



RASSEGNA STAMPA

29-11-2016

1. CORRIERE.IT Quasi un decesso di cancro su tre è causato dalle sigarette
2. oncologico
3. ASKANNEWS Ecco "Sced" la biopsia liquida che identifica rischio tumori
4. HEALTH DESK Nanoparticelle di ferro per mettere un freno al cancro
5. LASTAMPA.IT Biopsia liquida: in un solo esame tutti i test di screening
6. LA VERITA' Alla sanità 113 miliardi per assumere personale
7. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Dai farmaci ai contratti così cambia la sanità
8. STAMPA La grande fuga dagli ospedali: via 40 mila medici
9. SOLE 24 ORE SANITA' Ospedali, la mappa prende corpo
10. QUOTIDIANO SANITÀ Medici stranieri in Italia. Sono più di 18mila. Più che raddoppiati in 15 anni. Ma il Ssn resta un miraggio
11. SOLE 24 ORE SANITA' Ballando col governatore-commissario
12. SOLE 24 ORE SANITA' Nord, Sud e Costituzioni - «Quello che non funziona... ma le colpe non sono della Costituzione»
13. SOLE 24 ORE SANITA' Radiazioni oltre i limiti: alleanza con i pazienti
14. LA VERITA' I batteri che resistono agli antibiotici ci costano 10 miliardi di dollari
15. CORRIERE DELLA SERA Il viaggio degli ovuli dalla Spagna «Ho 60 contratti con cliniche italiane»
16. GIORNALE In Italia culle meno vuote grazie alle coppie non sposate
17. TEMPO Anche gli stranieri ora fanno meno figli
18. CORRIERE DELLA SERA Facciamo sempre meno figli
19. TEMPO Meningite alle porte di Roma

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

Quasi un decesso di cancro su tre è causato dalle sigarette

Uno studio dell'American Cancer Society ha stabilito che circa il 29% delle 167.133 morti per tumore nel 2014 sono state direttamente causate dal fumo

di Simona Marchetti



Che il fumo faccia malissimo all'organismo non lo si scopre di certo adesso, ma quello che più sconcerta è l'entità dei danni provocati, visto che un recente studio dell'American Cancer Society, [pubblicato sul Jama Internal Medicine](#), ha dimostrato che quasi un decesso di cancro su tre sarebbe attribuibile alle sigarette. Incrociando infatti i dati del Behavioral Risk Factor Surveillance System riguardanti il numero di fumatori accertati negli Usa e l'incidenza del loro vizio su 12 tipi di cancro (fra cui la leucemia mieloide acuta e il cancro all'utero per le donne), i ricercatori sono infatti riusciti a stabilire che quasi il 29% delle 167.133 morti per cancro avvenute negli States nel 2014 erano state direttamente causate dalle sigarette, con una proporzione che oscilla fra il 21,8% (Utah) e il 39,5% (Arkansas) per gli uomini e fra l'11,1% (Utah) e il 29% (Kentucky) per le donne. Sebbene il fumo non possa essere indicato come l'unica causa per questi tipi di tumore, visto che colpiscono anche i non fumatori, i ricercatori sono però riusciti a stabilire che quasi 70 agenti chimici contenuti nel tabacco sono legati al cancro.

[Da 20 minuti a 20 anni: come cambia il corpo quando si smette di fumare](#)

[Un percorso lungo 20 anni](#)

Un vizio in calo

«Queste sostanze chimiche possono effettivamente alterare il DNA - [spiega una delle autrici dello studio, l'epidemiologa Joannie Lortet-Tieulent, a Men's Health](#) - innescando così una reazione che trasforma le

cellule normali in cellule tumorali. Non bastasse, questi composti non si fanno solo strada nei polmoni, ma viaggiano anche nel flusso sanguigno e così raggiungono anche altri organi, esponendoli al rischio cancro». Statistiche del Centers for Disease Control and Prevention alla mano, pare comunque che gli americani abbiano finalmente compreso il pericolo per la salute rappresentato dalle sigarette, visto nel 2014 la percentuale dei fumatori è scesa al 16,8%, contro il 42,8 della metà degli anni Sessanta, ma la strada per l'abbandono definitivo del vizio è ancora lunga. «Partendo dal presupposto che smettere di fumare è un beneficio per la salute a qualunque età, è stato accertato che chi rinuncia alla sigaretta prima dei 40 anni evita del 90% il rischio di morire rispetto invece ai fumatori e la percentuale sale addirittura a oltre il 97% nel caso in cui si smetta prima dei 30 anni», conclude la dottoressa Lortet-Tieulent.

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

Ecco "Sced" la biopsia liquida che identifica rischio tumori

Un prelievo di sangue per diagnosi precoce oltre 100 tipi cancro



Roma, 29 nov. (askanews) - Si chiama SCED (Solid Cancer Early Detection) ed è il primo test che, mediante un prelievo di sangue periferico, esegue la mappatura e il monitoraggio delle mutazioni genetiche coinvolte nei tumori solidi per uno screening facilmente ripetibile perché non invasivo. Si tratta di una tecnologia unica poiché incrocia l'analisi del DNA libero circolante (ctDNA) con quella del DNA germinale e delle Cellule Tumorali Circolanti (CTC) portando agli estremi il livello di affidabilità. Dalla prevenzione secondaria al reparto di oncologia - Le applicazioni di questa tecnica, genericamente chiamata "biopsia liquida", spaziano dalla prevenzione alla terapia: infatti, consentono l'individuazione del tumore solido in fase veramente precoce, preclinica, anche quando non è identificabile con la biopsia tissutale, abbinando al monitoraggio non invasivo della malattia anche la terapia. L'analisi del ctDNA e delle CTC, infatti, permette non solo di identificare le mutazioni genetiche associate al tumore solido ma di scegliere la terapia più adatta in considerazione delle decine di farmaci oncologici approvati dall'FDA che basano le indicazioni sul profilo genetico della patologia e non su quello istologico.

Il prelievo di sangue - circa 10 cc - può essere effettuato ovunque, per essere inviato presso Bioscience Genomics, spin off dell'Università di Roma Tor Vergata, presente con propri laboratori in Roma, Milano e San Marino. "Nonostante al momento la Sced sia considerata un test per il follow up dei malati, riteniamo che in pochi anni, grazie al supporto alla ricerca offerto dall'Università, potrà diventare il gold standard nella diagnostica in oncologia, non solo come esame, ma come un percorso di monitoraggio della salute" chiarisce Giuseppe Novelli, Genetista dell'Università di Roma Tor Vergata. "Il percorso di Sced e la sua tecnologia potrebbero rappresentare una svolta epocale nella prevenzione al cancro" sottolinea Luca Quagliata dell'Istituto di Medicina, Genetica e Patologia dell'Università di Basilea: "la maggior parte dei tumori solidi sono asintomatici nelle prime fasi, nonostante ciò rilasciano costantemente nel sangue tracce di DNA tumorale; inoltre, in certi casi, gruppi di cellule tumorali si staccano dalla massa primaria e restano in circolazione per un periodo

limitato. Sced offre con un solo test la possibilità di analizzare entrambe queste componenti" .

Nella pratica clinica il test rappresenta l'ulteriore opportunità di individuare e monitorare i cambiamenti del tumore nel tempo in maniera rapida, minimamente invasiva, per fornire informazioni necessarie a valutare le varie opzioni di trattamento. La tecnica permette la diagnosi precoce di oltre 100 tipi di cancro, analizzando oltre 50 geni e 2800 mutazioni note.

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

SCOPERTA PER CASO

Nanoparticelle di ferro per mettere un freno al cancro

Un gruppo di ricerca americano ha scoperto, un po' per caso, che alcune nanoparticelle di ferro riattivano il sistema immunitario contro i tumori

Il ferro non ha effetti miracolosi e immediati come gli spinaci nei fumetti; però, in certe forme, potrebbe rivelarsi di aiuto alle terapie contro il cancro. Lo ha scoperto un gruppo di ricerca americano guidato da Heike Daldrup-Link dell'Università di Stanford (California). I risultati, pubblicati in un **articolo** sulla rivista *Nature Nanotechnology*, riguardano un esperimento condotto sui topi, ma gli autori sono fiduciosi che si potranno estendere anche all'uomo.

Le protagoniste dello studio sono determinate nanoparticelle di ferro (particelle di dimensioni nanometriche, cioè dell'ordine dei milionesimi di millimetro): somministrate ai topi, spingono i macrofagi (cellule immunitarie) a distruggere le cellule tumorali. In effetti, i macrofagi tendono spontaneamente ad attaccare le cellule tumorali ma, in presenza di tumori importanti, perdono questa capacità e anzi accelerano la crescita del cancro. È qui che intervengono le nanoparticelle di ferro, riportando i macrofagi alla loro naturale vocazione immunitaria.

I risultati dell'esperimento sono inequivocabili. Gli scienziati hanno suddiviso un campione di topi malati di tumore in tre gruppi. Al primo gruppo è stato somministrato un farmaco chemioterapico con le nanoparticelle di ferro, a un altro gruppo solo le nanoparticelle e al terzo gruppo niente. Sorprendentemente, la crescita dei tumori si fermava non solo nei topi che ricevevano la chemioterapia, ma anche in quelli che ricevevano le sole nanoparticelle di ferro. In seguito, per verificare il ruolo dei macrofagi, gli scienziati hanno effettuato un esperimento in vitro, in cui le nanoparticelle si sono dimostrate efficaci nelle colture cellulari dotate di macrofagi e inefficaci nelle altre.

Il prossimo passo è la sperimentazione sull'uomo. Trattandosi di sostanze già approvate e commercializzate, questa fase potrebbe procedere più rapidamente del solito. Occorre comunque rimanere con i piedi per terra: anche se saranno verificati gli stessi effetti benefici osservati nei topi, non arriveranno improvvisamente cure miracolose. Però si potrà aprire la strada a interessanti possibilità terapeutiche. Per esempio, secondo gli autori dello studio, le nanoparticelle potranno essere usate come farmaci-ponte: potranno essere somministrate a pazienti appena operati di tumore, ancora troppo debilitati per poter sopportare immediatamente una chemioterapia. Oppure potrebbero essere usate per tenere a bada le cellule tumorali residue dopo la rimozione di un tumore non interamente operabile.

Uno degli aspetti più interessanti della scoperta è che è arrivata in modo casuale. Le nanoparticelle in questione erano state realizzate – e già commercializzate – per il trattamento dell'anemia; i ricercatori le stavano utilizzando per vedere se potevano funzionare come vettori di farmaci chemioterapici nei topi, quando si sono accorti che l'effetto era diverso da quello cercato, ma molto più utile. Gli stessi autori non se l'aspettavano: «È stato davvero sorprendente osservare che le nanoparticelle spingessero i macrofagi ad attaccare le cellule tumorali nei topi», ha commentato Heike Daldrup-Link.

È un tipico caso di serendipità, cioè di scoperta fortunosa avvenuta mentre si cercava altro (il caso più clamoroso è la scoperta dell'America). Anche in campo scientifico, e in particolare biomedico, non è certo la prima volta che una scoperta è dovuta a un'osservazione casuale. L'esempio più famoso (e probabilmente il più importante) è la penicillina, che il biologo scozzese Alexander Fleming scoprì nel 1929 osservando che una muffa bloccava la crescita di una popolazione batterica. Un caso più recente è quello del Viagra: un principio attivo studiato contro l'angina pectoris si dimostrò poco efficace, ma in compenso rivelò inaspettati (e benemeriti) effetti collaterali.

La nuova scoperta americana, anche se difficilmente avrà conseguenze così eclatanti, dimostra una volta in più la frequenza ancora oggi della serendipità nella scienza e la necessità di portare avanti la ricerca senza gabbie o barriere, bensì con la massima curiosità verso eventuali fenomeni inaspettati.

