



RASSEGNA STAMPA

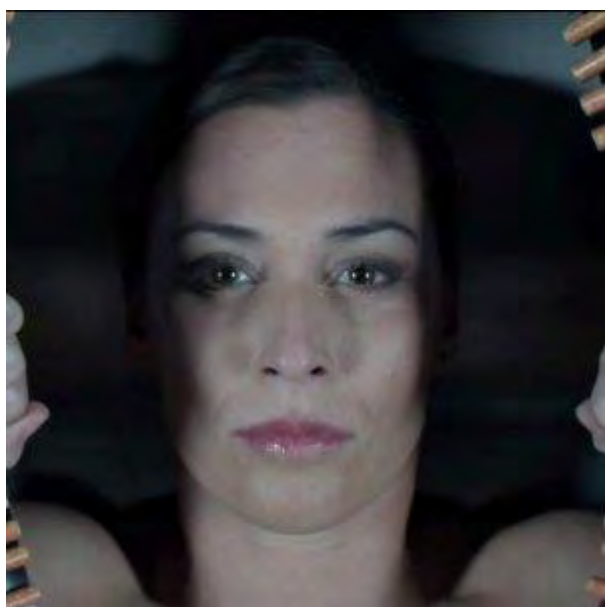
13-01-2017

1. REPUBBLICA.IT Tre premi allo spot contro il fumo con Flavia Pennetta
2. DOCTOR 33 Nel cancro polmonare la chemioterapia è più efficace se iniziata mesi dopo la chirurgia
3. ILGIORNALE.IT "La Nutella provoca il cancro". L'azienda risponde alle accuse
4. CORRIERE DELLA SERA Vicenza, l'ex maratoneta «Non sono pazza, curatemi»
5. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Sanità, eterologa gratis e nuovi vaccini
6. ANSA Clima, epidemie, donne, le priorità della candidata italiana
7. ADN KRONOS Servizi inadeguati e costi salati: il 26% degli italiani rinuncia alle cure
8. ASKA NEWS Italiani anarchici con farmaci: 1 su 3 rispetta indicazioni medico
9. AVVENIRE Sanità, l'Italia investe troppo poco
10. TEMPO La classifica delle cure ospedale per ospedale - Addio ospedale. Gli italiani scelgono la clinica
11. QUOTIDIANO SANITÀ Corte dei conti. Spesa sanitaria torna a correre nel 2016: nei primi 6 mesi +11
12. REPUBBLICA Arriva in aula il fine vita barricate da Lega e Ncd
13. AVVENIRE La legge sul fine vita in aula il 30 dubbi etici, 3.300 emendamenti
14. FOGLIO Dalle scie chimiche ai vaccini. Perché divulgare la scienza è sempre più difficile
15. LIBERO QUOTIDIANO Un'altra bimba muore di meningite: non era vaccinata
16. LA VERITA' Hiv, da epidemia a malattia cronica
17. LASTAMPA.IT Tenersi in forma: e se concentrassimo l'attività fisica solo nel weekend? Ottimo

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

Tre premi allo spot contro il fumo con Flavia Pennetta

Il video ha ottenuto il Primo Premio nella categoria "No Profit", e due Special Star, per la Direzione Creativa e per la Regia. Le Giurie, composte da 141 qualificati professionisti del settore, hanno giudicato 548 progetti di comunicazione



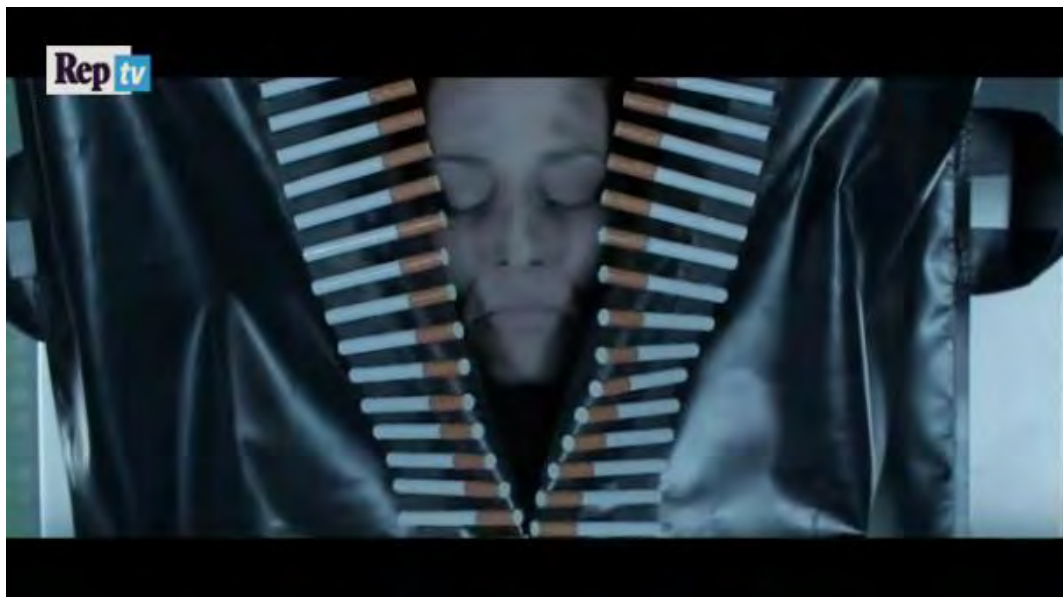
LO SPOT CONTRO IL FUMO prodotto dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) che vede protagonista la campionessa di tennis Flavia Pennetta piace, funziona e vince ben tre riconoscimenti alla 21ª edizione di Mediastars, Premio Tecnico della pubblicità italiana che viene assegnato ogni anno a Milano. Lo spot ha ottenuto, nell'ambito della sezione "Tecnica Audiovisiva", il Primo Premio nella categoria "No Profit", e due Special Star, per la Direzione Creativa (Marco Ferro) e per la Regia (Enrico Soci).

La campagna di sensibilizzazione. Il [video](#) è parte della campagna nazionale "[Con le sigarette...Meglio Smettere](#)" realizzata dall'Aiom e indirizzata ai ragazzi delle scuole inferiori e superiori per sensibilizzarli sui rischi legati al consumo di prodotti a base di tabacco. Il progetto, reso possibile da un educational grant di Msd, è stato lanciato nel gennaio scorso dalla Società scientifica e prosegue quest'anno con la seconda edizione. Agire sul vizio del fumo è, infatti, per gli oncologi prioritario a partire dai giovani. Il 56% dei fumatori italiani ha iniziato con le sigarette prima di compiere 18 anni. Sette giovani su 10 sostengono di aver cominciato per imitare gli amici e i compagni di classe. Il 7% lo ha fatto per sentirsi più grande, il 6% perché influenzato negativamente da genitori o parenti a loro volta tabagisti. I fumatori italiani rappresentano il 22%

della popolazione con più di 15 anni (il 27,3% degli uomini e il 17,2% delle donne). Più della metà (il 51%) consuma fino a 15 sigarette al giorno e l'età media in cui si comincia è di 17,9 anni.

