



RASSEGNA STAMPA

16-12-2016

1. SOLE 24 ORE Legge di bilancio - Un miliardo per i farmaci oncologici e innovativi
2. SOLE 24 ORE Legge di bilancio - L'inefficienza del pubblico spinge la spesa privata
3. GIORNALE Meno servizi e più costi Cure rincarate del 15%
4. STAMPA Liste d'attesa infinite e ticket salati "Gli italiani fuggono dalla sanità"
5. HEALTH DESK Le diseguaglianze di salute tra le Regioni? Non sono colpa del federalismo sanitario
6. ILFATTOQUOTIDIANO.IT Cancro, l'origine silenziosa: svelato il meccanismo sulla diffusione precoce
7. DOCTOR 33 Immunizzazione anti-Hpv: importante ruolo del medico per motivare giovani e genitori
8. CORRIERE.IT Seno, ecco perché si creano metastasi (anche se il tumore è molto piccolo)
9. GIORNALE Ilva, beffati i bambini malati Fermi i 50 milioni promessi
10. STAMPA "Io, vittima della burocrazia ho un filtro nella gamba che nessuno vuole togliere"
11. REPUBBLICA Perché sul fine vita possiamo farcela
12. ILSOLE24ORE.COM Sanità in crisi: 18 mesi per ricostruzione mammaria, 9 per una visita oncologica
13. ANSA Eurostat, in Italia 52% medici è over-55 e solo 40% è donna
14. QUOTIDIANO SANITÀ Aifa. Torna a riunirsi il Cda. Via libera a 30 nuovi farmaci
15. AVVENIRE Figli con il Dna di tre genitori: via libera in Gb - Ok di Londra ai figli con 3 genitori
16. REPUBBLICA VENERDI Chi ha studiato di più soffre meno di Alzheimer
17. REPUBBLICA Un ritocco al Dna per ringiovanire "Riportato indietro l'orologio biologico"
18. REPUBBLICA Crollo degli aborti "Merito della pillola dei 5 giorni dopo"

ISTITUITI DUE FONDI DAL 1° GENNAIO 2017

Un miliardo per i farmaci oncologici e innovativi

Ifarmaci sono certamente il piatto forte finanziariamente parlando - e non solo - della **manovra 2017** al capitolo Sanità.

Alla spesa e alla governance della farmaceutica pubblica la nuova legge di Bilancio riserva infatti pochi, ma significativi articoli. Da un lato rispondendo alle aspettative dei pazienti - ma anche alle esigenze di finanziamento regionali - per i farmaci oncologici e quelli innovativi, oltreché per dare attuazione al nuovo Piano vaccini. Dall'altro per mettere in atto alcune misure legate alla governance del settore, intervenendo sui tetti di spesa e sulla delicata questione della biosimilarità.

Anzitutto la governance. Il tetto complessivo della spesa farmaceutica resta fermo al 14,85%, ma cambiano le quote e il nome dei due tetti di spesa. Aumenta dal 3,5 al 6,89% quello per l'ospedaliera (al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto) che si chiamerà «tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti». Scende invece dall'11,35 al 7,96% quello per la territoriale, che a sua volta si chiamerà «tetto della spesa farmaceutica convenzionata».

Quanto al rapporto di biosimilarità tra un farmaco biosimilare e il suo biologico di riferimento, si afferma che sussiste solo se accertata

dalla European Medicine Agency (Ema) o dall'Aifa; pertanto, non è consentita la sostituibilità automatica. Nelle procedure pubbliche di acquisto per farmaci biosimilari, inoltre, non possono essere posti in gara nel medesimo lotto principi attivi differenti, anche se con le stesse indicazioni terapeutiche.

Per razionalizzare la spesa si dispone tra l'altro che: l'utilizzo, se i medicinali sono più di tre, di accordi quadro nelle procedure pubbliche d'acquisto; i pazienti devono essere trattati con uno dei primi tre farmaci secondo il criterio del minor prezzo o dell'offerta economicamente più vantaggiosa; il medico ha libertà di prescrivere il farmaco ritenuto idoneo a garantire la continuità terapeutica; se scade il brevetto o il certificato di protezione complementare di un farmaco biologico durante il contratto entro 60 giorni dall'immissione in commercio, l'ente appaltante apre il confronto concorrenziale col farmaco originatore di riferimento; l'applicazione delle procedure previste dal codice degli appalti, per l'ente appaltante, nel momento in cui deve erogare ai centri prescrittori i prodotti aggiudicati.

Infine i fondi per gli oncologici, i farmaci innovativi e i vaccini. Dal 1° gennaio 2017 vengono istituiti i Fondi per i farmaci

oncologici e per quelli innovativi, entrambi con 500 milioni di risorse vincolate nel Fondo sanitario nazionale. La spesa totale concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (spesa farmaceutica ospedaliera) per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei due Fondi.

Da segnalare poi che la manovra delinea la procedura per definire i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi, nonché quelli per mantenere il requisito di innovatività e le modalità per la eventuale riduzione del prezzo di rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale.

Quanto all'acquisto dei vaccini, sempre nell'ambito del finanziamento del Ssn vengono destinati 100 milioni di euro per il 2017, 127 milioni per il 2018 e 186 milioni a decorrere dal 2019. Le somme dovranno essere ripartite tra le regioni con intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni entro il 31 gennaio 2017.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I REPORT

L'inefficienza del pubblico spinge la spesa privata

VALORE MILIARDARIO

Nel 2015 l'importo delle prestazioni che sono state pagate dai cittadini è arrivato a 36 miliardi di euro

Aspettare fino a due anni per rimuovere una protesi o curare l'alluce valgo, 18 mesi per la ricostruzione mammaria e 15 per ottenere la mammografia, fino a 10 mesi per la Tace e un anno per la risonanza magnetica. E nove mesi, il tempo che nasce un bimbo, per una visita oncologica od oculistica od odontoiatrica. Tutto questo mentre gli italiani pagano sempre più di tasca propria: ben 36 miliardi, un terzo del Fondo sanitario nazionale. Con l'assistenza a domicilio che diventa un'aridità, il pronto soccorso invivibili, e le strutture che degradano. E le cure in intramoenia (a pagamento) senza adeguati controlli. È difficile chiamarla sanità pubblica solidale e universalistica. Perché l'accesso al Ssn sta diventando sempre più un lusso, a volte un girone infernale. Non dappertutto, è chiaro. Ma dal Lazio in giù, pur con lodevoli eccezioni, la sanità pubblica è una polveriera.

A tracciare un **identikit del Ssn** non esattamente tranquillizzante è il **XIX Rapporto «Pit Salute» di Cittadinanzattiva-Tribunale dei diritti del malato**, presentato a Roma, con check continui sul campo e la raccolta di 21.493 segnalazioni dei cittadini. Un rapporto che fa il

paio con quello più scientifico che appena il giorno prima ha presentato il **Crea** dell'**Università Tor Vergata di Roma**, che a sua volta ha messo a nudo le troppe smagliature che caratterizzano la sanità pubblica. Colpita, precisa anzitutto il Crea, da un sotto finanziamento del 32,5% inferiore a quello dell'Europa occidentale. Ma con differenze di spesa procapite definite «allarmanti»: a Bolzano si spende nel complesso il 50% in più che in Calabria, il 40% considerando solo la spesa pubblica. Mentre la spesa privata pagata dai cittadini è esplosa nel 2015 a 35 miliardi, con prevalenza nel Centro-Nord. In un sistema in cui l'equità è una Cenerentola - ha spiegato il professor Federico Spandonaro, curatore del rapporto del Crea - e caratterizzato dall'effetto-impovertimento: il 5% delle famiglie, in prevalenza al Centro e al Sud, ha ridotto o annullato le spese sanitarie private, fino a non curarsi, e ben 800 mila nuclei - il 3,1% dei residenti - sono stati colpiti da spese sanitarie «catastrofiche». Un rischio che in prospettiva può colpire altre 280 mila famiglie. La grande crisi, il grande freddo dell'economia, insomma, può avere ancora pericolosi effetti sociali e di accesso ai diritti. Sebbene almeno su un punto il federalismo avrebbe dato buoni risultati: il calo dei disavanzi che dal 2006 (anno di avvio dei piani di rientro) è crollato del 78% passando da 6 a 1,3 miliardi.

I numeri del Tribunale dei diritti del malato insistono invece sugli effetti più vistosi di

un universalismo e di un accesso ai servizi sempre più lacerati. In questo senso le liste d'attesa sono un emblema di tutto ciò che non va. In testa, stando alle segnalazioni dei pazienti per gli interventi chirurgici, c'è l'ortopedia (30,7% delle segnalazioni contro il 27,5% del 2014). Per le visite specialistiche l'area oculistica (25% contro il 18,5% del 2014), mentre per gli esami diagnostici le prestazioni per le quali si attende di più sono le ecografie (18,8% contro il precedente 24,1%). Altrettanto difficile l'impatto con il pronto soccorso, dove il fenomeno delle lunghe attese è cresciuto con il 45,3% delle segnalazioni e l'assegnazione al triage (i codici di gravità) è il 40,5% delle segnalazioni: un boom di denunce del 15% rispetto soltanto a un anno prima.

