appello al quotidiano 'Le Figaro', come avevano già fatto nel 2013 i colleghi americani in una lettera pubblicata sulla rivista 'Blood'. A promuovere l'iniziativa due star dell'oncologia francese, l'ematologo Jean-Paul Vernant, autore delle raccomandazioni contenute nel Piano cancro nazionale, e Dominique Maraninchi, che ha guidato l'Agenzia del farmaco francese (Ansm) e presieduto l'Istituto nazionale del cancro. Ma tra i 110 firmatari ci sono i più noti e influenti specialisti del Paese, che si sono mobilitati perché considerano la situazione "esplosiva".

Anche se in Europa, dicono gli esperti, i farmaci contro il cancro costano meno (anche la metà) rispetto agli Usa. Un esempio è il Glivec* (imatinib), efficace nella leucemia mieloide cronica, che costa circa 7.500 euro al mese negli Stati Uniti e circa 3 mila in Francia. Caro comunque per gli oncologi che contestano l'argomento utilizzato in questi casi dal mondo dell'industria, ovvero la necessità di far rientrare gli investimenti fatti.

La proposta degli oncologi francesi, quindi, è di prevedere prezzi basati sulle somme investite dall'industria nella Ricerca e Sviluppo del prodotto (tenendo conto però dell'apporto fornito dalla ricerca accademica), a cui aggiungere un guadagno ragionevole, eventualmente definito in anticipo. Un'idea che la federazione delle industrie farmaceutiche francesi ha subito respinto perché, ha spiegato l'associazione (Leem), predeterminare un tasso di margine per gli industriali sarebbe disincentivante per gli investitori.

Ma per gli specialisti francesi non c'è tempo da perdere: il rischio, dicono, è che si arrivi a non poter rimborsare i trattamenti più cari, come del resto già accade in Inghilterra. Per evitarlo i 110 esperti chiedono per la Francia un sistema per prezzi più democratico e trasparente, che coinvolga rappresentanti dei pazienti e dei professionisti. La questione, concludono gli specialisti, è rilevante e merita di essere sottoposta a un dibattito pubblico.

Mercoledì 16 MARZO 2016

Tumore del seno. Test genetici per recidive utili nella malattia in fase precoce

Il punteggio che delinea il rischio di recidive, ottenuto con test genetici, suggerirebbe se procedere o meno con la chemioterapia. È quanto emerge da uno studio presentato alla Conferenza Europea sul tumore della mammella, che si è tenuta ad Amsterdam dal 9 all'11 marzo.

(Reuters Health) – Il test che analizza 21 diversi geni e prevede la probabilità di una donna di andare incontro a recidiva di tumore al seno, Oncotype DX, potrebbe aiutare anche ad identificare il tumore in fase precoce, quando sarebbero presenti solo uno/tre linfonodi positivi. In questo modo, molte donne potrebbero risparmiarsi la chemioterapia. A dimostrarlo è stato uno studio di fase III, PlanB, i cui risultati sono stati presentati nel corso della decima Conferenza Europea sul tumore alla mammella, che si è tenuta ad Amsterdam del 9 all'11 marzo.

Lo studio

Oleg Gluz, del Western Germany Study Group, ha dichiarato che “i nostri risultati forniscono una prima evidenza sul fatto che il Recurrence Score, il punteggio ottenuto dall'analisi di più geni che indicherebbe la probabilità di avere una recidiva del tumore, potrebbe anche essere utilizzato su una popolazione selezionata di donne che hanno da uno a tre linfonodi positivi. Queste pazienti, avrebbero la stessa possibilità, il 94%, di sopravvivere cinque anni senza malattia, come le pazienti con linfonodi negativi”. Insieme con i risultati dello studio TailorX, che ha focalizzato l'attenzione sulle pazienti con linfonodi negativi, PlanB “fornisce nuove evidenze sull'importanza dell'uso del Recurrence Score, ottenuto dal test genetico Oncotype DX, nella pratica clinica, almeno nelle pazienti con rischio da intermedio ad alto”, ha aggiunto l'oncologo.

Per lo studio, sono state prese in considerazione 3198 pazienti con tumore alla mammella di tipo ER-positivo e HER2-negativo, in fase iniziale, incluse le donne con linfonodi positivi che sarebbero state avviate alla chemioterapia, secondo i protocolli di trattamento standard. Dopo aver eseguito il test genetico, le donne con un punteggio pari a 11 o inferiore sono state giudicate a basso rischio di recidiva, anche se altri fattori clinici come lo stato dei linfonodi, il grado e la grandezza del tumore o l'età avrebbero suggerito un alto rischio. Queste pazienti, sulla base proprio del punteggio ottenuto, non si sono sottoposte a chemioterapia e sono state trattate solo con terapia ormonale.

Tutte le altre pazienti, con un punteggio pari a 12 o superiore, con almeno 4 linfonodi positivi o con un tumore non ormone-dipendente sono state giudicate a rischio intermedio o alto e sono state sottoposte, invece, a sei cicli di chemioterapia a base di docetaxel/cyclophosphamide o a quattro cicli a base di epirubicin/cyclophosphamide seguiti da altri quattro a base di docetaxel.

I risultati

Dopo una media di 55 mesi di controllo, il 94% delle pazienti a basso rischio, che erano state trattate solo con la terapia ormonale, era ancora in vita e senza malattia, a cinque anni dalla diagnosi. Mentre le pazienti con un rischio intermedio, con punteggio tra 12 e 25, avevano la stessa percentuale, 94%, di sopravvivenza senza malattia. Le pazienti ad alto rischio, infine, avevano i più bassi indici di sopravvivenza, pari all'84%, nonostante la chemioterapia. Il punteggio RS “fornisce un'ulteriore e indipendente informazione per la prognosi, al di là dei fattori normalmente presi in considerazione come lo stato dei linfonodi, la grandezza o lo stadio del tumore” ha dichiarato Gluz, spiegando che “questi

valori dovrebbero essere considerati tutti insieme per prendere decisioni a livello clinico e trattare il tumore della mammella nelle fasi iniziali. Nessuna decisione in merito alla chemioterapia, invece, dovrebbe essere presa considerando un solo fattore”, ha precisato.