Il fumo è rosa. Purtroppo l'abitudine al fumo continua a crescere anche tra le adolescenti. Secondo i dati europei, c'è un incremento del tabagismo che oscilla dal 5 al 10% nella popolazione femminile tra i 14 e i 16 anni. "Quando mi hanno chiesto di partecipare di nuovo a questa iniziativa non ho esitato un momento ad accettare" aveva dichiarato Flavia Pennetta, ora in dolce attesa del primo figlio, nel suo messaggio agli oncologi riuniti nel Congresso nazionale. "Il tabagismo è un vizio che si sta tingendo sempre più di rosa. Voglio rivolgere un appello a tutte le giovani italiane: dite addio alle sigarette e iniziate a praticare regolarmente un po' di salutare attività fisica". Un appello che sta "viaggiando" forte e chiaro anche attraverso lo spot premiato. "Siamo orgogliosi del risultato raggiunto" spiega Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom. Si tratta di un video a forte impatto, ambientato in una camera mortuaria dove si vede la tennista brindisina che viene lentamente rinchiusa dentro una sacca da morto. Dopo pochi secondi però riesce a liberarsi strappando una cerniera composta da sigarette. Il fumo rappresenta il principale fattore di rischio oncologico. Ogni anno nel nostro Paese si registrano più di 41mila nuovi casi di tumore del polmone, l'85-90% è riconducibile proprio alle sigarette. Il nostro obiettivo è informare e sensibilizzare i più giovani, infatti l'80% degli adolescenti inizia per emulazione, cioè per imitare gli amici e i compagni di classe".

Con il fumo meglio smettere, la campagna con Flavia Pennetta: "Decidi tu della tua vita"



Il premio. Mediastars premia ogni anno la migliore creatività e professionalità di quanti operano in Italia nello sviluppo di soluzioni di comunicazione classica e multimediale. Le Giurie di questa edizione erano composte da 141 qualificati professionisti del settore che hanno giudicato 548 progetti di comunicazione. Il Premio Mediastars è suddiviso in quattro diverse aree che riassumono i diversi campi della comunicazione e composte da 12 sezioni (Stampa, Esterna, Radio, Televisione, Tecnica Audiovisiva, Corporate Identity, Packaging Design, Promotions, Adv On Line, Internet, App e Campagne Sociali). I Premi di Sezione sono i più ambiti. Le Special Star costituiscono il premio assegnato ai tecnici professionisti e attribuito a coloro che hanno ottenuto il maggior punteggio nelle votazioni tecniche della Giuria. La premiazione è prevista a Milano il prossimo giugno.

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

Nel cancro polmonare la chemioterapia è più efficace se iniziata mesi dopo la chirurgia



Secondo uno studio pubblicato su *Jama Oncology*, nei pazienti sottoposti a rimozione chirurgica di un carcinoma polmonare non a piccole cellule (NscLc) e sufficientemente sani per tollerarla, la chemioterapia è in grado di produrre benefici significativi anche se iniziata fino a quattro mesi dopo l'intervento. «La chemioterapia adiuvante dopo la chirurgia del NscLc è ormai una strategia standard per i pazienti con metastasi linfonodali oppure con tumori di dimensioni uguali o superiori a quattro centimetri o che abbiano un'estesa invasività locale» esordisce il coordinatore dello studio Daniel Boffa della Yale School of Medicine a New Haven in Connecticut. Tuttavia, nonostante l'ampio consenso per quanto riguarda le indicazioni per la chemioterapia dopo il trattamento chirurgico iniziale, resta poco definito il momento ottimale in cui iniziare la chemioterapia dopo l'intervento. «Anche se molti clinici e ricercatori suggeriscono di iniziare il trattamento farmacologico entro sei settimane, diversi fattori tra cui le complicanze postoperatorie possono influenzare la capacità del paziente di tollerare la chemioterapia» spiegano gli autori, che per esaminare la correlazione tra tempistica di inizio della chemioterapia post-operatoria e mortalità a cinque anni hanno utilizzato i dati presenti nel National Cancer Database (Ncdb).

E dallo studio, cui hanno preso parte 12.473 pazienti con NscLc in stadio I, II o III che hanno ricevuto polichemioterapia, emerge che i farmaci somministrati da 57 a 127 giorni dopo l'intervento non si associano a un aumentato rischio di

morte e aumentano la sopravvivenza rispetto ai pazienti trattati con la sola chirurgia. «I pazienti con Nsclc completamente resecato continuano a beneficiare della chemioterapia adiuvante anche se somministrata fuori dalla tradizionale finestra post-operatoria» sottolinea Boffa. E in un editoriale di commento Howard West dello Swedish Cancer Institute a Seattle nello stato di Washington, osserva: «Se confermati da studi successivi questi dati suggeriscono che la chemioterapia andrebbe presa in considerazione, nei pazienti abbastanza sani per tollerarla, anche fino a quattro mesi dopo l'intervento di resezione».

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

"La Nutella provoca il cancro". L'azienda risponde alle accuse

Secondo una ricerca scientifica, l'olio di palma contenuto nella Nutella causerebbe il cancro. Ma la Ferrero non ci sta e risponde ai boicottaggi: "Senza quell'ingrediente non sarebbe Nutella"

La **Nutella** è uno dei simboli del made in Italy. Negli ultimi anni, la **Ferrero**, compagnia che la produce, ha ricevuto diversi attacchi mediatici per colpa dell'**olio di palma** contenuto nella crema spalmabile più amata dai bambini.

"L'olio di palma nella Nutella è cancerogeno": la ricerca

Stiamo parlando della ricerca scientifica condotta dalla European Food Standards Authority, pubblicata nel maggio scorso, che afferma come una determinata dose di olio di palma utilizzato per scopi alimentari è cancerogena. Sottolineando come i contaminanti rinvenuti nell'olio di palma sono maligni anche in minime quantità. In conclusione, sarebbe meglio evitare di assumere quei cibi che ne contengono. Un colpo pesantissimo che ha spinto l'azienda nata ad Alba a una massiccia controffensiva pubblicitaria.

"La Nutella senza olio di palma non sarebbe più lei, si abbasserebbe la qualità" ha affermato il responsabile acquisti dell'azienda, **Vincenzo Tapella**. E così Nutella non ha rimosso l'ingrediente incriminato, nonostante diversi boicottaggi. Non solo, la scelta di Ferrero è anche supportata da un'analisi di **Reuters**, che evince come la sostituzione dell'ingrediente nel prodotto aumenterebbe il costo di produzione di ogni vasetto e di conseguenza il costo finale al pubblico.

Ferrero assicura i consumatori

L'offensiva di Ferrero ai boicottaggi e alle accuse parte da una campagna pubblicitaria disegnata per tranquillizzare i consumatori. Non solo, sul sito web è anche stata creata una sezione speciale in difesa dell'olio di palma. *"L'uso dell'olio di palma per scopi alimentari risale a oltre 10.000 anni fa"* scrive l'azienda. E ancora: *"L'olio di palma viene utilizzato in Nutella perché conferisce al prodotto la sua consistenza cremosa e perché esalta il gusto degli altri ingredienti"*.

"L'olio del frutto di palma ha anche un'altra importante funzione: contribuisce a mantenere nel tempo il gusto unico di Nutella e ad aumentarne la durata di conservazione, grazie a una maggiore resistenza all'ossidazione rispetto agli altri oli vegetali" continua il messaggio della Ferrero. *"I contaminanti termici sono sostanze che si possono manifestare in tutti gli oli e grassi quando sottoposti a temperatura troppo elevata e - in forte concentrazione - possono avere effetti negativi per la salute. Nutella è un prodotto assolutamente sicuro e già compatibile con le nuove soglie stabilite dalle raccomandazioni EFSA (l'agenzia Europea per la sicurezza degli alimenti) che abbiamo accolto con favore: la salute e la sicurezza sono sempre state la nostra priorità"*, assicura l'azienda. Non ci resta che attendere la sentenze dei consumatori.