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

Biopsia liquida: in un solo esame tutti i test di screening oncologico

Si chiama SCED e permette la diagnosi precoce di quasi tutti i tipi di cancro



VALENTINA ARCOVIO

C'è un nuovo tipo di «biopsia liquida» capace di condensare, in un solo esame, tutti o quasi gli attuali test di screening oncologici: mammografia e pap test, ma anche controllo dei nei, colonscopia o tac spirale. Senza contare tutti quegli esami ancora più invasivi che si arrivano a fare soltanto quando l'eventualità di un cancro è più che un semplice sospetto, ma quasi una certezza. Come le biopsie tessutali del pancreas o dello stomaco.

Il nuovo test di chiama Sced (Solid Cancer Early Detection) e permette la diagnosi precoce di oltre 100 tipi di cancro grazie alla capacità di analizzare oltre 50 geni e 2800 mutazioni note. Ed è il primo esame che, mediante un prelievo di sangue periferico, esegue la mappatura e il monitoraggio delle mutazioni genetiche coinvolte nei tumori solidi per uno screening facilmente ripetibile perché non invasivo. A metterlo **a punto è stato uno spin off dell'Università di Roma Torvergata, la Bioscience Genomics.**

LA NUOVA BIOPSIA LIQUIDA SEQUENZIA IL DNA LIBERO CIRCOLANTE ALLA RICERCA DI MUTAZIONI GENETICHE

Sced permette di analizzare, partendo da un semplice prelievo di sangue, le mutazioni genetiche a carico delle «tracce» del Dna libero circolante rispetto al Dna germinale, ed eventualmente la presenza di «tracce» del Dna delle cellule tumorali circolanti. Questo significa che la piattaforma Sced permette di monitorare nel tempo le eventuali mutazioni genetiche accumulate rispetto al «Dna originario», appunto quello germinale, che potrebbero portare allo sviluppo di un tumore. E consente di monitorare anche la presenza di tracce di un tumore prima che si manifesti, contribuendo a iniziare tempestivamente un percorso terapeutico più efficace. Infine, in presenza di

un tumore, permette di monitorare nel tempo la comparsa di mutazioni genetiche responsabili della resistenza alle terapie antitumorali, consentendo di scegliere il trattamento più efficace.

IL TEST PUO' ESSERE FATTO SU PERSONE SANE, SU QUELLE A RISCHIO OPPURE SUI MALATI GIA' IN TRATTAMENTO

Lo possono quindi fare, per la prima volta, le persone sane, iniziando un percorso di screening non invasivo. Lo possono fare i soggetti a rischio per familiarità, come quelle portatrici delle mutazioni genetiche «Jolie» (BRCA1 e BRCA2 che aumentano il rischio di sviluppare il cancro al seno e **all'ovaio**), o quelle a rischio perché affette da altre malattie o che hanno uno stile di vita pericoloso (chi lavora a contatto con sostanze cancerogene o semplicemente un fumatore). E lo possono fare i **pazienti già malati di cancro per tenere sotto controllo l'evoluzione** della malattia. Il prelievo di sangue può essere effettuato ovunque. Una volta raccolto il campione sarà inviato presso Bioscience Genomics, presente con propri laboratori a Roma, Milano e San Marino.

«Il percorso di Sced e la sua tecnologia potrebbero rappresentare una svolta epocale nella **prevenzione al cancro**», dichiara **Luca Quagliata dell'Istituto di Medicina, Genetica e Patologia dell'Università di Basilea**. «Nonostante al momento la Sced sia considerata un test per il follow up dei malati, riteniamo che in pochi anni, grazie al supporto alla ricerca offerto dall'Università, potrà diventare il gold standard nella diagnostica in oncologia, non solo come esame, ma come un percorso di monitoraggio della salute», chiarisce Giuseppe Novelli, genetista e rettore dell'Università di Roma Tor Vergata.

FONDI

Alla sanità 113 miliardi per assumere personale

■ La legge di Stabilità diventa effettiva. E conferma gran parte delle mance e pure dei tagli. Il fondo per il Sistema sanitario nazionale viene rifinanziato con 113 miliardi nel 2017 e 114 nel 2018. Un miliardo è vincolato all'acquisto di farmaci innovativi oncologici e vaccini. Una cifra simile sarà destinata alla stabilizzazione del personale medico e dunque verrà sottratta ai servizi.

Raddoppiano inoltre i contributi per gli istituti privati che accolgono disabili e per le scuole materne paritarie. Arrivano in tutto 75 milioni. Aumentano anche le detrazioni per chi iscrive i figli nel privato. Oltre mezzo miliardo viene invece destinato alla ristrutturazione e al decoro delle scuole pubbliche. Altri 540 milioni nel biennio 2017-2018 serviranno invece ad aumentare l'organico.

Il capitolo immigranti vale in tutto 3,4 miliardi di euro. La «missione» immigrazione è valutata in 2,86 miliardi, cui si aggiungono 320 milioni destinati ai Comuni e 200 milioni per il nuovo fondo per l'Africa

istituito presso la Farnesina. Il «grosso» della manovra sta nella cancellazione delle clausole sull'Iva per 15 miliardi di euro. Nel 2017 non ci saranno quindi aumenti delle tasse legati alle clausole lasciate in eredità dal passato. Il problema rimane però per il 2018 e il 2019, rispettivamente per 19,6 miliardi e di 23,3 miliardi.

La manovra mette a disposizione anche 392 milioni l'anno per il bonus nascita da 800 euro, stimando una platea di 490.000 future mamme. Alla Camera il bonus da 1.000 euro per l'asilo nido è stato esteso anche ai bambini malati fino a 3 anni che hanno bisogno di assistenza a casa. Ampliato nel corso dell'esame a Montecitorio anche il congedo per i neo-papà: resta a 2 giorni nel 2017, salendo a 4 nel 2018 (5 in caso di uno in più a valere su quelli della madre). Il bonus diciottenni, confermato per il 2017, ma si estende a nuovi settori: musica registrata (cd e web), corsi di lingue, di musica e di teatro. Ad essere rifinanziato è anche il bonus Stradivari per l'acquisto di strumenti musicali.



LE CIFRE MOLTE LE CONFERME, MA ANCHE QUALCHE MODIFICA

Dai farmaci ai contratti così cambia la sanità

Il premier: «Aumento per due miliardi»

● **ROMA.** Farmaci innovativi, biosimilari, piani di rientro, contratti dei medici. Per quello che riguarda le politiche sanitarie, la legge di Bilancio esce da Montecitorio con molte conferme e qualche modifica rispetto al testo iniziale. Tra gli emendamenti approvati dalla Commissione Bilancio della Camera e recepiti nel maxi emendamento del Governo, spicca quello che prevede che le risorse per i contratti dei medici dipendenti e convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale arrivino da una quota vincolata del Fondo sanitario nazionale. Sempre per quanto riguarda i contratti è prevista, in deroga al Jobs act, continuità contrattuale per i ricercatori con contratti flessibili degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) e degli Istituti zooprofilattici sperimentali (Izs).

E le cifre sono quelle note, rimarcate dal presidente del Consiglio Matteo Renzi che taglia corto: «le polemiche stanno a zero, c'è un aumento a 113 miliardi, due in più rispetto all'anno scorso, più il fondo per la non autosufficienza che è 450 milioni con un più 50 milioni rispetto all'anno scorso».

Rispetto ai farmaci innovativi e oncologici innovativi (per i qua-

li la manovra istituisce due fondi da 500 milioni annui ciascuno), è prevista una modifica all'iter per esser classificati come tali: la determinazione di innovatività non potrà essere adottata senza il parere della Commissione tecnico-scientifica (Cts) dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aaifa). Sempre in tema di farmaci, viene istituito un fondo da 300 milioni di euro annui per l'Azheimer.

Mentre alcuni cambiamenti riguardano l'articolo sulle procedure pubbliche di acquisto, tra cui il fatto che avranno come base d'asta il prezzo medio di mercato dei farmaci generici bio-

similari e non il prezzo massimo di cessione al Ssn del farmaco biologico di riferimento. Cambia, rispetto alla prima versione della manovra la soglia di deficit che fa scattare i piani di rientro per gli ospedali: passa dal 5 al 7%, il limite attuale è di 10%. Un contestato emendamento ad hoc ha eliminato l'incompatibilità che vietava ai governatori regionali di ricoprire l'incarico di Commissario ad Acta per la gestione dei piani di rientro della sanità: permetterà ai presidenti di Campania e Calabria di ricoprire entrambi gli incarichi.



MINISTRO Lorenzin



DOSSIER

La grande fuga dagli ospedali: via 40 mila medici

L'emergenza causata da assunzioni bloccate e numeri chiusi

Paolo Russo

ALLE PAGINE 12 E 13

Fuga dagli ospedali Rischiano di sparire 40mila specialisti

Nel mirino le assunzioni bloccate e i numeri chiusi

PAOLO RUSSO
ROMA

Dopo una passeggera crisi di vocazione i ragazzi hanno ripreso a fare a spinte per entrare nelle facoltà di medicina, ma tra blocchi delle assunzioni e numeri troppo chiusi nelle ancora più ambite scuole di specializzazione nei prossimi dieci anni dai nostri ospedali rischiano di sparire 40mila camici bianchi. Una desertificazione di ambulatori e corsie che, insieme agli altri 16mila medici di famiglia mancanti da qui a sette anni, rischia di mandare in tilt il nostro sistema di assistenza sanitaria. Anche perché a mancare all'appello saranno soprattutto chirurghi, ginecologi, pediatri, internisti, specialità delle quali non si può fare a meno.

A lanciare l'allarme sulla fuga dagli ospedali d'Italia è uno studio condotto dall'Anaa, il più forte sindacato di categoria, pronto allo sciopero sotto le feste se il governo non metterà sul piatto proposte concrete per arginare il problema e soldi per rinnovare un contratto fermo al palo da sette anni.

Intanto i numeri dello studio parlano chiaro: tra il 2021 e il 2015 dalle attuali circa diecimila uscite l'anno si passerà a oltre 5.600 pensionamenti, perché attaccheranno il camice al chiodo i dottori figli del baby

boom. Così in un decennio andranno in quiescenza 47.300 specialisti ospedalieri più 8.200 universitari e specialisti ambulatoriali. In tutto un esodo di 55.500 medici. E siccome vige il parziale blocco delle assunzioni, che consente di sostituire solo un camice bianco su quattro, significa che all'appello mancheranno appunto 40mila dottori. Nemmeno a dire che a contenere le perdite serviranno gli stanziamenti dell'ultima legge di stabilità, visto che servono a stabilizzare settemila precari che già lavorano e non ad assumere nuova forza lavoro. Lo stesso dicasi delle tremila assunzioni programmate lo scorso anno dal Governo, quasi tutte ferme al palo perché la maggioranza delle regioni si è guardata bene dal presentare i dati sui propri fabbisogni.

Così nei nostri ospedali i medici iniziano a scarseggiare e a mettere sempre più capelli bianchi. Già oggi quasi la metà di loro, per l'esattezza il 48,7%, ha più di 55 anni, con gli ultrasessantenni sopra quota 20% mentre i giovani tra i 30 e i 34 anni sono appena l'1,7%. «Medici più anziani di noi in Europa non li ha nessuno e nel mondo siamo secondi dietro solo ad Israele», rimarca il Vice segretario nazionale vicario dell'Anaa, Carlo Palermo, tra i curatori dell'indagine ancora in-

edita. E non trovando sbocchi in Italia sempre in maggior numero ripiegano il camice in valigia ed emigrano all'estero. A richiedere la documentazione per poter esercitare oltre confine erano solo in 369 nel 2009, sono diventati 1.836 lo scorso anno. «Ognuno di loro è costato sui 150mila euro per la formazione, è come dire che regaliamo 1.800 Ferrari l'anno agli altri Paesi», sottolinea Palermo.

