



## **RASSEGNA STAMPA**

**20-12-2016**

1. QUOTIDIANO SANITÀ Spesa farmaceutica. Report Aifa gennaio-agosto 2016
2. SOLE 24 ORE SANITA' Lorenzin 3 Come prima più di prima? - I giochi aperti del Lorenzin ter
3. SOLE 24 ORE SANITA' Nuovi Livelli essenziali di assistenza, dal Parlamento un «sì» condizionato
4. REPUBBLICA L'insostenibile peso dei nuovi farmaci salvavita
5. REPUBBLICA Influenza. Virus, vaccini e rimedi per l'epidemia
6. REPUBBLICA Arricchiti singoli o multipli a ognuno il suo vaccino
7. ANSA Le 5 malattie che da sole hanno causato il 75% delle infezioni in Europa
8. SOLE 24 ORE SANITA' Legge Eluana, no al Friuli ora regole nazionali
9. QUOTIDIANO SANITÀ Fine vita. Associazione Coscioni: "Il 77% degli italiani chiede una legge"
10. AVVENIRE Meningite, caso a Fermo «Non c'è alcun allarme»
11. REPUBBLICA Il mistero del fegato sotto attacco
12. REPUBBLICA Questa medicina è tutta diversa
13. SOLE 24 ORE SANITA' Salute negata tra code e spesa privata

# quotidianosanita.it

Lunedì 19 DICEMBRE 2016

## Spesa farmaceutica. Report Aifa gennaio-agosto 2016. Conti in rosso per quasi 1,7 mld. Sfondato sia tetto ospedaliera (+1,27 mld) che territoriale (+413 mln). In calo la spesa in farmacia (-3,2%)

***Inarrestabile invece la crescita della distribuzione diretta delle Asl con un incremento della spesa di oltre il 23%. Aumentano anche i ticket. A crescere però è la quota da pagare se si sceglie un branded invece che un generico, mentre calano i ricavi dal ticket fisso sulla ricetta. [IL REPORT AIFA](#)***

Publicato da Aifa il monitoraggio della spesa farmaceutica 2016 con i dati dei primi 8 mesi dell'anno. La spesa territoriale, tra farmacie e distribuzione diretta (senza pay back e senza innovativi) raggiunge i 8.806 milioni di euro e sfonda il tetto programmato di 413 milioni.

La spesa ospedaliera si assesta invece sul 3.995 milioni e sfonda il tetto di ben 1.271 milioni di euro (si è speso in sostanza il 47% in più rispetto a quanto programmato).

Ticket. Continua a salire (+1,3% rispetto a stesso periodo 2015) il conto per i cittadini che in ogni caso hanno partecipato al costo dei farmaci tra gennaio e agosto per ben 1,028 mld di cui 680 milioni per la quota di differenza di prezzo tra generico e branded e la restante parte come ticket fisso sulla ricetta.

Spesa farmaceutica convenzionata (farmacia). In continua discesa invece la spesa lorda convenzionata tramite farmacie. Nei primi 8 mesi del 2016 è stata di 7.073 milioni, in calo di 237 milioni rispetto allo stesso periodo del 2015 (-3,2%).

La netta farmacia (depurata di sconti a carico della filiera e ticket a carico dei cittadini) è stata invece di 5.482 milioni, con un decremento di 230 milioni rispetto all'anno passato (-4%).

Le ricette passate per il canale farmacia sono state 391 milioni, con una diminuzione del 2% rispetto all'anno precedente.

Il calo maggiore della spesa attraverso il canale farmacia si è registrato in Valle d'Aosta (-23,1%) ma è presente in tutte le Regioni.

Il ticket versato dai cittadini tra gennaio e agosto 2016 è stato di 1.028,1 milioni di euro, in aumento (+1,3% rispetto al 2015). Ma se si scorpora il dato si conferma che ad aumentare, in particolare, è stato l'ammontare della quota da pagare in caso si scelga un branded rispetto all'equivalente rimborsato dal Ssn che ha subito un incremento dell'2,9% rispetto al 2015. Al contrario l'ammontare del ticket fisso su ricetta è calato in percentuale quasi analoga (-1,6%).

La spesa per distribuzione diretta. Continua il boom per l'erogazione dei farmaci dal canale diretto delle Asl anche nei primi 8 mesi di quest'anno con un aumento del 23,1% rispetto al 2015 e un conto economico 2016 di 3.685,3 mln di euro rispetto agli 2.9925 mln dell'anno precedente.

Per quanto riguarda il tetto programmato, che per l'insieme della spesa territoriale corrisponde all'11,35% del Fondo sanitario, l'Aifa prende a base di calcolo una spesa complessiva territoriale pari a 8.807 milioni (spesa al netto anche dei farmaci del fondo degli innovativi e dei pay-back delle Aziende Farmaceutiche a beneficio delle Regioni) e calcola uno sfondamento nazionale di 413,1 milioni di euro.

Nei primi tre mesi del 2016 sono 11 le Regioni a sfondare il tetto territoriale con la Sardegna che si conferma in testa a questa classifica in termini di percentuale di sfondamento.

Spesa farmaceutica ospedaliera. La spesa calcolata da Aifa ai fini della verifica del rispetto del tetto programmato del 3,5% del Fsn (e quindi al netto della spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in fascia A, della spesa per vaccini e della spesa per medicinali di fascia C e C-bis e al netto dei pay-back versati dalle Aziende Farmaceutiche a beneficio delle Regioni) è stata di 3.995 milioni di euro e ha sfondato il tetto di ben 1.278 mln.

Il tetto è stato sfondato in tutte le Regioni, tranne che nella PA di Trento.

Spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera nel periodo gennaio-agosto 2016 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 14,85%, per regione

Regione	A=B/14,85% FSN Gen-ago 2016	B Tetto 14,85%	C Spesa Territoriale*(#)	D Spesa Ospedaliera**	E=C+D Spesa complessiva (#)	F=E-B Scostamento assoluto (#)	G=E/A% Inc. %
SARDEGNA	2.015.459.593	299.295.750	300.904.524	108.208.785	409.113.309	109.817.559	20,3%
PUGLIA	4.982.230.486	739.861.227	707.347.678	262.733.859	970.081.537	230.220.310	19,5%
CAMPANIA	7.058.700.877	1.048.217.080	957.265.119	387.675.131	1.344.940.249	296.723.169	19,1%
CALABRIA	2.420.566.503	359.454.126	305.955.643	143.869.427	449.825.070	90.370.945	18,6%
ABRUZZO	1.652.181.180	245.348.905	208.841.023	93.237.330	302.078.353	56.729.448	18,3%
UMBRIA	1.127.666.405	167.458.461	134.285.607	70.219.464	204.505.071	37.046.610	18,1%
TOSCANA	4.728.629.771	702.201.521	513.896.967	329.711.378	843.608.345	141.406.825	17,8%
BASILICATA	723.064.099	107.375.019	88.235.020	40.701.212	128.936.233	21.561.214	17,8%
MARCHE	1.944.880.307	288.814.726	234.036.029	112.368.218	346.404.247	57.589.521	17,8%
LAZIO	7.187.385.298	1.067.326.717	874.613.551	389.562.028	1.264.175.579	196.848.863	17,6%
SICILIA	6.136.805.600	911.315.632	746.127.810	293.727.471	1.039.855.281	128.539.650	16,9%
LIGURIA	2.100.556.468	311.932.636	230.186.987	117.667.113	347.854.100	35.921.465	16,6%
MOLISE	412.016.596	61.184.464	48.794.643	18.167.117	66.961.761	5.777.296	16,3%
LOMBARDIA	12.270.417.230	1.822.156.959	1.348.964.107	615.087.933	1.964.052.041	141.895.082	16,0%
E. ROMAGNA	5.537.620.859	822.336.698	576.727.254	306.763.224	883.490.478	61.153.780	16,0%
PIEMONTE	5.541.930.593	822.976.693	609.997.788	273.849.835	883.847.623	60.870.930	15,9%
FRIULI V.G.	1.521.125.177	225.887.089	168.856.136	72.961.110	241.817.247	15.930.158	15,9%
VENETO	6.048.785.673	898.244.672	618.334.779	299.776.030	918.110.809	19.866.137	15,2%
V. D'AOSTA	156.211.557	23.197.416	14.527.296	7.742.718	22.270.014	-927.402	14,3%
BOLZANO	611.398.350	90.792.655	51.817.149	31.714.866	83.532.015	-7.260.640	13,7%
TRENTO	643.173.232	95.511.225	67.049.991	19.745.817	86.795.808	-8.715.417	13,5%
<b>ITALIA</b>	<b>74.820.805.851</b>	<b>11.110.889.669</b>	<b>8.806.765.106</b>	<b>3.995.490.068</b>	<b>12.802.255.174</b>	<b>1.691.365.505</b>	<b>17,1%</b>

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

\* Spesa territoriale definita ai sensi dell'art. 15, comma 3, del Decreto Legge 6 Agosto 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, al netto dei pay-back a carico delle aziende farmaceutiche vedi nota in fondo a tabella 7.

\*\* Spesa farmaceutica ospedaliera definita ai sensi dell'art. 15, comma 8, lettera d) del D.L. 6 agosto 2012, n.95, convertito, con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n.135, come modificata dall'art.49, comma 2-bis, lettera a), del D.L. 21 giugno 2013, n.69, convertito in L. 9 agosto 2013, n. 98, al netto dei pay-back a carico delle aziende farmaceutiche vedi note in fondo a tabella 9.

**(#) I dati sono al lordo del fondo farmaci innovativi, in attesa delle prossime comunicazioni da parte del Ministero della Salute, relative alla ripartizione interregionale delle risorse per il rimborso dei farmaci innovativi, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 9 ottobre 2015.**

## Lorenzin 3 Come prima più di prima?

GOBBI A PAG. 2-3

Buone Feste a tutti i lettori.  
Il Sole-24 Ore Sanità  
sarà di nuovo in distribuzione  
dal 17 gennaio 2017



La fitta agenda della ministra della Salute confermata dal neo premier Paolo Gentiloni

# I giochi aperti del Lorenzin ter

I temi: la manovra, i Lea, l'articolo 22 e gli altri incompiuti del «Patto»

Con i suoi 1.331 giorni da titolare a Lungotevere Ripa, **Beatrice Lorenzin**, confermata dal neo premier **Paolo Gentiloni**, è la ministra della Salute più longeva della Repubblica. E non è escluso che possa battere il suo stesso record, visto che la data delle prossime elezioni è tutta da capire.