Vincenza, l'ex maratoneta «Non sono pazza, curatemi»

Roma, da tre anni attende una diagnosi. Si muove la Federazione

Costretta a letto

Nel 2015 le è stato rimosso un tumore, ma la sua salute è solo peggiorata

La richiesta

«Non accuso nessuno, ma fatemi rifare tutti gli esami in una sola struttura di alto livello»

La storia

di **Marco Bonarrigo**

ROMA Come può sentirsi una gazzella abituata a correre veloce per 800 chilometri al mese a essere rinchiusa da 800 giorni in una gabbia a forma di camera d'ospedale e spostata di mese in mese per l'Italia come un fenomeno da circo?

Lo sa bene Vincenza Sicari, 37 anni, azzurra alle Olimpiadi di Pechino 2008, una delle pochissime donne della nostra atletica leggera capaci di correre la maratona in meno di due ore e 30', tempo di valore mondiale. Dal dicembre del 2014 la maratona di Vincenza si disputa tra i reparti ospedalieri di 15 città (tra cui Padova, Milano, Bari, Roma, Pavia, Napoli, Pisa e Torino) con un percorso tortuoso documentato da migliaia di pagine di cartelle cliniche ma ancora senza un capitolo fondamentale: quello della diagnosi e della cura.

La vita di Sicari, fatta di allenamenti massacranti e gare, comincia a fare «crac» nella primavera del 2012, mentre questa milanese trapiantata a Roma sta affinando l'allenamento per i Giochi di Londra. Il suo curriculum comprende la partecipazione a Europei e Mondiali e la vittoria nelle maratone di Firenze, Torino e Padova. Vincenza si accorge che il suo organismo comincia a

non rispondere agli stimoli. Londra diventa un miraggio.

«Nel 2013 — spiega Sicari, ricoverata dallo scorso novembre al Sant'Andrea di Roma dopo la dimissione dal policlinico di Bari — sono cominciate febbri violente e una cronica mancanza di forze. Nel 2014 mi è stato diagnosticato un timoma, che sembrava essere la causa di tutti i miei mali. Questo tumore raro è stato rimosso con un'operazione a Roma nel 2015 ma la situazione invece di migliorare è peggiorata. Da oltre due anni sono paralizzato dalle gambe in giù».

Di che male soffra Vincenza Sicari non l'ha capito nessuno. In una diagnosi dello scorso settembre Claudio Mariani, primario all'Ospedale Sacco e ordinario di Neurologia all'Università Statale di Milano, punta il dito, tra le altre cose, su una possibile mutazione genetica evidenziata dalle analisi e così rara da non essere catalogata.

Nella testa di Vincenza si forma la convinzione di soffrire di una malattia autoimmune. Mariani, per tentare un percorso curativo, scrive al ministro della Salute suggerendo un consulto di specialisti indipendenti e di alto livello che «mettano fine al girovagare della paziente». Consulto mai effettuato. Alcuni dei medici che hanno avuto in cura la Sicari puntano invece con decisione su una diagnosi psichiatrica, attribuendo a questa la

paralisi.

La Sicari rifiuta la diagnosi con fermezza, scontrandosi duramente con i sanitari. «La paziente soffre di una situazione complessa e grave — è scritto nell'ennesimo referto di dimissioni — ma commette gravi errori di giudizio sul proprio stato di salute». Tre trattamenti sanitari obbligatori le sono costati la riforma dall'Esercito e la perdita del posto di lavoro. «Darmi della malata psichiatrica — spiega Sicari — per molti è la soluzione più comoda. Una matta va internata. E mentre io mi consumo nel letto, nessuno prova invece a curarmi».

A fianco di Vincenza Sicari c'è la Federazione italiana di atletica leggera, che l'assiste in ospedale a Roma e stamattina ospita una conferenza stampa del presidente Alfio Giomi e delle legali dell'atleta, Luana Sciamanna e Giorgia La Leggia.

«Non accuso nessuno, non voglio fare processi ai medici — spiega Vincenza — ma non posso morire in un letto di ospedale o essere considerata una matta. Ho servito l'Italia come atleta e al presidente del Coni Giovanni Malagò, al ministro della Salute e al presidente della regione Lazio Nicola Zingaretti chiedo una sola cosa: di poter rifare tutti gli esami clinici in una sola struttura di alto livello per capire di cosa soffro. E poi di curarmi, o almeno di provarci».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Andrea Cangini

DECRETO GENTILONI HA FIRMATO I LEA

Sanità, eterologa gratis e nuovi vaccini

■ ROMA

DALLA fecondazione eterologa alle terapie contro l'endometriosi, dai nuovi vaccini all'adroterapia: dopo 15 anni si aggiornano e si arricchiscono i Livelli essenziali di assistenza (Lea), le terapie che il servizio sanitario nazionale garantisce di fornire gratuitamente in tutte le regioni. Il lungo iter approvativo si è concluso con la firma del premier Gentiloni al decreto della presidenza del consiglio che vara i nuovi Lea e anche il nuovo nomenclatore delle prestazioni. «Un passaggio storico per la sanità italiana», ha esultato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**.

LE NOVITÀ più importanti: ridefinizione e aggiornamento degli elenchi delle malattie rare e di quelle croniche e invalidanti. Inoltre arriva un nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, aggiornato per l'ultima volta nel 1996. Questo nuovo nomenclatore introduce tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, sia omologa che eterologa. Fino ad oggi erano erogate solo in regime di ricovero. Viene poi profondamente rivisto l'elenco delle prestazioni di genetica e viene inserita la consulen-

za genetica. E arrivano nuove terapie innovative: l'adroterapia, ovvero una radioterapia oncologica utilizzata per la cura del tumore al cervello; l'enteroscopia con microcamera ingeribile, ovvero la possibilità di effettuare una gastroscopia attraverso l'ingestione di una pillola contenente una microcamera. Per quanto concerne i vaccini, entrano nei Lea l'anti-papillomavirus e l'anti-pneumococco. Tra le malattie croniche è ora inclusa l'endometriosi, che in Italia colpisce circa 3 milioni di persone.

Si rinnova anche il nomenclatore dell'assistenza protesica, che prevede fra le altre cose gli arti artificiali a tecnologia avanzata. Per quanto riguarda la revisione dell'elenco delle malattie rare, è previsto l'inserimento di oltre 110 nuove malattie, ad esempio la sarcoidiosi, la sclerosi sistemica progressiva e la miastenia grave. In Italia i malati di malattie rare sono tra i 450mila e i 600mila, e con i nuovi Lea saranno coperte dal Ssn 300mila persone che oggi ne sono prive. Tra le malattie croniche vengono inserite la celiachia e la sindrome di Down; previsto inoltre l'inserimento dell'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche invalidanti.



MINISTRO Beatrice Lorenzin soddisfatta: «Un passaggio storico per la nostra Sanità»



Clima, epidemie, donne, le priorità della candidata italiana all'Oms

Flavia Bustreo, determinante pure cambio modalità finanziamento



Redazione ANSA ROMA 12 gennaio 2017 18:31

 Scrivi alla redazione  Stampa



Flavia Bustreo, Direttore per la famiglia dell'OMS © ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE 

Affrontare l'enorme sfida dei cambiamenti climatici e del loro impatto sulla salute, con l'ambizione di rendere il settore Salute 'carbon neutral', costruire un sistema più incisivo di risposta rapida alle emergenze come le epidemie e potenziare il diritto a cure e prevenzione per donne, bambini e fasce fragili come i migranti.