Ma carenza e invecchiamento della nostra classe medica non sono solo colpa dei blocchi delle assunzioni imposti dalla finanziaria degli ultimi anni. A fare il resto c'è anche un «imbuto formativo», che a fronte di richieste d'ingresso sempre più pressanti e pensionamenti sempre più massicci continua a lesinare con il contagocce i posti disponibili nelle scuole di specializzazione. Oggi le porte si aprono a 6.100 laureati in medicina mentre ce ne sarebbe bisogno di 7.900



Dir. Resp.: Maurizio Molinari

l'anno. Come dire che continuando di questo passo in un decennio, qualora si tornasse pure ad assumere a piene mani, mancherebbero pur sempre quasi 20mila neo-specializzati a rimpiazzare chi esce.

Intanto già ora quelli che ci sono non bastano. La riprova viene dalle oltre settemila segnalazioni sul mancato rispetto dello stop ai turni massacranti imposto dalla direttiva europea sull'orario di lavoro. Denunce che minacciano ora di avviare altrettanti ricorsi.

C BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

I medici di base

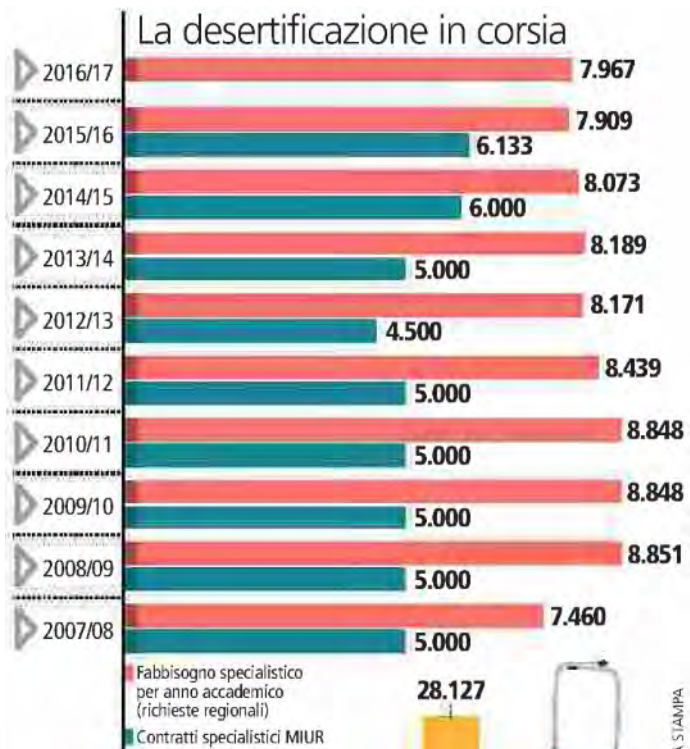


Lo scorso 5 ottobre abbiamo pubblicato un'inchiesta sui medici di famiglia: entro sette anni in Italia ne perderemo 16mila.

1.836 **48,7%**

espatriati
 Sono i medici che hanno lasciato l'Italia nel 2015. Nel 2009 erano appena 369

over 55
 La più grande fetta della popolazione medica (quasi la metà) ha oltre 55 anni. Gli ultrasessantenni sono il 20% mentre gli under 34 sono appena l'1,7%



Cergas Bocconi

La mappa della rete ospedaliera inizia a prendere corpo dopo il Dm 70

RAPPORTO OASI 2016 / Sfide e prospettive della rete italiana alla luce degli standard definiti dal Dm 70

Ospedali, la mappa prende corpo

Riconvertire i piccoli stabilimenti per superare la frammentazione sul territorio

DI ALESSANDRO FURNARI *
E ALBERTO RICCI *

Nel giugno 2015 sono entrati in vigore i nuovi Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera, introdotti con il decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015. Il Dm 70 supera la «tradizionale» logica di razionalizzazione fondata su macro-parametri di dotazione strutturale (posti letto per mille abitanti) e tassi di ospedalizzazione «obiettivo». Tra le molte novità, il Dm 70 individua precisi parametri per classificare gli ospedali per acuti collegati alle reti tempo-dipendenti in quattro tipologie («livelli gerarchici») in ordine decrescente di bacino di utenza; in particolare, identifica ospedali di II livello (Hub delle reti tempo-dipendenti), ospedali di I livello (Spoke), ospedali di base e di zona disagiata. Il decreto, poi, indica le specialità cliniche che dovrebbero essere localizzate in ciascuno di tali livelli gerarchici. Inoltre, introduce parametri di volume ed esito per alcune prestazioni ad ampia diffusione, che saranno la base per future politiche di accreditamento.

Il Dm 70 fornisce una metrica comune utile per riflettere sulla riconfigurazione dell'offerta in un'ottica di benchmarking, sia a livello regionale, sia a livello centrale. Come si presentava la rete ospedaliera italiana se confrontata con i nuovi standard? Quali sono le principali aree di disallineamento? In particolare, quanti sono e quale profilo hanno gli ospedali per acuti con pronto soccorso che non raggiungono le soglie minime di bacino d'utenza? Quali percorsi di razionalizzazione, riconversione e sviluppo sono ipotizzabili per le porzioni di rete che si discostano dal modello e dai parametri proposti dal Dm 70?

La mappatura della rete ospedaliera nazionale al 2014 mostra un'importante eterogeneità interregionale, non solo legata alla densità della popolazione, ma a molti fattori geografici, socio-politici e storici. Gli ospedali considerabili come Hub risultano essere 38 (rappresentati in figura 1); rappresentano il 75% rispetto alla soglia minima di 51 desumibili dal Dm 70, i cui parametri sono stati applicati molto prudenzialmente (bacino di utenza di almeno 300.000 e/o almeno 70.000 accessi appropriati al Ps). Si nota uno sbilanciamento al Nord, dove sono localizzati 21 Hub (55% del totale) a fronte del 45% della popolazione.

Le aree metropolitane di Roma e Milano, congiuntamente considerate, raggruppano 8 Hub (21%) a fronte del 12% della popolazione nazionale. In Mezzogiorno, invece, gli Hub sono solo 10 (26% contro il 35% della popolazione) e questo ci suggerisce come Sud e Isole abbiano una carenza di ospedali di grandi dimensioni in cui localizzare convenientemente l'alta specialità.

Concentrandosi sulla cardiocirurgia e in particolare sui volumi di bypass, si ha una prima evidenza di come una rilevante quota dell'alta specialità sia erogata in ospedali di medie o piccole dimensioni.

I bypass aorto-coronari sono impiantati in 70 stabilimenti con bacini di utenza effettivi inferiori a 300.000 abitanti, che corrispondono al 76% di tutti gli ospedali con cardiocirurgia. Di questi stabilimenti di dimensioni medie o piccole, 22 non raggiungono i 125 interventi annui, vale a dire la soglia ministeriale di 200 interventi ribassata del 37 per cento. Nonostante la dotazione di unità operative di cardiocirurgia sia in linea con il numero massimo previsto dal decreto, esistono quindi margini per una maggiore concentrazione della casistica e probabilmente per una riduzione

degli squilibri nella dotazione di unità operative a livello regionale.

Per esercitare la funzione di regolazione, committenza e/o compiere scelte organizzative a livello aziendale, i criteri di valutazione e il loro utilizzo vanno senz'altro affinati. Ne è un esempio lo stesso standard di bypass, che anche in sede Hub fa registrare volumi inferiori ai 125 interventi.

Anche alcune prestazioni di media complessità ad alta diffusione testimoniano la frammentazione della casistica, nonostante il significativo processo di concentrazione in corso dal 2008: una quota molto considerevole di ospedali che erogano interventi per tumore alla mammella (81%), colecistectomia laparoscopica (46%) e frattura del femore (38%) registra volumi inferiori allo standard ministeriale. La tipologia di ospedale che più di frequente non raggiunge la soglia è lo stabilimento senza pronto soccorso localizzato nel Mezzogiorno, ma sono numerosi anche gli ospedali di minori dimensioni del Centro-Nord, collegati alla rete dell'emergenza-urgenza.

A livello nazionale, gli ospedali per acuti dotati di pronto soccorso con bacini di attività troppo ristretti (sotto gli 80.000 abitanti e con accessi appropriati al PS inferiori a 20.000) risultano 222: rappresentano il 36% del totale degli stabilimenti.

Essi si caratterizzano per un'ele-



vata frammentazione produttiva (figura 2): un quarto di questi piccoli ospedali (54) presenta tra le 10 e le 20 discipline, molto distante dalle indicazioni del Dm 70 e con gravi rischi per la salute dei pazienti, considerando come spesso eroghino prestazioni proprie di ospedali di maggiore livello gerarchico senza raggiungere i volumi di casistica minimi. I casi potenzialmente più critici, fatte salve le azioni di riorganizzazione compiute tra 2015 e 2016, riguardano quelle prestazioni che sarebbero previste negli «Spoke»: sono oltre 100 gli stabilimenti che ospitano un punto nascita, ma solo la metà raggiunge i 500 parti annui; 208 stabilimenti prendono in carico pazienti colpiti da infarto miocardico acuto, ma solo 47 (22%) raggiungono i 100 casi. Percentuali di compliance basse o molto basse riguardano anche le prestazioni elettive. È ovviamente impensabile che un terzo della rete ospedaliera venga riconvertita in strutture intermedie o territoriali senza provocare gravi carenze sul piano dell'offerta. Bisogna quindi individuare dei criteri che guidino il processo di riorganizzazione.

Tenendo conto del case mix dei ricoveri e della relativa appropriatezza, è urgente un riposizionamento produttivo in una logica di rete:

nella direzione di una specializzazione ospedaliera medica o chirurgica, oppure verso la riconversione in strutture territoriali. Ad esempio, il 78% dei piccoli stabilimenti presenta, in media, una consistente quota di ricoveri ordinari appropriati e, allo stesso tempo, bacini di utenza che si avvicinano agli standard: si tratta di ospedali che potrebbero potenzialmente ricercare una loro specializzazione medica (59% del totale) o chirurgica (19%), diminuendo la frammentazione organizzativa, o anche orientarsi verso l'integrazione funzionale con gli stabilimenti di maggiori dimensioni.

Quasi un quarto dei piccoli ospedali per acuti (50) presenta invece un mix produttivo e un bacino di utenza che ne suggeriscono l'urgente riconversione a struttura territoriale poliambulatoriale per il day service o day surgery chirurgico, oppure per la realizzazione di ospedali di comunità focalizzati sulla post-acuzie e pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse.