Liste d'attesa e spesa privata sono due facce della stessa medaglia. «Gli assistiti sono stati abituati a rivolgersi al privato e all'intramoenia per le prestazioni a più basso costo - spiega il coordinatore nazionale del Tribunale, Tonino Aceti - E non perché non vogliono usufruire del Ssn, ma perché vivono ogni giorno un assurdo: per tempi e peso dei ticket, a conti fatti, si fa prima ad andare in intramoenia o nel privato». Anche per i Lea, le prestazioni essenziali dovute dal Ssn, ora in attesa dopo 15 anni del nuovo aggiornamento che attende il visto finale del Cdm, tra Natale e Capodanno. Sperando che abbiano effetto ovunque, e che i diritti siano rispettati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ

Meno servizi e più costi Cure rincarate del 15 per cento

Francesca Angeli

Roma Sanità pubblica al tramonto. La salute degli italiani non è più un diritto e si avvia a diventare un privilegio sempre più difficile da garantire. Di anno in anno aumenta la spesa a carico dei cittadini come segnala il Rapporto Sanità in Cifre di Senior Italia Federazioni.

Dai 95 euro mensili a famiglia del 2014 la spesa si è alzata ai 110 euro del 2015, pari ad un più 15 per cento. Aumenta per i privati anche la spesa per i farmaci: più 3 per cento per un ammontare complessivo di 6.859 milioni di euro. All'aumento dei costi corrisponde la diminuzione dei servizi come evidenziano i dati di un altro Rapporto elaborato dal Tribunale dei diritti del malato. Pit Salute ha raccolto le segnalazioni di oltre 20imila cittadini che messe insieme tracciano il quadro di una sanità pubblica che sta diventando una seconda scelta perché non risponde più alle richieste dei pazienti. Quasi un intervistato su tre non riesce ad ottenere le prestazioni sanitarie di cui avrebbe bisogno. Il primo ostacolo è rappresentato dalla lunghezza della liste di attesa, come dichiara il 54,5 per cento. Poi esiste il proble-

ma del ticket per il 30,5 dei cittadini. Non stupisce quindi che nel corso dell'ultimo anno ben 11 milioni di italiani abbiano rinunciato a cure ed esami per motivi economici. Chi può si rivolge ad un privato. Altrimenti nei casi peggiori dovrà attendere per la rimozione di una protesi o per un semplice intervento di alluce valgo fino a due anni. Si arriva ad un anno mezzo di attesa per una ricostruzione mammaria e per una mammografia si arriva a 15 mesi. Un periodo troppo lungo che compromette la possibilità di una reale prevenzione. Si arriva ad un anno per una risonanza magnetica; a 11 mesi per un Ecodoppler; a 10 mesi per una Tac. Oltre alle liste di attesa sempre più lunghe in generale ottenere prestazioni dalla sanità pubblica è un percorso ad ostacoli. Aumentano i cittadini che segnalano rifiuti a prescrivere prestazioni da parte di medici di base e pediatri, 28 per cento. E si tratta di prestazioni che sarebbero previste dai Lea, i livelli essenziali di assistenza. Proprio ieri il Senato ha approvato l'aggiornamento dei Lea che però rischiano di rimanere soltanto una promessa sulla carta.



IL RAPPORTO DEL TRIBUNALE DEI DIRITTI DEL MALATO

Liste d'attesa infinite e ticket salati "Gli italiani fuggono dalla sanità"

Un anno per una risonanza. Il 30% non riesce a pagare le visite. E peggiorano le strutture

PAOLO RUSSO
ROMA

Tra liste d'attesa che arrivano a due anni e ticket sempre più salati gli italiani sono oramai in fuga dal servizio sanitario pubblico. Almeno per le prestazioni a più basso costo, come esami del sangue o ecografie, dove il privato formato low cost ha preso il posto di Aziende sanitarie locali e ospedali. Questo è quello che raccontano le 21mila segnalazioni pervenute in un anno al Tribunale dei diritti del malato (Tdm), che ha raccolto il tutto nel suo Rapporto denominato "Pit salute".

Sarà la crisi che non molla ma ormai il 30 per cento degli assistiti dichiara di non farcela più a pagare i ticket per visite e analisi. Solo l'anno prima erano un terzo di meno. E poi ci sono le liste d'attesa sempre infinite a fraporsi tra il cittadino e il servizio sanitario. Quelle per interventi chirurgici e viste specialistiche poi

sono peggiorate: in media due anni per rimuovere una protesi o correggere un alluce valgo (la deformazione del piede in cui si allontana la testa del primo metatarso dalle altre, ndr), 20 mesi per un intervento di chirurgia maxillo-facciale, 18 mesi per ricostruire una mammella operata di tumore.

Non è finita. Per una visita neurologica si aspetta un anno, nove mesi per farsi vedere da un oncologo o un oculista, otto mesi per avere udienza da un cardiologo. Da qui il ricorso alle visite private dagli stessi medici indisponibili nel pubblico. Una situazione che il Tribunale dei diritti del malato chiede di correggere vietando l'attività libero professionale dei medici pubblici quando le liste d'attesa non rispettano i tempi massimi previsti. Un po' meglio vanno le attese medie per gli esami. Ma stiamo parlando sempre di un anno per una risonanza, 15 mesi per una mammografia, 11 per un ecodop-

pler, dieci per una Tac.

E poi c'è la piaga irrisolta delle lunghe attese nei pronto soccorso che peggiorano anziché migliorare. Tra chi ha fatto qualche brutta esperienza in ospedale sale dal 50 al 63% chi ha avuto problemi proprio in qualche pronto soccorso.

Un utente su quattro denuncia invece le cattive condizioni delle strutture sanitarie, legate soprattutto al mal funzionamento dei macchinari, spesso obsoleti, e all'igiene.

Qualche problema in più anche nel rapporto con i medici di famiglia, che avrebbero rifiutato più che in passato di prescrivere farmaci ed analisi. Due le versioni addotte. «Per ridurre lo spreco delle prestazioni inappropriate», dicono gli amministratori della nostra sanità. «Per non incorrere in sanzioni da parte di chi vuol risparmiare», lamentano invece i dottori, stretti tra l'incudine di chi deve far quadrare i conti e il martello degli assistiti.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



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

LA SORPRESA

Le diseguaglianze di salute tra le Regioni? Non sono colpa del federalismo sanitario

È uno dei dati del XII Rapporto Crea Sanità di Tor Vergata secondo cui la situazione attuale è frutto del combinato disposto del rientro economico a cui sono state costrette molte Regioni e della crisi finanziaria

La spesa sanitaria privata in Italia ha raggiunto i 36 miliardi di euro, di cui l'89,9 per cento out of pocket (cioè sostenuta direttamente dalle famiglie) e solo il 10,1 per cento intermediata dai fondi sanitari integrativi e complementari o dalle compagnie di assicurazione. Ma c'è anche un 5 per cento di famiglie che ha rinunciato alle prestazioni sanitarie private. Intanto la spesa sanitaria pubblica italiana continua a diminuire, tanto da essere diventata, nel 2015, inferiore del 36 per cento a quella degli altri Paesi dell'Europa Occidentale. È quanto emerge dal XII Rapporto Sanità del Crea Sanità dell'Università di Roma Tor Vergata appena pubblicato.

Nel Rapporto si spiega come la spesa sanitaria italiana sia complessivamente inferiore del 32,5 per cento rispetto a quella dell'Europa Occidentale, in rapporto al Pil l'Italia è al 9,4 per cento, contro il 10,4 per cento degli altri Paesi presi a confronto. Negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica italiana è cresciuta dell'1 per cento medio annuo contro il 3,8 per cento degli altri Paesi dell'Europa Occidentale. Un trend che ha portato la spesa sanitaria pubblica pro-capite italiana a essere inferiore del 36 per cento a quella degli altri Paesi considerati. La crescita della spesa privata (2,1 per cento medio annuo) è stata invece leggermente inferiore a quella europea (2,3 per cento), ma pari a oltre il doppio rispetto a quella pubblica. La crescita della spesa privata (2,1 per cento medio annuo) è stata invece leggermente inferiore a quella europea (2,3 per cento), ma pari a oltre il doppio rispetto a quella pubblica.

Il quadro diventa ancora più allarmante se si considerano le differenze regionali. Nel 2015, fra la Regione in cui si spende di più (PA di Bolzano) e quella dove si spende meno (Calabria), il divario pro-capite ha superato il 50 per cento (quasi il 40 per cento per quanto concerne la spesa pubblica). Mentre l'incidenza della spesa privata pro-capite su quella totale è pari al 30,5 per cento in Valle d'Aosta e del 16 per cento in Sardegna. «Le differenze di spesa – spiega il Rapporto - sono andate progressivamente riducendosi fino al 2009, ma hanno poi ricominciato ad allargarsi nel periodo successivo, in corrispondenza dell'azione dei Piani di Rientro e dei commissariamenti tesi al risanamento dei deficit».

Federalismo assolto

Un risultato positivo, però, c'è stato. Almeno in parte.

«Dopo l'intervento dei Piani di rientro il disavanzo sanitario si è ridotto di circa il 78,0 per cento,

realizzando di fatto il risanamento finanziario che era il primo obiettivo delle riforme in senso federalista dello Stato», osserva il Crea Sanità. Che evidenzia come siano «in miglioramento» anche gli indici di adempimento regionale sui LEA e attribuisce un giudizio «tendenzialmente positivo» riguardo agli effetti del federalismo in sanità.