La legge elettorale, la questione banche, i conti aperti con Bruxelles che ancor prima del voto al fulmicotone sulla legge di Bilancio aveva chiesto all'Italia una manovra-bis, la ricostruzione post terremoto, l'accordo sul nuovo contratto per il pubblico impiego, legato a doppio filo alla riforma Madia della Pubblica amministrazione, parzialmente bocciata dalla Consulta. Questi i capitoli imprescindibili, e certo non di poco peso, per l'esecutivo "fotocopia" del Governo Renzi, fatta salva l'uscita di scena della ministra **Stefania Gian-**

**nini** (Miur), sostituita tra le polemiche dei cattolici e dei promotori del family day con la vicepresidente del Senato **Valeria Fedeli**. Mentre tra i cambi di poltrona si registra il passaggio di **Maria Elena Boschi** - madrina della Riforma costituzionale la cui secca bocciatura ha portato **Matteo Renzi** a dimettersi - al ruolo di sottosegretaria alla presidenza del Consiglio.

Se l'agenda del "Gentiloni I" non è certo leggera, a ben guardare pure il **ministero della Salute** avrà il suo bel da fare. Peccato che il premier non l'abbia colto. Nel discorso con cui ha chiesto la fiducia a Camera e Senato, non ha fatto alcun riferimento alla vera e propria emergenza Sanità, né alle priorità delle categorie che vi lavorano, né più in generale al necessario sostegno di cui ha bisogno un Ssn sempre più col fiato corto, come testimoniano - ultimi in ordine di tem-

po nella pletera di report che da anni denunciano il crac della sostenibilità - i rapporti Crea e Pit Salute che pubblichiamo su questo numero del settimanale. A denunciare la gaffe, già evidenziata dal portale Sanità24, il leader del principale sindacato dei medici ospedalieri, **Costantino Troise**. Che in una "catilinarina" attacca: «Come tutti i presidenti del Consiglio che lo hanno preceduto, anche l'onorevole Gentiloni nel discorso programmatico davanti alla Camera dei Deputati si è ben guardato dal parlare di sanità. Anzi dal pronunciare la stessa parola, come fosse maledetta. Altro che far tesoro degli errori!!! La sanità, e quindi la salute dei cittadini italiani e il lavoro dei medici, è fuori programma, fuori cultura, fuori agenda dei Governi. Non si capisce nemmeno a cosa gli serva un ministro della Salute che, per la verità, di questa

presenza-assenza nemmeno pare dolersi. Non è un buon inizio né una buona ripartenza. È la rimozione delle disuguaglianze che legano il diritto alla salute a residenza e reddito, in una corsa al precipizio del suo svuotamento e all'attacco a contratto di lavoro e sindacato, espulsi anche dal linguaggio. Come meravigliarsi se, come diceva Einstein, facendo le stesse cose si raccoglieranno gli stessi risultati? Non c'è da stare allegri se vince una linea di continuità così avara nei confronti dei medici, dei citta-



dini, della sanità pubblica, condannata all'inefficientamento per favorire un non più strisciante viraggio verso la privatizzazione di un bene comune come la salute, anche svaloriando il lavoro dei medici e dei dirigenti sanitari dipendenti del Ssn».

Sulla stessa linea polemica, sia verso il Governo sia nei confronti della ministra della Salute **Lorenzin**, **Alessandro Vergallo** dell'Aaroi Emac, unico sindacato ad aver incrociato le braccia il 16 dicembre, in controtendenza con gli altri che hanno sospeso l'agitazione in seguito alla crisi di Governo. «Il rimpasto governativo - affermano gli anestesisti - non cambia gli interlocutori dei medici Ssn. Il riconfermato ministro alla Salute, **Beatrice Lorenzin**, nonostante le attese - e sebbene in diverse occasioni si sia resa disponibile al confronto con i sindacati medici - nei fatti non è riuscita a rendere il lavoro dei medici una reale priorità nelle scelte strategiche dei due precedenti Governi, e per l'Aaroi-Emac si è rivelata un interlocutore "muto" sulle insufficienze di personale e sul caporalato che affliggono i settori nevralgici dell'anestesia, della rianimazione, dell'emergenza».

Per il resto, il plauso alla conferma di **Beatrice Lorenzin** - da Federfarma a Farmindustria alla Federazione nazionale dei medici - è stato unanime. Ma anche le attese sono notevoli, a partire dall'applicazione della manovra, come ha ricor-

dato a caldo la stessa ministra. «Rendere vive le norme approvate nella legge di Bilancio»: è questa ovviamente una delle priorità, indicate da **Lorenzin** in occasione della richiesta di fiducia alla Camera. Più in generale, «dobbiamo andare avanti nel lavoro molto importante che abbiamo impostato», ha dichiarato. Ma il vero "must" è l'approvazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza, che proprio mercoledì scorso hanno ottenuto il via libera delle commissioni parlamentari (*si veda articolo di spalla*). «Sono le nuove prestazioni sanitarie, misure che arrivano ai cittadini che vivono situazioni di disagio», ha precisato **Lorenzin**, forse poco memore dei tempi dilatati, imposti sia dall'Economia che dal suo ministero, all'iter del nuovo Dpcm atteso ora in Consiglio dei ministri.

A seguire, il riferimento alla partita del personale: «Abbiamo poi lo sblocco del turn over - ha ricordato la ministra - e i precari che sono sempre più un'emergenza nel Centro e Sud Italia e tutta la questione legata alla qualificazione del personale e quindi spero di portare a termine il Patto della salute nell'articolo 22, che manca, per le professioni sanitarie». Più facile a dirsi che a farsi, visto che sull'articolo 22 Regioni e sindacati - e i sindacati tra loro - si sono tanto spaccati da arrivare di fatto ad accantonare la questione.

In ogni caso, al puzzle del

Patto - datato 2014-2016 e quindi in scadenza - non manca soltanto l'articolo 22, a differenza di quanto la ministra afferma, ottimista: in ordine sparso, si va dall'attuazione della direttiva sulle cure transfrontaliere alla riscrittura dell'assistenza di emergenza-urgenza territoriale 118; dalla promessa revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria (i ticket) alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, "piombata" dall'impasse sul rinnovo del contratto per la Medicina generale, in attesa di risorse certe. E anche quando formalmente il dado è stato tratto, in più d'un caso si resta sul teorico: il Piano nazionale cronicità su cui è arrivata l'Intesa a settembre, ad esempio, con l'eccezione delle solite Regioni prime della classe, è tutto da realizzare. Così come il Patto per la Sanità digitale: un target centrato formalmente a luglio scorso ma ancora ai primi passi.

Per non parlare di quel Programma annuale di umanizzazione delle cure, che dovrebbe essere la finalità su cui far convergere tutti gli altri obiettivi contenuti nel Patto. Per il momento, e fintanto che il Ssn non sarà stato messo in sicurezza dal rischio sostenibilità, quell'obiettivo si può considerare mancato. Ma chissà che un nuovo Patto per la salute, in sostituzione degli ormai accantonati Piani sanitari nazionali, non possa correggere e precisare il punto di caduta della

programmazione sanitaria.

Anche in Parlamento, intanto, giace una bella serie di incompiuti. Come il Ddl sul rischio clinico, rimasto impigliato nelle maglie della manovra - prima dell'esame in aula al Senato - ma potenzialmente pronto a ripartire già questa settimana, grazie alla soluzione ultrarapida della crisi. O come il Ddl Concorrenza, che consentirebbe l'accesso delle grandi società di capitale nel pianeta farmacie e, in più, fornirebbe al testo sulla responsabilità professionale il tassello delle tabelle uniche di riferimento per danno biologico.

Infine c'è, e qui torniamo al nodo professioni, quel Ddl omnibus ("**Lorenzin**", appunto) su ordini professionali e sistema veterinario. «Tutte queste cose insieme - ha ricordato **Lorenzin** - disegnano un nuovo percorso per la sanità per affrontare le sfide importantissime che abbiamo». Ormai da mesi, si tratta di provvedimenti in stallo. Al "**Lorenzin** 3" l'onere e l'onore di rilanciarli. E di correggere il tiro, se possibile, rispetto a flop clamorosi. Come il decreto appropriatizza, che ha diffuso il panico prescrittivo negli studi dei medici di medicina generale e tra i pazienti (*si veda il servizio sul Rapporto Pit a pag. 8-9*). O come la campagna pubblicitaria sul fertility day, su cui il ministero è stato costretto a una clamorosa retromarcia.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Lea avanti  
all'ultimo respiro**

**L'**ultimo atto sui nuovi Livelli essenziali di assistenza è a un soffio: incassato il via libera delle commissioni parlamentari competenti, il nuovo Dpcm potrebbe essere approvato già nei prossimi giorni, con il via libera del Consiglio dei ministri.

GOBBI A PAG. 3

**I PARERI DELLE COMMISSIONI COMPETENTI DI CAMERA E SENATO**

# Nuovi Livelli essenziali di assistenza, dal Parlamento un «sì» condizionato

*Focus su risorse e delisting - A stretto giro il passaggio del Dpcm in Consiglio dei ministri*

**Servirà  
un monitoraggio  
«serrato  
e competente»**

**R**isorse adeguate e un “delisting” condotto con rigore, sulla base delle evidenze scientifiche. Questo, principalmente, hanno chiesto le commissioni Affari sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato nei loro pareri favorevoli, con condizioni e osservazioni, al Dpcni di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. Un provvedimento che il nuovo Governo potrebbe definire già al prossimo Consiglio dei ministri utile, senz'altro entro l'anno. In ogni caso, il Dpcm vedrà attuazione a partire dal 2017. «È un risultato enorme, gigantesco, sono molto soddisfatta», ha incassato il risultato la ministra della Salute **Lorenzin**. Che, ottimista, ha poi assicurato che i nuovi Lea «saranno operativi ormai a breve, entro l'anno o a inizio del 2017». Ricordando come l'obiettivo sia anche «garantire un accesso uniforme alle nuove prestazioni su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla Regione in cui si vive».