I ricercatori coinvolti nella sperimentazione PlanB starebbero continuando a tenere sotto controllo le pazienti per altri cinque anni. Inoltre, uno studio di controllo, WSG-ADAPT, avrebbe già arruolato più di 4000 pazienti per valutare la combinazione del Recurrence Score con la risposta a un breve trattamento ormonale prima dell'intervento chirurgico, sulla base della valutazione della diminuzione del biomarker Ki67. “La combinazione di entrambi gli strumenti potrebbe evitare la chemioterapia nel 50-60% delle pazienti”, ha concluso Gluz, che ha anche dichiarato che i risultati finali dello studio si avranno nel 2021.

Fonte: European Breast Cancer

Megan Brooks

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

«Il cancro al seno si può battere con un grande lavoro di squadra»

Medici e volontari a confronto sui progressi nelle cure

L'ASSOCIAZIONE

Rosanna D'Antona (Europa Donna):

«Informazione e formazione»

La ricetta vincente delle Breast Unit

di **LORENZO PEDRINI**

UN APPROCCIO multidisciplinare ma organico nella lotta al tumore al seno. Questo è l'oggetto della campagna di formazione e informazione «Diritti al centro: la qualità della cura dà più tempo alla vita», ideata da Europa Donna Italia col contributo di Roche.

ALL'HOTEL Royal Carlton, ha avuto luogo ieri il primo incontro di un percorso nazionale volto a informare la cittadinanza sui progressi nelle cure per il cancro al seno, grazie anche alla nuova realtà delle Breast Unit. La caratteristica vincente dei centri di senologia certificati è la professionalità di un team eterogeneo, formato da medici che afferiscono a diverse specializzazioni e coadiuvato dalle associazioni che sostengono i pazienti. Questa costante sinergia tra il lavoro delle équipes di specialisti e il sostegno fornito dalle associazioni garantisce una migliore qualità della vita del malato e, secondo le stime, innalza del 18% le sue possibilità di sopravvivenza. Rosan-

na D'Antona, presidente della sezione italiana di Europa Donna, spiega che «entro il 2016 dovranno esserci almeno 150 Breast Unit sul territorio nazionale, con la presenza delle associazioni di volontariato. Oltre ad informare i cittadini in merito, organizziamo corsi per i volontari» Il responsabile della Breast Unit del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, Mario Taffurelli, traccia un quadro dei professionisti che formano la sua squadra. «Il team che abbiamo costituito vede la presenza di chirurgo, radiologo, anatomo-patologo, oncologo, radioterapista e della figura fondamentale dell'infermiera di senologia».

«PARLARE di via multidisciplinare per la cura del tumore alla mammella è un passaggio fondamentale, che ha reso possibili grandi progressi» concorda l'oncologo Claudio Zamagni, direttore dell'oncologia medica Addarii del Sant'Orsola. «In particolare riguardo alla forma aggressiva HER2, grazie ai nuovi metodi di somministrazione della terapia, otteniamo risultati impensabili negli anni '90». Patrizia Bagnolini, presidente dell'associazione Punto Rosa della Breast Unit di Rimini, sottolinea infine come «condividere il percorso del malato sia grande fonte di fiducia per chi del cancro ha molta paura».



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

Il punto sul decreto «esami inutili»: i disagi dei malati e i dubbi dei dottori

*La situazione dopo le nuove limitazioni su che cosa e quanto può essere prescritto.
In attesa di una circolare del Ministero che chiarisca i punti controversi della norma*
di Maria Giovanna Faiella



Esami prescritti fino a qualche mese fa su *ricetta rossa* a carico del Servizio sanitario nazionale, che ora, invece, vengono “segnati” su foglio bianco, quindi da fare a pagamento; dottori che compilano più ricette rosse, una per ogni esame; rimpallo di competenze nelle prescrizioni tra medici di famiglia e specialisti, con pazienti che fanno la spola da uno studio medico all’altro. Sono tra le segnalazioni più frequenti giunte sia alla nostra redazione sia all’Osservatorio “SoS appropriatezza”, lo sportello istituito a metà febbraio dal Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, in seguito all’entrata in vigore, due mesi fa, del Decreto “Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale”. Fermo restando che alcuni punti confusi e controversi dovrebbero essere risolti da una circolare chiarificatrice del Ministero della Salute di prossima emanazione, abbiamo chiesto alla Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg) di rispondere ai quesiti posti dai pazienti.

Esami prescritti su ricetta bianca

Racconta una signora: «Mediamente ogni due anni eseguo di routine esami di controllo, come emocromo, ferro, creatinina, albumina, colesterolo, perché affetta da varie patologie e perché assumo diversi farmaci. Sono andata dal medico di famiglia per la consueta prescrizione ma la segretaria mi ha detto che non tutti gli esami possono essere prescritti senza una motivazione precisa. Gli altri esami il medico avrebbe potuto prescriverli su ricetta bianca, quindi dovrei rivolgermi al privato e pagare. È così?». Risponde Silvestro Scotti, vicesegretario nazionale della Fimmg: «Se è vero che il medico curante può prescrivere un esame su ricetta rossa motivandolo, per alcuni accertamenti il Decreto non dà solo indicazioni di

appropriatezza prescrittiva ma descrive anche le condizioni di erogabilità a carico del Servizio sanitario nazionale. Significa che se gli esami di controllo rientrano tra quelli indicati per una determinata patologia vanno prescritti su ricetta rossa, se invece non ci sono le condizioni per prescrivere un esame su ricetta rossa, ma comunque il medico curante ritiene che il paziente debba effettuarlo, lo segna su quella bianca».

Specialista o medico di famiglia?