E' un programma ampio ma con delle priorità precise quello con cui Flavia Bustreo, candidata del governo italiano per la guida dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), punta a cambiare il volto della maggiore istituzione sanitaria mondiale.

Cinquantasei anni ed una lunga carriera nell'Oms e nella Banca mondiale, con molte esperienze sul campo nei Paesi in via di sviluppo, Bustreo ha illustrato oggi all'Istituto superiore di sanità (Iss) i cardini del proprio programma, spiegando quali sono le sfide che l'Oms dovrà affrontare nei prossimi 5 anni e ricevendo il pieno sostegno del ministro della Salute Beatrice Lorenzin e del presidente Iss Walter Ricciardi. Una delle priorità, ha spiegato, è "guidare la riforma dell'Oms per garantire una risposta rapida in caso di emergenze umanitarie ed epidemie: è questa una delle debolezze dell'organizzazione, e nel caso dell'epidemia di Ebola è stata evidente la difficoltà e lentezza della risposta. Va dunque rafforzata la sorveglianza per virus, come Zika, e antibiotico-resistenza". Ma c'è un'altra emergenza imprescindibile: quella del cambiamento climatico, che si stima provocherà, tra il 2030 e il 2050, 250mila morti in più ogni anno. E' infatti "enorme l'impatto sulla salute e bisogna capire meglio - ha sottolineato - come il cambiamento del clima provochi la diffusione di malattie in nuove aree e come contribuisca al cambiamento dei vettori delle malattie". Ma, ha rilevato Bustreo, "bisogna anche fare in modo che il settore Sanità contribuisca alla riduzione della produzione di anidride carbonica". Come? Un esempio viene proprio dall'Italia: "L'ospedale Meyer di Firenze usa solo energia pulita e questo - ha detto - può essere un modello da incentivare". L'Oms del prossimo futuro, però, dovrà anche essere all'insegna di "processi decisionali semplificati", afferma Bustreo, che sottolinea pure la necessità di "ripensare le modalità di finanziamento dell'organizzazione, ampliando la rosa dei contributori oltre ai singoli Paesi".

DALLA HOME SALUTE&BENESSERE



Fraasi brevi e no rumori fondo per aiutare chi ha avuto ictus

Medicina



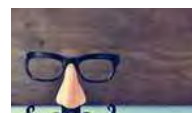
Influenza: già otto morti da inizio epidemia, 63 gravi

Medicina



Clima, epidemie, donne, le priorità della candidata italiana all'Oms

Medicina



Essere giocosi dà una marcia in più, 4 tipi

Stili di Vita



Appendice non è inutile, e' anche una riserva di batteri buoni

Medicina

La prossima tappa - in attesa della votazione finale di maggio a scrutinio segreto da parte dei 194 Paesi rappresentati all'Oms - è ora fissata per il 25 gennaio, quando il Consiglio esecutivo dell'organizzazione voterà tre nomi in una rosa di sei. Oltre all'Italia, in corsa ci sono Francia, Gran Bretagna, Ungheria, Etiopia e Pakistan. Quanto ai pronostici, negli ultimi 13 anni la carica di direttore generale dell'Oms è stata ricoperta prima dalla Corea e poi dalla Cina, con l'attuale direttore Margaret Chan. Una candidatura europea, affermano gli osservatori, sembra dunque oggi abbastanza accreditata.

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Associate

+ Video. Flavia Bustreo, candidata italiana per l'Oms



 [Scrivi alla redazione](#)  [Stampa](#)

A+ Salute&Benessere

[ANSA.it](#) • [Contatti](#) • [Disclaimer](#) • [Privacy](#) • [Copyright](#)

P.I. IT00876481003 - © Copyright ANSA - Tutti i diritti riservati

<http://www.adnkronos.com>

Servizi inadeguati e costi salati: il 26% degli italiani rinuncia alle cure



Dopo anni di tagli il nostro sistema sanitario si contrae. Il servizio pubblico non riesce a liberare risorse migliorando l'efficienza, come dimostrano i dati dei 'sovraricavi', riconosciuti ad aziende ospedaliere e ospedali a gestione diretta, che si attestano tra i 2,6 e i 3,2 miliardi di euro. La conseguenza è un'offerta di servizi inadeguata, una crescita dei costi per gli utenti, una percezione di logoramento del sistema e un fenomeno di rinvio o rinuncia alle cure che nel 2016 ha coinvolto il 26% degli italiani. Sono le conclusioni del 14° Rapporto annuale 'Ospedali & Salute 2016' che disegna un "sistema in deflazione". Il report, realizzato da Ermeneia, è stato presentato oggi a Roma da Gabriele Pelissero, presidente nazionale Aiop, l'Associazione italiana ospedalità privata.

Secondo i dati degli ultimi anni, una diminuzione dei servizi si accompagna a maggiori costi per i cittadini: dal 2009 al 2014 si riducono i numeri dei posti letto (-9,2%), dei ricoveri (-18,3%), delle giornate di degenza (-14%), del personale (-9% tra il 2010 e il 2014); dal 2009 al 2015 aumentano in parallelo gli oneri per gli utenti, con i ticket per le prestazioni che crescono del 40,6%, le visite intramoenia a pagamento presso gli ospedali pubblici del 21,9% e i ticket per i farmaci del 76,7%.

Dalle analisi condotte e dal confronto con gli altri Paesi europei - indica il Rapporto - emerge un processo di deflazione da sottofinanziamento. Nel triennio 2012-2014, infatti, la spesa sanitaria pubblica risulta ancorata al 6,8% del Pil, mentre risulta in crescita quella degli altri Paesi G7 (8,2%). Anche la spesa ospedaliera pubblica complessiva è ferma nel nostro Paese al 3,9% del Pil. Esiste poi una deflazione da inefficienza della

'macchina' ospedaliera pubblica che non riesce a 'liberare' risorse, come invece potrebbe, secondo Aiop, qualora fosse in grado di rivedere in maniera significativa le proprie modalità organizzative e gestionali. Se ciò avvenisse, le risorse recuperate sarebbero investite per migliorare le strutture, le attrezzature e i servizi per i pazienti.

Nel report di quest'anno è stata effettuata una stima del valore dei possibili sovraricavi (nel 13° Rapporto presentato l'anno scorso si erano stimati i 'sovracosti'), riconosciuti ad aziende ospedaliere e ospedali a gestione diretta e che si attestano appunto tra i 2,6 e i 3,2 miliardi di euro.

La difficoltà dell'ospedalità pubblica nel fare un'effettiva ristrutturazione e riorganizzazione alimenta a sua volta una deflazione dovuta al trasferimento di oneri economici e normativi sul comparto ospedaliero privato accreditato nel suo complesso.

E' evidente - prosegue Aiop - che trasferire sistematicamente oneri economici aggiuntivi sulla componente privata finisce con l'innescare anche per quest'ultima un processo di erosione dei servizi forniti ai pazienti.

Esiste infine - indica ancora il Rapporto - una deflazione da razionamento di fatto dei servizi offerti nell'ambito dell'ospedalità pubblica. La causa di questo fenomeno è riconducibile all'impatto generato dai provvedimenti di spending review, intrapresi nel quadro delle politiche di austerità degli ultimi 5 anni.