«La fase dell'attuazione è cruciale e va sottoposta a un monitoraggio continuo e competente», è il più cauto commento della senatrice **Nerina Dirindin**, relatrice del parere della XII. Mentre la senatrice **Emilia Grazia De Biasi**, presidente della commissione, esprime «grande soddisfazione». Dopo 15 anni quello previsto dal decreto è un aggiornamento importante - ha precisato - un grosso risultato, i Lea sono il cuore del Servizio sanitario nazionale». Tra le osservazioni proposte dalla commissione, De Biasi ha voluto sottolineare la richiesta che venga «mantenuto il sistema tariffario» per l'acquisto di dispositivi audioprotesici, in considerazione delle «loro caratteristiche e delle necessità del percorso individualizzato cui devono fare fronte». Dalla Igiene e Sanità è arrivato poi un “warning” specifico sui

ticket: si richiede una «attenta, ulteriore valutazione» circa le ricadute sulla spesa per ticket conseguenti alle modifiche introdotte o che saranno introdotte in fase di primo aggiornamento e di una chiara indicazione affinché gli adempimenti a carico degli assistiti in relazione all'introduzione del nuovo schema non comportino nuovi e più onerosi adempimenti per il malato (ad esempio per il passaggio di alcune patologie da malattie rare a malattie croniche, come ad esempio per le persone affette da celiachia)».

Poi, l'attenzione a medici&Co: dovranno essere formati e informati, chiede il Senato, che chiede l'«adeguamento qualitativo-quantitativo delle risorse professionali rispetto alla nuova offerta di servizi, anche al fine di evitare che la carenza di personale determini una limitazione delle prestazioni e, più in generale, della risposta ai bisogni complessivi delle persone».

Poi, le quattro condizioni della XII del Senato, in calce al via libera: che le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi monouso diventino parte integrante dello schema di decreto (con la trasposizione dell'allegato A nel testo principale); la menzione espressa, nelle premesse, delle leggi sugli screening neonatali (la 167 del 2016) e sulle cure palliative (la n. 38/2010); il riferimento espresso e non equivocabile, nell'articolo 38 dello schema, alla analgesia epidurale, infine il richiamo esplicito all'assistenza podologica per i diabetici.

Più esteso il parere, anch'esso condizionato, della commissione Affari sociali. Che chiede di tornare alle cifre quantificate nell'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016: 113.063 milioni di euro per il 2017 e 114.998 milioni di euro per il 2018, invece dei 113 miliardi per il 2017 e 114 miliardi per il 2018 fissati dalla legge di Bilancio. Nel parere si richiama poi, in più punti, la data del 28 febbraio 2017, en-



tro la quale la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn dovrà predisporre il primo aggiornamento dei nuovi Lea. Una previsione inserita in un'altra Intesa Stato-Regioni: quella del del 7 settembre scorso che ha sbloccato il provvedimento consentendone l'invio da parte del ministero, bel due mesi dopo per la verità, ai pareri parlamentari. Entro il 28 febbraio, è la richiesta, andranno recepite le otto condizioni messe a punto dalla XII della Camera. Tra queste, spicca un'attenzione particolare alla disabilità, cui vanno garantiti - è la richiesta - un diretto coinvolgimento nella predisposizione del percorso assistenziale e la continuità assistenziale attraverso il progetto individuale integrato previsto già nella legge 328/2000.

Ancora, si chiede come già anticipato, di mantenere il sistema tariffario in luogo delle procedure pubbliche di acquisto, per dispositivi audioprotesici e per alcuni ausili che per caratteristiche e per necessità funzionali degli utenti necessitano di un percorso prescrittivo individualizzato, di una valutazione d'équipe e di un adeguato training all'uso. Tra questi, emulatori di mouse a joystick, con il capo e con lo sguardo, passeggino riducibili, carrozzine. Infine, per la specialistica ambulatoriale, si chiede in vista di una migliore interpretabilità delle tabelle di preveder una legenda, nonché di riconsiderare il sistema per branche specialistiche, per scongiurare rischi interpretativi negli operatori che potrebbero portarli a non considerare esenti determinate prestazioni.

**B.Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

> CAMICI & PIGIAMI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

## L'INSOSTENIBILE PESO DEI NUOVI FARMACI SALVAVITA

**LA PROPRIETÀ** intellettuale tutelata dai brevetti sui nuovi farmaci è garanzia di stimolo alla ricerca. Il premio, rappresentato dal colossale ritorno economico in caso di vittoria, riguarda soprattutto nuovi farmaci reumatologici, oncologici e antivirali. Tale premio controbilancia i costi sostenuti dal proprietario (azienda farmaceutica). Il sistema si regge sulla possibilità delle aziende di negoziare il prezzo del nuovo farmaco coi servizi sanitari pubblici nei diversi Paesi. E così scopriamo che lo stesso farmaco salvavita ha prezzi diversissimi da paese a paese. Questo sistema non regge più. Si scontra con l'insostenibilità dei costi per i servizi pubblici e l'impossibilità dei paesi poveri di pagare i prezzi dei farmaci brevettati. In India, per esempio, la produzione dei farmaci anti-Hcv ha prezzi estremamente bassi se confrontati ai nostri, e questa differenza ha alimentato il commercio di tali farmaci copia e, perfino, l'organizzazione di viaggi della salute (tutto compreso), tramite agenzia. Altre attività di distribuzione fuori controllo saranno presto scoperte dai Nas: finti farmaci fabbricati da truffatori o sintetizzati da biochimici cialtroni sono già sul mercato web. Conteremo qualche morto in più per avvelenamento, che forse sarebbe morto comunque per complicanze da Hcv. Ma l'argomento merita d'essere riproposto al nuovo Governo italiano. Va bene perorare il permesso di Bruxelles per tener fuori dal deficit banche, scuole e terremotati, ma se si chiedesse anche l'autorizzazione a salvare i malati, sarebbe un risultato politico apprezzabile.

*camici.pigiami@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Influenza. Virus, vaccini e rimedi per l'epidemia**

# Anno nuovo, influenza nuova

**Virus.** Favoriti dalla promiscuità delle feste e dagli sbalzi di temperatura, si diffondono i patogeni di stagione. Che sono tre, di cui due mutati e pericolosi. Ma ci si può difendere. Ecco cosa ci aspetta

LETIZIA GABAGLIO

**I**L CONTO ALLA ROVESCIA è cominciato: pochi giorni e saremo impegnati intorno alle tavole imbandite a finire pranzi e cene luculliane, a scambiarsi doni, abbracciarci e baciarci per augurarci buone feste. Da Natale a Capodanno la convivialità diventa quasi un obbligo, nel bene e nel male. Perché se festeggiare con le persone care è una gioia, se i regali mettono allegria e le leccornie natalizie sono un unicum a cui è difficile rinunciare, c'è qualche guastafeste che sottolinea un altro aspetto delle riunioni in famiglia o tra amici. E non stiamo parlando dei malumori di dover incontrare parenti odiosi, di dover fare lo slalom tra prime e seconde mogli o mariti; tra figli di più letti.

No, c'è un lato B del Natale, a cui difficilmente pensiamo, ma che ci pensano i virologi a ricordare. «Stare insieme, vicini, aumenta la probabilità di contagio - spiega Fabrizio Pregliasco, virologo presso il dipartimento Scienze biomediche per la salute dell'università degli studi di Milano - e le festività natalizie sono un momento privilegiato per lo scambio di patogeni, oltre che degli auguri». I virus dell'influenza, infatti, vengono diffusi con le piccolissime gocce emesse quando una persona starnutisce, tossisce, ride e parla. A peggiorare le cose, poi, sono gli sbalzi di temperatura fra il caldo delle abitazioni affollate e il freddo delle strade da percorrere per tornare a casa o andare a fare qualche ultimo acquisto.

Ma non sarà questo a guastarci le feste. Perché basta poco per limitare la diffusione dei virus. Bastano alcune semplici abitudini: lavarsi spesso le mani con acqua e sapone o, in assenza di acqua, con gel alcolici, stare a casa quando si è malati ed evitare di toccarsi occhi e viso, coprire naso e bocca quando si starnutisce o tossisce, non frequentare luoghi molto affollati, cosa che però, durante le feste, può essere difficile fare.

Gli sbaciucchiamenti natalizi si associano alla consueta stagionalità dei virus influenzali che si presentano puntuali ogni fine anno. Come confermano le curve epidemiologiche che fotografano la diffusione sia dei patogeni sia delle persone malate. E questa coda di 2016 non è da meno. Il sistema di sorveglianza dell'Istituto Superiore di Sanità tutte le set-

timane pubblica un bollettino e dalla scorsa segnala l'intensificarsi dell'attività dei virus influenzali: le regioni più colpite a oggi sono Piemonte, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Lazio e Campania per un totale di oltre mezzo milione di italiani che, da quando la stagione influenzale è iniziata, sono stati colpiti dall'infezione.

Così, come ogni anno, ci si chiede che annata sarà. Dopo qualche stagione blanda, avvisano i virologi, è bene rialzare la guardia. Quest'anno, infatti, gli esperti parlano di una diffusione piuttosto elevata a causa della presenza di due virus mutati rispetto all'anno scorso. A circolare quest'inverno saranno il virus California/7/2009 (H1N1), lo stesso del 2015, insieme al virus A Hong Kong/4801/2014 (H3N2) e il virus B Brisbane/60/2008 del lineage Victoria. Hong Kong e Brisbane sono nuovi, quindi il nostro organismo è più vulnerabile alla loro azione. Il vaccino disponibile li copre tutti. «In tanti hanno detto che quest'anno l'influenza sarà più aggressiva ed è forse eccessivo.

Quello che possiamo dire è che l'infezione sarà più diffusa e quindi, statisticamente, ci saranno più casi gravi», spiega Giovanni Rezza, direttore del dipartimento di malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il virus A colpisce di più gli over 65 e proprio nella popolazione più anziana può provocare complicazioni importanti, come la polmonite batterica, ictus o infarto, o peggiorare **malattie già esistenti, come diabete, Bpco o malattie cardiovascolari. Il B, invece, è più diffuso fra i giovani e causa un'infezione piuttosto lieve.**

Ma oltre ai virus influenzali, ci sono almeno 260 patogeni cosiddetti para-influenzali pronti a colpire durante queste settimane. «Sono meno aggressivi e provocano forme respiratorie meno intense, che però lasciano a casa almeno 10 milioni di italiani ogni inverno - racconta ancora Pregliasco - si va dai rinovirus che colpiscono principalmente i bambini e provocano naso chiuso e mal di gola, a salire fino ai coronavirus che danno manifestazioni più pesanti e sistemiche». L'influenza, quella vera e più pericolosa, condivide con le forme più leggere alcuni sintomi - come mal di testa, tosse, starnuti, mal di gola, naso congestionato - ma si caratterizza per la febbre alta e im-

Dir. Resp.: Mario Calabresi

provvisa, difficoltà a respirare, stanchezza, sudorazione e a volte anche vomito. «La febbre va abbassata solo se supera i 38,5°C perché abbassarla troppo favorisce la replicazione del virus. I patogeni vivono bene a circa 37°C mentre soffrono quando la temperatura è più alta. Con il rialzo febbrile, infatti, aumenta la circolazione sanguigna e con essa il numero di anticorpi che accorrono per combattere il patogeno», conclude il virologo.