Segnala la mamma di un ragazzo con un'invalidità del 75%: «Mio figlio soffre di pancolite, celiachia, psoriasi e ha un sistema immunitario compromesso. Ora ha i valori della glicemia sballati e la pelle di un colorito giallo. Il medico di famiglia non sa se può prescrivergli le analisi su ricetta rossa e consiglia di andare dallo specialista, in alternativa devo rivolgermi al privato, pagando». Racconta un'altra signora: «Nonostante lo specialista abbia prescritto su carta intestata una "Risonanza magnetica al ginocchio per distorsione con sospetta lesione del menisco mediale", la pediatra di libera scelta di mia figlia si rifiuta di trascrivere l'esame sul ricettario rosso, dicendo che deve farlo lo specialista. Non capisco questo rimpallo». Risponde il dottor Scotti: «Nella maggior parte delle regioni il ricettario rosso lo hanno anche gli specialisti, quindi, se ritengono necessario un esame, devono prescriverlo su quello, assumendosi la responsabilità della scelta e, allo stesso tempo, evitando al paziente un inutile passaggio dal medico di famiglia. Diverso se lo specialista effettua una consulenza e vuole confrontarsi col medico di base che ha in cura il paziente: in questo caso sarebbe più opportuno che formulasse il suo parere in busta chiusa da far recapitare al collega tramite lo stesso paziente».

Un esame per ricetta. E i ticket aumentano

Racconta una paziente: «Devo fare una serie di analisi di laboratorio, ma il medico di famiglia invece di inserire le prestazioni in un'unica ricetta ne ha compilato una per ogni esame. Sono andata in laboratorio e l'operatore mi ha detto che avrei pagato molto di più dato che c'è il ticket fisso su ogni singola ricetta. Mi sono rifiutata di eseguire gli esami. Come devo comportarmi?». Riferisce il dottor Scotti: «Si sono verificati problemi nella prescrizione legati all'utilizzo dei software per le ricette elettroniche: in assenza di circolari esplicative, i programmi hanno interpretato erroneamente la norma. Per esempio, ad ogni esame che rientra nei criteri di appropriatezza è associata una nota, ma sulla stessa ricetta si possono prescrivere otto esami e riportare solo due note. Ora il problema dovrebbe essere risolto, ma il software va monitorato».

Piano terapeutico e altri dubbi da chiarire

Racconta una paziente: «Soffro di una malattia rara e ho un piano terapeutico di 6 mesi, prescritto a dicembre dallo specialista: prevede esami di laboratorio a distanza di un mese, tre mesi e 6 mesi. Ma a gennaio il medico di famiglia mi ha detto che gli esami deve prescriverli ogni volta lo specialista su ricetta rossa». È un problema serio che va chiarito – commenta il dottor Scotti –. Il buon senso vorrebbe che la prima prescrizione sia fatta dallo specialista, le successive dal medico di famiglia. Ci sono anche altri nodi da sciogliere: per esempio, nel caso di un esame come la transaminasi, la prestazione dovrebbe essere erogabile a carico del Servizio sanitario anche quando il paziente assume farmaci che possono provocare danni epatici». Un altro punto da chiarire riguarda le sanzioni. «Non basta dire che sono sospese – dice il vicesegretario nazionale della Fimmg –. Se un esame fosse prescritto al di fuori delle condizioni di erogabilità contemplate dal "Decreto appropriatezza", di fatto il medico potrebbe essere sanzionato in base all'articolo 9 quater del "Decreto Enti Locali". Auspichiamo che tutti i punti che si sono rivelati critici possano essere chiariti dalla preannunciata circolare ministeriale, anche col contributo

dei medici di famiglia che affrontano questi problemi tutti i giorni insieme agli assistiti».

Pazienti disorientati

«Dalle segnalazioni dei pazienti – aggiunge Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva – si deduce che il Decreto stia producendo effetti negativi sull'accesso a prestazioni necessarie e anche appropriate. Inoltre, rischia di provocare uno spreco sia di tempo, per l'attesa della visita specialistica, sia di risorse, visto che si aggiungono ulteriori ticket anche sulla visita o, per abbreviare le attese, si esegue in privato la prestazione pagandola di tasca propria. Ma se un cittadino non si cura in tempo o addirittura rinuncia alla prestazione, la sua salute ne può risentire, con uno spreco anche per il servizio sanitario che dovrà poi curarlo. Per questo – conclude Aceti – il Decreto va sospeso e corretto coinvolgendo anche le associazioni dei pazienti».

<http://www.healthdesk.it/>

L'occasione perduta dei test genetici

Conoscere il rischio di andare incontro ad alcune malattie non spinge ai cambiamenti che potrebbero ridurre quel rischio. Una ricerca dell'Università di Cambridge bocchia l'utilità dei kit che forniscono informazioni genetiche acquistabili on line



Da dieci anni a questa parte avere informazioni sul proprio Dna è semplice ed economico: il kit che calcola la predisposizione genetica verso alcune malattie (cancro, Alzheimer, malattie cardiache) si acquista on line al costo di 169 euro. Soldi ben spesi? A leggere i risultati di **una review** dall'Università di Cambridge pubblicata sul British Medical Journal non si direbbe. Perché chi compra il test non cambia di una virgola le sue abitudini dopo aver conosciuto cosa c'è scritto nei suoi geni. Così gli autori della review, dopo aver consultato 18 studi sugli effetti della comunicazione del rischio genetico, giungono alla conclusione che «non c'è alcuna prova del fatto che strumenti di questo tipo possano giocare un ruolo decisivo nel motivare cambiamenti nelle abitudini per migliorare la salute della popolazione».

È un peccato, perché il test genetico non ha i poteri della palla di vetro, non prevede un futuro ineluttabile, ma indica i punti deboli della salute personale su cui però si può intervenire per evitare il peggio.

Facciamo un esempio: il test indica un alto rischio di malattie cardiache. In teoria le ragioni di chi riceve il responso possono essere di tre tipi.

Si può immaginare che i diretti interessati, allarmati dalla notizia, decidano di smettere di fumare, o di iniziare a fare attività fisica, oppure di mettersi a dieta. Ai fatalisti invece potrebbe venire voglia di strafare e lasciarsi andare ai propri vizi, dal fumo all'alcol, convinti che alla genetica

non si possa comandare e che la salute sfugga al loro controllo. Altri ancora potrebbero far finta di niente e continuare indisturbati a vivere la loro vita come se niente fosse accaduto.