Mantenere un modello basato su un processo di tipo deflattivo, secondo l'Aiop, negli anni finisce inevitabilmente per ipotecare il principio universalistico e solidale del nostro sistema sanitario nazionale. Diventa perciò necessario procedere a una "manutenzione straordinaria" del Ssn.

La conseguenza è che bisognerà far crescere l'abilità delle strutture ospedaliere nel "fare di più e meglio con meno", riuscendo così a liberare risorse oggi bloccate. Una maggiore trasparenza dei bilanci - conclude il Rapporto - aiuterebbe a misurare il livello di efficienza delle diverse strutture all'interno del pubblico e tra strutture pubbliche e private accreditate.

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

Italiani anarchici con farmaci: 1 su 3 rispetta indicazioni medico

A Milano Winter Village Onda: campo base della salute



Milano, 12 gen. (askanews) - Solo un italiano su tre segue le indicazioni del medico prendendo farmaci durante una terapia. Il problema della mancata aderenza alla terapia farmacologica, cioè il non seguire le indicazioni del medico modificando a proprio piacimento modi e tempi del prendere le medicine, è rilevante e crescente: secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dei 2 miliardi di prescrizioni effettuate ogni anno, solo il 50% è seguita correttamente, solo 1/3 dei pazienti segue a pieno le indicazioni, 1/3 in parte, e 1/3 non le segue affatto. Diverse le cause: scarsa motivazione, informazione inadeguata, insorgenza di disturbi imputati, talvolta arbitrariamente, al farmaco, schemi terapeutici troppo complessi e difficilmente gestibili nella quotidianità, la sostituzione di un farmaco generico con un altro equivalente.

Per ovviare a queste carenze e fornire una maggiore informazione, Onda - Osservatorio Nazionale per la Salute della Donna, allestisce a Milano dal 18 al 22 gennaio "Winter Village": "il campo base della Salute". "Prevenzione, buone abitudini, stili di vita sani e corretto uso dei farmaci ne sono i protagonisti. Il progetto nasce da quanto emerge da una nostra recente indagine - spiega Francesca Merzagora, Presidente di Onda - secondo cui la salute rimane scopo primario nella vita degli italiani, in particolare delle donne che hanno un'aspettativa di vita più lunga degli uomini (85 anni contro 80,3), consumano più farmaci, sono tendenzialmente sedentarie (44% non pratica attività fisica con regolarità) e nel 28,2% dei casi sono in sovrappeso. Malattie un tempo ritenute prevalentemente maschili (cardiovascolare, tumore al polmone e obesità) sono ora tra le principali cause di mortalità per le donne. È quindi importante fare informazione su quelle più frequenti nelle donne (e non solo), come ad esempio le malattie legate alla salute mentale, che costituiscono il 30% di tutte le patologie femminili. Onda, da sempre impegnata nel promuovere la salute della donna e della famiglia, offre quindi la possibilità alla cittadinanza di avere per 5 giorni consulti medici gratuiti e di immergersi in un percorso nel mondo della salute".

Sanità, l'Italia investe troppo poco

Rapporto Aiop: efficienza frenata dai tagli e dalla burocrazia

MATTEO MARCELLI

ROMA

Un sistema sanitario in deflazione, sottofinanziato e sempre meno capace di rispondere alle esigenze dei cittadini. L'Aiop, Associazione italiana ospedalità privata, presenta il rapporto annuale "Ospedali e salute 2016" al Senato e disegna una macchina della sanità imbrigliata dalla burocrazia e dalle politiche di spending review adottate in piena crisi economica.

Stando al rapporto curato da Ermeneia, nel quadriennio 2011-2014 la spesa sanitaria ha subito una contrazione ed è rimasta bloccata al 6,8% del Pil, mentre quella degli altri paesi del G7 è cresciuta, nello stesso periodo, dal 7,9 al 8,2%. «Il servizio pubblico non riesce a liberare risorse migliorando l'efficienza – si legge nel rapporto –. La conseguenza è un'offerta di servizi inadeguata, una crescita dei costi per gli utenti e un fenomeno di rinvio o rinuncia alle cure che nel 2016 ha coinvolto il 26% degli italiani». Senza contare la riduzione dei posti letto (-9,2%), quella dei ricoveri (-18,3%), delle giornate di degenza (-14%) e del personale (-9%). Mentre sono aumentati gli oneri per gli utenti, con i ticket per le prestazioni cresciuti del 40,6%, le visite in-tramoenia a pagamento del 21,9% e i ticket per i farmaci del 76,7%.

«Ci troviamo a rilevare un fenomeno che avevamo ampiamente previsto – spiega Gabriele Pelissero, presidente Nazionale di Aiop – la difficoltà crescente degli italiani a curarsi. L'Italia spende per la salute dei propri cittadini meno della Croazia. Nonostante questo non si può dire che il nostro sia un cattivo servizio, ma c'è il rischio di un progressivo peggioramento. Senza contare la disomogeneità territoriale della qualità e del volume dei servizi erogati».

Il punto, secondo l'Aiop, è nell'eterno contrasto tra due visioni differenti del sistema nazionale sanitario, per dirla ancora con Pelissero, che vede contrapposti il «monopolio pubblico statalista» e «l'erogazione di prestazioni scelte liberamente dal cittadino». Uno scontro nel quale l'associazione tenta di entrare direttamente avanzando la sua proposta: alleggerire il sovraccollamento del pronto soccorso utilizzando maggiormente strutture sanitarie private. «L'emergenza non si può risolvere con provvedimenti legati alla contingenza, bisogna programmare – prosegue il presidente –. La rete del pronto soccorso ospedaliero va ripensata. I privati possono entrare a farne parte». Una proposta accolta con interesse anche da Emilia De Biasi (Pd), presidente della commissione Sanità del Senato, al netto di alcune condizioni preliminari: «Aumentare l'offerta ha un costo. Non si può chiedere al privato di riservare letti e tenerli lì per quando servono. È necessario fare i piani di emergenza con una centrale unica regionale. Ci sono molti elementi da valutare con grande attenzione».

Il percorso sembra però tracciato e a confermarlo arriva la lettera del ministro **Beatrice Lorenzin**: «Da una corretta interazione tra il settore pubblico e privato in sanità può derivare una risposta più completa e omogenea ai bisogni di salute della nostra collettività».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il dossier I cittadini non si fidano più del servizio pubblico
Per ictus, parti, fratture e infarti ecco dove conviene andare

La classifica delle cure ospedaliere per ospedale

■ I cittadini non si fidano più del servizio sanitario pubblico. Un dossier racconta come e dove conviene curarsi in tutta Italia. Lazio a due velocità: ospedali bocciati su infarto, frattura del femore e broncopolmoniti. Gli italiani scelgono le cliniche private.

Sbraga → alle pagine 2 e 3

Addio ospedale. Gli italiani scelgono la clinica

I cittadini non si fidano più del servizio pubblico
Ma da governo e Regioni tagli continui ai privati

Controsenso

Stesso numero di prestazioni
Ma budget decurtato del doppio



Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute
Antonio Sbraga

■ Per i casi di alta complessità gli italiani preferiscono gli ospedali privati. Dai quali si leva la protesta: «Negli ultimi 4 anni abbiamo subito tagli doppi rispetto agli ospedali pubblici». Indicati come fonte di spesa maggiore e mal gestita nel nuovo Rapporto Annuale «Ospedali & Salute», promosso dall'Associazione Italiana Ospedali Privati.