Ma la battaglia contro il virus è più difficile da vincere se l'organismo è già debole a causa dell'età o della presenza di malattie croniche, come diabete, epatiti, malattie cardiovascolari. Per gli over 65 il rischio principale è quello di sviluppare la polmonite e di dover ricorrere alle cure in ospedale, aumentando così il rischio di morte. Infatti, gli esperti stimano le vittime dell'influenza mettendo nel conto proprio coloro che muoiono a causa dell'aggravarsi delle loro condizioni per via dell'infezione influenzale e arrivano così alla cifra di 8mila persone.

Un tributo davvero troppo alto da pagare per infezioni da cui ci si può proteggere.

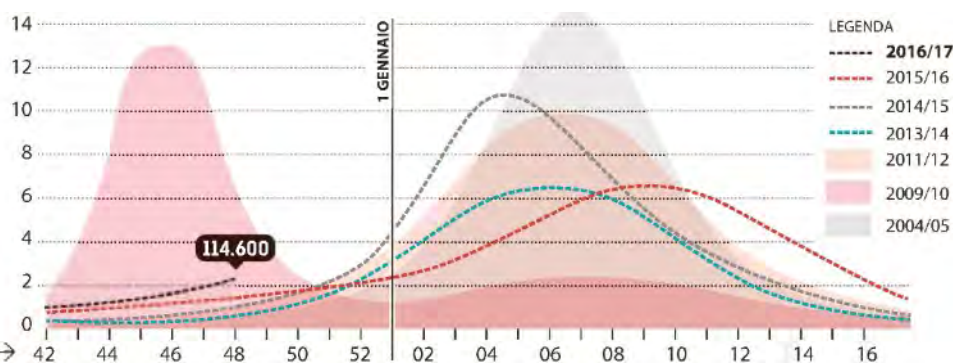
© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LE STAGIONI INFLUENZALI A CONFRONTO

Numero di casi per 1000 assistiti

1 ANNO  
**52**  
SETTIMANE

N° DI SETTIMANE



I CANDIDATI AL VACCINO



Anziani, malati cronici o a rischio complicanze, personale sanitario, forze dell'ordine, donne gravide (2°-3° trimestre)

**La scelta.** C'è ancora tempo per immunizzarsi. Ma non tutti devono farlo. Ecco chi rischia e i prodotti ad hoc

## Arricchiti singoli o multipli a ognuno il suo vaccino

**L**A CAMPAGNA vaccinale è iniziata a novembre ma chi non si è ancora immunizzato è ancora in tempo a farlo, e assicurarsi così una protezione contro i virus di quest'anno. «Il vaccino impiega due settimane a essere efficace e, quindi, considerando che il picco di contagio sarà fra gennaio e febbraio siamo ancora in tempo», spiega Michele Conversano, igienista e presidente HappyAgeing. Un appello indirizzato soprattutto alle categorie a rischio individuate dal ministero della Salute - over 65, donne al secondo e terzo trimestre di gravidanza, malati cronici di ogni età, ricoverati in lungodegenza, operatori sanitari e di pubblica sicurezza, allevatori - perché sono loro a rischiare di più, mettendo in alcuni casi a repentaglio anche la salute degli altri.

Di vaccini ce ne sono diversi,

ma tutti contengono i virus indicati dall'Oms sulla base delle stime a livello internazionale: due virus di tipo A, di cui uno mutato rispetto all'anno scorso, e un virus di tipo B, diverso anch'esso da quello circolato nel 2015. Ci sono vaccini che contengono anche un secondo virus B; vaccini adiuvati che stimolano di più il sistema immunitario e assicurano una copertura ad ampio spettro, anche contro altri virus mutati; vaccini che si somministrano nel derma, la parte più superficiale della pelle, adatti a quanti non rispondono bene all'immunizzazione intramuscolare.

«È essenziale che il medico, a fronte di un'analisi del quadro clinico del paziente che ha di fronte, possa scegliere il vaccino più adatto ed efficace per quel tipo di soggetto», spiega Tommasa Maio, responsabile Area Vaccini della Federazione dei medici di medicina generale. Insomma, non c'è una soluzione buona per tutti. Si tratta di una questione di

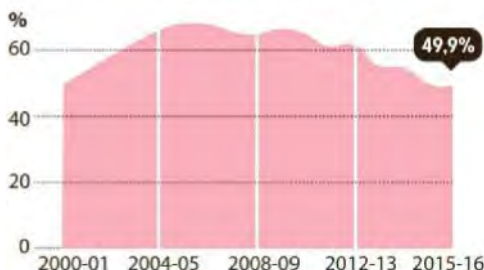
appropriatezza. «Se sono una persona anziana, fragile, con altre malattie concomitanti come il diabete - aggiunge Maio - ho bisogno di essere protetto con vaccini che potenzino la mia risposta immunitaria. Il medico di famiglia deve poter scegliere in scienza e coscienza lo strumento vaccinale che ritiene essere il più appropriato, e quindi efficace, tra quelli predisposti dalle Regioni». Purtroppo però l'offerta sul territorio non è omogenea. Ci sono regioni in cui al medico di famiglia viene dato un tetto massimo di vaccini da somministrare, «altre dove non si acquistano i diversi vaccini in giusta proporzione rispetto alla popolazione da vaccinare - denuncia Maio - dobbiamo lavorare a livello centrale sull'organizzazione altrimenti la prevenzione non funziona».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### LA COPERTURA VACCINALE

Vaccinazione antinfluenzale negli over 65 in Italia



<http://www.ansa.it>

# Le 5 malattie che da sole hanno causato il 75% delle infezioni in Europa

*Sono clamidia, campylobatteriosi, salmonella, gonorrea e tbc*



Le 5 malattie che da sole hanno causato il 75% delle infezioni in Europa © ANSA/Ansa

Clamidia, campylobatteriosi, salmonellosi, gonorrea e tubercolosi sono le malattie infettive più segnalate in Europa nel 2014, secondo i dati del rapporto epidemiologico annuale del Centro europeo per il controllo delle malattie (Ecdc). A loro si deve il 75% (850.000 casi) di tutte le malattie infettive (1,1 milione di casi) registrate nei paesi dell'Unione europea e dello Area economica europea. Più di 6.700 morti sono state riportate per tbc, hiv/aids, malattia invasiva da pneumococco, legionellosi e listeriosi.

Continua inoltre ad aumentare l'antibiotico-resistenza dei batteri anche ai farmaci di ultima linea. "Avere dati affidabili e precisi sulle malattie infettive è cruciale per le politiche sanitarie", commenta Denis Coulobier, capo dell'unità di sorveglianza dell'Ecdc. Pertosse e pneumococco, scrive l'Ecdc, rappresentano oltre il 50% dei casi e il 60% delle morti di malattie prevenibili con vaccino, esclusa l'influenza. I tassi di pertosse sono aumentati negli ultimi anni, nonostante un'alta copertura vaccinale, principalmente grazie ad una maggiore consapevolezza dei medici, migliori diagnosi e cambiamenti nei ceppi circolanti. La malattia da pneumococco è in calo, ma sono in aumento i casi provocati da un ceppo non coperto dal vaccino. Rispetto agli anni precedenti, nel 2014 i casi di morbillo invece sono stati pochi, mentre sono stati molti i casi di infezioni chirurgiche e nei pazienti ricoverati nelle unità di cura intensiva per più di due giorni.

**BIOTESTAMENTO**

# Legge Eluana, no al Friuli ora regole nazionali

**La sentenza della Consulta****Ricorso avanzato da Palazzo Chigi**

DI LUCILLA VAZZA

**È** incostituzionale la prima legge che in Italia ha definito il biotestamento. Si tratta della legge del Friuli Venezia Giulia che nel 2015 ha istituito il registro regionale per le «libere dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario» e introdotto disposizioni «per favorire la raccolta delle volontà di donazione degli organi e dei tessuti» perché si tratta di una materia su cui lo Stato ha competenza esclusiva.

E il motivo è semplice: «Data la sua incidenza su aspetti essenziali della identità e della integrità della persona - si legge infatti nella sentenza, redatta dalla giudice Marta Cartabia - una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita - al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti - necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza». E proprio per questo motivo sulla materia la competenza è saldamente in mano allo Stato.

A impugnare la norma regionale era stata un anno fa la presidenza del Consiglio aprendo un conflitto con la presidente Debora Serracchiani, di fede renzianissima, che aveva fortemente voluto la normativa. La legge regionale n.4/2015 era nata dalla volontà e dal progetto di Beppino Englaro, che dopo la morte della figlia Eluana nel 2009, dopo 17 anni di coma, ha portato avanti una lunga battaglia sul diritto all'autodeterminazione delle cure, promuovendo interventi legislativi sul biotestamento e il fine vita. Da questo impegno è nata l'associazione «Per Eluana» che è stata tra i promotori del «Dat», con la presentazione di una petizione per chiedere il registro del biotestamento sottoscritta da oltre 5mila persone. Il «caso Englaro» aprì un serratissimo dibattito sul tema dell'accanimento terapeutico, e l'accoglimento dell'istanza di interruzione della nutrizione forzata, presentata dalla famiglia di Eluana, avvenne dopo un lungo iter giudiziario.

**La sentenza.** La Consulta, con la sentenza depositata ieri 14 dicembre, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge regionale per violazione degli articoli 3 (inerente il principio di uguaglianza) e 117 (sulle competenze di Stato e Regioni) della Costituzione. La Corte ha ritenuto fondate le questioni che erano state sollevate dalla presidenza di Palazzo Chigi: «La legislazione regionale censurata appresta una disciplina organica e puntuale delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario. La normativa regionale in esame, infatti, stabilisce la forma di espressione, nonché le modalità di annotazione e conservazione in un pubblico registro degli intendimenti di ciascun soggetto in ordine ai trattamenti sanitari - si legge nella sentenza - sottraendoli così alla sfera meramente privata. L'attribuzione di un rilievo pubblico a tali manifestazioni di volontà, espressive della libertà di cura, implica la necessità di un'articolata regolamentazione e interferisce nella materia dell'ordinamen-

to civile, attribuita in maniera esclusiva alla competenza legislativa dello Stato».