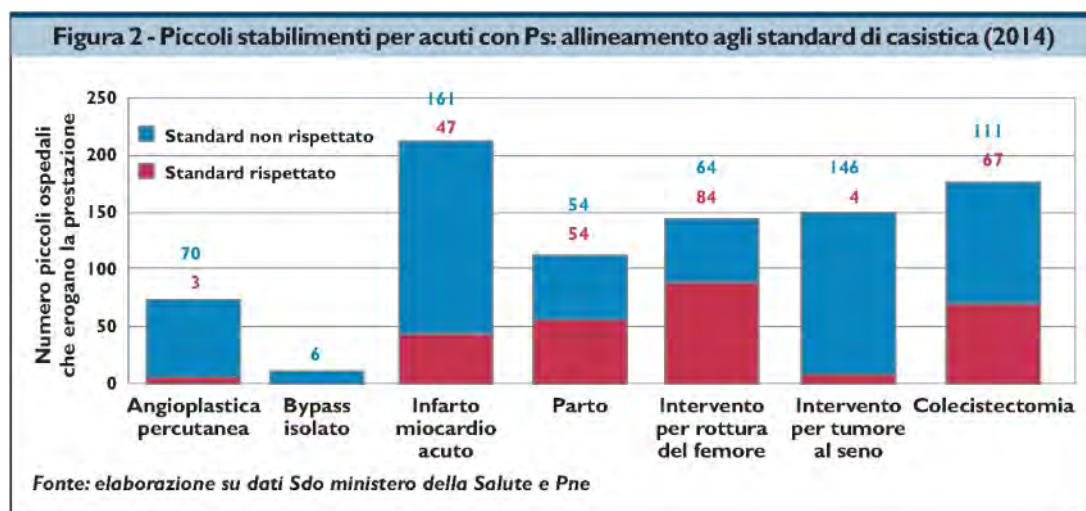
Il Dm 70 rappresenta una «sterzata» decisa nell'impostazione delle politiche ospedaliere nazionali e un prezioso strumento per il benchmarking e il proseguimento delle politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera. Tuttavia, potrebbe

beneficiare di alcuni aggiustamenti nelle logiche e negli indicatori di valutazione. Sarebbe ad esempio opportuno che gli standard di casistica ed esito si riferiscano a gruppi di prestazioni qualificanti più che a singoli interventi. O ancora, le soglie di casistica ed esito dovrebbero tenere in considerazione il ruolo dell'ospedale all'interno della rete e riferirsi all'équipe o almeno all'unità operativa (con il conseguente superamento della logica per stabilimento dei flussi informativi).

Le Regioni, applicando il decreto alle realtà locali, hanno l'opportunità di partire dai punti di forza della rete ospedaliera e territoriale per rivederne la fisionomia, iniziando dai piccoli stabilimenti legati alla rete dell'emergenza-urgenza e da un attento esercizio della funzione di committenza. Senza dimenticare che la riconversione mirata dei piccoli stabilimenti, a parità di attività ospedaliera complessivamente erogata, consentirebbe di concentrare i volumi, migliorare quali-quantitativamente la casistica dei presidi di base, degli Spoke e degli Hub e promuoverebbe un generale upgrade degli ospedali della rete.

* Cergas - Università Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 28 NOVEMBRE 2016

Medici stranieri in Italia. Sono più di 18mila. Più che raddoppiati in 15 anni. Ma il Ssn resta un miraggio

La maggior parte lavora nel privato e l'integrazione è ancora problematica. "Il privato è una scelta forzata, ha spiegato il presidente dell'Amsi che si riunisce a Congresso il 3 dicembre, dal momento che per partecipare ai concorsi pubblici è necessario avere la cittadinanza". Numerosi anche gli stranieri in altre professioni sanitarie come infermieri, fisioterapisti, odontoiatri e farmacisti.

Sono sia uomini che donne, in pari percentuale, e il loro numero è aumentato di oltre il 60% negli ultimi 15 anni. Si tratta dei medici di origine straniera che operano in Italia. Questi camici bianchi, dal 2011 ad oggi, sono passati da quasi 15mila unità a sfiorare le 18mila.

Come si sia evoluta la carriera di questi professionisti in Italia sarà uno dei temi del Congresso Amsi, l'associazione pioniera dell'integrazione tra i professionisti della salute, in programma il prossimo 3 dicembre a Roma, dalle ore 8.30 alle ore 15.30, presso la Clinica Ars Medica.

E' Foad Aodi, presidente di Amsi e membro della commissione Salute Globale della FNOMCeO a ripercorre le tappe di questa integrazione e collaborazione: "Oggi - ha spiegato - attraversiamo la terza fase dell'immigrazione dei medici e dei professionisti della Salute. Negli anni '60 venivano studenti di origine straniera a studiare in Italia. Il 40% dei laureati rimaneva a lavorare nel nostro Paese. La seconda fase dell'immigrazione è quella che abbiamo conosciuto dopo la caduta del muro di Berlino, con un'affluenza di medici e professionisti della Sanità già laureati nei loro Paesi, in particolare provenienti dai Paesi dell'Est - Russia, Romania, Moldavia, Albania e Polonia - Nella terza fase, che viviamo da 4 anni, arrivano meno studenti a causa del numero chiuso per l'immatricolazione ai corsi di laurea, ma i medici che lavorano in Italia sono in continua crescita con due cambiamenti importanti: è diminuita considerevolmente l'affluenza dai Paesi dell'Est ed è cresciuto il numero dei medici e professionisti della Salute che provengono dai Paesi arabi e sudamericani".

Nonostante le politiche di integrazione di Amsi vadano avanti da 16 anni ci sono ancora degli scogli da superare: la maggior parte dei medici stranieri in Italia opera solo nel privato: "una scelta forzata - ha spiegato il presidente dell'Associazione - dal momento che per partecipare ai concorsi pubblici è necessario avere la cittadinanza".

Cresce il numero di stranieri anche per le altre figure che ruotano intorno al mondo della sanità come infermieri, fisioterapisti, odontoiatri e farmacisti. Al primo posto ci sono gli infermieri, maggiormente dei Paesi dell'Est, che oggi hanno raggiunto le 37mila unità. I fisioterapisti, invece, sono più di 3.500 e provengono soprattutto dai Paesi arabi, africani e sudamericani. I farmacisti superano i 2000. Anche per queste professioni la situazione è la stessa dei medici: lavorano soprattutto nel privato perché non possono partecipare ai concorsi pubblici. Durante il Congresso sarà annunciata l'istituzione dell'Unione Medica Euromediterranea (UMEM) che conta già 35 membri tra Federazioni, Istituti, Associazioni e diverse realtà sanitarie dei Paesi Euromediterranei, tra i quali Amsi ed il movimento Uniti per Unire risultano soci fondatori.

Nonostante le difficoltà ancora da affrontare i membri Amsi si dicono orgogliosi del lavoro fatto finora: "abbiamo organizzato più di 500 Convegni di aggiornamento professionale - ha sottolineato Michele Baleanu, portavoce di Amsi di origine rumena - tutti volti alla cooperazione internazionale e alla conoscenza.

Continuiamo a fornire consulenze a tutti i professionisti italiani e di origine straniera attraverso i nostri sportelli Amsi, per il loro inserimento nel mercato del lavoro sia in Italia che all'estero - ha concluso - come hanno

dimostrato le recenti richieste di lavoro in Arabia Saudita, in Ecuador, in Qatar, nei Paesi arabi e africani che abbiamo divulgato".

Si della Camera alla manovra 2017 che va al Senato con tempi strettissimi e con l'incognita-referendum

Ballando col governatore-commissario

Commissariamenti: si torna all'antico - La sfida-biosimilari e i contratti a carico del Fsn

La bagarre sul ritorno ai governatori-commissari di se stessi in sanità. Il duello sui farmaci biosimilari. I piani di rientro più soft per gli ospedali in deficit. Le risorse per i rinnovi contrattuali che peseranno sul Fondo sanitario nazionale. E poi ancora un altro gruzzolo di modifiche e di finanziamenti. Supera il primo ostacolo della Camera la manovra 2017 con quel pacchetto-sanità che assegna al Fsn 113 mld, ma con molte somme vincolate. Mentre il Dpcm sui Lea attende i pareri parlamen-

tari per metà dicembre, non senza problemi al Senato. Proprio al Senato è stata subito spedita la legge di Bilancio 2017 dopo il sì di Montecitorio, con tempi d'approvazione ridotti al lumicino dato che il testo tornerà sicuramente in terza lettura alla Camera, giusto "sotto Natale". Ma con un'incognita pesantissima: l'esito del referendum del 4 dicembre che potrebbe letteralmente rovesciare il quadro politico. E pesare sul cammino della manovra.

MAGNANO A PAG. 6-7

Fiducia alla Camera dopo l'ok della Bilancio - Seconda lettura in tempi stretti al Senato

Manovra, salute e referendum

Il ritorno dei commissari-governatori - Sfida biosimilari e contratti nel Fsn

Il referendum costituzionale incombe e la manovra «acchiappa-sì» getta in mare le sue reti ma inizia anche a fare i conti con le prime limature. Il ritorno ai governatori-commissari di se stessi in sanità per strizzare l'occhio agli elettori campani e calabresi. Il duello sui farmaci biosimilari tra accesso alle cure, risparmi possibili e bonus all'industria. Piani di rientro più soft per gli ospedali in deficit. E poi ancora fondi per l'Alzheimer e continuità lavorativa (in salsa flessibile) per i ricercatori di Irccs e Izs. Resta scarso invece il pacchetto sul personale, con le risorse per i rinnovi contrattuali (poche) che peseranno sul Fondo sanitario nazionale e i sindacati medici che revocano lo sciopero del 28 novembre obtorto collo e a data da destinarsi, dopo la bocciatura del Garante. Supera così il primo ostacolo della Camera la manovra 2017 con un pacchetto-sanità che assegna al Fsn 113 mld, ma con molte somme vincolate. Mentre il Dpcm sui Lea attende i

pareri parlamentari per metà dicembre, non senza problemi al Senato. Proprio al Senato è stata subito spedita la legge di Bilancio 2017 dopo il sì di Montecitorio, con tempi d'approvazione ridotti al lumicino dato che il testo tornerà sicuramente in terza lettura alla Camera, giusto sotto Natale. Ma con un'incognita pesantissima: l'esito del referendum del 4 dicembre che potrebbe letteralmente rovesciare il quadro politico e pesare sul cammino e contenuti della manovra.

Dopo la maratona della Bilancio, venerdì scorso il Governo ha chiesto all'aula di Montecitorio la fiducia sul testo corretto, mentre il via libera della Camera è arrivato lunedì. Il testo poi approderà al Senato per la seconda lettura dove saranno affrontati i temi rimasti esclusi dal confronto alla Camera.

Ecco le principali novità sanitarie. Aumentano le risorse complessivamente stanziare per il pubblico impiego, portandole a 1920,8 milioni di euro (da 1.920) per il 2017 e a 2.633 milioni di euro (da 2.630) a decorrere dal 2018.

Riguardo la ripartizione della quota premiale prevista per le Regioni che incrementano l'efficienza dei servizi sanitari regionali, in caso di mancata presentazione del programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale, o se si riscontra una verifica negativa dell'attuazione annuale, la regione interessata subirà la perdita del diritto all'accesso alla quota per il 2017 e non in via permanente.

Si allentano le maglie sui piani di rientro degli ospedali-azienda fissando al 7 per cento dei ricavi o a 7 milioni di euro (invece che al 5 per cento e a 5 milioni di euro) il valore del disavanzo tra i costi e i ricavi quale presupposto per l'adozione e l'attuazione di un piano di rientro per le aziende ospedaliere o ospedaliero-universitarie, gli Irccs pubblici e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura.

Sono poi estese alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono al finanziamento esclusivamente con risorse dei propri bilanci, le disposizioni relative all'ob-

bligo di adozione e di attuazione di un piano di rientro e quelle riguardanti la riqualificazione degli enti del Servizio sanitario nazionale (art. 1, co. 524-536, L. n. 208/2015).