Completamente indifferenti alle informazioni ricevute, senza diventare né ansiosi, né depressi.

Ebbene, quest'ultima è la reazione più frequente, concludono i ricercatori inglesi: la comunicazione dei risultati del test sul Dna ha un impatto minimo o nullo sui comportamenti di chi si sottopone all'esame. Dal punto di vista della prevenzione i 169 euro sembrano, quindi, buttati al vento. L'acquisto sembrerebbe fatto più per curiosità che per reale preoccupazione.

Sarebbe diverso, si legge nello studio, se alle informazioni ottenute seguissero alcuni cambiamenti nello stile di vita: smettere di fumare, aumentare l'attività fisica, mettersi a dieta, proteggersi dal sole, sottoporsi a screening, ridurre l'alcol. Di tutte queste abitudini le più resistenti al cambiamento sono il fumo e l'attività fisica.

Perciò Theresa Marteau e i suoi colleghi di Cambridge non hanno dubbi: la comunicazione del rischio genetico non è una strategia utile per la prevenzione, nella maggior parte di casi è fine a se stessa e non si traduce in effettivi benefici per la salute pubblica.

Corte appello Roma. Medici e direttive Ue Specializzandi, 24 milioni agli iscritti nei corsi dal 1983

L'ONERE DELLA PROVA

Per ottenere l'indennizzo i ricorrenti non devono dimostrare che al tempo dell'iscrizione non svolgevano altre attività

Patrizia Maciocchi

ROMA

■ Ennesima condanna dello Stato per i mancati rimborsi agli ex medici specializzandi. L'ultimo verdetto con cui la Corte d'appello di Roma (sentenza 6942/2015) dà ragione ai camici bianchi, stabilisce un "indennizzo" di 24 milioni di euro a 667 ricorrenti che si sono specializzati nel decennio 1983-1993. Il motivo è quello comune agli ex specializzandi: la mancata corresponsione delle borse di studio previste da direttive europee (75/362, 82/76 e 93/16) fin dal 1983 per garantire a questi medici un'adeguata retribuzione. Lo Stato italiano non le ha rispettate, fino al 2006.

La sentenza 6942 risparmia ai ricorrenti anche l'onere di dimostrare che nel periodo in cui si sono specializzati non hanno svolto altre attività retribuite: «In ordine alla prova circa l'esclusività e la continuità dei corsi di specializzazione frequentati dagli appellanti - si legge nella sentenza - si rileva che trattasi di circostanza cui gli istanti non sono in grado di rispondere a causa dell'inadempienza dello Stato e che del resto a causa di tale inadempimento... sono stati costretti a seguire i corsi di specializzazione privi delle regole previste nelle direttive Cee».

La pronuncia di Roma arriva dopo quella con cui il Tribunale di Bologna (sentenza 3063 del 27 ottobre 2015) aveva allargato i risarcimenti agli immatricolati alle scuole prima dell'83, inserendo nei rimborsi gli anni dal '78, malgrado solo per i corsi successivi ci fosse un obbligo di adempiere alle direttive. Alla base della tesi che allarga i risarcimenti, c'è una supposta disparità di trattamento per chi si trovava nelle medesime condizioni.

Sul punto si dovranno però esprimere le Sezioni unite della Cassazione, chiamate in causa con l'ordinanza interlocutoria del 18 novembre scorso (n.23652, si veda Il Sole 24 Ore del 19 novembre 2015). Le Sezioni unite dovrà appianare i contrasti sorti all'interno della stessa Cassazione sul diritto "retroattivo" o meno. Secondo la sezione remittente, l'esclusione non sarebbe discriminatoria, considerando che per gli iscritti ante '83 le regole da applicare erano quelle esistenti al momento di avvio del corso per l'intera sua durata. I giudici remittenti non trascurano neppure le esigenze di finanza pubblica «che hanno consentito l'evidente gradualità temporale nel complessivo adeguamento dell'ordinamento nazionale alla normativa comunitaria».

In effetti, la partita che si gioca non è di poco conto. Secondo gli Ordini, i medici specializzandi, iscritti tra il 1983 e il 2006 sono 160 mila. Il rischio di esborso per lo Stato, calcolato oggi in 4 miliardi, potrebbe lievitare. Un'ipotesi che ha indotto 21 senatori a presentare una mozione (1-00498) per chiedere un impegno del Governo per una soluzione che preveda un congruo indennizzo in modo da porre fine all'enorme contenzioso. In questa direzione vanno anche le raccomandazioni di Consulcesi, il pool di avvocati che rappresenta la maggior parte dei ricorrenti (402 milioni di risarcimenti sui circa 500 riconosciuti). Per il presidente, Massimo Tortorella, il Governo di trova a un bivio: continuare a pagare i medici o trovare un accordo con loro.

Martedì prossimo Consulcesi sarà a Torino per la restituzione di assegni per circa 9 milioni di euro riconosciuti a seguito di altri contenziosi, mentre promette di lanciare una nuova class action a breve.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anac

Nuovi prezzi di cerotti e siringhe: spesa -20%

Addio a siringhe e cerotti pagati a peso d'oro da Asl e ospedali. Il Consiglio dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) ha approvato la delibera per i prezzi di riferimento di 39 dispositivi medici, relativi a 25 differenti tipologie di siringa, 11 di cerotti e 3 di ovatta di cotone. «Sulla base di stime indicative, laddove tutti i contratti con prezzi superiori a quelli di riferimento si allineassero a questi ultimi, è possibile attendersi un risparmio valutabile nell'ordine del 15-20% della spesa annuale per i 39 dispositivi medici oggetto dell'intervento dell'Autorità», sottolinea l'Anac. Nel corso del 2013, l'Autorità guidata da Raffaele Cantone ha accolto la proposta dell'Agenas di revisionare i prezzi di riferimento dei dispositivi medici «al fine di tener conto, rispetto a quanto fatto nella precedente elaborazione, di aspetti ulteriori - precisa l'Anac - relativi a specifiche destinazioni di uso, caratteristiche tecniche dei materiali, confezionamenti». La norma precisa in modo circostanziato anche le principali modalità di elaborazione dei prezzi di riferimento.