L'Aiop lamenta di aver subito tagli «nella misura del 9,4%, contro una diminuzione pari a meno della metà per le strutture ospedaliere pubbliche (-4,1%). Senza

contare che le strutture private accreditate nel loro complesso assorbono il 13,8% della spesa ospedaliera pubblica totale contro l'86,2% delle strutture pubbliche a cui, come appare ovvio, dovrebbe far capo un impegno proporzionalmente maggiore dal punto di vista dell'efficiamento». E invece, rivendica l'Aiop, «l'incidenza delle prestazioni di alta complessità che fanno capo agli Ospedali privati accreditati è pari, come media nazionale, al 17,5% contro il 13,9% degli ospedali pubblici».

Nel Lazio si equivalgono: il 14,6 dei privati contro il 15,3% degli ospedali pubblici. Nei quali, dopo i continui tagli dei posti letto (nell'ultimo decennio 3600 in meno, di cui 2177 nella sola Roma), la Regione è stata costretta il mese scorso a firmare un Protocollo d'intesa proprio con Aiop, Aris e Unindustria, per disciplinare le modalità di trasferimento per ricovero da Pronto Soccorso presso le strutture private accreditate.

Anche perché nel Lazio il nu-

mero dei posti letto è inferiore alla media nazionale: quelli pubblici (13.913) sono l'esatta metà rispetto ai letti della Lombardia (27.421) e inferiori anche al Veneto (15.182). Anche il personale laziale (43.062) è meno della metà di quello lombardo (90.411) e inferiore a ben 6 Regioni: Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Sicilia e Campania. Negli ultimi 8 anni il sistema sanitario regionale ha perduto 9.035 tra medici, infermieri, tecnici e ausiliari.

Anche a livello nazionale nell'ultimo quinquennio si è ridotto sia il numero dei posti letto (-9,2%), che quello dei ricoveri (-18,3%) e delle giornate di degenza (-14,0%). Nello stesso periodo, ricorda il Rapporto, sono però aumentati «in parallelo gli oneri per gli utenti: i ticket per le prestazioni cresciuti del 40,6%, quelle per le visite intramoenia a pagamento presso gli Ospedali pubblici del 21,9% e quelli dei ticket per i farmaci del 76,7%». Tant'è che ben «il 16,2% delle famiglie italiane ha rimandato una o più prestazioni nel 2016 (fenomeno che ha coin-

volto tra 4 e 8 milioni di persone) e che il 10,9% delle famiglie ha invece rinunciato, sempre nell'anno 2016 (con 2,7-5,4 milioni di persone interessate)».

Nel complesso, dunque, l'anno appena passato ha visto «circa 10 milioni di italiani rinunciare a curarsi per le lunghe liste di attesa», si sottolinea nell'Ips, l'Indice di Performance Sanitaria realizzato dall'Istituto Demoskopika. Anche secondo questo Rapporto «Crolla il Lazio, che precipita di ben 10 posizioni rispetto all'anno precedente, collocandosi nell'area delle regioni influenzate».

Pure la Corte dei Conti nel Rapporto 2016 aveva rilevato come «Inferiori alla soglia corretta per la mobilità il Lazio, con 2,98 posti per gli acuti e 0,63 per la riabilitazione e la lunga degenza post-acute» a fronte dei «3,7 per mille residenti previsto dall'Intesa Stato-Regioni».

E, non a caso, è in aumento la mobilità interregionale passiva da parte di cittadini laziali che scelgono di curarsi altrove, determinando una previsione di passivo di 490 milioni di euro nel prossimo triennio.

Ma «nel dato di mobilità passiva sono comprese anche le prestazioni rese a cittadini laziali presso il Bambino Gesù (160 milioni) e l'Ospedale San Giovanni Battista (30 milioni), che vengono letti dal sistema come strutture gestite da stati esteri e quindi estranee al computo regionale, falsando il saldo finale», ribatte Alessio D'Amato, responsabile della cabina di regia della sanità regionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ICTUS ISCHEMICO: I MIGLIORI

OSPEDALE	NUMERO	% MORTALITÀ
Media Italiana	61.952	12,07
Nuova Itor	107	1,87
San Filippo Neri	133	5,26
Pertini	53	7,55
San Camillo	310	8,39
Umberto I	310	8,71



PARTI CON CESAREO: I MIGLIORI

OSPEDALE	NUMERO	% CESAREI
Media Italiana	361.159	25,11
Latina	1.366	17,5
Grassi	1.272	19,73
Velletri	409	18,83
S. Eugenio	856	18,81
Cassino	435	17,01



FRATTURA FEMORE: I MIGLIORI

OSPEDALE	NUMERO	% INTERVENTI ENTRO 2 GIORNI
Media Italiana	70.827	54,64
Tor Vergata	129	92,25
San Filippo Neri	141	88,65
Gemelli	305	86,56
Viterbo	193	80,83
Nuova Itor	79	84,81



INFARTO DEL MIOCARDIO: I MIGLIORI

OSPEDALE	NUMERO	% MORTALITÀ
Media Italiana	88.180	9,03
S. Giovanni Add.	289	2,77
Sant'Andrea	278	3,24
Tor Vergata	417	3,36
Albano Laziale	78	3,85
San Filippo Neri	502	4,98



ICTUS ISCHEMICO: I PEGGIORI

OSPEDALE	NUMERO	% MORTALITÀ
Media Italiana	61.952	12,07
Cassino	81	32,1
Sora	80	27,5
Santo Spirito	31	22,58
Formia	54	20,37
Viterbo	134	20,15



PARTI CON CESAREO: I PEGGIORI

OSPEDALE	NUMERO	% CESAREI
Media Italiana	361.159	25,11
Villa Mafalda	30	86,67
Mater Dei	143	76,92
Villa Pia	194	54,12
Umberto I	1.222	39,77
San Filippo Neri	641	36,66



FRATTURA FEMORE: I PEGGIORI

OSPEDALE	NUMERO	% INTERVENTI ENTRO 2 GIORNI
Media Italiana	70.827	54,64
Tivoli	151	4,37
Terracina	159	9,43
Colleferro	97	12,37
Columbus	55	16,36
Bracciano	44	27,27



INFARTO DEL MIOCARDIO: I PEGGIORI

OSPEDALE	NUMERO	% MORTALITÀ
Media Italiana	88.180	9,03
Sora	91	20,88
Colleferro	85	17,65
Velletri	58	15,52
Civitavecchia	123	13,01
Formia	230	12,61



quotidianosanita.it

Giovedì 12 GENNAIO 2017

Corte dei conti. Spesa sanitaria torna a correre nel 2016: nei primi 6 mesi +11%. Nel 2015 in calo personale e beni e servizi. Ticket +15,2%

Grandissime differenze Nord-Sud con la Campania sempre fanalino di coda. Nel 2015 si riducono anche le spese delle regioni per gli organi istituzionali della Asl, anche se Sicilia, Lombardia e Veneto da sole rappresentano più della metà del costo totale. Il Rapporto della Corte dei conti sulla finanza regionale. [IL DOCUMENTO](#)

Spesa sanitaria sull'ottovolante, ticket che aumentano (anche se l'incremento è da attribuire alla sola Regione Calabria), giù invece la spesa per il personale e servizi, ma con grandi macro differenze regionali. E non solo: cresce di poco l'intramoenia mentre si riducono le spese per gli organi istituzionali, con Sicilia, Lombardia e Veneto in cui è concentrata più della metà della spesa. Sono questi alcuni dei numeri del Referto su "Gli andamenti della finanza regionale - Analisi dei flussi di cassa anni 2012-2015 e primo semestre 2016" della Corte dei conti pubblicato oggi.