Proprio agli effetti del federalismo in sanità gli economisti di Tor Vergata dedicano ampio spazio nel Rapporto. Anche per cercare di capire quanto il risultato di sostanziale pareggio di bilancio possa ritenersi solido. «Si è infatti realizzato con una contrazione senza pari della crescita della spesa pubblica».

Un risultato che quindi rischia di poter essere duraturo «solo al prezzo di tagliare i livelli delle prestazioni».

Per gli economisti del Crea Sanità le difficoltà del Ssn di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e le disparità, in questo senso, tra le Regioni non possono essere addossate al federalismo. «Negli ultimi anni le inadempienze alle griglie LEA si sono ridotte, come anche non si vedono peggioramenti sistematici sul versante del Programma Nazionale Esiti. Anche sul versante dell'applicazione delle norme di programmazione le cose vanno meglio che nei decenni passati», così come si sono «ridotte» le disparità regionali in termini di offerta ospedaliera.

Per il Crea Sanità «è del tutto presumibile che il riallargarsi delle differenze dipenda dal combinato disposto del rientro delle Regioni del Sud dal disavanzo, della loro minore capacità fiscale e dalla crisi finanziaria che dal 2009 ha ulteriormente ridotto la capacità delle famiglie più fragili di “complementare” la spesa pubblica».

Il Rapporto evidenzia, quindi, come la spesa privata sanitaria rappresenti mediamente il 26,9 per cento della spesa nel Centro-Nord (valore massimo del 30,5 per cento in Valle d'Aosta seguita dal Veneto con il 29,5 per cento) e solamente il 18,9 per cento nel Sud (valore minimo del 16,0 per cento in Sardegna).

Per il Crea Tor Vergata, in definitiva, «il sistema italiano ha dimostrato una grande capacità di resilienza; accusare il Federalismo dei mali residui della Sanità italiana, che poi sono effetti derivanti dalle note e irrisolte “questioni” della Società italiana (prima di tutto la questione meridionale e poi quella fiscale) è almeno ingeneroso». E «pensare che riaccentrare il potere in Sanità sia la panacea di tutti mali è aspettativa miope, destinata a infrangersi sull'evidenza di quelli che sono i veri nodi al pettine per garantire la durabilità del SSN: prima di tutto la capacità di governare la ricerca di una coerenza fra aspettative e risorse, salvaguardando allo stesso tempo l'equità complessiva delle risposte pubbliche; per ottenere ciò va governata la transizione del SSN, da attore unico capace di fornire una risposta globale, ad attore partecipante e integrato di un sistema complesso composto da offerte diversificate. Questo pone la necessità di una diversa vision sul ruolo del SSN e nuove regole per governare l'integrazione dei diversi attori che si affacciano sul mercato».

Poveri per la salute

In generale, in Italia crescono le famiglie che effettuano spese sanitarie out of pocket (il 77 per cento nel 2014 contro il 58 per cento nel 2013); la maggiore frequenza del ricorso a spese private, è però “compensata” dalla riduzione della spesa effettiva procapite.

Il 5,0 per cento delle famiglie residenti in Italia, soprattutto quelle del Centro e del Sud, nonché quelle dei quintili di consumo medio-bassi, ha dichiarato di aver ridotto, tanto da averle annullate, le spese sanitarie private: configurando così “nuove” rinunce alle spese sanitarie.

La gran parte della spesa è da attribuire a farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90%).

«Sardegna e Sicilia – spiega il Crea Sanità - risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di disagio economico per spese sanitarie (11,0 per cento e il 9,6 per cento delle famiglie); all'estremo opposto troviamo l'Emilia Romagna e il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,6 per cento ed il 2,1 per cento sono in condizioni di disagio economico. Sono 316.402 (1,2 per cento) i nuclei familiari impoveriti per spese sanitarie out of pocket; si tratta soprattutto di famiglie residenti nel Mezzogiorno (2,7 per cento). Calabria, Sicilia e Abruzzo sono le Regioni più colpite (3,5 per cento, 3,4 per cento e 3,7 per cento), mentre Trentino Alto Adige, Piemonte ed Emilia Romagna sono le meno esposte (0,2 per cento le prime due e 0,3 per cento la terza)».

Quasi 800.000 (781.108) sono invece le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche (3,1 per cento delle residenti). Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione maggiormente esposta al fenomeno (5,5 per cento delle famiglie ivi residenti).

«I fenomeni dell'impoverimento per spese sanitarie out of pocket e della catastroficità non sembrano quindi essersi modificati sostanzialmente, senza però sottovalutare che ci sono quasi 280.000 famiglie (l'1,4 per cento di quelli che sostengono spese sanitarie out of pocket) ad alto rischio di impoverimento. Di conseguenza in prospettiva c'è il rischio che il fenomeno del disagio raddoppi la sua portata», è l'allarme del Crea Sanità.

Il governo della spesa privata e la sanità integrativa

Come accennato, la spesa sanitaria privata intermediata rappresenta solo il 10,1 per cento della spesa privata: «Una quota inferiore alle medie europee, che implica forti sperequazioni nelle possibilità di accesso», afferma il Crea Sanità.

Per il 4,0 per cento si tratta di spesa per polizze individuali e il restante 6,1 per cento per polizze collettive (Fondi sanitari integrativi e complementari, Società di Mutuo Soccorso, etc.).

Nel rapporto si evidenzia come cresca la diffusione delle polizze collettive, inserite ormai nella maggior parte dei rinnovi contrattuali aziendali: «Sebbene ciò determini una maggiore equità, in assenza di una vision nazionale sul tema della Sanità integrativa e complementare, il minore sviluppo di tale componente nelle Regioni del Mezzogiorno rischia di esasperare ulteriormente le differenze già esistenti», si legge nel rapporto.

Infatti, mentre la componente intermediata rappresenta il 13,4 per cento della spesa privata nel Nord (17,3 per cento nel Nord Ovest e 8,0 per cento nel Nord Est), e il 10,7 per cento nel Centro, nel Sud e Isole è appena il 3,3 per cento (ovvero circa un quarto di quella delle altre ripartizioni).

Per il Crea Sanità «il Meridione, in assenza di politiche di sensibilizzazione e incentivazione, rischia quindi di rimanere escluso dallo sviluppo del secondo pilastro di Welfare sanitario, rendendo sempre meno sostenibile l'assistenza».

Finanziamento dei Ssr e demografia

Le previsioni sull'evoluzione della struttura per età della popolazione al 2035 indicano che le Regioni del Sud diventeranno presto più vecchie di quelle del Nord: questo implica che in prospettiva riceveranno, in costanza delle normative attuali, un finanziamento pro-capite maggiore. Ma contemporaneamente l'incremento della popolazione sarà molto più rilevante nel Nord e, come conseguenza, il finanziamento si sposterà ulteriormente verso il Nord: dalle simulazioni effettuate, la quota delle risorse per la Sanità attribuita al Nord, che attualmente è pari al 46,1 per cento, raggiungerà il 47,8 per cento; di contro, quella del Sud dal 33,8 per cento si contrarrà al 31,7 per cento.

Per il Crea Sanità, «senza, quindi, una ulteriore drastica riallocazione dell'offerta, o in alternativa una rivisitazione delle regole di riparto, non sarà possibile mantenere gli attuali equilibri di bilancio».

La fine dell'equilibrio nella farmaceutica

«Con il 2015 – avverte il Rapporto - si è rotto l'equilibrio che ha permesso anni di sostanziale costanza della spesa farmaceutica: equilibrio finora garantito dalla compensazione degli incrementi della spesa ospedaliera, con la riduzione di quella territoriale».

La spesa pro-capite per farmaci in Italia, nel 2015, è risultata pari a 475,8€(ovvero all'1,9 per cento del PIL), con un incremento di €37,6 (+8,6 per cento) rispetto al 2014. Sul fronte ospedaliero, dove si concentra ormai l'impatto economico dell'accesso dei farmaci innovativi, la spesa è aumentata del 9,3 per cento.

Rispettano il tetto di spesa solamente le due Province Autonome di Trento e Bolzano, la Valle d'Aosta e il Veneto; lo sfiorano maggiormente Sardegna di €104,6 pro-capite, e Puglia di €71,6 procapite.

Il rispetto dei tetti, però, è reso possibile dalla crescente quota di farmaci rimborsabili che le famiglie

decidono di pagare di tasca propria: qualora considerassimo tale spesa, anche il Veneto sfiorerebbe il tetto, la Provincia Autonoma di Bolzano andrebbe a pareggio e quella di Trento si manterrebbe comunque al di sotto. Liguria, Lazio e Friuli Venezia Giulia sono le Regioni che vedrebbero aumentare maggiormente il proprio sforamento.

Per gli economisti del Crea Sanità «serve quindi una nuova governance per il settore, ed è auspicabile un superamento degli attuali tetti (al di là delle proposte di rimodulazione in discussione), che appaiono ormai non più sostenibili».

Spesa farmaceutica privata

La spesa farmaceutica a carico dei cittadini ha registrato un incremento del 2,8 per cento rispetto al 2014. Crescono tutte le voci della farmaceutica privata: spesa per i medicinali di automedicazione +4,7 per cento, medicinali di fascia A acquistati direttamente +3,1 per cento, medicinali di classe C con ricetta +2,0 per cento, e compartecipazione da parte del cittadino +1,4 per cento.