<http://www.adnkronos.com>

Addio a siringhe e cerotti pagati a peso d'oro, con nuovi prezzi Anac risparmi tra 15 e 20%



Addio a siringhe e cerotti pagati a peso d'oro da Asl e ospedali. Il Consiglio dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) ha approvato la delibera per i prezzi di riferimento di **39 dispositivi medici, relativi a 25 differenti tipologie di siringa, 11 di cerotti e 3 di ovatta di cotone.** "Sulla base di stime indicative, laddove tutti i contratti con prezzi superiori a quelli di riferimento si allineassero a questi ultimi, è possibile attendersi un **risparmio valutabile nell'ordine del 15-20% della spesa annuale** per i 39 dispositivi medici oggetto dell'intervento dell'Autorità", sottolinea l'Anac.

Nel corso del 2013, l'Autorità guidata da Raffaele Cantone ha accolto la proposta dell'Agenas di revisionare i prezzi di riferimento dei dispositivi medici "al fine di tener conto, rispetto a quanto fatto nella precedente elaborazione, di aspetti ulteriori - precisa l'Anac - relativi a specifiche destinazioni di uso, caratteristiche tecniche dei materiali, confezionamenti". La norma precisa in modo circostanziato anche le principali modalità di elaborazione dei prezzi di riferimento.

La scelta

Salute, stop agli sprechi siringhe a prezzo unico

Addio a siringhe e cerotti pagati a peso d'oro da Asl e ospedali. Il Consiglio dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) ha approvato la delibera per i prezzi di riferimento di 39 dispositivi medici, relativi a 25 differenti tipologie di siringa, 11 di cerotti e 3 di ovatta di cotone. «Sulla base di stime indicative, laddove tutti i contratti con prezzi superiori a quelli di riferimento si allineassero a questi ultimi, è possibile attendersi un risparmio valutabile nell'ordine del 15-20% della spesa annuale per i 39 dispositivi medici oggetto dell'intervento dell'Autorità», sottolinea l'Anac.

Nel corso del 2013, l'Autorità guidata da Raffaele Cantone ha accolto la proposta dell'Agenas di revisionare i prezzi di riferimento dei dispositivi medici «al fine di tener conto, rispetto a quanto fatto nella precedente elaborazione, di aspetti ulteriori - precisa l'Anac - relativi a specifiche destinazioni di uso, caratteristiche tecniche dei materiali, confezionamenti». La norma precisa in modo circostanziato anche le principali modalità di elaborazione dei prezzi di riferimento.

Una norma che con molta probabilità potrà mettere fine alla giungla dei prezzi dei dispositivi medici. È un dato certo che a volte la stessa tipologia di siringa, della stessa marca, venga pagata al nord in una maniera e nel sud in un'altra. Un fenomeno, va sottolineato, che negli ultimi anni è nettamente migliorato e che ora grazie alla delibera dell'Anac verrà totalmente azzerata.

La parola d'ordine è eliminare gli sprechi e in sanità ce ne sono diversi. Il ministro **Beatrice Lorenzin** proprio ieri ha fornito le cifre della spesa farmaceutica ospedaliera. «È fuori controllo di 1,8 miliardi». Per affrontare il nodo della spesa ospedaliera, ha inoltre rilevato **Lorenzin**, bisogna passare da «tagli lineari ad una maggiore produttività delle strutture ospedaliere».



© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anticorruzione. La delibera individua 39 prodotti sensibili

Spending review sanità, prezzi di riferimento Anac

■ C'è l'ormai mitica siringa, ci sono i cerotti e anche l'ovatta di cotone. In tutto sono 39 i dispositivi medici che vanno a fare spending review. L'Authority anticorruzione guidata da Raffaele Cantone ha infatti deciso di alzare il tiro e ha prodotto la delibera che per queste tipologie di prodotti scattano i prezzi di riferimento. Insomma, andranno a realizzare risparmi sulla spesa sanitaria pubblica.

Risparmi anche consistenti quelli attesi, come del resto avevano anticipato sia la ministra **Beatrice Lorenzin** che l'ad di Consip, Luigi Marroni, che ha anche annunciato una gara proprio per le siringhe. Stime di risparmi che ora anche l'Anac confermano pieno nei documenti allegati alla delibera: «Laddove tutti i contratti con prezzi superiori a quelli di riferimento si allineassero a questi ultimi - si legge - è possibile attendersi un risparmio valutabile nell'ordine del 15-20% della spesa annuale per i dispositivi oggetto dell'intervento». La delibera dell'Anac, attuata dopo una consultazione pubblica, ha preso le mosse dalle indicazioni di alcuni anni fa dell'Agenas, che peraltro aveva posto all'attenzione 59 prodotti. Con questo primo passo, intanto, la "voce siringhe" è la più numerosa con 25 tipologie sotto la lente dei prezzi di riferimento, con valori (al netto dell'Iva) che vanno da 23 centesimi a 2,12 euro (siringhe a perdita di resistenza). Per i cerotti (11 casi) si va da 2,4 euro a 0,9 centesimi. L'ovatta di cotone (e tipologie) da 3,2 euro a 9,9 centesimi. Questione di quantità e di tipo di prodotto, insomma. Una piccola rivincita per la mitica siringa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ecco la classifica della sanità privata

Mediobanca: l'Humanitas di Rocca primo per redditività, al gruppo San Donato la leadership dei ricavi

Se gestita con criteri di efficienza, anche la sanità è un'industria che può rendere. Lo si ricava dal rapporto R&S-Mediobanca che analizza i dati dei primi 10 gruppi ospedalieri privati italiani, che realizzano 3,9 miliardi di ricavi aggregati e contano su 28.940 dipendenti. Così il gruppo Humanitas della famiglia Rocca è il primo in Italia per performance economiche con un risultato netto cumulato nel periodo 2010-2014 pari a 149,7 milioni e dividendi distribuiti per 53,6 milioni. Leader per fatturato della sanità privata, con un fatturato di 1,4 miliardi, è invece il gruppo San Donato, che fa capo a Papiniano, holding della famiglia Rotelli e che ha realizzato utili complessivi nel quinquennio pari a 27,6 milioni, nonostante la perdita di 53 milioni del 2012 in relazione all'acquisto del San Raffaele. Dispongono poi della struttura finanziaria più solida, con debiti assenti, Humanitas e Ieo-Istituto europeo di oncologia (che ha come soci principali Mediobanca, UnipolSai e Unicredit).