Ma andiamo a vedere in sintesi il documento per la parte sanitaria. E partiamo dalla spesa sanitaria che negli ultimi 4 anni è stata sull'ottovolante. "Per le Regioni e le Province autonome, nel quadriennio 2012-2015, i pagamenti per spesa sanitaria (essenzialmente caratterizzata da trasferimenti), per effetto delle anticipazioni di liquidità incassate - in particolare nel biennio 2013/2014 - per il pagamento dei debiti commerciali accumulati dai rispettivi enti sanitari, aumentano da 110,7 miliardi nel 2012 a circa 113,2 miliardi in ciascun anno del biennio 2013/2014, per ridursi a 112 miliardi nel 2015. Nel primo semestre 2016 i pagamenti per la spesa sanitaria tornano a crescere sia per spesa corrente sia per spesa in conto capitale (complessivamente +11,4%)".

Aumentano i ticket. In generale nel biennio 2014/2015 gli incassi di parte corrente sono diminuiti dell'1,89%, con una variazione cumulata complessiva (quadriennio 2012/2015) anch'essa negativa (-0,35%), malgrado le iniezioni di liquidità incassate dagli Enti sanitari per il pagamento dei debiti commerciali. Ma in questo calo nell'ambito della riduzione generalizzata degli incassi, è da notare l'incremento delle risorse sborsate dagli utenti per il pagamento dei ticket (prestazioni specialistiche), che aumentano del 15,2% nel biennio 2014/2015 (+12,6% rispetto al 2012). In totale nel 2015 le Regioni hanno incassato 1,64 miliardi contro gli 1,42 mld del 2014.

Analizzando la tabella però si può notare che l'aumento dell'ultimo anno è tutto da imputare agli incrementi degli incassi della Regione Calabria che è passato dai 21,8 mln del 2014 ad un incasso di 248,7 mln nel 2015.

In lieve crescita l'intramoenia. La Corte dei conti evidenzia come nel 2015 gli incassi per le Regioni sono stati di 995 mln, 10 mln in più rispetto al 2014. Trend stabile in tutte le Regioni con pochi cambiamenti di rilievo.

Tabella 8.1/APP/SA - Gestione di cassa degli Enti del Ssn - Anni 2012-2015 - Incassi per prestazione di servizi (soggetti privati)

Regioni	Totale Entrate derivanti dalla prestazione di servizi per soggetti privati											
	Compartecipazione spesa - ticket (cod. 1100)				Prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia (cod. 1600)				Prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati (cod. 1500) - Entrate derivanti dalla vendita di beni di consumo (cod. 1650)			
	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
RSO	1.298.254	1.306.130	1.270.283	1.478.515	992.782	938.867	898.963	910.676	691.871	708.448	604.277	566.933
PIEMONTE *	137.001	136.526	126.423	123.825	116.481	106.808	107.521	111.133	13.728	12.457	12.597	20.285
LOMBARDIA	267.023	243.469	250.597	236.506	226.847	213.254	214.094	212.141	348.366	366.171	201.977	160.011
VENETO	167.547	174.830	177.071	178.070	99.290	99.190	98.820	105.300	55.548	86.943	53.813	75.334
LIGURIA	45.642	44.156	43.540	43.459	45.143	42.500	41.250	41.284	11.529	12.430	10.730	14.043
EMILIA R.	150.248	159.309	160.230	159.422	125.071	127.483	120.935	117.975	41.131	45.618	47.574	51.338
TOSCANA	121.224	135.493	141.079	142.830	114.358	114.793	92.033	95.520	60.124	53.398	54.749	64.854
UMBRIA	29.607	27.601	27.258	25.768	8.688	8.360	8.907	7.953	7.713	7.207	7.367	13.425
MARCHE	43.893	54.495	51.001	50.411	28.119	29.328	29.387	28.531	25.022	11.621	13.678	13.621
LAZIO *	135.619	138.350	119.957	121.605	115.269	97.439	88.973	93.229	69.411	52.589	108.503	66.276
ABRUZZO *	38.103	38.555	35.058	38.480	7.623	7.704	6.358	7.403	9.062	10.237	14.026	12.573
MOLISE *	5.838	4.920	5.048	4.993	2.877	3.583	3.494	3.267	10.959	9.272	6.743	7.320
CAMPANIA *	42.547	42.998	44.837	39.791	50.580	46.405	47.128	47.954	18.966	22.557	27.852	32.912
PUGLIA *	63.995	60.603	55.833	53.495	29.016	30.785	27.879	25.759	13.792	13.291	13.828	13.535
BASILICATA	14.207	11.695	10.459	11.109	3.575	4.043	4.240	4.338	2.842	2.400	3.820	2.302
CALABRIA *	35.759	33.129	21.892	248.750	19.844	7.192	7.946	8.890	3.677	2.258	27.020	19.105
RSS	158.241	151.230	153.233	162.020	87.846	84.621	86.455	85.290	120.258	146.384	213.366	67.963
VALLE D'AOSTA	5.650	5.510	5.956	6.213	3.393	3.028	2.689	2.784	1.277	1.441	1.406	1.740
PA BOLZANO	16.596	18.130	19.305	19.117	1.689	1.832	2.046	2.459	8.562	7.764	9.951	10.162
PA TRENTO	16.866	18.835	18.460	18.731	9.671	9.849	10.442	10.868	5.447	5.515	5.385	6.728
FRIULI V.G.	46.245	44.496	43.382	41.610	26.753	25.884	26.345	25.059	70.701	91.953	161.901	16.063
SICILIA *	43.738	41.136	43.205	45.621	33.655	34.164	35.274	33.807	25.205	25.890	19.907	26.592
SARDEGNA	29.146	23.124	22.924	30.729	12.685	9.864	9.659	10.312	9.067	13.821	14.816	6.678
TOTALE NAZIONALE	1.456.495	1.457.360	1.423.516	1.640.535	1.080.628	1.023.488	985.418	995.966	812.129	854.833	817.643	634.897

Fonte: dati SIOPE aggiornati al 18.8.2016 – Elaborazioni: Corte dei conti – Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro

* Regioni in piano di rientro

Personale. Spesa in calo di quasi il 5%. Ma a Bolzano la spesa pro-capite è doppia rispetto al Lazio. Le principali categorie di spesa nel comparto sanitario sono rappresentate dal personale e dagli acquisti di servizi che, ancora nel 2015, incidono per quasi il 70% del totale pagamenti, arrivando a coprire oltre l'80% della spesa se si considera anche la categoria dell'acquisto di beni.

Con riguardo ai pagamenti effettuati dagli Enti sanitari relativamente al personale (che rappresenta il 30% della spesa), questi proseguono il loro trend decrescente (-4,70% nel quadriennio, -0,6% rispetto al 2014): la riduzione maggiore nel quadriennio è osservata nelle Regioni in piano di rientro (-9,28%).

Nello specifico la Regione ad aver ridotto di più la spesa per il personale è la Campania: dal 2012 al 2015 oltre 550 mln in meno (-17,7%). Tra le regioni che hanno ridotto di più la spesa anche Sicilia (-12,2%), Calabria (-11%) e Lazio (-7%). In controtendenza, Sardegna (+4,4%), Abruzzo (2,1%), Toscana (+1,1%) e Lombardia (+0,9%).