**Il progetto di legge sul biotestamento alla Affari Sociali.** La legge del Fvg prevedeva l'istituzione del Dat, il registro in cui ogni cittadino friuliano può lasciare le proprie libere «Dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario». Non solo le proprie volontà di donazioni di organi e tessuti, ma anche la propria decisione di essere o non essere sottoposto a cure.

Proprio nei giorni scorsi, il 7 dicembre, in Commissione Affari sociali si è riusciti a trovare l'accordo sulle norme relative al biotestamento, il cui testo unificato del progetto di legge «Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari» elaborato dal Comitato ristretto della Commissione ora passa in sede referente per ulteriori approfondimenti e correzioni. La legge sul fine vita era tra gli impegni annunciati da Renzi a inizio del suo mandato.

«La decisione della Corte costituzionale rappresenta al tempo stesso una occasione mancata, ma anche uno sprone la Parlamento italiano per accelerare l'esame della proposta di legge sul testamento biologico (relatrice Donata Lenzi, Pd), approvata in Commissione affari sociali alla Camera dei Deputati e ora aperta agli emendamenti fino al 12 gennaio», auspica l'**Associazione Luca Coscioni** che aggiunge: «Ci auguriamo che l'esame della legge possa procedere spedatamente, tenendo in considerazione sia l'interesse di tanti malati sia un'opinione pubblica per la stragrande maggioranza favorevole al diritto di decidere anche per quando non si è più in grado di intendere e di volere».

«Il testo della pdl, però - segnala **Marco Cappato** (promotore della campagna Eutanasia legale e tesoriere dell'Ass. Coscioni) - andrebbe migliorato.

Nel punto in cui si parla della relazione medico-paziente, va chiarito che è il malato a decidere. Vanno anche prese in considerazione anche le volontà dell'individuo rilasciate in altro modo. Inoltre va specificato che se il paziente non ha eseguito le procedure necessarie per il testamento biologico, ha il diritto al fine vita. Infine deve essere più chiaro che la sedazione può essere immediata, in caso di richiesta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# quotidianosanita.it

Lunedì 19 DICEMBRE 2016

## Fine vita. Associazione Coscioni: "Il 77% degli italiani chiede una legge"

***È quanto si evince da una recente rilevazione di SWG, ricordata oggi alla Camera dall'Associazione Luca Coscioni durante la commemorazione dei 10 anni dalla scomparsa di Piergiorgio Welby. Cappato: "Sono decine di migliaia i malati che vedono quotidianamente calpestato il proprio diritto all'autodeterminazione: è fondamentale una legge che garantisca a tutti i cittadini il rispetto della libertà individuale".***

A dieci anni dalla morte di Piergiorgio Welby – l'Associazione Luca Coscioni per le libertà civili (ALC) ricorda con un evento alla Camera dei Deputati la storia di colui che ha aperto una fase cruciale nella battaglia per le libertà civili: quella per il diritto al rifiuto delle cure, che dovrebbe essere garantito dalla Costituzione che specifica che "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" (Art. 32 Cost.). Un diritto per il quale il 77% degli Italiani ritiene opportuno un intervento del Parlamento con una legge che regolamenti la scelta di fine vita, secondo quanto emerso da una recente indagine di SWG.

"Sono decine di migliaia i malati che vedono quotidianamente calpestato il proprio diritto all'autodeterminazione: è fondamentale una legge che garantisca a tutti i cittadini il rispetto della libertà individuale. La lotta di Welby, insieme a quella di Beppino Englaro per Eluana e, ora, quella di Walter Piludu, ha fatto compiere all'Italia quei passi avanti sui quali il Parlamento ancora vacilla. Sono gli stessi cittadini a chiedere una legge che regolamenti le scelte di fine vita: è ora che le Istituzioni diano una risposta", afferma Marco Cappato, Tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni e promotore della campagna Eutanasia legale.

Dopo oltre 3 anni dal deposito della proposta di legge di iniziativa popolare dell'Associazione Luca Coscioni, il Parlamento si è finalmente mosso: il 7 dicembre il testo sulla legalizzazione del testamento biologico viene approvato dalla Commissione Affari sociali ed è pronto per la discussione in Parlamento. Un passo importante verso l'obiettivo per cui si batte l'Associazione Coscioni - il riconoscimento ufficiale del diritto di scegliere come e quando terminare la propria vita e interrompere la propria sofferenza. Un diritto che non deve essere riconosciuto esclusivamente a chi è cosciente o a chi è attaccato a una macchina, escludendo molti altri malati terminali, ma che deve essere universalmente riconosciuto grazie alla legalizzazione del testamento biologico.

"Oggi ricordare Welby significa rendere un tributo all'operato di un uomo che ha aperto la strada a nuove libertà civili, ma significa soprattutto reiterare l'importanza di lottare per questi diritti. Il Paese è pronto: uniamo le forze e battiamoci per ciò in cui crediamo, per vivere liberi fino alla fine", è l'appello di Cappato.

A fianco dell'Associazione Luca Coscioni, oltre alla Presidente della Camera Laura Boldrini e a Donata Lenzi, relatrice sulle DAT (Disposizione Anticipata di Trattamento) saranno presenti tra gli altri gli Onorevoli Stella Bianchi, Fabrizio Cicchitto, Giuseppe Civati, Pia Locatelli, Sergio Lo Giudice, Luigi Manconi, Gianni Melilla e Luigi Zanda.

A ricordare la battaglia di Welby anche il Comitato Etico di Fondazione Umberto Veronesi che, su input del Professore, ha stilato la "Mozione del Comitato Etico sui profili etici dell'eutanasia", presentata oggi da Marco Annoni. La mozione, riferendosi esclusivamente ai profili etici della questione e ponendo specifiche condizioni vincolanti che circoscrivono i casi, afferma che "sia eticamente lecito chiedere di porre fine anticipatamente alle proprie sofferenze con dignità e aiutare i pazienti a farlo", limitatamente ai pazienti terminali e con sintomi refrattari.

"Il Professore Umberto Veronesi era fermo sostenitore del principio che 'ogni persona ha diritto di autodeterminarsi' e aveva aderito all'appello per l'eutanasia legale e firmato la proposta di legge presentata dall'Associazione Luca Coscioni nell'ambito della campagna Eutanasia Legale. Welby, malato di distrofia

muscolare e all'epoca co-presidente dell'ALC, nel 2006 trasmise al Presidente della Repubblica Napolitano la richiesta di eutanasia. Dopo mesi di coinvolgimento del mondo scientifico e giuridico, Welby ottenne legalmente ciò che inizialmente gli era stato negato: l'aiuto di un medico, il Dott. Mario Riccio, anestesista, per distaccare, senza soffrire, il respiratore. Il caso fece maturare nel Paese il consenso alla libertà delle scelte di fine-vita e rappresentò un precedente giudiziario fondamentale per il diritto all'interruzione delle terapie", ricorda l'Associazione.

"Dopo Welby infatti - prosegue la nota - con il riconoscimento giudiziario del buon operato del Dott. Mario Riccio, nel corso di lunghi anni e di sofferte battaglie, sono arrivati nuovi importanti traguardi in tema di fine vita, permessi grazie a decisioni giudiziarie rivoluzionarie: in particolare il caso Englaro e il recente caso Piludu, che hanno consolidato il diritto a interrompere le terapie, trasformandolo in obbligo per il Sistema Sanitario Nazionale di assistere ed esaudire le volontà del malato su ordine di un tribunale. Oggi anche Walter si aggiunge quindi alla lista dei Luca, Piergiorgio, Eluana, Dominique, Max, Luigi e di tutti coloro che hanno lottato per la libertà di scegliere come terminare la propria vita. Si ricordano qui solo i nomi di coloro che 'grazie' alla sofferenza sono passati alle cronache nazionali e internazionali, perché sarebbe impossibile farli tutti, i nomi di coloro per i quali la quotidianità è una prigione, un campo di battaglia – più ancora che contro la malattia, contro la burocrazia".

"Non fu facile per me accettare la volontà di Piergiorgio. Ma l'amore è innanzitutto libertà, e ciò che ho vissuto allora mi ha poi dato la forza in questi dieci anni per girare per l'Italia ad aiutare le persone che si trovano nelle stesse condizioni. Non è però accettabile che la libertà di scelta debba essere conquistata ogni volta caso per caso: deve diventare un diritto per tutti", è l'appello di Mina Welby, co-presidente dell'Associazione Luca Coscioni.

# Meningite, caso a Fermo «Non c'è alcun allarme»

## *L'Istituto superiore di sanità: tutto nella norma In arrivo un dossier sui rischi nelle università*

**Il paziente marchigiano, un 35enne, è risultato affetto da un'infezione sporadica da pneumococco. Lieve miglioramento per il bimbo di Pisa ricoverato al Meyer: «La vaccinazione è fondamentale». E la Toscana resta osservata speciale**

**VIVIANA DALOISO**

**M**eningite, stavolta tocca alle Marche restare col fiato sospeso. Almeno fino alla tarda mattinata di ieri, quando dall'ospedale Murri di Fermo è arrivata la rassicurazione: l'uomo di 35 anni che era stato ricoverato nel week-end coi chiari sintomi dell'infezione non è stato contagiato dal meningococco C, ma da pneumococco. Un caso sporadico insomma, nessun focolaio.

Per le autorità sanitarie regionali è un sollievo. Nelle ore precedenti gli accertamenti, e sulla scia dei casi degli ultimi giorni a Pisa ed Enna, anche nelle Marche era scattata l'allerta: paziente isolato, operazioni di sterilizzazione nei locali in cui era stato ospitato, procedure di profilassi antibiotica per medici e paramedici entrati in contatti con lui, e anche per compagna dell'uomo e le persone vicine.