Si evidenzia quindi una crescente complementazione a carico delle famiglie della spesa farmaceutica, non più riferibile tanto all'inasprimento dei ticket, quanto al ricorso a farmaci non inclusi nei LEA o alla decisione di non avvalersi del rimborso da parte del SSN.

La spesa per la prevenzione

Il dato sulla spesa per programmi di prevenzione pubblica in Italia fornito dall'OECD cambia ancora una volta: secondo le ultime stime, per l'anno 2014 siamo al 4,9 per cento della spesa pubblica corrente, un valore molto prossimo al 5 per cento, quota attribuita al LEA dell'Assistenza collettiva.

«Sebbene il dato sia da considerarsi con le dovute cautele (per problemi di confrontabilità fra i Paesi e anche per discontinuità nella serie storica) – spiega il Crea Sanità –, l'Italia sembrerebbe investire in prevenzione una quota maggiore rispetto agli altri Paesi dell'Europa Occidentale: ma in termini pro-capite, la spesa (88,9€) resta inferiore a quella di altri Paesi quali Regno Unito, Germania, Lussemburgo, Danimarca, Olanda e Svezia».

Con riferimento alla spesa per vaccini, secondo OsMed, in Italia nel 2015 sono stati spesi €317,9 milioni, pari a 5,2€pro-capite: in leggero aumento rispetto al 2014 (€4,8). Per confronto a livello internazionale (osservando i dati, provenienti da varie fonti, con le dovute cautele), si va da €19 procapite della Svezia (dato 2013) a 2,3€dell'Ungheria.

Il problema delle coperture vaccinali

I dati sulle coperture vaccinali pediatriche diffusi dal Ministero della Salute confermano, per il 2015, una diminuzione sia delle vaccinazioni obbligatorie sia di quelle raccomandate; tuttavia, in queste ultime il calo è meno marcato rispetto a quanto registrato nei due anni precedenti. Le uniche coperture vaccinali a mostrare un incremento sono quelle contro pneumococco e meningococco C. A livello nazionale per nessun antigene le coperture a 24 mesi raggiungono la soglia del 95,0 per cento.

A livello territoriale, raggiungono e superano il 95,0 per cento di copertura contro Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib solo Lazio, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sardegna. Sono invece 14 le Regioni con una copertura inferiore al 95,0 per cento per tutti gli antigeni.

Con riferimento alle coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani over65, nella stagione 2015-2016 si registra a livello nazionale un aumento di 1,3 punti percentuali (arrivando a 49,9 per cento) rispetto alla stagione precedente, valore ancora distante dal 55,4 per cento registrato nel 2013-2014. Nessuna Regione raggiunge comunque la soglia di copertura minima del 75,0 per cento.

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

Cancro, l'origine silenziosa: svelato il meccanismo sulla diffusione precoce



La scoperta, fatta studiando una forma particolarmente aggressiva di tumore della mammella, potrebbe valere anche per altri tumori a disseminazione precoce, come il melanoma e il cancro del pancreas, ridefinendo il concetto di metastasi e aprendo la strada a nuove strategie di cura che ne blocchino lo sviluppo

La **scoperta**, fatta studiando una forma particolarmente aggressiva di **tumore della mammella**, potrebbe valere anche per altri tumori a disseminazione precoce, come il melanoma e il cancro del pancreas, ridefinendo il concetto di metastasi e aprendo la strada a nuove strategie di cura che ne blocchino lo sviluppo. Due gruppi di ricercatori – riporta l'Ansa – hanno individuato quella che potrebbe essere definita l'**origine silenziosa del cancro**, ovvero il meccanismo estremamente precoce con cui le cellule malate cominciano a diffondersi nell'organismo prima ancora che si formi il tumore vero e proprio. Gli studi indipendenti sono stati pubblicati su **Nature** dal team di Julio Aguirre-Ghiso, alla Icahn School of Medicine at Mount Sinai di New York, e da quello di Christoph Klein, dell'Università di Ratisbona, in Germania.

Le due ricerche sono state condotte sul tumore della mammella Her-2 positivo, studiato nei topi e nelle biopsie da paziente. Grazie a **colture cellulari in 3D** e innovative tecniche di visualizzazione ad alta risoluzione in vivo, i ricercatori hanno osservato in diretta che alcune cellule impazzite del tessuto mammario, stimulate dall'**ormone progesterone**, possono iniziare a distaccarsi dalla lesione precancerosa ancora prima che il tumore vero e proprio abbia preso forma. Una volta entrate nel sangue, queste pioniere vanno a colonizzare il midollo osseo, i polmoni e altri organi, dove possono rimanere quiescenti per periodi molto lunghi risultando immuni alla chemioterapia (efficace soltanto sulle cellule attive e capaci di dividersi). A distanza di tempo, una **sveglia molecolare suona nel loro Dna** scuotendole dal torpore: riprendendo a proliferare, queste cellule finiscono per generare metastasi molto più aggressive rispetto a quelle prodotte dalle cellule malate ritardatarie che si distaccano in un secondo momento dal tumore già formato.

Secondo Aguirre-Ghiso, questi risultati “potrebbero fare luce su **fenomeni giudicati finora inspiegabili**, come ad esempio il fatto che il 5% dei pazienti oncologici nel mondo presenti metastasi pur non avendo un tumore originario e, soprattutto, potrebbero spiegare perché sia così difficile trattare il cancro una volta che si è diffuso. Da un punto di vista biologico, questo nuovo modello fa incrinare le certezze che pensavamo di avere sulla diffusione del cancro. È probabile che dovremmo rivedere le idee che ci siamo fatti sulle metastasi. **La nostra speranza – conclude l'oncologo – è che queste scoperte ridefiniscano il modo in cui pensiamo di trattare le metastasi**”.

<http://www.doctor33.it/>

Immunizzazione anti-Hpv: importante ruolo del medico per motivare giovani e genitori



Addestrare gli operatori sanitari a usare affermazioni adatte nei colloqui con pazienti e genitori si associa a un aumento significativo delle vaccinazioni contro il papillomavirus umano (Hpv) tra gli adolescenti. Lo afferma Noel Brewer, del Department of Health Behavior alla University of North Carolina, Chapel Hill, primo firmatario di uno studio pubblicato su *Pediatrics*. «Nonostante le linee guida nazionali raccomandino la vaccinazione di routine contro l'HPV fra 11 e 12 anni, la copertura vaccinale statunitense resta piuttosto bassa» spiegano gli autori, ricordando l'importanza dei consigli del medico per motivare al vaccino i giovani e i loro genitori. Da qui lo studio su *Pediatrics*, in cui i ricercatori hanno stimato l'efficacia di una formazione specifica degli operatori sanitari intesa a migliorare la forza delle loro raccomandazioni utilizzando affermazioni o conversazioni strutturate allo scopo.

«Al trial randomizzato e controllato a gruppi paralleli hanno preso parte 30 ambulatori di medicina pediatrica e di famiglia nel territorio del North Carolina» riprende l'autore, che assieme ai colleghi ha randomizzato i medici partecipanti in tre gruppi: i primi due hanno ricevuto una formazione specifica per le affermazioni o la conversazione e il terzo, quello di controllo, nessuna formazione. «Le affermazioni sono brevi dichiarazioni fatte ai genitori, mentre le conversazioni li coinvolgono in scambi di opinione» riprendono i ricercatori, che a conti fatti hanno scoperto un aumento della copertura vaccinale rispetto al gruppo di controllo nei pazienti di entrambi i generi seguiti dagli ambulatori che avevano ricevuto la formazione all'uso delle affermazioni. Viceversa, gli adolescenti seguiti dai medici formati alla conversazione non differivano in modo significativo dai controlli in termini di copertura vaccinale. «In conclusione, questi risultati dimostrano l'efficacia di affermazioni mirate fatte dal medico per convincere genitori e adolescenti a vaccinarsi contro l'Hpv, ribadendo il ruolo centrale svolto dal pediatra e dal medico di famiglia» conclude Brewer.

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

Seno, ecco perché si creano metastasi (anche se il tumore è molto piccolo)

Due studi arrivano a conclusioni simili e rispondono a domande finora senza risposta: perché ci sono tumori piccolissimi che diventano molto aggressivi? Perché a volte arrivano le metastasi senza che ci sia il tumore originario?

Alcune cellule cancerose possono diffondersi in altri organi ancora prima che il tumore al seno si sviluppi, restare silenti per un lungo periodo e poi «risvegliarsi» provocando la formazione di metastasi aggressive e spesso letali. A rivelare alcuni meccanismi che rendono determinati tipi di cancro al seno particolarmente difficili da sconfiggere sono due studi appena pubblicati sulla rivista scientifica *Nature* da ricercatori americani della Icahn School of Medicine at Mount Sinai di New York e dell'Università tedesca di Regensburg. Le conclusioni di queste indagini aiutano a spiegare il «mistero» che avvolge tuttora alcuni casi di cancro al seno: «Facciamo un passo avanti nella comprensione di situazioni particolarmente sfortunate come quelle in cui, nonostante la neoplasia sia scoperta e asportata ancora molto piccola, in fase precoce, poi si sviluppano metastasi - dice Massimo Di Maio, consigliere nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica e direttore dell'Oncologia all'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino -. Oppure addirittura la paziente arriva alla diagnosi già metastatica, senza che il tumore iniziale si sia ancora sviluppato».