Dal rapporto emerge inoltre che è in calo la quota di fatturato che riguarda le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale: per San Donato la percentuale di ricavi per conto delle Asl è scesa fra il 2010 e il 2014 dall'83,3 al 76,9%, mentre per Humanitas è passata dal 77,4 al 70,6%. Molto più bassa la quota per Ieo, scesa dal 20,2 al 17,7%. Il pubblico, soprattutto in Lombardia, è pagatore sollecito: 63 giorni per il gruppo dei Rotelli, 98 per i Rocca. I fornitori vengono pagati con tempi più lunghi.

Sergio Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dieci maggiori gruppi ospedalieri privati italiani

La classifica	FATTURATO	TOTALE ATTIVO	(dati 2014)
	(milioni di euro)		Dipendenti (numero)
Gruppo San Donato (Papiniano)	1.387	1.606	9.823
Humanitas	548	445	2.811
GVM	462	850	2.554
KOS	392	631	4.708
IEO-Istituto Europeo di Oncologia	260	230	1.814
Servisan	211	350	1.865
MultiMedica	201	213	1.897
GIOMI-Fingemi	159	347	1.735
Eurosanità	156	147	1.015
Raffaele Garofalo & C. (Inel 2013)	96	143	718
Totale	3.872	4.962	28.940

Fonte: R&S-Mediobanca

d'Arco

Il podio

● Per lo studio di R&S-Mediobanca il Gruppo San Donato è il primo tra i conglomerati ospedalieri privati italiani per fatturato. Al secondo posto c'è Humanitas, al terzo Gvm



 **L'allarme dell'Oms**

Quei 12,6 milioni di morti all'anno per l'inquinamento

di **Sergio Harari**

L'ultimo rapporto dell'Oms su ambiente e malattie riuscirà a scuotere anche le coscienze più sopite: 12,6 milioni di morti ogni anno nel mondo sono legate all'inquinamento di fonti acquifere, aria, suolo, alle radiazioni e ai cambiamenti climatici. E, se la maggior parte sono concentrate nel Sud Est Asiatico e nel Pacifico occidentale, 1,4 milioni di decessi si registrano nella moderna Europa. I più colpiti sono giovanissimi e anziani: 1,7 milioni di bambini sotto i cinque anni muoiono a causa dell'ambiente che li circonda (soprattutto nei Paesi più poveri) e 4,9 milioni di adulti tra i 50 e 75 anni. In questo grande necrologio ambientale spiccano le morti per ictus (2,5 milioni di morti/anno), cardiopatia ischemica (2,3 milioni di morti/anno), tumori (1,7 milioni di morti/anno), malattie respiratorie come la bronchite cronica (1,4 milioni di morti/anno) e infezioni respiratorie (567.000 morti/anno), ma il triste elenco sarebbe ancora lungo. In questo apocalittico scenario globale emerge una antica verità: chi è più povero vive peggio e meno a lungo, e una delle cause più importanti è l'ambiente di vita; così secoli di studi sociali trovano qui definitiva conferma. Alla lunga lista delle cause di morte si aggiunge poi un altro elenco altrettanto cospicuo: quello delle malattie non necessariamente mortali, dall'asma a molte infezioni (grandemente influenzate dai cambiamenti climatici, basti pensare alla malaria). Stavolta l'Oms ci indica però come uscire dall'accerchiamento: migliorare i trasporti, usare energie pulite, adottare azioni precise in settori chiave come agricoltura e industria ma anche limitare ancora la diffusione del tabacco attraverso provvedimenti più restrittivi. Azioni concrete e fattibili, basterebbe volerlo.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Troppo inquinamento I morti sono milioni

«Un ambiente sano è alla base di una popolazione in buona salute»: per saperlo non bisogna certo essere, come Margaret Chan – che ha pronunciato quella frase – alla direzione dell'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità. Che si vive meglio dove ci sono aria sana e pulizia lo suggerisce il buon senso e lo conferma anche un rapporto dell'Oms: al mondo, una persona su quattro muore per malattie provocate dall'avvelenamento di aria, acqua e suolo. In totale, sono 12,6 milioni le persone che perdono la vita per l'inquinamento ambientale, la gran parte nei Paesi più poveri. La mancanza di accesso all'acqua pulita, per esempio, favorisce lo svilupparsi di problemi intestinali e di malattie diarroiche mentre la necessità di cucinare con legna e carbonella avvelena i polmoni: il bilancio è di tre milioni e ottocentomila morti nel Sudest asiatico, di tre milioni e mezzo nel Pacifico occidentale, di oltre due milioni in Africa. Il prezzo più alto lo pagano bambini e anziani: ogni anno, perdono la vita un milione e settecentomila bimbi al di sotto dei cinque anni e quasi cinque milioni di adulti tra i 50 e i 75.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Non solo smog

L'Oms non mette solo in guardia dai danni dell'inquinamento: l'organizzazione mondiale della sanità punta il dito anche contro gli adolescenti inclini all'obesità e alla pigrizia. I dati raccolti sui ragazzi e le ragazze di 11, 13 e 15 anni dimostrano che più del 30% di undicenni e tredicenni è in sovrappeso o addirittura obeso, come pure il 25% dei quindicenni. I giovani italiani di 11 e 13 anni sono anche i meno attivi tra quelli europei: poco moto e troppa tivù!