Con la contestata norma sui governatori-commissari - il cosiddetto emendamento «De Luca» sul quale il Governo ha tirato dritto nonostante le accuse e i voti contrari dell'opposizione e i malumori di molti deputati Pd - sono disapplicate le disposizioni della legge di stabilità 2015 sulle incompatibilità, dal primo gennaio 2015, della nomina a Commissario ad acta, per la gestione dei piani di rientro dei disavanzi sanitari regionali, con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale nei confronti delle regioni commissariate. La conseguenza politica diretta



è che i due governatori sotto la lente - **Vincenzo De Luca** e **Mario Oliverio** - potranno essere i commissari di se stessi per la sanità in Campania e in Calabria. Questo appunto in virtù della disapplicazione della norma della legge di Stabilità per il 2015, che proprio per necessità di trasparenza aveva impedito ai presidenti nominati dal 2015 di assumere quell'incarico, che oggi riveste soltanto il governatore del Lazio, **Nicola Zingaretti**, eletto però l'anno prima. Tutto spazzato via, si torna invece indietro. Anche se con un limite: i tavoli tecnici del Governo verificheranno ogni sei mesi l'equilibrio dei bilanci sanitari delle due Regioni e l'effettiva applicazione ed erogazione dei Lea (i livelli essenziali di assistenza sanitari), producendo una relazione ai ministri dell'Economia e della Salute da trasmettere Consiglio dei ministri. In caso di riscontro negativo e di mancata attuazione, in tutto o in parte, dei piani di rientro dai disavanzi il Consiglio dei ministri potrà nominare un nuovo commissario ad acta, estromettendo i governatori commissari.

Che cosa cambia per il pharma. Sul carattere di innovatività dei farmaci, discrimine fondamentale per accedere alle corsie preferenziali previste e per essere inclusi nei due fondi da 500 milioni istituiti dalla Manovra a partire dal 2017 per innovativi e oncologici innovativi si specifica che la determinazione del direttore generale dell'Aifa sui criteri per la classificazione dei farmaci innovativi, di quelli a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi, deve essere adottata previo parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica (Cts) dell'Aifa.

Sempre sul tormentato fronte farmaci la Commissione Bilancio ha puntato l'attenzione sui risparmi ottenibili dai biosimilari abbassando la base d'asta nei pubblici acquisti, ma non solo. L'obiettivo delle modifiche adottate dalla V è di razionalizzare la spesa per l'acquisto di farmaci biologici a brevetto scaduto e

per i quali siano presenti sul mercato i relativi farmaci biosimilari. Rispetto al testo originario, si chiarisce che il rapporto di biosimilarità tra un farmaco biosimilare e il suo biologico di riferimento può essere accertato anche dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), oltre che dall'European Medicine Agency (Ema), tenuto conto delle rispettive competenze (il testo originario attribuiva solo all'Ema tale potere di accertamento, necessario a stabilire la sussistenza del rapporto di biosimilarità).

Nuove regole per le procedure pubbliche di acquisto per i farmaci biosimilari. In particolare devono essere utilizzati accordi quadro con tutti gli operatori economici quando i medicinali sono più di tre (precedentemente non era indicato alcun numero minimo dei medicinali a base del medesimo principio attivo per i quali attivare le procedure pubbliche di acquisto mediante accordi quadro); inoltre la base d'asta dell'accordo quadro non è più il prezzo massimo di cessione del farmaco biologico di riferimento, come nel testo originario del comma, e non è neanche più il prezzo medio di cessione del farmaco biologico di riferimento (come era scritto nell'emendamento del relatore, nella frase soppressa dal subemendamento del M5S) ma diventa - secondo le normative vigenti - quello medio di mercato dei farmaci generici biosimilari.

Al medico prescrittore resta l'ultima parola. Viene eliminata la specifica che non occorre l'obbligo di motivazione da parte del medico, che è (comunque) libero di prescrivere il farmaco tra quelli inclusi nella procedura pubblica di acquisto, in base al principio della continuità terapeutica applicata ai pazienti.

In caso di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare di un farmaco biologico durante il periodo di validità del contratto di fornitura si allungano i tempi a disposizione dell'ente appaltante - da 30 a 60 giorni a partire dal momento

dell'immissione in commercio di uno o più farmaci biosimilari contenenti il medesimo principio attivo - per aprire il confronto concorrenziale tra questi e il farmaco originatore di riferimento.

Altra novità importante per l'Alzheimer, sfida cruciale per la cronicità. In sede di revisione dei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze (300 mln) è compresa la condizione delle persone affette dal morbo di Alzheimer.

Pacchetto in stand by per i medici. Nel nuovo testo licenziato da Montecitorio non si sono viste le modifiche chieste dai camici bianchi e promesse ai sindacati dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**. Non a caso le sigle dell'intersindacale medica, sanitaria e veterinaria dopo lo stop della Commissione di garanzia sull'attuazione degli scioperi nei servizi pubblici essenziali si sono riservati la possibilità di incrociare le braccia in altra data.

Cosa cambia per il personale nel testo approvato dalla Camera? Con l'obiettivo di garantire continuità delle attività di ricerca, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) e gli Istituti zooprofilattici sperimentali (Izs), in deroga a quanto disposto dal Jobs act, potranno continuare ad avvalersi del personale addetto alla ricerca, appartenente sia all'area dei ricercatori, sia all'area professionalità della ricerca, assunto con contratti flessibili, in servizio presso detti enti alla data del 31 dicembre 2016. «Infatti, a decorrere dal 1° gennaio 2017 - spiega la Commissione Bilancio della Camera - anche le pubbliche amministrazioni non potranno più stipulare contratti di collaborazione che si concretano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro. Pertanto, nelle more della revisione dell'accesso all'attività di ricerca, delle modalità di inquadramento del relativo personale e delle

diverse possibili tipologie contrattuali, la norma in esame consente agli Irccs e agli Izs di continuare ad avvalersi del personale già in servizio».

Per i rinnovi contrattuali, infine, si vincola una quota del Fondo sanitario nazionale per la copertura degli oneri (come rideterminati dall'apposito Dpcm per l'aggiornamento dei criteri di determinazione degli oneri per la contrattazione collettiva 2016-2018) per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Ssn. Il vincolo opera dalla data di adozione del Dpcm di ripartizione dell'istituendo Fondo per il pubblico impiego (di cui all'articolo 52, comma 2).

Buone notizie per la Croce rossa. Sono infatti in arrivo ottanta milioni nel 2017 per ridurre il debito con le banche. Un emendamento presentato dal relatore autorizza l'iscrizione, su un apposito fondo dello stato di previsione del Mef, di una somma pari a 80 milioni di euro finalizzata alla riduzione del debito dell'ente strumentale Croce rossa nei confronti del sistema bancario (ivi compresa l'anticipazione bancaria in essere al 28 febbraio 2017).

«Si prevede che l'erogazione della somma - spiegano i tecnici della Camera - sia subordinata a una istanza congiunta del presidente e dell'amministratore dell'ente, corredata da un'apposita deliberazione dell'Ente e dalla certificazione della posizione debitoria netta dello stesso asseverata dal collegio dei revisori dei conti».

Novità infine anche per l'Inail. Con Dpcm da adottare entro il 30 giugno 2017, su proposta del ministro della Salute, di concerto con il ministero del Lavoro, «sono individuate le iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, anche con riferimento alle sinergie tra i servizi sanitari regionali e l'Inail, valutabili da quest'ultimo nell'ambito dei propri piani triennali 2016-2018 di investimento immobiliare».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nord, Sud e Costituzioni

Perché solo in alcune Regioni le persone affette da sarcoidosi sono esenti da ticket? Perché l'analgesia epidurale al momento del parto non è garantita senza oneri per l'assistita in tutto il Paese? Perché lo screening neonatale per la sordità congenita è riconosciuto e organizzato solo in alcuni ospedali? Perché la sanità pubblica di molte regioni non eroga gratuitamente le prestazioni per la procreazione medicalmente assistita? Perché gli ex internati nei manicomi giudiziari beneficiano in alcune regione di una assistenza rispettosa della dignità a cui

tutti hanno diritto, mentre altri sono ancora segregati nei manicomi che la legge ha chiuso da tempo? Molte sono le domande che potremmo porci per cercare di capire come si può migliorare l'accesso ai servizi sanitari su tutto il territorio nazionale. Ma nonostante le sommarie affermazioni di molti osservatori, la risposta a tali quesiti non ha nulla a che vedere con la Costituzione vigente, bensì con la sua corretta attuazione.

DIRINDIN A PAG. 7

ASPETTANDO IL 4 DICEMBRE

«Quello che non funziona... ma le colpe non sono della Costituzione»

Le inefficienze nelle politiche sanitarie hanno responsabilità diffuse

La soppressione della legislazione concorrente porterà caos

Perché solo in alcune Regioni le persone affette da sarcoidosi sono esenti da ticket? Perché l'analgesia epidurale al momento del parto non è garantita senza oneri per l'assistita in tutto il Paese? Perché lo screening neonatale per la sordità congenita è riconosciuto e organizzato solo in alcuni ospedali? Perché la sanità pubblica di molte regioni non eroga gratuitamente le prestazioni per la procreazione medicalmente assistita? Perché gli ex internati nei manicomi giudiziari beneficiano in alcune regione di una assistenza rispettosa della dignità a cui tutti hanno diritto, mentre altri sono ancora segregati nei manicomi che la legge ha chiuso da tempo?

Molte sono le domande che potremmo porci per cercare di capire come si può migliorare l'accesso ai servizi sanitari su tutto il territorio nazionale. Ma nonostante le sommarie affermazioni di molti osservatori, la risposta a tali quesiti non ha nulla a che vedere con la Costituzione vigente, bensì con la sua corretta attuazione.

L'offerta di servizi nelle regioni è differente principalmente perché il livello centrale per molti anni:

a) non è stato in grado di esercitare le competenze che detiene in via esclusiva, in particolare non è riuscito ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza (Lea), ancora fermi a quelli del 2001, nonostante la materia sia attribuita in via esclusiva allo Stato (ma finalmente siamo prossimi a un aggior-

namento),

b) non ha saputo dotarsi di un sistema di monitoraggio del rispetto dei diritti dei cittadini, utile a segnalare con tempestività le carenze più gravi sui territori, nonostante la materia sia di competenza dello Stato e

c) non è riuscito a dare attuazione all'articolo 120 della Costituzione vigente, il quale prevede che il Governo possa esercitare poteri sostitutivi nei confronti delle Regioni qualora lo richieda «la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali».

In breve, molte delle debolezze sono, purtroppo, ascrivibili al livello centrale.

Come prevedibile, a fronte dei ritardi e delle inerzie dello Stato, le regioni hanno reagito in modo differente. Le Regioni tecnicamente e politicamente più attrezzate hanno provveduto autonomamente, avanzando con speditezza lungo il sentiero della qualificazione e dell'innovazione, anche a prescindere dal livello di competenze legislative loro assegnate: hanno garantito a loro spese prestazioni innovative non comprese fino a oggi nei Lea (come l'epidurale o il riconoscimento di alcune malattie rare), hanno adottato linee guide per la somministrazione di farmaci ai bambini a scuola (mentre il livello centrale non lo ha ancora fatto), hanno diffuso l'impiego dei farmaci generici (risparmiando cifre importanti) ecc.

Al contrario, le Regioni meno attrezzate, per di più storicamente in cammino da punti di partenza più arretrati, si sono mosse lentamente e con scarsa capacità innovativa, e di conseguenza hanno visto aumentare il loro divario. Ancora.

Le Regioni più mature hanno capito che il loro compito era rispondere ai bisogni dei cittadini e non solo adempiere alle norme statali o anticipare i monitoraggi centrali



(peraltro piuttosto insoddisfacenti), mentre le regioni più in ritardo hanno confidato nella clemenza dei controlli statali, senza grande attenzione ai reali bisogni delle persone, in particolare dei più deboli.

Non che le Regioni non abbiano responsabilità anche gravi rispetto alla tutela della salute, soprattutto negli ultimi anni, ma ciò che è mancato è la testimonianza e l'intervento di chi doveva mostrarsi garante dei diritti dei cittadini, evitando di far crescere un terreno fertile per le inadeguatezze dei livelli inferiori di governo.