Studi su campioni di tessuto umani

Il team tedesco aveva già scoperto che le cellule malate possono diffondersi da tumori invasivi, caratterizzati da mutazioni genetiche particolarmente sfavorevoli, ma anche da carcinomi ai primi stadi, generalmente considerati incapaci di dare metastasi. Ora, nei due recenti studi, condotti per ora su modelli animali e testati in campioni di tessuto umano, i ricercatori hanno identificato i primi meccanismi che consentono alle cellule cancerose di sparpagliarsi nell'organismo anche se la malattia è alle sue fasi iniziali. Entrambe le indagini hanno esaminato tipi di tumore mammario molto iniziali, compresi modelli di carcinoma duttale in situ, una tipologia nota per essere non invasiva.

Il ruolo chiave di HER2, p38 e delle cellule dormienti

L'indagine americana ha scoperto che due alterazioni molecolari (un oncogene "attivato", HER2, e un soppressore tumorale "spento", p38) fanno in modo che le cellule neoplastiche ricevano il messaggio di spostarsi dal tessuto mammario verso i polmoni e poi in altre parti del corpo. Inoltre appare chiaro che la maggior parte di queste cellule che migrano

precocemente restano dormienti e riescono quindi a scampare l'attacco della stragrande maggioranza dei farmaci (chemioterapia e *target therapies*) che vanno invece a colpire le cellule attive, quelle che proliferano.

Metastasi ma nessun tumore originario

«Ci sono ancora fenomeni che non sappiamo spiegare - dice Julio A. Aguirre-Ghiso, autore principale dello studio Usa -, come quel 5 per cento di donne con cancro al seno che hanno metastasi, ma nessun tumore originario. Oltre a quei casi così aggressivi da resistere a tutte le terapie e diventare letali. Ora facciamo un passo avanti, capiamo qualcosa in più». Il secondo studio, quello coordinato in Germania da Cristoph Klein e condotto in modo indipendente dal primo, aggiunge ulteriori informazioni in questo stesso senso.

Chi è più a rischio di avere forme aggressive

«Le nuove tecnologie e gli studi sempre più approfonditi sul Dna - chiarisce Di Maio - ci stanno aiutando a comprendere cose che finora ci sfuggivano e catalogavamo come "sfortuna", in attesa di saperne di più. Come, per esempio, perché ci sono tumori piccolissimi che diventano molto aggressivi e danno metastasi, mentre altri di grande volume non ne danno. O perché, a volte, ci sono metastasi senza che il tumore primario si sia formato. Ci è più chiaro il meccanismo di controllo delle cellule malate e della loro proliferazione, la biologia dei diversi tumori, quali sono i geni coinvolti con un ruolo-chiave. Lo scopo è chiaramente riuscire a capire meglio chi è più a rischio di avere forme aggressive, ricadute, metastasi, per poter prescrivere subito la terapia più adeguata. Resta il fatto - conclude l'esperto - che la diagnosi precoce è fondamentale e nella stragrande maggioranza dei casi individuare un tumore piccolo, in fase iniziale, significa salvarsi la vita. Come dimostra il miglioramento della sopravvivenza nelle donne con cancro al seno, che oggi sfiora il 98 per cento. Tuttavia dopo l'intervento chirurgico non sappiamo quali pazienti "andranno male" e con queste nuove scoperte possiamo invece valutare meglio la probabilità e calcolare chi necessita di trattamenti più intensi o con determinati farmaci».

il caso »

Ilva, beffati i bambini malati Fermi i 50 milioni promessi

I fondi sono stati bloccati dal cambio di governo

Giuseppe Marino

Roma Il è finito in archivio con le sue polemiche insieme al vecchio governo, quello nuovo ha giurato ed è in carica, ma non c'è ancora neppure una scadenza certa per mantenere la promessa di restituire ai bambini malati di Taranto lo stanziamento cancellato in Parlamento. Eppure, appena scoppiate le polemiche per il taglio dei 50 milioni destinati a cura e prevenzione degli effetti dell'inquinamento dell'Ilva, l'allora sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti aveva bollato quelle critiche come strumentali e aveva promesso che si sarebbe posto rimedio in fretta: «Ciò di cui Taranto e i suoi cittadini hanno bisogno sarà valutato, attentamente come sempre, al Tavolo istituzionale del 12 dicembre. E quanto necessario sarà messo». Nel frattempo però c'è stato il voto referendario con le conseguenti dimissioni di Renzi. E il 12 dicembre a Taranto non si è visto nessuno. L'annuncio è arrivato al sindaco di Taranto Ezio Stefano attraverso una telefonata di De Vincenti in cui si annunciava che il tavolo saltava «per garbo istituzionale» verso il nuovo governo in quei giorni ancora in gestazione. Il sottosegretario prometteva comunque di trasmettere «un rapporto con le iniziative avviate e quelle in itinere in modo da impegnare il nuovo governo». Sforzo che sarà risultato minimo, perché De Vincenti avrà trasmesso l'incartamento a se stesso, avendo ricevuto,

nel nuovo governo, l'incarico di ministro per il Sud. Eppure non ci sono ancora certezze sul rispetto della famosa promessa. Forse perché il nuovo dicastero cammina su gambe decisamente fragili. «Bisogna vedere che deleghe avrà, non vorrei che finisse per essere un "ministero per i convegni sul Sud"», ironizza Francesco Boccia, il presidente della commissione Bilancio della Camera protagonista di un'aspra polemica con Renzi e De Vincenti sui fondi per Taranto. Il riferimento di Boccia è chiaro: il povero De Vincenti, già inviato da Renzi a cancellare lo stanziamento per Taranto per punire il dissidente governatore della Puglia Michele Emiliano, è ora alla guida di un ministero per il Sud che non controlla i fondi per il Sud. La delega per il Cipe, il Comitato interministeriale che gestisce il rubinetto dei fondi europei, cioè il grosso dei soldi per il Mezzogiorno, è in mano al ministro dello Sport, ovvero a Luca Lotti. Segno che Renzi lo considera leva elettorale strategica. L'ex premier ha ben presenti i flussi dei voti per il referendum: a Napoli e Palermo più del 40 per cento degli elettori del Pd ha scelto il No, secondo le analisi dell'Istituto Cattaneo. A Taranto quasi il 70 per cento dei votanti ha preferito la Renxit.

Toccherà a Lotti dunque cercare di recuperare consenso. Ma le premesse non sono rosee. C'è in ballo il Milleproroghe. Ma più probabilmente servirà un decreto omnibus. Fatto apposta per turare le tante falle della legge di Bilancio renziana.



BATTAGLIERO
Michele Emiliano



La giovane donna con un tumore

“Io, vittima della burocrazia Ho un filtro nella gamba che nessuno vuole togliere”

10

**mesi
di attesa**
Per una Tac
si aspetta
fino a dieci
mesi
secondo
il rapporto
pubblicato
ieri
dal Tribuna-
le dei diritti
del malato
(Tdm)

Quando la burocrazia ammazza la buona sanità. È la storia di Francesca (il nome è di fantasia perché chi denuncia quasi sempre chiede di restare anonimo, ndr), che a luglio dello scorso anno entra al policlinico Tor Vergata di Roma per essere operata d'urgenza ad un adenocarcinoma al colon. Per lei, vista la presenza di un tumore maligno, niente liste d'attesa ma prima serve effettuare una Tac di controllo che scopre un trombo in una vena della gamba destra. Per evitare un'embolia le viene inserito un filtro cavale, una specie di ombrellino metallico che impedisce agli emboli di raggiungere i polmoni.

«Dopo cinque giorni vengo operata e va tutto bene, tanto che pur tra alti e bassi diciamo che adesso sto tornando a una vita normale», raccon-

ta Francesca. Ma c'è un problema, quel filtro va rimosso dopo qualche mese. «Per via di varie vicissitudini non è stato possibile», spiega ancora. Quando si può fare però nessun reparto si fa avanti a mettere in lista Francesca. E lei non sa come comportarsi. «L'oncologia dice che non è di sua competenza, l'ematologia dice che non ha posti letto e tanto meno i radiologi che sono poi quelli che dovrebbero rimuoverlo».

La direzione sanitaria suggerisce di fare reclamo, come se la cosa non fosse di sua competenza. «Nel frattempo continuo ad aspettare facendo due punture di anticoagulante al giorno e la mia pancia è oramai un enorme livido. La realtà - racconta Francesca - è che al momento dell'impianto del filtro nessuno a programmato la modalità e i tempi di rimozione»:

«Onestamente questo filtro me lo potrei tenere anche tutta la vita, peccato che ho solo 45 anni e, nonostante la disavventura del tumore spero di avere ancora l'aspettativa di vita di qualche anno. Doverli passare schiava di una terapia anticoagulante non mi fa proprio piacere, specialmente considerando che la causa non è un problema clinico ma burocratico», conclude sconsolata. [PA. RU.]

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Perché sul fine vita possiamo farcela

Onorevole Donata Lenzi

Relatrice del provvedimento

Nella rubrica di Corrado Augias si torna a sollecitare il Parlamento ad occuparsi del tema del cosiddetto fine vita come se non fosse stato fatto nulla. Mi permetto di informare che non è così. Il 7 dicembre la commissione Affari Sociali della Camera ha adottato il testo base unificato frutto di nove mesi di lavoro per unire i 16 progetti di legge presentati. Il testo base riguarda "consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento" e non l'eutanasia che è oggetto invece di assegnazione congiunta alle commissioni Affari sociali e Giustizia il che rende il percorso assai più lungo. Naturalmente l'attuale difficile fase politica rende il percorso ancora più accidentato ma noi che vi abbiamo lavorato puntiamo ad andare in Aula a gennaio, in teoria quindi sarebbe possibile farcela, tanto più se l'opinione pubblica ci sostenesse.