I timori però crescono, quasi ovunque. A gettare acqua sul fuoco pensa il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Walter Ricciardi: «La verità è che ogni anno, da sempre, in Italia si registrano

dai 100 ai 200 casi di meningite, l'unica differenza è che adesso vengono segnalati con tempestività e accuratezza di particolari dai media». Come dire, l'argomento va di moda ma non c'è, su scala generale, «alcun allarme meningite». Anche se la Toscana – è innegabile – continua a rimanere un osservato speciale. «Il numero di contagi del primo bimestre di quest'anno ci aveva sì messo in allarme – continua Ricciardi –, siamo corsi subito ai ripari, sensibilizzando la popolazione a livello locale e arginando i danni. E proprio in Toscana è una vittoria essere arrivati alla fine dell'anno con praticamente lo stesso numero di contagi del 2015 (furono 38, al 21 novembre scorso erano 35 ndr)».

Il nodo scoperto, inutile nascondere, resta sempre quello delle vaccinazioni. Che nonostante in Toscana da metà 2015 siano gratuite e abbiano richiamato migliaia di persone, ancora non hanno superato il 30, 35% della popolazione residente in regione: «Siamo lontanissimi dall'immunità di gregge, che si attesta alla quota del 95% – spiega il presidente dell'Iss – eppure se almeno riuscissimo a raggiungere una percentuale compresa tra il 70% e l'80% già basterebbe per essere più sicuri». Un gap che appare quasi incolumabile. A fronte di una campagna anti-vaccini che non accenna a placarsi, soprattutto dopo la conferma che il bimbo di 4 anni ricoverato a Pisa contro la meningite era stato vaccinato: «È assurdo che questo accada – ha tuonato il Codacons –, il caso dimostra in modo inequivocabile il caos che regna in Italia sul fronte dei vaccini». Affermazioni che per l'Istituto superiore di sanità sono pericolose, oltre che irricevibili: «Chi ha un minimo di nozioni di medicina sa che una percentuale di po-

polazione che varia tra l'1 e il 5% non risponde completamente ai vaccini – spiega ancora Ricciardi –. Significa che il loro sistema immunitario si attiva meno, o addirittura non si attiva in presenza della vaccinazione». Quella vaccinazione, però, anche se non del tutto «assimilata» ha il potere di salvare la vita dei pazienti «come ha dimostrato già il caso di un altro bambino vaccinato che si era ammalato, sempre qualche settimana fa, e che ora è guarito completamente». Anche le condizioni del bimbo di Pisa, d'altronde, sono in lieve miglioramento, come rivelato ieri sera dall'ospedale Mayer di Firenze, dove il piccolo comunque resta ricoverato in prognosi riservata.

Sul tavolo dell'Istituto superiore di sanità intanto si prepara ad arrivare un altro dossier «sensibile», quello sui giovani studenti universitari e la meningite. Analizzati i dati, il presidente Ricciardi vorrebbe discuterne col ministro e con le Regioni nelle prossime settimane. Obiettivo, un cambio di marcia sulle vaccinazioni per chi frequenta gli atenei, i collegi e in generale luoghi o eventi molto affollati, sullo sfondo il caso della studentessa morte di Milano: «In molti Paesi sono previsti dei protocolli specifici – conclude Ricciardi –, dobbiamo verificare la fattibilità e l'utilità che questa fascia di popolazione sia sensibilizzata sui rischi e sulla possibilità di accedere ai vaccini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Il mistero del fegato sotto attacco

**Autoimmuni.** Tre malattie rare, poco conosciute. E i pazienti erano allo sbando. Ma una rete di eccellenza e una nuova molecola cambiano la scena

**Stanchezza, prurito: le sindromi epatiche sono subdole. Non danno segni specifici e si rischia di scoprirle quando è tardi**

AGNESE CODIGNOLA

**S**ONO POCHI, ma non così pochi: solo in Italia, diverse migliaia. Eppure fino a non molti anni fa la diagnosi arrivava quasi sempre dopo anni di esami inconcludenti e pareri di specialisti tanto diversi quanto erano le opinioni sul cosa fare. E spesso non andava meglio con la cura, perché non sempre veniva consigliata quella giusta, o il corretto modo di seguirla, di solito per tutta la vita. Risultato: molti decessi e trapianti evitabili, e pazienti con malattie avanzate, gravi. Oggi però coloro che hanno una malattia autoimmune del fegato possono contare su diversi centri di riferimento, su alcuni farmaci vecchi e, presto, su una molecola tutta nuova, e in generale su una consapevolezza di ciò che succede quando l'organismo o, meglio, le sue difese, si rivoltano contro il fegato, o contro le vie biliari, provocando infiammazioni croniche che possono portare prima alla fibrosi, poi alla cirrosi e al tumore. Le principali sono tre: l'epatite autoimmune e le due colangiti primitive: quella biliare (chiamata per decenni cirrosi, nome poi corretto perché inesatto e foriero di stigma) e quella sclerosante, cui se ne aggiungono altre più rare.

«Oggi - illustra Pietro Invernizzi, coordinatore del centro dell'ospedale San Gerardo di Monza - è cresciuto il livello di informazione dei medici e dei pazienti, e nonostante succeda ancora troppo spesso di vedere persone che cercano da mesi una risposta, è altrettanto vero che molti malati giungono per tempo, come dimostra il fatto che solo da noi ve ne sono quasi un migliaio in cura». Un cambiamento importante perché il tempo, spiega l'esperto, in questi casi è davvero cruciale: «Le malattie epatiche sono subdole, non danno sintomi specifici ma solo, per esempio, una sensazione di stanchezza, o prurito; per questo ven-

gono sovente scoperte quando il fegato, sottoposto all'attacco del sistema immunitario magari da mesi o anni, è già sofferente, o compromesso. Al contrario, quando si sa con che cosa si deve combattere, anche in assenza di terapie, si può fare molto.

E proprio le terapie sono la nota dolente. L'epatite autoimmune è spesso trattata con una cura a base di cortisonici, da assumere per tutta la vita. «Da decenni non viene proposto nulla di nuovo», spiega Invernizzi, sottolineando che, tuttavia, se la terapia viene seguita accuratamente i malati spesso stanno bene. Va un po' meglio con le colangiti, per le quali c'è un farmaco (l'ursodesossicolico), da diversi anni. «Si tratta però - chiarisce l'epatologo - di una cura non sempre risolutiva». Che potrebbe presto lasciare il posto o essere affiancata dall'acido obeticolico, un composto messo a punto in Italia, all'università di Perugia, una quindicina di anni fa (vedi box a sinistra).

In attesa che il farmaco mantenga le promesse, la migliore organizzazione della rete di diagnosi e cura inizia a dare risultati. Invernizzi ha infatti dato un importante contributo, negli ultimi anni, alla creazione di Registri su queste malattie, dove sono contenute le informazioni di varie migliaia di pazienti, e all'istituzione di biobanche per la conservazione di campioni biologici per una caratterizzazione sempre migliore di sottogruppi di pazienti e della genetica di queste malattie. «Sarà importante capire da che cosa originano queste malattie, perché solo così potremo sviluppare marcatori specifici e terapie mirate», conclude l'epatologo. Il quale ha deciso di coinvolgere i malati dando vita, in questi giorni, all'associazione Malattie Autoimmuni del Fegato o Maf, in modo da allargare sensibilmente il numero di persone che sanno che cosa fare, e che sentono di non essere sole.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Questa medicina è tutta diversa

**Genere.** Le femmine non  
sono uomini in miniatura: è lo slogan  
che ha cambiato la storia. In ospedale

“

Perché non riusciamo a diminuire la mortalità delle donne trattate per il colesterolo?

Ci sono infinite differenze, importanti per le cure, la diagnosi e la vita stessa

”

ELISA MANACORDA

**M**ARIANNE J. Legato è una signora che ha cambiato la storia, almeno quella della medicina. E tuttavia, o forse proprio per questo, conserva una gentilezza e una disponibilità d'altri tempi. Con un sorriso alla Angela Lansbury (l'indimenticabile Signora in giallo), si accomoda sulla poltroncina e comincia a raccontare la sua battaglia per dare dignità alle differenze tra uomini e donne in cardiologia. E soprattutto, per garantire cure più appropriate ed efficaci al sesso femminile.

«Sono figlia di un medico, che a volte, ancora piccolissima, mi portava con sé durante le visite. Ricordo che un giorno - avrò avuto cinque anni - mi condusse in ospedale per uno dei suoi giri. Ci accolse alla porta suor Christiana, che aveva un bellissimo sorriso. E io giurai a me stessa che avrei avuto una figlia di nome Christiana. E che sarei diventata cardiologa. Così in effetti è stato».

Si laurea in medicina alla New York University. E già dalle sue prime ricerche, sulle cellule del miocardio, si accorge che il cuore delle donne ha delle caratteristiche diverse da quello degli uomini. «La American Heart Association mi aveva

chiesto di scrivere un libro sull'esperienza di malattia nelle donne con ischemia. Io venivo da una educazione medica tradizionale, in cui le donne erano sostanzialmente considerate degli uomini in miniatura. Ma più andavo avanti con il libro - ricorda Legato - più mi accorgevo che c'erano tante differenze, molto importanti per la diagnosi, per la terapia, e anche per il vissuto della malattia nel sesso femminile. Detto in altri termini, spesso le donne non ricevevano le cure appropriate». Se questo era vero per l'apparato cardiocircolatorio, poteva essere vero anche per altri distretti. Così Marianne chiede al preside della sua facoltà di poter investigare questo settore di ricerca. Erano i primi passi della medicina genere-specifica, quella che riconosce e valorizza le differenze tra maschi e femmine, e su questa base appronta cure che rispondano alle caratteristiche dei due sessi, dunque più appropriate ed efficaci.

Per implementare il suo progetto, Legato deve trovare dei fondi. E li trova in un posto inaspettato: «Mi capitò di fare una lecture ai ricercatori della Procter & Gamble sulla cardiologia di genere. E li convinsi che anche i loro prodotti, come qualunque altra cosa nel mondo, dovevano essere disegnati per i

bisogni specifici di uomini e donne». Ad approvare i finanziamenti doveva essere il Ceo di allora, mister John Pepper, un osso duro: «Dopo due anni di estenuanti trattative, un giorno mi alzai in piedi davanti a tutti i suoi manager e dissi: dottor Pepper, io sono stufa. Non se ne fa più niente. Lui si mise a ridere, e la settimana successiva firmò un assegno da un milione di dollari per la Columbia University, destinati alla medicina di genere».