Non sono mai stata una sostenitrice del decentramento e, in tempi non sospetti, ho espresso preoccupazione circa i rischi del federalismo fiscale, ma le responsabilità imputate in questo momento alle Regioni mi paiono francamente generiche e spropositate. Vero è che alcune amministrazioni regionali si sono mostrate inadeguate rispetto al ruolo di "tutela della salute" loro attribuito dalla Costituzione vigente, ma è altrettanto vero che il livello centrale si è mostrato in alcuni casi ugualmente inadeguato.

Valga per tutti l'esempio della chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari, più volte rinviata da Parlamento e Governo capaci solo di prendere atto dell'indifferenza delle regioni nei confronti di una norma di civiltà; quando poi il processo di superamento ha avuto inizio, grazie all'impegno della Commissione Sanità del Senato e del sottosegretario alla Salute, il Governo ha aspettato ben 11 mesi prima di commissariare le regioni inadempienti, dimostrando una timidezza scoraggiante nonostante il commissariamento fosse espressamente previsto dalla legge.

E questo non è che uno dei tanti esempi di scarsa responsabilità a tutti i livelli di governo, rispetto ai quali cambiare la Costituzione non è utile, anzi rischia di distrarre l'attenzione dalle reali cause delle inerzie e di rinviare ulteriormente i problemi.

Anche la soluzione della soppressione della legisla-

zione concorrente (comma 3 dell'articolo 117) pare critica. Le competenze dello Stato in materia di "tutela della salute" passano infatti dalla determinazione dei "principi fondamentali", dell'attuale ordinamento, alla determinazione delle "disposizioni generali e comuni", come proposto dalla riforma sottoposta a referendum.

Tale passaggio non può che essere considerato insoddisfacente. Per evitare incertezze e contenziosi si sarebbe potuto fare riferimento alle categorie giuridiche già presenti nella Costituzione e sulle quali la Corte costituzionale si è già espressa più volte: i principi fondamentali (che informano altre norme) e le norme generali (che devono essere applicate in modo unitario e uniforme in tutto il territorio).

Le disposizioni generali e comuni sono al contrario una vera e propria novità, introdotta - su richiesta delle Regioni - per evitare scelte delicate e potenzialmente divisive al solo scopo di rinviare al futuro la decisione.

La delimitazione del perimetro delle disposizioni generali e comuni resta tuttavia incerta ed è lasciata alle future decisioni di Governi e Parlamento. In ogni caso l'applicazione della nuova formulazione richiederà tempo, interpretazioni e ulteriori pronunciamenti della Corte. Un po' poco per una riforma che avrebbe dovuto superare la legislazione concorrente perché imputata di essere responsabile, secondo un'analisi in verità molto sommaria e in gran parte infondata, del contenzioso fra Stato e Regioni e delle differenze interregionali nell'assistenza erogata.

Anche per queste ragioni, ritengo doveroso votare No.

Nerina Dirindin

Senatrice Pd,

commissione Igiene e Sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I FISICI MEDICI PROMUOVONO L'APPLICAZIONE DELLA DIRETTIVA EURATOM 2013/59

Radiazioni oltre i limiti: alleanza con i pazienti

SABINA STROCCHI *

L'Associazione italiana di Fisica medica (Aifm) con i suoi soci che sono per lo più fisici medici che lavorano nei principali ospedali italiani, sta lavorando per rendere realizzabile la direttiva europea Euratom 2013/59. Questa direttiva infatti stabilisce che i pazienti dovranno trovare nel referto un'informazione sulla quantità di radiazioni a cui sono stati sottoposti nel corso di un esame radiologico o medico nucleare. L'Italia, come tutti gli Stati dell'Unione europea, dovrà recepirne da febbraio 2018. La valutazione delle dosi da radiazioni assorbite dai pazienti è un compito specifico del fisico medico, ma, per poter comunicare in tutti i referti radiologici un dato significativo come questo, bisogna organizzare procedure operative e disporre di software adeguati, come anche effettuare verifiche sull'accuratezza dei dati valutati, archiviati e comunicati. Da un lato, quindi, c'è la necessità di valutare un numero, con la sua specifica accuratezza, che ha un valore scientifico e tecnico ben definito, ma dall'altro bisogna anche comunicare un'informazione corretta ma significativa ai non addetti ai lavori, come i pazienti.

Come si traduce un dato tecnico, come la quantità di radiazioni, espressa in milliSievert, in un'informazione comprensibile per i pazienti? Come si deve comunicare per far capire l'importanza di proteggersi da quantità troppo elevate di raggi X, come prevede la stessa direttiva europea? Un recente studio finlandese pubblicato su *European Radiology* (L. Ukkola, et al. "Information about radiation dose and risks in connection with radiological examinations: what patients would like to know") ha proprio affrontato questo problema. Infatti la quantità di radiazioni impartita a un paziente può essere espressa in molti modi diversi. Esistono grandezze calcolate direttamente dall'apparecchiatura radiologica, che però sono specifiche della singola tecnologia (Tac, radiografia, ortopantomografia).

Il loro difetto è che non sono confrontabili fra loro. Esistono grandezze derivate che esprimono il rischio radiologico, come la dose efficace. Ma tutte queste grandezze sono "numeri" ben poco espressivi per i non addetti ai lavori. Gli studiosi finlandesi hanno chiesto a un campione di pazienti, che erano stati sottoposti a esame radiologico, come preferivano

che fosse loro comunicata la dose da radiazioni.

Le possibilità erano: con un sistema grafico tipo "numero di stelletto" (da 0 a 3), su una scala nominale (nessuna, bassa, media...), come dose efficace in milliSievert, con il numero di radiografie del torace corrispondente, con il periodo di radiazioni di fondo naturale corrispondente, con il numero di voli intercontinentali corrispondente (infatti i voli intercontinentali espongono a una quantità di radiazioni cosmiche superiore che sulla superficie terrestre, perché minore è lo spessore di atmosfera che la schermata). Hanno chiesto loro, fra l'altro, se volevano essere informati su questi aspetti. I pazienti hanno risposto di essere interessati a questo tipo di informazioni, ma non hanno mostrato di gradire né le grandezze fisiche (dose efficace), né le analogie numeriche con radiografie del torace, fondo naturale o altro. Le scale preferite sono state quella grafica e quella nominale.

I pazienti in pratica sono sensibili al tema della prevenzione e della protezione dalle dosi eccessive di raggi X, ma chiedono di ricevere informazioni semplici, comprensibili, non tecniche. Non possiamo dare per scontato che gli italiani rispondano come i finlandesi, ma è normale aspettarsi che questo bisogno di semplicità sia lo stesso anche per i pazienti nel nostro Paese.

Come conciliare allora i complessi dati tecnici sui raggi X con la necessità di semplificare e di sensibilizzare sulla prevenzione i pazienti e i medici non esperti in radiazioni come richiesto dalla stessa direttiva europea? I fisici medici possono avere un ruolo importante in tal senso: oggi siamo impegnati nell'organizzazione di corsi di formazione in tutta Italia rivolti ai medici e operatori della sanità, proprio sul tema della direttiva e sulle radiazioni assorbite dai pazienti.

L'obiettivo è incontrare e formare i medici non esperti in radiazioni ionizzanti che hanno però il compito di prescrivere gli esami radiologici e di medicina nucleare. In attesa di conoscere nel dettaglio come sarà recepita la direttiva europea in Italia, i pazienti devono sapere che il fisico medico già oggi è un punto di riferimento, la figura professionale che può aiutarli a interpretare correttamente le informazioni, in caso di dubbi.

* commissione Pubbliche relazioni
Aifm ospedale di Circolo
e fondazione Macchi Varese

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INSIDIA DEI SUPERBUGS

I batteri che resistono agli antibiotici ci costano 10 miliardi di dollari

■ Gli antibiotici sono sempre meno efficaci. Lo diceva già 70 anni fa il biologo Alexander Fleming, che ritirando il Nobel ammise: «Non è difficile creare microbi resistenti in laboratorio, è sufficiente esporli a concentrazioni di antibiotico insufficienti a ucciderli... L'uomo può facilmente sottodosare il farmaco facilitando il fenomeno della resistenza». E aveva ragione: più l'uso degli antibiotici è aumentato, più i batteri hanno sviluppato le difese. Tra questi c'è il superbug, un superbatterio resistente agli antibiotici tradizionali.

Nell'ultimo rapporto sulla Salute pubblicato la scorsa settimana dall'Ocse si legge che in Italia si fa un uso eccessivo di antibiotici, il 25 per cento in più rispetto alla media europea: «Questo rappresenta un problema per la salute degli italiani stessi e di quanti invece non usano questo tipo di farmaco. Tutti si ammalano perché aumenta la diffusione di ceppi batterici resistenti», scrive l'Ocse. Di conseguenza questo fenomeno «riduce l'efficacia di terapie convenzionali, prolungando i periodi di malattia, aumentando il rischio di decesso e le spese della Sanità. L'Organizzazione mondiale della salute stima che il costo totale del trattamento di tutte le infezioni resistenti agli antibiotici in ospedale è di circa 10 miliardi di dollari all'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL REPORTAGE FECONDAZIONE ETEROLOGA

Il viaggio degli ovuli dalla Spagna

«Ho 60 contratti con cliniche italiane»

A Marbella col team della prima banca di ovociti d'Europa. La donatrice: felice di aiutare

La compatibilità

«Da voi oltre 100 richieste al mese
Il computer seleziona la donatrice
più compatibile dal punto
di vista immunologico e fisico»

dalla nostra inviata a Marbella (Spagna)
Simona Ravizza

Il viaggio degli ovuli che permette alle coppie italiane di avere un figlio con la fecondazione eterologa inizia in avenida Severo Ochoa, un viale di Marbella a due passi dal mare, tra i tavolini all'aperto dei bar che vendono tapas e i ristoranti che servono gazpacho e salmorejo. Sulla facciata di un palazzo bianco, di fianco alle gigantografie di donne incinte e neonati, sventa un cartellone: «Hazte donante de óvulos. Tu generosidad será compensada». Diventa donatrice di ovociti. La tua generosità sarà ricompensata. Dal 2012 a oggi all'appello hanno risposto milletrecento donne spagnole, tra i 18 e i 30 anni: «Ho ricevuto un compenso economico di mille euro — racconta una studentessa di psicologia, 21 anni, in arrivo da Malaga —. Ma i soldi non sono stati una delle motivazioni. Il fatto è che una mia familiare stretta ha avuto problemi ad avere un bimbo...». Sono giovani come lei che forniscono gli ovuli a un'Italia dove, a due anni e mezzo dalla sentenza della Corte costituzionale che fa cadere ogni divieto, non ci sono donatrici.

In avenida Severo Ochoa si trova Ovobank, la prima banca di ovociti in Europa, il principale punto di riferimento degli ospedali e delle cliniche italiane. La sua avanzata (e il suo business) nel nostro Paese sta crescendo a un ritmo sorprendente: sulla scrivania del proprietario di Ovobank, Enrique Criado Scholz, ci sono 20 contratti in attesa di firma che vanno ad aggiungersi ai 40 già attivi (tra cui il Careggi di Firenze e Pordenone). È un venerdì mattina di novembre e a Marbella è una giornata come qualsiasi altra: sui computer del Dipartimento internazionale compaiono una dopo l'altra richieste da Milano, Bologna, Padova e Roma. Nelle email in arrivo vengono specificate le caratteristiche delle donne che vogliono provare ad avere un bimbo con il seme del partner ma l'ovocita di una donatrice: età, gruppo sanguigno, altezza, tipo di pelle, colore dei capelli e degli occhi. «Riceviamo tra le 100 e le 150 richieste dall'Italia ogni mese — spiega Adelaida Gonzales Vazques —. Il nostro programma informatico seleziona automaticamente la donatrice più compatibile dal punto di vista immunologico e fisico». Così sui 600-700 ovuli prelevati e congelati mensilmente nei laboratori, oltre il 60% è diretto nel nostro Paese. Ci arrivano con un

viaggio in auto di due giorni o un volo aereo. Ogni consegna, sei-sette ovociti per paziente, vale tremila euro. «Non è una vendita di materiale biologico (vietata per legge, ndr) — chiarisce Criado Scholz —. È un compenso per il processo di ricerca della donatrice, stimolazione, prelievo e vetrificazione degli ovociti».