*È una buona notizia speriamo
che alle intenzioni seguano i
fatti* (c.a.)



<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/>

Sanità in crisi: 18 mesi per ricostruzione mammaria, 9 per una visita oncologica. Il report Pit-Tdm

da www.ilsole24ore.com



Aspettare fino a due anni per rimuovere una protesi o curare l'alluce valgo, 18 mesi per la ricostruzione mammaria e 15 per ottenere la mammografia, fino a 10 mesi per la Tac e un anno per la risonanza magnetica. E nove mesi, il tempo che nasce un bimbo, per una visita oncologica o oculistica o odontoiatrica. Tutto questo mentre gli italiani hanno netta la percezione dei costi che crescono, dei ticket che esplodono, dell'assistenza a domicilio che diventa una rarità, del ricovero sempre più complicato, del pronto soccorso invivibile, del degrado delle strutture. E l'uso dei ricoveri in intramoenia senza controlli o quasi con pazienti costretti a pagare o "girati" al privati. Ma anche il rapporto non esattamente semplice con i medici di famiglia e i pediatri. Tu chiamala se vuoi sanità solidale e universalistica. Perché l'accesso al Servizio sanitario nazionale sta diventando sempre più un lusso, sempre più un girone infernale. Non dappertutto, è chiaro. Ma dal Lazio in giù, pur con lodevoli eccezioni, la sanità pubblica diventa non raramente una polveriera. A tracciare un identikit del Ssn non esattamente tranquillizzante è il XIX Rapporto "Pit Salute" di Cittadinanzattiva-Tribunale dei diritti del malato, presentato questa mattina a Roma. Si stanno abituando i cittadini a considerare il privato e l'intramoenia come prima scelta
Frutto dell'exkursus giornaliero nella sanità italiana fatto dai volontari in tutta Italia

dell'associazione e che fa affidamento su 21.493 segnalazioni arrivate dai cittadini, raccolte dal Tdm. «Se lo scorso anno abbiamo denunciato che si stavano abituando i cittadini a considerare il privato e l'intramoenia come prima scelta, ora ne abbiamo la prova: le persone sono state abituate a farlo per le prestazioni a più basso costo (ecografie, esami del sangue, etc.). Non perché non vogliono usufruire del Ssn, ma perché vivono ogni giorno un assurdo: per tempi e peso dei ticket, a conti fatti, si fa prima ad andare in intramoenia o nel privato. E il Ssn, in particolare sulle prestazioni meno complesse, e forse anche più "redditizie", ha di fatto scelto di non essere la prima scelta per i cittadini», afferma il coordinatore nazionale del Tdm, Tonino Aceti. Una situazione tanto più grave, aggiunge, che «si tratta di prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza, quindi un diritto. È questa la revisione dei Lea "in pratica" che i cittadini già sperimentano ogni giorno». Di seguito la sintesi del Rapporto Pit Salute.

Liste d'attesa infinite. Quasi una segnalazione su tre (30,5%, rispetto al 25% del 2014) nel 2015 ha riguardato le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche, per liste di attesa (54,5%), ticket (30,5%), intramoenia (8,4%). Se diminuiscono le segnalazioni di liste di attesa per esami diagnostici semplici, dal 36,7% del 2014 al 25,5% del 2015, crescono invece decisamente per gli interventi chirurgici (35,3% nel 2015 vs il 28,8% del 2014) e per le visite specialistiche (34,3% vs 26,3%). In testa, per segnalazioni su lunghi tempi di attesa negli interventi chirurgici, l'area di ortopedia, con il 30,7% delle segnalazioni (era il 27,5% nel 2014): per le visite specialistiche l'area oculistica (25% vs 18,5% nel 2014), per gli esami diagnostici, le prestazioni per le quali si attende di più sono le ecografie (18,8%, 24,1% nell'anno precedente). Nell'ambito delle segnalazioni sui ticket, a pesare sono soprattutto i costi per diagnostica e specialistica (41%), segue la mancata applicazione dell'esenzione (24,5%, nel 2014 era il 10,9%); i costi per le prestazioni a totale carico dei cittadini (20,8%, 17,8% nel 2014).

Errori medici, segnalazioni stabili. Stabili le segnalazioni sulla presunta malpractice e la sicurezza delle strutture, che raccolgono il 14,6% (era il 15,4% nel 2016). In questo ambito però si segnala un peggioramento delle condizioni delle strutture (25,7% vs 17% dell'anno precedente), legate principalmente al malfunzionamento dei macchinari (41,9% vs al 38,2%), alle precarie condizioni igieniche (30,1% vs 35,3%) e agli ambienti fatiscenti (28,1% vs 26,5%). I presunti errori pesano di più nell'area delle terapie (58,3%), e in seconda battuta nell'area diagnostica (41,7%). In testa, fra gli errori terapeutici, quelli di ortopedia (14,3, ma in diminuzione rispetto al 2014 – 28,4%) e in ginecologia e ostetricia (14%, ma nel 2014 erano l'8,3%); a seguire la chirurgia generale (12,9% vs 14,1%). Anche in ambito diagnostico, gli errori si verificano più di frequente in ortopedia (15,6%, 17,4% nel 2014) e in ginecologia ed ostetricia (15,2%, nel 2014 l'area raccoglieva il 9,8% delle segnalazioni). Da una disamina delle segnalazioni di presunti errori giunte al Tdm, emerge che, su 768 consulenze medico legali, in quasi due casi su tre (63%) si sconsiglia l'azione legale. Se nel 57% dei casi manca il nesso di causalità, dunque non è ravvisabile una diretta responsabilità sanitaria, in circa un caso su tre (32%) la documentazione clinica consegnata dalle strutture è incompleta o inadeguata e ancora per l'11% sono decorsi i termini per l'azione legale. Importante anche sottolineare che, alla base delle denunce fatte dai cittadini, accanto al possibile errore

interpretativo del paziente sull'operato dei professionisti sanitari (39%), emerge anche il vissuto di non essere stato trattato con umanità dal personale (34%) o di non aver ricevuto le giuste ed adeguate informazioni da parte dello stesso (27%).

E sul territorio le cose non vanno. Sebbene l'area generale dell'assistenza territoriale raccolga meno segnalazioni rispetto al passato (11,5% nel 2015, 15,3% nel 2014), al suo interno emergono dati contrastanti che danno idea di diverse problematiche. In crescita i problemi con medici di famiglia e pediatri, che raccolgono più di un terzo delle segnalazioni dell'area: le principali questioni riguardano il rifiuto di prescrizioni da parte del medico (28,4%, +4% rispetto al 2014), gli orari inadeguati di ricevimento (25,4%, +12%), la sottostima del problema di salute (17,9%, +6%). In tema di assistenza residenziale, soprattutto nelle RSA, un terzo dei cittadini lamenta la scarsa assistenza medico-infermieristica (-4% rispetto al 2014), un altro terzo i costi eccessivi delle rette per la degenza (+11%), le lunghe liste di attesa (-5%), la distanza dal domicilio della famiglia (-2%). Sul tema della salute mentale, i cittadini segnalano il ricovero in strutture inadeguate (31,3%, +3%), le difficoltà familiari nella gestione della problematica (22,4%), la scarsa qualità dell'assistenza fornita dal Dipartimento o dal centro di salute mentale (17,9%, +6%). Per la riabilitazione, le segnalazioni riguardano per lo più quella effettuata all'interno delle strutture sanitarie (43%), per la quale un terzo ravvisa scarsa qualità del servizio, quasi un quarto la mancata attivazione, un quinto la carenza di posti letto; quasi il 30% riguarda la riabilitazione ambulatoriale, per la quale i cittadini lamentano disagi legati all'attivazione del servizio (55,6%) e la scarsità di ore (44,4%); infine il 27% riguarda la riabilitazione a domicilio, per la quale il 31% segnala la difficoltà nell'attivarla, il 21% la riduzione del servizio e un ulteriore 21% (in crescita di ben l'11% rispetto al 2014) la totale sospensione dello stesso.

Assistenza domiciliare: troppo complesso l'iter di attivazione. In tema di assistenza domiciliare, quasi la metà delle segnalazioni (44,8%) riguarda le difficoltà di avere informazioni e la complessità nell'iter di attivazione; il 12,6% l'inesistenza del servizio o le lunghe liste di attesa. Per l'assistenza protesica e integrativa, il cittadino denuncia i lunghi tempi di attesa (47,6%), l'insufficienza delle forniture (26,2%), la scarsa qualità dei prodotti (26,2%). In particolare, le protesi oggetto di lamenta sono quelle per gli arti inferiori (24%), carrozzine, montascale, deambulatori (20%), scarpe ortopediche e apparecchi acustici (16%), busti e corsetti (4%).