Oggi, grazie agli sforzi di Legato e di molte altre questo settore di ricerca ha piena dignità scientifica: la medicina genere-specifica ha migliorato la sicurezza dei farmaci, la diagnosi e le terapie nelle malattie del cuore in uomini e donne. Ma molti settori restano ancora poco esplorati. Perché per esempio non riusciamo a ridurre la mortalità totale delle donne trattate per l'ipercolesterolemia? Per quale ragioni nel sesso femminile l'aspirina ha un effetto diverso sull'apparato cardiocircolatorio rispetto a quello maschile? Per rispondere a queste domande oggi Legato ha una Fondazione con la quale finanzia giovani studiosi e ricerche sul genoma. «Vorrei vedere le cose eccitanti che succederanno nei prossimi quindici anni. Siamo entrati in una fase completamente nuova della vita umana, che come la bomba atomica segna una nuova capacità di modificare radicalmente la nostra esistenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Marianne J. Legato

Nasce nel 1935 a New York. Figlia di un medico, ha studiato medicina prima alla New York University, poi alla Columbia University, dove si specializza in cardiologia e comincia a studiare le differenze di genere. Ha due figli, Christiana e Justin. Ha scritto libri tradotti in tutto il mondo, tra cui *Eve's Rib, Why Men Die First e Perché gli uomini non si ricordano niente e le donne non dimenticano mai*, pubblicato in Italia da Sperling&Kupfer nel 2007.

### IL CASO

### Cambio di paradigma

Molti studi riportano come le donne, considerate a lungo non nella loro specificità fisiologica, abbiano ricevuto diagnosi errate e trattamenti non appropriati. Ora però una indagine sul *Canadian Journal of Cardiology* mostra che le cose cambiano. Almeno per quanto riguarda la sindrome coronarica acuta, che comprende sia l'infarto del miocardio che l'angina. L'analisi condotta dai ricercatori della McGill University di Montréal, rivela infatti come a un anno dall'evento cardiaco sia i maschi che le femmine abbiano un tasso di sopravvivenza del 99%. Lo studio è stato condotto a partire dai dati raccolti nello studio multicentrico Genesis-Praxy su circa 1200 pazienti

ricoverati in ospedale con diagnosi di sindrome coronarica acuta tra il gennaio 2009 e l'aprile 2013. Analizzando i dati, i ricercatori guidati da Louise Pilote hanno documentato due tipi di esiti: eventi cardiovascolari gravi (come una ricorrenza di sindrome coronarica acuta, un bypass, un intervento coronarico percutaneo) o decesso. Ebbene, contrariamente a quanto riportato da studi precedenti, nei dodici mesi successivi al ricovero i ricercatori hanno osservato tassi paragonabili sia per gli eventi cardiovascolari gravi sia per il decesso. Una piccola differenza tra i sessi, spiegano i ricercatori, è sulla probabilità di essere nuovamente ricoverati in ospedale, più alta in quello femminile. Ma questo potrebbe voler dire che le donne sono più consapevoli e preoccupate della loro salute, e dunque sono più inclini a recarsi a un pronto soccorso, e dunque a essere ricoverate.

Liste d'attesa infinite, i cittadini spendono 36 miliardi - Nel Rapporto Pit cure inaccessibili e disagio sociale

# Salute negata tra code e spesa privata

Nell'Ue l'Italia investe il 32,5% in meno in sanità - Il baratro che divide Nord e Sud

**L**a spesa sanitaria privata esplose a quota 36 mld. Mentre le liste d'attesa si gonfiano a dismisura. E anche se le Regioni in piano di rientro hanno raddrizzato i bilanci restano differenze abissali tra Nord e Sud. Tra accessi negati ai servizi e disagi sempre più gravi lamentati dai cittadini. Sono gli scenari tratteggiati dai rapporti del Crea Tor Vergata e dal Pit Salute di Cittadinanzattiva-Tribunale dei diritti del malato. Scenari che evidenziano

un crescente disagio sociale con il 5% delle famiglie che incalzate dalla povertà rinviando o abbandonano le cure. Quasi 317mila nuclei che si sono impoveriti proprio per le spese sanitarie pagate di tasca propria e 800mila sotto la scure di spese per la salute che creano nuovo impoverimento. Con un dato che la dice lunga: l'Italia investe nella salute il 32,5% in meno rispetto all'Europa occidentale.

SERVIZI A PAG. 4-6 E 8-9

RAPPORTO CREA/ L'Italia è fanalino di coda nella Ue: i cittadini rinunciano a curarsi

## Giù la spesa, famiglie in affanno

Il 77% dei nuclei ricorre all'out of pocket ma migliora la prevenzione

**I**l XII Rapporto Sanità del Crea, in analogia con le precedenti edizioni, è strutturato in quattro capitoli che riassumono le performance del Ssn e dei Ssr (contesto socio-economico e demografico, finanziamento, spesa ed equità), e da capitoli monografici che analizzano le principali aree di assistenza (prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica, primaria, domiciliare, prestazioni in denaro), chiudendo con una disamina di alcuni aspetti che afferiscono alle politiche industriali e a monografie su tematiche rilevanti.

In particolare quest'anno sono stati effettuati dei focus sull'impatto dell'immunonutrizione nei pazienti oncologici sottoposti a chirurgia gastrointestinale maggiore, sull'impatto a livello nazionale e regionale dell'utilizzo degli anticoagulanti orali nei pazienti con fibrillazione atriale e un'analisi sulla qualità della vita dei pazienti con psoriasi cronica a placche.

Di seguito vengono riportati alcuni dati salienti che emergono dalle analisi.

### Spesa

La spesa sanitaria corrente (totale) italiana nel 2015 risulta di euro 2.436,1 pro-capite, con uno scarto di oltre 32 punti percentuali (32,5%) rispetto ai euro 3.608,0 pro-capite dell'Europa occidentale (Eu14). Va sottolineato che il gap risulta in aumento del 2,6% rispetto all'anno precedente e del 16,8% in confronto al 2005. Nel decennio 2005-2015 il gap in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'Europa occidentale è, quindi, più che raddoppiato (15,7% vs 32,5%). La forbice tra l'Italia e l'Europa occidentale, quindi, continua ad allargarsi: nell'ultimo anno, la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è cresciuta dell'1,5% contro il 5,4% dell'Europa occidentale (0,1% vs 3,8%

medio annuo tra il 2010 e il 2015). Nello specifico, sul fronte della spesa corrente pubblica pro-capite, il gap ha ormai raggiunto il 36,0% (+2,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente); al pari di quanto verificatosi per la spesa totale, va notato che nel 2005 il gap superava appena il 15,0% (in pratica una crescita dello scarto, nel decennio considerato, di circa 21,0 punti percentuali). Il gap per la spesa corrente privata, invece, si ferma al 18,9%, riportando peraltro una crescita assai modesta (pari a +1,3 punti percentuali nell'ultimo decennio). In definitiva, nel periodo 2005-2015, la spesa corrente pubblica e il Pil pro-capite, sono cresciuti in Italia rispettivamente dell'1,0% e dello 0,5%, a fronte di una crescita negli altri Paesi dell'Europa occidentale del

3,9% medio annuo per la spesa sanitaria pubblica e del 2,1% medio annuo per il Pil. In linea con l'Europa occidentale è, invece, la crescita della spesa privata: 2,3% medio annuo nell'Europa occidentale e 2,1% in Italia. In altri termini, tanto il Pil che la spesa sanitaria pubblica pro-capite crescono a un tasso pari a un quarto di



quello europeo (Eu14). Si noti, però, che la minore crescita dello 0,5% per il Pil, diventa ben il 3,9% in termini di spesa sanitaria pubblica. La spesa privata (la spesa privata comprende la spesa Out of pocket (Oop), le assicurazioni private individuali, i fondi integrativi aziendali e le charities) dei cittadini, di contro, cresce agli stessi ritmi di quella dell'Europa occidentale, dimostrando di mantenere una funzione di complementazione della spesa pubblica anche in tempi di crisi. Va anche notato che in Italia, la spesa privata a differenza di quella pubblica cresce a ritmi vicini a quelli dei Paesi Eu14, e quindi in proporzione al Pil più che in quei Paesi. Proiettando i trend attuali, il gap potrebbe arrivare a sfiorare il 44,0% nel 2020.

### Finanziamento

In Europa occidentale, nel 2015, la quota media di spesa pubblica stimata da Oecd è pari al 79,6%, mentre l'Italia si arresta al 75,5% (al quint'ultimo posto a pari merito con la Finlandia). L'osservazione dei trend internazionali relativi agli ultimi 15 anni evidenzia come, a partire dal 2010, la quota di spesa pubblica registrata in Italia sia scesa sempre più (a parte una temporanea ripresa nel 2013), posizionandosi al di sotto della media dell'Europa occidentale, con una forbice che nel 2015 è di circa 4 punti percentuali. La situazione era simile tra il 2000 e il 2003 (nel 2000 la differenza era di 5 punti percentuali), mentre nel periodo 2004-2008 la forbice si era azzerata e per un breve periodo la quota italiana ha anche superato, sebbene di poco, quella europea. Si osservi, infine, come dal 2013 al 2015 la quota pubblica italiana sia diminuita di circa due punti percentuali, con contestuale aumento della quota privata. A livello nazionale, osserviamo che nel riparto del finanziamento fra le Regioni, il sistema attuale pesa maggiormente la popolazione anziana, con l'esito di garantire alle Regioni del Nord, e a seguire del Centro, una quota capitaria maggiore di quella riconosciuta al Sud: si consideri che la quota di over 65 è pari al 22,8% al Nord vs. il 19,8% al Sud. In termini quantitativi, questo esita in quota capitaria per il Sud inferiore del 2,6% (€ 45,5) rispetto a quella del Nord, e del 2,4% (€ 43,3) rispetto a quella del Centro. Spostando in avanti, al 2035, l'osservazione, in costanza dei criteri attuali, alle Regioni della ripartizione meridionale sarebbe invece assegnata una quota capitaria superiore dell'1,9% a quella della ripartizione settentrionale, in quanto a quell'epoca si sarà nel frattempo invertita la struttura demografica e la popolazione meridionale diventerà più vecchia di quella della settentrionale (quota over 65 del 29,3% al Sud vs il 28,6% del Nord). Allo stesso tempo, il finanziamento complessivo si sposterà ugualmente ancora verso il Nord, poiché la previ-

sione al 2035 della popolazione residente vede crescere significativamente la popolazione del Nord (+10,2%) e diminuire quella del Sud (-4,6%). Lo spostamento di risorse sarà ingente: da una attuale suddivisione del riparto che vede il Sud ricevere il 33,8% del fabbisogno indistinto corrente, si passerebbe a una situazione che vedrebbe assegnato alla ripartizione il 31,7%, mentre al Nord attualmente afferisce il 46,1% che diventerebbe il 47,8% se le previsioni demografiche dovessero essere confermate. Quanto precede mette in evidenza due potenziali criticità del sistema di finanziamento attuale. In primo luogo, ovviamente, il processo di potenziale riallocazione delle risorse nei prossimi decenni sarà così ingente, e anche rapido, da dover essere accompagnato da una parallela riallocazione geografica della struttura di offerta: diventa, quindi, urgente operare valutazioni sull'impatto prospettico della demografia in termini di corretta definizione delle reti. In secondo luogo, non sembra essere percepito il cambiamento in corso in termini di invecchiamento delle popolazioni regionali, che rende per lo meno discutibile il mantenimento degli attuali criteri di riparto. Se non altro perché la redistribuzione di risorse provocata dai parametri legati alla struttura per età della popolazione è largamente sopravanzata dagli effetti della riallocazione geografica delle popolazioni. Questo dovrebbe spostare l'attenzione sulla attuale mancanza, nei criteri di riparto, di riferimenti alla quota di "spese fisse" per l'implementazione della rete assistenziale: la proporzionalità assoluta con la consistenza della popolazione risulta assunzione che necessita una approfondita analisi.