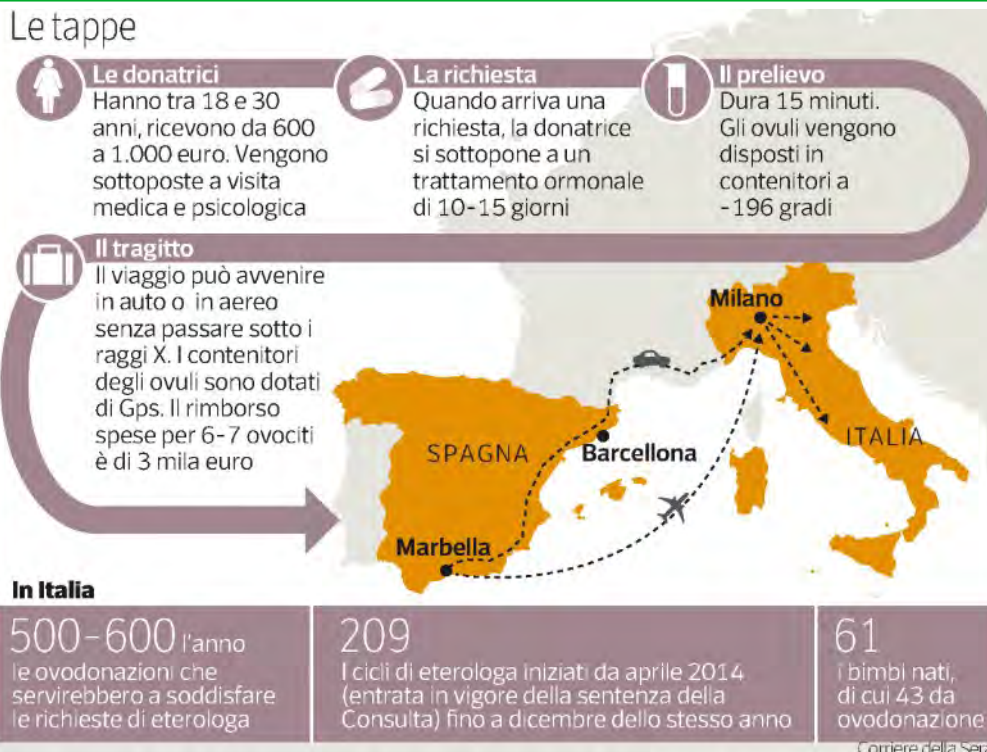
Il lavoro più difficile è trovare le *mujeres donantes* che vengono sottoposte a visita psicologica, ginecologica e analisi del sangue. Una volta selezionate, come la studentessa di Malaga, non resta che aspettare. Solo quando il *matching* viene portato a termine, ossia va a segno l'abbinamento tra chi è disposta a donare e chi vuole ricevere, s'inizia il procedimento vero e proprio: «La donatrice si sottopone a un trattamento ormonale di 10-15 giorni, con punture nella pancia che si farà lei stessa a casa — spiega Ana Yus Castán, coordinatrice della Banca —. La giovane viene contemporaneamente una decina di volte alla clinica per i controlli ecografici». Di qui il rimborso spese: «Non è una cosa semplice, bisogna perdere giorni di lavoro o di studio — ammette Criado Scholz —. Noi diamo la somma prevista dalla Società spagnola di fertilità: dai 600 ai mille euro».

I minuti che precedono l'ingresso in sala operatoria per il prelievo degli ovuli sono il momento più delicato. Ginecologa e infermiere fanno sentire tutto il loro calore umano alla *chica* prima che venga addormentata: l'intervento dura una quindicina minuti (il risveglio avviene subito dopo e le dimissioni sono in giornata). Gli ovociti sono passati al laboratorio, collegato alla Chirurgia, dove gli embriologi li congelano nel giro di poche ore e li ripongono in crio-contenitori ad azoto liquido a -196 gradi.

Tutto è pronto per il viaggio in Italia. Il sabato mattina, il giorno della settimana scelto per le partenze, quattro al mese, speciali casse rosa con la scritta Ovobank vengono sistemate in auto. A bordo stavolta ci sono 180 ovociti, per 30 pazienti italiane. È un carico da 90 mila euro. L'alternativa è un volo aereo (evitando il passaggio sotto i raggi X). «In ogni caso la consegna è fatta a mano — rimarca Criado Scholz —. Lunedì mattina arriveremo a Milano, poi a Padova, Bologna e Roma». Un'app installata sul cellulare permette di monitorare la posizione Gps dei contenitori lungo tutto il tragitto. La studentessa di Malaga, il cui anonimato è obbligatorio per legge, sembra davvero felice: «Ero molto nervosa, ma ho sentito una grande emozione. Penso che non potere essere madre sia una sofferenza. Per questo è stato un piacere aiutare donne che prima non riuscivano ad avere un figlio e ora ci potranno provare».

sravizza@corriere.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA





Il video
L'inchiesta sul viaggio degli ovuli è anche su Corriere.it. Qui a fianco, due momenti del video: la testimonianza della donatrice e i contenitori con gli ovuli

DEMOGRAFIA DA INCUBO

In Italia culle meno vuote grazie alle coppie non sposate

*Nel 2015 ancora -17mila neonati rispetto al 2014
Così il nostro Paese rischia di giocarsi il futuro*

IL CASO

di **Francesca Angeli**
Roma

Italia: un paese surgelato. Sembrava impossibile che le cose potessero andare peggio invece la fiducia dei consumatori e delle imprese è ancora diminuita ed i dati conclusivi sul 2015 forniti dall'Istat confermano un ulteriore calo delle nascite.

I bambini nati nel 2015, 485.780, sono 17.000 in meno rispetto al 2014. Il tasso di fecondità scende a 1,35 per donna. Ma attenzione: se si separa il dato tra donne italiane e donne straniere il tasso delle prime scende a 1,27 mentre per le straniere è un pochino più alto 1,97.

Tutti i dati forniti dall'Istat sono drammaticamente precedenti dal segno meno. È vero che aumentano i figli che nascono al di fuori del matrimonio. Un nato su tre è figlio di coppie non sposate, quasi 140 mila nel 2015, ovvero il 28,7 per cento del totale delle nascite, addirittura il 31 per cento se si guarda soltanto al Centro-Nord. Ma i nati all'interno del matrimonio continuano a diminuire sensibilmente, nel 2015 sono 346.169, meno 120 mila in soli 7 anni. In assoluto

le nascite calano ancora e la crisi morde anche gli stranieri: meno 3.000 rispetto al 2014. Dal 2008, anno in cui è esplosa la crisi, le nascite sono calate di 91.000 unità. Un crollo dovuto soprattutto alle coppie formate da due genitori italiani. Solo 385.014 nascite nel 2015, oltre 95 mila in meno negli ultimi sette anni. Per l'Istat questo accade perché in assoluto diminuiscono anche le donne italiane e sono anche sempre meno propense ad avere figli.

E per il secondo anno si conferma l'inversione di tendenza in negativo anche per i nati con almeno un genitore straniero. Sono quasi 101 mila nel 2015, pari al 20,7 per cento del totale dei nati. E prosegue pure il trend negativo per i nati da genitori entrambi stranieri, nel 2015 scendono a 72.096. In leggera flessione anche la loro quota sul totale delle nascite, 14,8.

Calano i bimbi che nascono da una coppia sposata per l'ovvio motivo che ci si sposa sempre meno. Nel periodo che va dal 2008 al 2015 sono stati registrati circa 52 mila matrimoni in meno.

E le donne fanno i figli sempre più tardi. L'8,3 per cento dei nati nel 2015 ha una madre di almeno 40 anni, il 10,3 una sotto i 25 anni di età. Un

dato che cresce se si guarda alle sole madri italiane. Tra loro il 9,3 ha più di 40 anni, quota che supera quella delle madri con meno di 25 anni, 8,2.

Certamente anche la crisi economica pesa sulle famiglie e l'idea dei costi da sostenere per mantenere e crescere un figlio spaventano le coppie. L'Istat infatti segnala come sia ancora calata in questo mese la fiducia dei consumatori anche se di poco da 108 di ottobre a 107,9. Tra le componenti del clima di fiducia dei consumatori il clima economico si mantiene abbastanza stabile, da 127,3 a 127,2, mentre la componente futura segna il passo con una diminuzione e ritorna sul livello medio registrato in luglio e agosto, da 114,3 a 113,7.

A contribuire al calo delle nascite ci sono anche fattori di salute. Il professor Ermanno Greco, direttore del Centro di medicina e biologia della riproduzione, *European Hospital* di Roma, ricorda come quindici coppie su cento siano infertili e nella metà dei casi dipenda dall'uomo che tende a trascurare la propria salute riproduttiva. A 18 anni, sottolinea Greco, già il 25-30 per cento dei giovani presenta patologie che potranno condizionare la sua possibilità di avere figli da adulto.

PRIMIPARE TARDIVE

Le donne partoriscono più tardi: solo il 10,3% prima dei 25 anni

INFERTILITÀ

Circa il 15% delle coppie soffrono di infertilità. Anche a causa dei maschi



CLASSIFICHE

Francesco (come il Papa) e Sofia i nomi preferiti dai neo genitori

Francesco e Sofia vanno per la maggiore: sono i nomi preferiti dai neo genitori, rispettivamente con 8.763 e 7.191 iscrizioni. Lo dice il rapporto Istat sulla rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita riferiti al 2015. Da rilevare che ci sono circa 30mila nomi diversi per i maschi e altrettanti per le femmine (includendo sia i nomi semplici sia quelli composti). Ma nonostante questo gran numero di nomi maschili e femminili, la distribuzione del numero di bambini secondo il nome rivela un'elevata concentrazione intorno ai primi 30 nomi in ordine di frequenza, che complessivamente coprono il 46% di tutti i nomi attribuiti ai bambini e quasi il 40% di quelli delle bambine. A livello nazionale si conferma il primato del nome Francesco che si è rafforzato tra il 2013 e il 2014 ed è verosimile che sia legato alla elezione di Papa Bergoglio. Il secondo nome maschile più frequente è Alessandro, seguito da Mattia. Per le bimbe, Sofia, Aurora e Giulia (nell'ordine i primi tre posti) si staccano decisamente da tutti gli altri nomi.