Informazioni scarse, documentazione carente. Più di un cittadino su dieci (11,4%) segnala carenze di informazioni in ambito sanitario e di accesso alla documentazione sanitaria. Le informazioni scarseggiano soprattutto sulle prestazioni assistenziali (30%), sull'assistenza sanitaria di base (25%), in materia di consenso informato (22%). L'accesso alla documentazione sanitaria è considerata problematica soprattutto per i tempi lunghi per il rilascio (45,5%) o per il rifiuto da parte della struttura sanitaria nel rilasciarla al paziente (23,4%). In netta crescita le segnalazioni di documentazione incompleta (14,3%, erano solo il 3,2% nel 2014).

Invalidità ed handicap, in media 30 mesi per ottenerne il riconoscimento. Una segnalazione su dieci riguarda il tema della invalidità ed handicap. La lentezza dell'iter burocratico per il riconoscimento rappresenta la problematica principale, con il 58,2% delle segnalazioni, lentezza che si riscontra in gran parte (65%) nella fase di presentazione della domanda. Dalla convocazione a prima visita, per la quale si

aspettano in media 8 mesi, alla ricezione del verbale che ne necessita di ulteriori 10, fino alla erogazione dei benefici economici che avviene in media 12 mesi dopo, al cittadino che si imbarca in questo iter tocca aspettare insomma in media 30 mesi, ulteriori due in più rispetto ai tempi che ci erano stati segnalati nel 2014. Tempi non accettabili per i cittadini che si sono rivolti al TDM, considerando che sono prevalentemente affetti in un terzo dei casi da malattie oncologiche, da patologie croniche e neurologiche degenerative (27,5%), legate all'invecchiamento (18%) e rare (10,7%).

Lunghe attese al Pronto soccorso e triage non trasparente. L'ambito dell'assistenza ospedaliera raccoglie il 10% delle segnalazioni. I maggiori disagi si registrano nell'emergenza urgenza con un dato che giunge nel 2015 al 62,8% rispetto al 50,7% del 2014. Si tratta soprattutto di lunghe attese al Pronto soccorso (45,3%) e di assegnazione del triage non trasparente (40,5%, +15% rispetto al 2014): ai cittadini che ricorrono al PS insomma sembra spesso di aspettare troppo, anche perché ben poche strutture spiegano come viene assegnato il codice e ancora meno quelle dotate di monitor per indicare i tempi di attesa per codice di priorità. Secondo ambito problematico è quello dei ricoveri (23,8%), per i quali il 45% segnala di aver “subito” il rifiuto del ricovero o perché ritenuto inappropriato dal personale medico o per tagli ai servizi; l'essere ricoverato in reparto inadeguato (un quinto delle segnalazioni). Le dimissioni ospedaliere raccolgono il 13,4% delle segnalazioni: sono ritenute improprie per il 65,4% dei cittadini, più di uno su quattro riscontra difficoltà nell'esser preso in carico dal territorio.

Farmaci: boom di richieste e informazioni per l'Epatite C. Il 5,8% delle segnalazioni riguarda il tema dei farmaci (era il 4,6% nel 2014). Nel corso del 2015 è emerso il problema dell'accesso ai nuovi farmaci per l'epatite C che riguarda il 31% delle segnalazioni, soprattutto per la mancanza di informazioni sulle nuove terapie (45%), sui criteri di accesso dell'AIFA (27,5%), sui Centri prescrittori (9,5%). A seguire nell'ambito dei farmaci, la questione dell'indisponibilità di alcuni medicinali (27,3%) per carenza in farmacia (45,7%), ritardi nell'erogazione dei farmaci ospedalieri (33,2%), ritiro dal mercato (15,8%), farmaci non commercializzati in Italia (5,3%). Un 20% di segnalazioni riguarda invece la spesa per i farmaci considerata elevata dai cittadini in quanto non erogati dal SSN (63%) o per la differenza di prezzo fra generico e brand (26%) o per aumento del ticket (10,5%). Un 20% di segnalazioni riguarda invece la spesa per i farmaci considerata elevata dai cittadini in quanto non erogati dal SSN (63%) o per la differenza di prezzo fra generico e brand (26%) o per aumento del ticket (10,5%).

<http://www.ansa.it>

EUROSTAT, IN ITALIA 52% MEDICI È OVER-55 E SOLO 40% È DONNA NEL 2014 PICCO CAMICI BIANCHI PIÙ ANZIANI IN UE

ROMA, 15 DIC - Camici bianchi più anziani d'Europa. Sono 1,8 milioni i medici praticanti in Ue e l'Italia detiene il primato dei professionisti più vecchi, con oltre uno su due (52%) che ha 55 anni o più, ponendosi anche nei posti medio-bassi della classifica per quanto riguarda il numero di medici donne (che raggiungono il 40% del totale). E' il quadro che emerge dai dati Eurostat relativi al 2014. Il maggior numero di medici si registra negli Stati più grandi: Germania (333.000), Italia (236.000), Francia (206.000), Gran Bretagna (181.000) e Spagna (177.000). Questi cinque Paesi da soli totalizzano circa i due terzi (64%) del numero totale di medici praticanti in Europa. In particolare, per quanto riguarda il fattore età, Eurostat sottolinea come ci sia stato un rapido invecchiamento della forza lavoro nel settore sanitario in Europa che coincide con il raggiungimento dell'età pensionabile della generazione del baby-boom. Ciò si riflette, appunto, nella quota di medici con età pari o superiore ai 55 anni, cresciuta dal 24% del 2004 al 37% del 2014. I camici bianchi 55enni o over-55 raggiungono così una quota tra il 40% e il 46% in Bulgaria, Cipro, Germania, Ungheria, Belgio, Estonia, Francia, Lettonia, ma il picco si raggiunge proprio in Italia, con il 52%. Al contrario, i medici praticanti che rientrano in questa fascia di età sono solo il 17% a Malta ed il 13% in Gran Bretagna. In rapporto al numero di abitanti, inoltre, è la Grecia a registrare il più alto numero di medici praticanti tra gli Stati europei, con 632 camici bianchi per 100.000 abitanti. L'Italia si attesta su circa 400 medici per 100.000 abitanti, come altri Stati, mentre il numero più basso si registra in Polonia, con 231 medici sempre per 100.000 residenti. In generale, rileva Eurostat, si è registrato un aumento globale del numero di medici per 100.000 abitanti in Europa tra il 2009 e il 2014. I dati mostrano anche come tra il 2004 ed il 2014 sia cresciuta la quota di medici donne nei Paesi europei, passata dal 41% al 48%. nel 2014 la quota più alta di 'medici in rosa' (oltre il 60%) si registra negli Stati baltici, Romania, Croazia, Slovenia, con picchi in Estonia e Lettonia, dove le donne medico raggiungono i tre quarti del numero totale. Al contrario, le maggiori percentuali di medici uomini (67%) si registrano in Lussemburgo, Belgio (61%) e Italia (60%).

quotidianosanita.it

Giovedì 15 DICEMBRE 2016

Aifa. Torna a riunirsi il Cda. Via libera a 30 nuovi farmaci

I lavori della seduta si sono concentrati sulla verifica del bilancio 2016 e di quello di previsione per il 2017 e sulla ripartizione del Fondo del 5% generato dai contributi per spese promozionali effettuate dalle Aziende farmaceutiche. Autorizzate all'Immissione in Commercio per trenta nuove specialità medicinali.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco si è riunito questo pomeriggio in seduta ordinaria per garantire continuità alle attività dell'ente. Ad assumere il ruolo di Presidente, attualmente vacante a seguito della nomina del Prof. **Mario Melazzini** a Direttore Generale dell'Agenzia e in attesa della nomina del nuovo presidente (in pole nell'ultimo periodo è dato il prof. **Carlo Gaudio**), è stato il consigliere **Ludovico Abbaticchio**, componente del CdA dell'AIFA dal luglio 2014.

“I lavori della seduta si sono concentrati sulla verifica del bilancio 2016 – riporta l'Agenzia del farmaco - e di quello di previsione per il 2017 e sulla ripartizione del Fondo del 5% generato dai contributi per spese promozionali effettuate dalle Aziende farmaceutiche, come da legge istitutiva dell'AIFA. Si è proceduto inoltre alla ratifica delle Autorizzazioni all'Immissione in Commercio per trenta nuove specialità medicinali, inclusa la delibera in merito alla loro classificazione e ammissibilità a rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale”.

La prossima seduta è prevista per il giorno 19 gennaio 2017 alle ore 17.00.

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Londra. Manipolazione Figli con il Dna di tre genitori: via libera in Gb

L'authority inglese della fecondazione artificiale ha dato l'ok a concepire in vitro embrioni con materiale genetico di un uomo e due donne.

DEL SOLDATO A PAGINA 19

Ok di Londra ai figli con 3 genitori

L'authority sulla provetta dà il via libera alla controversa tecnica

Per la prima volta uno Stato autorizza a concepire in vitro bambini con patrimonio genetico multiplo

ELISABETTA DEL SOLDATO

LONDRA

La Hfea, l'autorità che in Gran Bretagna regola la fecondazione artificiale e l'embriologia, ha tentennato per qualche mese ma poi, come prevedibile, ha ceduto alle spinte. E ieri ha dato il via libera alla sperimentazione della controversa tecnica di concepimento di un bambino da tre genitori. E così ancora una volta il Regno Unito, ignorando i pesanti dubbi che ancora circondano la nuova tecnica, ha portato a casa un altro, discutibile primato scientifico. Le cliniche della Gran Bretagna che avevano fatto richiesta di una licenza potranno da oggi offrire ai pazienti trattamenti di fecondazione assistita con donazione di mitocondri che determineranno la nascita di figli con materiale genetico proveniente da tre genitori. La tecnica prevede di sostituire una piccola parte del Dna materno, contenuto negli ovociti dentro corpuscoli detti mitocondri, quando presenta anomalie. Sostituendo il Dna "malato" con quello di una donna sana, e procedendo con la fecondazione assistita, l'embrione avrà il Dna di due donne e un uomo. I primi bambini figli di tre genitori potranno nascere già l'anno prossimo. «Oggi è un giorno storico – commenta la presidente di Hfea, Sally Cheshire –. Credo che molte coppie saranno felici di questa decisione. Ma procederemo con grande cautela».