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mercoledì 16 MARZO 2016

Biosimilari. Ibg su 'otto comandamenti': "Bene alleanza clinici-player, ma per terapie irrinunciabili gare a lotto unico"

Così il coordinatore dell'Italian biosimilars group, Manlio Florenzano, ha commentato gli "otto comandamenti" per conciliare innovazione e sostenibilità diffusi da IMS Health. "Diverse Regioni hanno elaborato sistemi di acquisto virtuosi che trarrebbero notevole beneficio da una normativa unica, che armonizzasse a livello nazionale i diversi modelli oggi in vigore, in vista dell'obiettivo di massimizzare la diffusione dei farmaci biosimilari.

"Non c'è dubbio che la prima leva strategica per sfruttare appieno le opportunità offerte dai biosimilari sia l'alleanza tra clinici e payer. I professionisti della salute, del resto, sono gli unici a poter garantire che alle ragioni di budget non sia mai sacrificata l'appropriatezza terapeutica a salvaguardia dei diritti dei pazienti. Di questa garanzia, la libertà prescrittiva rappresenta in qualche modo il sigillo. Non bisogna però dimenticare che un altro diritto fondamentale dei pazienti è quello di avere accesso alle terapie, e questo diritto non può che essere tutelato lasciando che il meccanismo della concorrenza possa agire fino in fondo. In questo senso, non si può che auspicare la generalizzazione delle gare a lotto unico, sistema che ha ampiamente dimostrato di garantire al contempo sostenibilità e accesso alle cure, perché in grado di creare un basket – appunto il lotto unico – all'interno del quale il medico può scegliere liberamente la soluzione terapeuticamente più adatta". Così il Coordinatore dell'Italian Biosimilars Group, Manlio Florenzano, a commento degli "[otto comandamenti](#)" per conciliare innovazione e sostenibilità, diffusi da IMS Health.

"Nel caso specifico dei biosimilari – prosegue Florenzano – diverse Regioni hanno elaborato sistemi di acquisto virtuosi, la cui validità, anche in termini di rispetto della libertà prescrittiva dei clinici, è già stata confermata persino dal Consiglio di Stato. Sono sistemi di acquisto che trarrebbero notevole beneficio da una normativa unica, che armonizzasse a livello nazionale i diversi modelli oggi in vigore, in vista dell'obiettivo di massimizzare la diffusione di una risorsa terapeutica insostituibile quale i farmaci biosimilari. Per raggiungere questo obiettivo – conclude Florenzano – un passaggio imprescindibile e auspicabile sarebbe la revisione, da parte dell'Aifa, del position paper sui biosimilari, che potrebbe essere emendato con un'apertura più esplicita al principio dell'interscambiabilità fra biosimilare e originator, un principio ben diverso da quello della sostituibilità automatica, non a caso già adottato da diversi Stati membri dell'UE".

<http://www.ansa.it>

Oms, adolescenti italiani più pigri e obesi d'Europa

Male anche relazioni con adulti però poco bullismo e violenza



(ANSA) - ROMA, 16 MAR - Gli adolescenti italiani sono più pigri e obesi rispetto a quelli del resto d'Europa, hanno più difficoltà a relazionarsi con gli adulti ma sono meno violenti e praticano e subiscono meno il bullismo. Lo afferma il rapporto sulla salute e il benessere dei giovani pubblicato oggi dall'ufficio europeo dell'Oms, secondo cui in generale tra i teen ager del continente stanno diminuendo fumo e alcol. Secondo il rapporto, che contiene dati raccolti nel 2013-2014 su ragazze e ragazzi di 11, 13 e 15 anni, più del 30% degli undicenni e dei tredicenni maschi è sovrappeso o obeso, un dato che cala, ma rimane sopra il 25% per i quindicenni. Numeri ancora più preoccupanti si trovano per i tassi di attività fisica, che ci vedono ultimi assoluti sia a 11 anni che a 13, mentre siamo superati solo da Israele a 15. A questa età appena il 5% delle ragazze e l'11% dei ragazzi fa almeno un'ora al giorno di esercizio moderato o vigoroso. "Obesità e inattività sono fattori indipendenti - afferma Franco Cavallo, ordinario di epidemiologia dell'Università di Torino e curatore della parte italiana - i fattori su cui bisognerebbe agire sono certo l'attività fisica, ma non solo, anche i modelli

alimentari, con quello mediterraneo che ormai è stato 'contaminato'. Un altro capitolo su cui andiamo male è la relazione con la famiglia, e la percezione della scuola, sembra che i nostri ragazzi abbiano meno dimestichezza e meno capacità di relazionarsi con gli adulti. Tra i lati positivi invece si segnala il bullismo, su cui siamo molto bassi in classifica contrariamente a quello che si potrebbe pensare". All'età di 15 anni, conferma il rapporto, il 2% delle ragazze e il 3% dei ragazzi riporta di aver subito atti di bullismo, un numero superiore solo a quello di Islanda e Armenia e un decimo di quello della Lituania.

Oggi l'ok alla Camera Una legge per fermare lo spreco di cibo Incentivi a chi dona

VIVIANA DALOISO

Contro lo spreco alimentare da oggi, in Italia, c'è una legge. La Camera l'ha approvata dopo una discussione di un anno in commissione Affari sociali, che ha registrato la partecipazione attiva del non profit, della filiera agroalimentare e delle associazioni impegnate sul campo.

A PAGINA 10

C'è una legge contro lo spreco

Oggi sì della Camera alla norma sul recupero delle risorse alimentari
Burocrazia azzerata, incentivi a chi dona. Dentro anche i farmaci

Onlus e organismi privati potranno raccogliere le eccedenze anche nei campi (compresi quelli confiscati). Norme ad hoc anche per i vestiti usati

VIVIANA DALOISO

Non più iniziative virtuose e appelli al buon cuore della politica e della gente. Contro lo spreco alimentare da oggi, in Italia, c'è una legge. La Camera l'ha approvata dopo una discussione di un anno in commissione Affari sociali, che ha registrato la partecipazione attiva del non profit, della filiera agroalimentare e delle associazioni impegnate sul campo. E ha licenziato un testo per una volta capace di mettere davvero d'accordo tutti.