### Equità

Nel 2014, secondo l'Indagine Istat "Spesa delle famiglie", sono 19,8 milioni le famiglie italiane che hanno fatto ricorso a spese sanitarie Out of pocket (Oop), ovvero il 77% dei nuclei (erano il 58% nel 2013). Ricorrono con maggiore frequenza all'Oop soprattutto le famiglie residenti nel Nord Est (79,4%), poi quelle del Sud (78,8%), del Centro (75,7%) e del Nord Ovest (74,3%). Dei 5,9 milioni di famiglie che non hanno sostenuto spese Oop, 1,28 milioni (5,0% di tutte le famiglie) hanno dichiarato di aver ridotto tale tipo di spesa: il combinato delle due informazioni ci porta a classificarle come "nuove" rinunce a spese sanitarie. Il fenomeno interessa soprattutto il Centro del Paese, poi il Sud e il Nord: ci sono state "nuove" rinunce rispettivamente pari al 5,9%, 5,6% e 4,1% delle famiglie. L'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie Oop fra le famiglie è pari all'1,2% (316.402 nuclei familiari), ovvero l'1,6% in termini di famiglie che sostengono spese sanitarie Oop. Il fenomeno colpisce soprat-

tutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno (2,7% ovvero il 3,4% di quelle che sostengono spese Oop), poi quelle del Centro (0,6%; 0,8% di chi sostiene spese Oop) e infine il Nord (0,5%; 0,7% di chi sostiene spese Oop). Abbiamo anche 781.108 famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche: il 3,1% delle famiglie residenti (3,9% di quelle che sostengono spese sanitarie private). Il fenomeno coinvolge il 5,5% delle famiglie che risiedono nel Mezzogiorno, il 2,0% di quelle che risiedono nel Centro e l'1,9% di quelle residenti al Nord. Mentre l'impoverimento coinvolge soprattutto le famiglie dei quintili di consumo inferiori (il 6,3% di quelle del I quintile di consumo e lo 0,23% di quelle del secondo), la catastoficità afferisce a tutti i quintili ed in particolare il 9,5% di quelle del I quintile, l'1,6% di quelle del II, l'1,2% di quelle del III, l'1,6% di quelle del IV e l'1,7% di quelle dell'ultimo. Ci sono 5,2 milioni di famiglie residenti (pari al 20,0%) che hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie. La riduzione delle spese sanitarie è avvenuta soprattutto nel Mezzogiorno, coinvolgendo il 27,2% delle famiglie ivi residenti. Il 2,0% delle famiglie (104.218 nuclei) che hanno ridotto le spese sanitarie Oop, risultano anche essere impoverite; il 24,7% (1,3 milioni) non hanno sostenuto alcuna spesa sanitaria, e quindi hanno presumibilmente rinunciato al consumo; il restante 73,3% (3,2 milioni) ha ridotto la spesa ma senza impoverirsi. La rinuncia ha riguardato soprattutto le Regioni del Centro: il 5,9% delle famiglie ha azzerato le spese sanitarie Oop dichiarando la scelta di una riduzione della spesa; poi quelle del Mezzogiorno in cui il 5,5% delle famiglie ha rinunciato; la minor rinuncia si è registrata nel Nord dove solo il 4,1% dei nuclei familiari ha rinunciato (ancora meno nel Nord-Est con solo il 2,9%). Analizzando il fenomeno in base alla disponibilità economica familiare, si è rilevato che le "nuove" rinunce hanno riguardato l'11,5% delle famiglie del I quintile di consumo, il 5,3% di quelle del II, il 3,6% di quelle del III, il 3,3% di quelle del IV e l'1,2% di quelle dell'ultimo. Aggiungiamo che se 316.402 nuclei familiari sono già impoveriti (1,2% delle famiglie), 1.272.038 sono quelle che hanno rinunciato, (5,0%) e 279.160 (l'1,4% di quelli che sostengono spese sanitarie Oop) sono ad alto rischio di impoverimento: si tratta di tutte quelle famiglie che qualora aumentassero le spese sanitarie attuali del 50% sarebbero impoverite. Di queste il 38,7% (107.979 famiglie) sono già soggette a spese sanitarie catastrofiche. Il rischio è più elevato nel Mezzogiorno dove il 2,3% delle famiglie è sotto tale soglia; nel Centro l'1,5% e solo lo 0,8% nel Nord. Aggregando i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie, si è costruito un indicatore di disagio economico

delle famiglie per spese sanitarie. Oop. Sardegna e Sicilia risultano essere le Regioni con maggior incidenza del disagio: l'11,0% e il 9,6% delle famiglie rispettivamente sono in tale condizione; all'estremo opposto troviamo l'Emilia R. e il Trentino A.A. dove solo il 2,6% delle famiglie residenti nella prima e il 2,1% di quelle nella seconda.

### Prevenzione

Nel 2014 l'Italia avrebbe destinato ai programmi di prevenzione il 4,9% della spesa pubblica (corrente). Il dato, da considerare con le dovute cautele, è pubblicato dall'Oecd, che ha rivisto le cifre diffuse in passato; per il 2012 si parlava infatti di una percentuale dello 0,5%, mentre i dati nazionali diffusi dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) - non sovrapponibili totalmente con le rilevazioni internazionali, includendo altre voci - riferivano il 4,2%. Tuttavia, nonostante in termini percentuali sembra (con le cautele già espresse) che l'Italia investa in prevenzione addirittura, per il 2014, la quota maggiore della spesa pubblica in Eu15 (ad esempio, la Francia si ferma a 1,6%, la Spagna non raggiunge il 3,0%, la Germania si atesta al 3,2%), di fatto la quota pro-capite risulta inferiore. Tra i Paesi Eu15, l'Italia risulta nona, con una spesa di € 88,9 pro-capite contro, ad esempio, la spesa della Svezia pari a € 123,4. Spagna e Francia si arrestano rispettivamente a € 39,7 e € 46,2, mentre la Germania ar-

riva a €108,3.

Malgrado lo scarso investimento, l'Italia non si "comporta" male in termini di stili di vita: escludendo peraltro la sedentarietà e il tema dell'obesità infantile. Infatti, la prevalenza di obesi (BMI $\geq$ 30) tra gli adulti è in Italia (10,3% nel 2014) la più bassa tra i Paesi Eu15 (ma, come anticipato, la situazione cambia totalmente se si considera l'obesità infantile, evidenziando un problema nelle nuove generazioni). Considerando il consumo di alcol, l'Italia è terza nella classifica Eu15 (7,6 litri pro-capite nel 2014), con una diminuzione però di oltre il 15% nell'ultimo decennio. Va peggio se si considera l'abitudine al fumo: nel 2014 le persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente sono il 19,7% ma in diminuzione nell'ultimo decennio di -4,5 punti percentuali. Solo 5 Paesi Eu15 registrano valori più elevati. Sempre con riferimento agli stili di vita, a livello nazionale continua ad esistere il tradizionale gradiente Nord-Sud, anche se con qualche ragguardevole eccezione. Con riferimento alle vaccinazioni, una delle più importanti attività di prevenzione rivolte alle persone, in Italia per acquistare i vaccini abbiamo speso nel 2015 € 317,9 mln (€ 5,2 pro-capite), in aumento rispetto all'anno precedente (€ 291,1 mln, € 4,8 pro-capite) e in prossimità del livello di spesa del 2013 (quando abbiamo speso € 321,8, € 5,4 pro-capite). Con le consuete difficoltà a reperire dati completi e confrontabili, provando ad effettuare un

confronto internazionale (sia pur approssimativo, avendo a disposizione dati di anni e fonti diverse), si osserva una spesa più alta in altri Paesi simili al nostro (es. nel 2013 in Francia si sarebbe arrivati a € 10,0 pro-capite, in Germania a € 11,6 e in Svezia a € 19,0). Spendiamo dunque meno degli altri Paesi per acquistare i vaccini, e intanto, in attesa del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, osserviamo nel 2015 un ulteriore calo delle vaccinazioni pediatriche (con alcune eccezioni). Le vaccinazioni influenzali crescono leggermente, ma la copertura a livello nazionale si atesta al 49,9% (lontana dalla soglia minima del 75%). La considerazione che deriva dai fenomeni osservati è che, riconoscendo in ogni caso il giusto merito all'attenzione prestata, agli sforzi profusi e ai risultati raggiunti nel campo della prevenzione, il nostro è un Paese che invecchia sempre più rapidamente, in cui si vive di più ma in cattiva salute negli ultimi anni, per cui le strategie di programmazione non possono prescindere, anche a tutela della sostenibilità del sistema sanitario, dalle attività di prevenzione, con cui eliminare o ritardare l'insorgenza di alcune patologie, ovvero contenere o posticiparne le complicazioni.

**Daniela d'Angela**  
**Cristina Giordani**  
**Esmeralda Ploner**  
**Barbara Polistena**

*Crea Sanità,  
università di Roma "Tor Vergata"*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