Hfea ha atteso di avere certezze scientifiche prima di dare il via libera, ma queste certezze ancora oggi non ci sono. Non è infatti cambiato nulla dallo scorso giugno quando uno studio pubblicato sulla rivista scientifica *Nature* spiegava che gli ovociti modificati presentavano anche inspiegabili e gravi anomalie. Paul Knopfler, esperto in cellule staminali, commentò che «la terapia di sostituzione mitocondriale non è pronta per l'uso negli esseri umani. Credo che la decisione di legalizzare questa tecnologia nel Regno Unito sia più politica che scientifica». L'approvazione di questa tecnica attrarrà nuovi investimenti sulla ricerca britannica. La tecnica è già stata usata in Messico dove però non esiste un'autorizzazione che la renda legittima. Qui un team guidato da uno scienziato americano è riuscito in ottobre a far nascere il primo bimbo con Dna multiplo e ora spera di farne nascere altri 20 nel 2017. Negli Stati Uniti invece la procedura è stata vietata dalla Fda, l'authority di farmacovigilanza. L'elevato numero di malformazioni fra i nati dai primi esperimenti, oltre agli aborti spontanei, spinsero le autorità pubbliche a fermare tutto. «La decisione di Hfea – commenta David King di Human Genetics Alert – apre le porte ai bambini "progettati". Permettere questa procedura è come dire che non esiste più una ragione logica a per non permettere la creazione di bambini geneticamente modificati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INDAGINE USA

CHI HA STUDIATO DI PIÙ SOFFRE MENO DI ALZHEIMER

Nonostante l'invecchiamento della popolazione, negli Usa il morbo di Alzheimer cala. Lo dice l'Università del Michigan, che ha analizzato dati sulla salute di 10.500 ultra 65enni, raccolti metà nel 2000 e metà nel 2012: se nel 2000 la presenza della patologia era dell'11,6 per cento, nel 2012 era scesa all'8,6.

«Un fattore importante è la

maggiore istruzione» dice l'epidemiologo Kenneth Langa. «Gli anziani del 2012 sono stati a scuola di più, e questo vuol dire più neuroni e connessioni, quindi resistenza del cervello ai danni dell'età». Un altro fattore è la migliore salute circolatoria, infine c'è il misterioso effetto protettivo dell'obesità: chi è sovrappeso si ammala meno. *(al.sa.)*

Dir. Resp.: Mario Calabresi

RICERCA SUI TOPI IN CALIFORNIA

Se un ritocco al Dna ci farà ringiovanire

SILVIA BENCIVELLI

SI TORNA giovani, si torna sani, si vive più a lungo. Basta riportare le lancette dell'orologio biologico indietro, ma di poco, e non pretendere di fare un balzo nel passato, ma soltanto un piccolo passo. Lo ha dimostrato un gruppo di ricercatori americani e spagnoli che per la prima volta è riuscito a riprogrammare le cellule in modo da ringiovanirle quel poco che basta a cancellare i segni dell'invecchiamento sul Dna. «Abbiamo mostrato che l'invecchiamento è un processo plastico, e non avviene in un'unica direzione».

A PAGINA 39 CON UN'INTERVISTA DI ELENA DUSI

Negli Stati Uniti, intervenendo sui geni, è stata allungata la vita dei topi da laboratorio

Un ritocco al Dna per ringiovanire "Riportato indietro l'orologio biologico"

Gli animali sono vissuti 24 settimane invece che 18. Come se a noi regalassero 20 anni in più

"Abbiamo dimostrato che l'invecchiamento è un processo plastico e non irreversibile"

SILVIA BENCIVELLI

ROMA. Si torna giovani, si torna sani, si vive più a lungo. Basta riportare le lancette dell'orologio biologico indietro, ma indietro di poco, e non pretendere di fare un balzo nel passato, ma soltanto un piccolo passo. Lo ha dimostrato un gruppo di ricercatori americani e spagnoli che

per la prima volta sono riusciti a riprogrammare le cellule in modo da ringiovanirle quel poco che basta a cancellare i segni dell'invecchiamento sul Dna. Ma solo quel poco, e senza far perdere loro l'identità di cellula adulta, per esempio, della pelle, del muscolo o del sistema nervoso.

Il trucco, si legge nello studio pubblicato ieri dalla rivista *Cell*, è lo stesso che si usa per produrre le cellule staminali pluripotenti, per cui il giapponese Shinya Yamanaka è stato premiato con il Nobel della Medicina nel 2012. Ed è un trucco basato sulla possibilità di regolare l'espressione (cioè l'accensione o lo spegnimento) di alcuni geni chiave senza toccarne la struttura: l'intervento si definisce perciò non "genetico" ma "epigenetico".

La ricerca fornisce diversi elementi di entusiasmo. Per Juan Carlos Izpisua Belmonte del Salk Institute di La Jolla, in California, che ha diretto l'esperimento, il principale è ovvio: «Abbiamo mostrato che l'invecchiamento è un processo plastico, e non avviene necessariamente in un'unica direzione». Anzi: può essere regolato.

In questo caso lo si è visto sia su cellule in vitro che su topolini da laboratorio, agendo nella



stessa maniera. Cioè si è giocato sui cosiddetti fattori di Yamana senza però dare loro un via libera completo, perché se lo si fosse fatto si sarebbe osservato un ringiovanimento delle cellule eccessivo che, come mostrato da ricerche precedenti, provoca lo sviluppo di particolari tipi di tumori originati dalla degenerazione dei tessuti embrionali.

In questo caso invece i ricercatori sono riusciti a regolare l'azione dei fattori dall'esterno attraverso l'introduzione di uno speciale interruttore che rispondeva a un antibiotico, il quale a sua volta poteva essere somministrato o non somministrato dai ricercatori stessi. Così la riprogrammazione è stata fatta durare solo un paio di giorni, invece che due o tre settimane come di consueto. In futuro, spiegano gli scienziati, si potrebbe anche provare con durate diverse o con una riprogrammazione intermittente, perché la ricerca è soltanto all'inizio.

Comunque, intanto, il risultato è stato abbastanza clamoroso: le disfunzioni cellulari legate all'età sono chiaramente diminuite, le cellule hanno recuperato la struttura e la funzione di epoche della vita precedenti, e i tessuti sono tornati vitali come un tempo.

Ma il dato davvero notevole della ricerca è che le stesse modifiche sono state osservate anche in vivo, cioè nei topolini di laboratorio, nei quali si è notato non soltanto un miglioramento delle funzioni di ciascun organo, ma anche un beneficio complessivo, misurabile, in questo caso, in settimane di vita. Lo si è calcolato con precisione sperimentando il sistema su topini geneticamente predisposti a un invecchiamento precoce e calcolando che la loro vita si allungava mediamente del 30 per cento: da 18 a 24 settimane. Che è come se a noi regalassero, più o meno, vent'anni di vita in salute.

Ma la ricerca non è importante soltanto per chi cova l'ambizione di vivere a lungo. La maggior parte delle malattie, infatti, ha come principale fattore di rischio l'età, ed è inevitabilmente legata al deterioramento della nostra biologia nel tempo. Tra queste i tumori, le patologie del cuore e dei vasi, e quelle neurodegenerative. E aver cominciato a capire come regolare l'orologio biologico è il primo passo per evitare che si rompa.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

IL MINISTERO

Crollo degli aborti "Merito della pillola dei 5 giorni dopo"

ROMA. Gli aborti diminuiscono, ma ci sono più medici obiettori di coscienza: hanno raggiunto il 70,7% in Italia. E i tempi di attesa per l'interruzione volontaria di gravidanza si accorciano. È il quadro che emerge dalla relazione del ministro della Salute, trasmessa al Parlamento con i dati relativi al 2014 e al 2015. Secondo il dicastero, «non emergono criticità nei servizi di interruzione di gravidanza: vengono effettuate nel 59,6% delle strutture disponibili con una copertura adeguata tranne che in Campania, Molise e a Bolzano». Dai dati si osserva che dal 2006 al 2014 gli aborti sono diminuiti sia come tasso (185 ogni mille nati vivi, un decremento nel 2015 sul 2014 del 5,7%) che come numerosità (del 9,3%). Nel 2015 il numero di interruzioni volontarie di gravidanza sono state 87.639 quando nel 2013 furono 102.760. I ginecologi obiettori sono passati dal 69,2% al 70,7%. Secondo la relazione, la diminuzione degli aborti è probabilmente legata alla decisione dell'Agenzia italiana del farmaco di eliminare l'obbligo di prescrizione, alle maggiorenni, per la pillola dei cinque giorni dopo. L'acquisto della pillola è cresciuto: 16.796 confezioni nel 2014 e 83.346 nel 2015.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