I numeri

485.780

In nati in Italia nel 2015, 17mila in meno rispetto all'anno precedente. La decrescita è continua

1,35

Il tasso di fertilità delle donne: per le italiane è di 1,27 figli ciascuna, per le straniere sale all'1,97

28,7

La percentuale di bambini nati da coppie non sposate, dato che sale al 31 per cento nel solo Centro-Nord

8,3

La percentuale di bambini nati nel 2015 da una madre di almeno 40 anni. Solo il 10,3 da una «under 25»

Il quadro Istat sulla natalità in calo nel Belpaese

Anche gli stranieri ora fanno meno figli

E gli italiani scendono di 17.000 unità in un anno

Le più prolifiche

Al primo posto ci sono le romene
Seguono marocchine e albanesi

I nomi più diffusi

Per i maschi Francesco
Per le femmine Sofia

Marzio Laghi

■ Gli italiani non si riproducono. E anche gli stranieri lo fanno meno di prima. È il quadro che emerge dai dati Istat sulla natalità nel Belpaese. Nel 2015 sono stati iscritti all'anagrafe per nascita 485.780 bambini, quasi 17mila in meno rispetto al 2014, a conferma della tendenza alla diminuzione della natalità (-91 mila nati sul 2008). Il calo è attribuibile principalmente alle coppie di genitori entrambi italiani. I nati da questa tipologia di coppia scendono a 385.014 nel 2015 (oltre 95 mila in meno negli ultimi sette anni). Il calo riguarda però anche i figli di genitori stranieri: nel 2015 scendono a 72.096 (quasi 3 mila in meno rispetto al 2014). In leggera flessione anche la loro quota sul totale delle nascite (pari al 14,8%). Per il secondo anno consecutivo scende anche il numero di nati con almeno un genitore straniero: sono quasi 101 mila nel 2015, pari al 20,7% del totale dei nati a livello medio nazionale (circa il 29% nel Nord e solo l'8% nel Mezzogiorno).

Considerando la cittadinanza delle madri straniere, al primo posto per numero di figli iscritti in anagrafe si confermano le donne rumene (19.123 nati nel 2015), seguite da marocchine (11.888), albanesi (9.257) e cinesi (4.070). Queste quattro comunità raccolgono il 47,0% delle nascite da madri straniere residenti in Italia. La flessione dei nati è in parte effetto del forte calo della nuzialità registrato nello stesso periodo (circa 52 mila nozze in meno tra il 2008 e il 2015). I nati all'interno del matrimonio continuano a diminuire sensibilmente, nel 2015 sono 346.169 (quasi -120 mila in soli

7 anni). I nati da genitori non coniugati (quasi 140 mila nel 2015) sono, invece, sempre in crescita. Rappresentano il 28,7% del totale delle nascite superando il 31% al Centro-Nord.

La tendenza alla forte diminuzione delle nascite avviata a partire dal 2009 interessa tutte le aree del Paese: è marcata anche nelle regioni del Nord e del Centro che avevano sperimentato negli anni precedenti una fase di moderata ripresa della natalità e della fecondità.

«Dai miei studi, sull'andamento della natalità che risalgono alla fine degli anni '90, si evidenzia come questo segua l'andamento dell'economia reale - spiega ordinario di pediatria della Libera Università degli studi di scienze umane e tecnologiche di Malta - il brusco calo degli ultimi anni è stato determinato dalla crisi economica. La diminuzione di nati ha però un aspetto positivo, in quanto è spia di una programmazione e del fatto che oggi i genitori vogliono garantire una stabilità economica ai figli e la prima prevenzione in pediatria si attua evitando le gravidanze indesiderate e privilegiando quelle consapevoli».

Tra i nuovi nati la «classifica» 2015 dei nomi più diffusi va a Francesco e Sofia. A livello nazionale si conferma il primato del nome Francesco, che si è rafforzato tra il 2013 e il 2014 in seguito, verosimilmente, all'elezione del Papa. Il secondo nome più frequente è Alessandro, seguito da Mattia. Per le bambine, Sofia, Aurora e Giulia (rispettivamente i primi tre posti), si staccano decisamente da tutti gli altri nomi, rivela sempre l'Istat.

Nonostante ci siano circa 30 mila nomi diversi per i maschi

e altrettanti per le femmine (includendo sia quelli semplici sia quelli composti), la distribuzione del numero di bambini secondo il nome rivela un'elevata concentrazione intorno ai primi 30 nomi in ordine di frequenza, che complessivamente coprono il 46% di tutti i nomi attribuiti ai bambini e quasi il 40% di quelli delle bambine. E sebbene la scelta del nome sia in parte legata alla cultura, alla religione (nomi di santi, di patroni) e alle tradizioni radicate nei singoli ambiti territoriali, si nota una forte concentrazione dei nomi a prescindere dalle singole realtà territoriali. A livello territoriale, Francesco è il primo nome in 9 regioni italiane, tutte del Centro-Sud; Alessandro, il secondo nome prevalente in Italia, è primo a livello regionale solo in Emilia Romagna e nelle Marche. Leonardo, quinto nella graduatoria nazionale, raggiunge il primato in 5 regioni, tutte del Nord Italia. Il nome Giuseppe che è stato per anni saldamente al primo posto in Sicilia, torna a primeggiare dopo l'eccezione dello scorso anno in cui lo aveva superato Francesco.

Per quanto riguarda le bambine, Sofia, è il nome più frequente in più della metà delle regioni italiane (14), prima scelta in tutte le regioni del Centro-Nord, ad eccezione della provincia autonoma di Bolzano in cui primeggia il nome Anna. Il nome Giulia, secondo lo scorso anno e primo nome per lungo tempo, quest'anno, pur essendo terzo sul podio, non figura come prima scelta in alcuna regione italiana.



Facciamo sempre meno figli

L'Istat: nel 2015 un nuovo calo di 17 mila nascite Ma aumentano i bimbi nati da coppie non sposate

Le cifre

● In Italia i bambini iscritti all'anagrafe nel 2015 sono stati 485.780, ossia 17 mila in meno dell'anno prima e 91 mila in meno del 2008

● A diminuire sono stati soprattutto i figli di genitori italiani, oltre 95 mila in meno negli ultimi 7 anni

1,35

Il numero medio di figli per donna nel 2015. Era 1,46 nel 2010

28,7

Per cento i figli nati da genitori non sposati, pari a 140 mila bimbi

ROMA Nascono sempre meno bambini da coppie italiane, con un trend di lungo periodo, e da un paio di anni continua anche il calo di nascite da coppie straniere. L'Istat racconta che nel 2015 sono stati iscritti all'anagrafe 485.780 bambini, quasi 17 mila in meno rispetto all'anno precedente e 91 mila in meno rispetto al 2008.

Diminuiscono soprattutto i neonati di genitori italiani, sono 385 mila, oltre 95 mila in meno rispetto al 2008. Questo succede perché c'è stata una forte diminuzione dei matrimoni, ne sono stati registrati 52 mila in meno tra il 2008 e il 2015. Ma accade anche perché le donne in età riproduttiva sono sempre meno numerose,

e hanno una sempre minore propensione a fare figli. Nel 2015 l'8,3% delle madri ha almeno 40 anni, il 10,3% sono invece giovani donne sotto i 25 anni. Per le mamme italiane sopra i 40 la percentuale è ancora più alta, siamo al 9,3%, e supera quelle delle madri sotto i 25 (8,2%).

Il numero di figli per donna scende ancora: oggi è 1,35, nel 2010 era 1,46. Ma se parliamo di sole donne italiane ancora una volta le percentuali sono più basse: 1,27 figli. Scendono anche i figli nati dentro il matrimonio, sono 346 mila 169 nel 2015, meno 120 mila rispetto al 2008. Mentre crescono i figli nati da genitori non sposati, nel 2015 sono quasi 140 mila, il 28,7% del totale, che sale al 31 se consideriamo soltanto il Centro-Nord, uno su tre. Da due anni diminuisce anche il numero di figli nati da coppie straniere, nel 2015 sono tremila in meno rispetto al 2014.

«Il calo delle nascite è un serissimo campanello d'allarme — ha commentato il ministro per gli Affari regionali con delega alla Famiglia, Enrico Costa —. Questo governo ha scelto di mettere la famiglia al centro, con 600 milioni nella legge di bilancio», tra bonus bebè, buono nido, voucher babysitter rafforzato ed esteso alle lavoratrici autonome e altro. «Ma è solo un primo passo. Nel 2018 dovremo affrontare il tema nell'ambito della riforma dell'Irpef». Infine: Francesco si conferma il nome più gettonato tra i bimbi neonati e Sofia, come l'anno scorso, è al top per le bambine.

Mariolina Iossa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Meningite alle porte di Roma

Un caso è stato diagnosticato nella scuola di via Varese ad Ardea La Asl ha avviato la profilassi. L'istituto resterà regolarmente aperto

Pina Sereni

■ Un caso di meningite è stato diagnosticato in una scuola di Ardea, uno dei Comuni che fanno parte della Città Metropolitana di Roma. Lo riferisce il Comune di Ardea sul suo sito web.

L'infezione ha colpito un non meglio specificato «utente» della scuola di via Varese, anche se dovrebbe trattarsi di una bimba che frequenta la seconda elementare. Il Comune informa che «la Asl Roma 6 ha già effettuato la necessaria profilassi contattando tutte le persone che sono state a stretto e prolungato contatto con il paziente. Chi non è stato contattato direttamente dalla Asl non deve seguire alcuna terapia», si sottolinea sul sito del Comune, che assicura: «Le autorità sanitarie non hanno disposto ulteriori misure e stanno agendo secondo i protocolli che solitamente si avviano per casi del genere. La scuola, dunque, rimane aperta e continua regolarmente a funzionare. L'amministrazione comunale - conclude la nota pubblicata sul sito istituzionale - è in stretto contatto con l'istituto comprensivo Ardea 3 e con la Asl».

Il plesso di via Varese ospita scuole dell'infanzia e primarie e una secondaria di primo grado, ma nella nota del Comune non viene specificato di quale si tratti né vi sono altre indicazioni sul paziente. Scuola aperta e nessuna preoccupazione, quindi, ma - da parte dei genitori - è già scattato il tam tam dei messaggi preoccupati, sia attraverso i social network che nei gruppi di whatsapp.

Ai genitori è stato assicurato che per i bambini che non frequentano la stessa classe della bimba colpita dalla meningite non c'è nessun rischio, mentre tutti i suoi compagni verranno sottoposti a regolare profilassi, come disposto dagli ispettori Asl. Dalle prime indiscrezioni pare si tratti di meningite di tipo B.

Nei giorni scorsi si era già parla-

to di meningite, in seguito al verificarsi di altri casi. «Il problema meningite in Toscana - ha spiegato il dottor Claudio Cricelli, presidente nazionale della Simg nella cerimonia di inaugurazione del XXIII congresso nazionale a Firenze - va studiato nel dettaglio perché rappresenta una novità scientifica e noi come medici di medicina generale lo stiamo facendo. Non sappiamo ancora perché questi ceppi si siano "incattiviti", non capiamo il modello di diffusione e soprattutto perché stanno colpendo in gran prevalenza solo la Toscana. La Regione si è mossa con grande tempestività e attenzione per capire il fenomeno, combatterlo e impedire che si possa espandere in altre regioni, per esempio con il trasferimento in altre parti d'Italia di cittadini di questa Regione. Dobbiamo, però, prendere atto che, al contrario di quanto si credeva fino a ieri, la vaccinazione antimeningococcica non protegge per decenni, ma ogni cinque anni va rifatta. E questo rappresenta una novità».

«In ogni caso - prosegue il dottor Cricelli - dobbiamo invitare tutti i cittadini, anche quelli non considerati a rischio, a vaccinarsi. In questo senso la Regione Toscana sta lavorando con grande professionalità. Come medici di medicina generale della SIMG manteniamo altissima la guardia e, senza creare allarmismi ingiustificati, dobbiamo monitorare, d'intesa con le istituzioni, quotidianamente la situazione».

Sul tema vaccini, qualche giorno fa ha preso la parola anche il ministro della Salute, [Beatrice Lorenzin](#). «È molto importante mantenere uno standard di vaccinazione alto e spiegarlo ai cittadini. Per questo abbiamo inserito nei livelli essenziali di assistenza il nuovo piano nazionale dei vaccini che è il più avanzato d'Europa, dove è prevista una fase di formazione e di informazione alle famiglie e accompagnamento nelle varie fasi».