Gli obiettivi. Lo scopo principale della legge "per la limitazione degli sprechi, l'uso consapevole delle risorse e la sostenibilità ambientale" è agire in ciascuna delle fasi di produzione, trasformazione, distribuzione e somministrazione di prodotti alimentari, farmaceutici o di altri prodotti (come l'abbigliamento per esempio) favorendo il recupero e la

donazione delle eccedenze «in via prioritaria ai fini dell'utilizzo umano» e «a fini di solidarietà sociale» (articolo 1). E quando si parla di sprechi da ridurre l'Italia ha molto su cui lavorare: ogni anno il nostro Paese produce circa 5 tonnellate di alimenti eccedenti per un valore di quasi 13 miliardi di euro, 210 euro a persona. A finire nel cestino è il 90% di queste risorse, che invece potrebbero essere recuperate e destinate alle persone in stato di bisogno, circa 4 milioni secondo le stime degli enti caritativi.

Le regole. La nuova legge detta le modalità di cessione delle eccedenze alimentari da parte degli operatori del settore, che «deve essere gratuita e destinata a favore di persone indigenti». È un punto importante: i poveri vengono *prima*, per esempio, del compostaggio o del riciclo al fine di produrre energia, che sono priorità invece in altri Paesi europei. Altri elementi decisivi, gli incentivi e la semplificazione burocratica: chi dona (inclusi i soggetti della grande distribuzione) non solo potrà fare una dichiarazione consuntiva a fine mese – attualmente va fatta cinque giorni prima della cessione – ma avrà agevolazioni fiscali e potrà ottenere uno sconto sulla tassa dei rifiuti proporzionale alla quantità di cibo donato (articoli 17). Per un quantitativo donato inferiore ai 15mila euro è poi possibile non effettuare dichiarazioni. La legge amplia anche la platea dei soggetti autorizzati alle distribuzioni gratuite e le categorie dei prodotti che possono essere cedute agli indigenti (articolo 16):

oltre alle onlus anche «enti privati senza fini di lucro». Quanto ai prodotti, sono inclusi anche i farmaceutici e il vestiario. Le associazioni di volontariato potranno anche recuperare i prodotti che rimangono a terra durante la raccolta, sempre a sostegno degli indigenti. È prevista inoltre la possibilità (articolo 6) di distribuire beni alimentari confiscati, che oggi esiste già ma è a discrezione dei magistrati.

I fondi. Il provvedimento rifinanzia con due milioni di euro il Fondo già esistente per la distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti (che opera da un paio di anni, con risorse inferiori, mettendo insieme grande distribuzione, industria, enti caritativi e organizzazioni agricole) e istituisce presso il ministero dell'Agricoltura un nuovo Fondo con dotazione di tre milioni di euro dal 2016 al 2018 (un milio-



ne per ogni anno) per finanziare progetti innovativi sulla riduzione degli sprechi, con particolare attenzione alla produzione di imballaggi riutilizzabili o riciclabili (articolo 12). Un altro milione di euro all'anno a partire dal 2017 viene destinato al Fondo del ministero dell'Ambiente sulla riduzione dei rifiuti alimentari (con riferimento anche a iniziative che promuovono l'utilizzo da parte dei ristoranti di contenitori che consentono ai clienti di portare via gli avanzi).

Le reazioni. «Questa legge è una segnale fortissimo per l'Italia: si entra nella profonda contraddizione del nostro tempo tra ricchezza e povertà e al posto del "si vende" e "si compra" si inserisce la logica del dono», ha commentato il presidente della commissione Affari sociali Mario Marazziti (Democrazia Solidale), che ha parlato di un clima di dialogo e collaborazione «totale» nella stesura del testo e di una «vittoria, anche culturale, per il Paese». Grande soddisfazione anche per il ministro dell'Agricoltura Maurizio Martina: «Lo spreco è una delle piaghe più forti contro cui combattere per affermare davvero e concretamente il diritto al cibo come diritto universale e contribuire a raggiungere l'obiettivo Famezero al 2030 sancito dalla Carta di Milano e dai nuovi Obiettivi del millennio dell'Onu. L'Italia ora è pronta a fare la sua parte».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

i numeri

5,6 milioni

LE TONNELLATE
DI CIBO ECCELENTE
IN UN ANNO
IN ITALIA

13 miliardi

IL VALORE
ECONOMICO
DI QUESTE
ECCELENZE

90%

LA QUANTITÀ
DI RISORSE CHE
VANNO SPRECATE

43%

LO SPRECO
GENERATO DALLE
FAMIGLIE, A CASA

210 euro

IL VALORE DELLO
SPRECO A PERSONA
IN UN ANNO

DANNO ECONOMICO

Per il mal di schiena saltano 30 milioni di ore lavorative

Dieci milioni di lavoratori colpiti, trenta milioni di ore lavorative perse. Sono i numeri del «mal di schiena» che colpisce gli italiani e li costringe a restare a casa per almeno tre giorni all'anno producendo danni per milioni di euro in fatto di spesa sanitaria e produttività. In Nord America e in Europa otto persone su dieci hanno riscontrato nella loro vita episodi di lombalgia, e uno su tre ne soffre stabilmente sopra i 60 anni di età. «In Italia, secondo stime provenienti dagli Istituti di medicina del lavoro, le patologie croniche del rachide sono la prima ragione nelle richieste di parziale non idoneità al lavoro specifico - afferma Raffaele Roperto, neurochirurgo del San Filippo Neri, uno dei dieci italiani presenti a San Diego per il Solas, Society of Lateral Acoes Surgey -. Secondo l'Inail, ogni anno sono 30 milioni le ore di lavoro perse per il mal di schiena. La lombalgia è il primo stadio della patologia degenerativa, ossia legata al fisiologico e naturale invecchiamento della colonna vertebrale. Riconoscere questo «gradino», secondo gli specialisti, permette all'operatore di consigliare al paziente tecniche meno demolitive e più conservative». La capacità di intervento ha come conseguenza quella di un miglioramento immediato ed è necessaria per evitare che col passare degli anni la malattia peggiori.