Per questa categoria di spesa, nel 2015 il dato nazionale pro capite è 592 euro, ma con notevoli differenze: nella Provincia autonoma di Bolzano ed in Valle d'Aosta – dove l'incidenza della spesa per il personale rispetto ai pagamenti correnti è pari rispettivamente al 48,9% ed al 44% – il pro capite è pari a 1.089,2 e 902,8 euro, contro i 459,58 euro della Regione Campania e i 468,30 della Regione Lazio.

Tabella 21.1/APP/SA - Comparto Enti sanitari - Pagamenti correnti per il personale - Periodo 2012-2015

Regione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Var. % 2015-2014	Var. % 2015-2012
RSO	31.379.879	30.861.241	30.012.423	30.030.702	0,06	-4,30
PIEMONTE *	3.068.192	3.115.132	2.984.461	2.928.858	-1,86	-4,54
LOMBARDIA	5.415.160	5.328.951	5.298.695	5.465.853	3,15	0,94
VENETO	2.896.461	2.909.630	2.888.691	2.880.492	-0,28	-0,55
LIGURIA	1.173.277	1.166.654	1.159.056	1.118.682	-3,48	-4,65
EMILIA R.	3.156.262	3.143.630	3.114.850	3.074.566	-1,29	-2,59
TOSCANA	2.674.422	2.616.608	2.629.520	2.706.085	2,91	1,18
UMBRIA	664.655	631.323	622.151	623.658	0,24	-6,17
MARCHE	1.115.893	1.086.501	1.066.181	1.081.008	1,39	-3,13
LAZIO *	2.967.091	2.871.842	2.783.045	2.759.406	-0,85	-7,00
ABRUZZO *	801.687	855.577	844.095	818.824	-2,99	2,14
MOLISE *	217.120	211.045	215.105	208.821	-2,92	-3,82
CAMPANIA * ⁽¹⁾	3.262.622	3.072.638	2.664.417	2.693.831	1,10	-17,43
PUGLIA *	2.238.716	2.126.983	2.176.433	2.098.628	-3,57	-6,26
BASILICATA	396.555	379.142	375.459	392.369	4,50	-1,06
CALABRIA *	1.331.766	1.345.585	1.190.263	1.179.622	-0,89	-11,42
RSS	6.389.475	6.271.723	6.199.819	5.962.699	-3,82	-6,68
VALLE D'AOSTA	117.692	116.848	117.708	115.822	-1,60	-1,59
PA BOLZANO	600.342	592.557	587.959	564.793	-3,94	-5,92
PA TRENTO	432.313	435.468	431.470	432.551	0,25	0,05
FRIULI V.G.	1.000.637	996.573	1.028.828	931.566	-9,45	-6,90
SICILIA *	3.051.045	2.901.226	2.815.805	2.677.755	-4,90	-12,23
SARDEGNA	1.187.446	1.229.051	1.218.048	1.240.213	1,82	4,44
PAGAMENTI PERSONALE	37.769.354	37.132.964	36.212.242	35.993.401	-0,60	-4,70
<i>di cui:</i>						
<i>Regioni in Piano di rientro</i>	16.938.239	16.500.029	15.673.625	15.365.744	-1,96	-9,28
<i>Regioni Ordinarie Non piano di rientro</i>	17.492.686	17.262.439	17.154.603	17.342.712	1,10	-0,86
<i>Regioni e Province autonome (esclusa Sicilia)</i>	3.338.430	3.370.497	3.384.014	3.284.944	-2,93	-1,60

Fonte: dati SIOPE aggiornati al 18.8.2016 – Elaborazioni: Corte dei conti – Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ I pagamenti per la categoria personale per gli enti della Regione Campania comprendono i pagamenti effettuati dalla SoReSa per conto degli enti sanitari campani pari a 340.298 migliaia di euro nel 2013, 868.300 migliaia di euro nel 2014 e 926.246 migliaia di euro nel 2015

Anche i pagamenti relativi agli acquisti di beni e servizi si riducono (-2,4% nel quadriennio, -5% nel 2015 sul 2014) benché si sia evidenziato nel 2015 un aumento sul versante dei costi (+5% rispetto al 2014). Tuttavia, l'andamento non è uniforme nel territorio: la Regione Lazio conosce la contrazione di pagamenti per acquisto di beni e servizi di maggior rilievo (-28% nel 2015 sul 2014), il Molise registra la variazione positiva più elevata, +15%. Il pro capite nazionale dei pagamenti per beni e servizi nel 2015 è pari a 1.177,7 euro, la Lombardia ha un pro capite di 1.839,9; la Provincia autonoma di Trento 1.285,8; il Lazio 1.216,3. La Regione Campania presenta il dato più basso d'Italia, 833,12 euro.

**Tabella 22.1/APP/SA - Comparto Enti sanitari - Pagamenti per acquisto di beni e servizi
Periodo 2012-2015**

Regione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Var. % 2015-2014	Var. % 2015-2012
RSO	62.804.918	66.686.959	66.124.346	62.408.975	-5,62	-0,63
PIEMONTE *	4.501.100	5.442.496	4.932.461	5.028.523	1,95	11,72
LOMBARDIA	17.668.586	17.580.984	17.708.839	18.403.876	3,92	4,16
VENETO	5.581.640	6.095.002	6.057.655	5.303.944	-12,44	-4,98
LIGURIA	1.679.091	1.729.221	1.631.564	1.578.790	-3,23	-5,97
EMILIA R.	5.257.997	5.923.810	5.309.011	5.410.120	1,90	2,89
TOSCANA	3.411.994	3.734.145	3.589.950	3.458.123	-3,67	1,35
UMBRIA	992.795	1.029.075	1.020.517	962.210	-5,71	-3,08
MARCHE	1.563.724	1.566.320	1.532.671	1.488.804	-2,86	-4,79
LAZIO * (1)	7.663.852	7.683.162	9.951.815	7.166.876	-27,98	-6,48
ABRUZZO *	1.417.419	1.499.122	1.362.374	1.397.402	2,57	-1,41
MOLISE *	273.828	351.002	267.832	308.046	15,01	12,50
CAMPANIA * (2)	5.614.062	6.533.347	5.695.966	4.883.344	-14,27	-13,02
PUGLIA *	4.770.316	4.883.158	4.378.181	4.305.883	-1,65	-9,74
BASILICATA	573.918	591.780	586.532	563.845	-3,87	-1,76
CALABRIA *	1.834.597	2.044.334	2.098.978	2.149.189	2,39	17,15
RSS	10.553.953	10.010.094	9.284.739	9.188.159	-1,04	-12,94
VALLE D'AOSTA	147.579	139.948	142.713	129.960	-8,94	-11,94
PA BOLZANO	504.346	474.592	492.369	500.304	1,61	-0,80
PA TRENTO	717.961	719.153	726.813	691.032	-4,92	-3,75
FRIULI V.G.	1.408.470	1.408.340	1.439.756	1.197.365	-16,84	-14,99
SICILIA *	5.737.127	5.287.877	4.534.218	4.876.514	7,55	-15,00
SARDEGNA	2.038.470	1.980.184	1.948.870	1.792.983	-8,00	-12,04
ACQUISTO BENI E SERVIZI	73.358.872	76.697.053	75.409.085	71.597.133	-5,06	-2,40
<i>di cui:</i>						
<i>Regioni in Piano di rientro</i>	31.812.301	33.724.498	33.221.825	30.115.776	-9,35	-5,33
<i>Regioni Ordinarie Non piano di rientro</i>	36.729.744	38.250.338	37.436.739	37.169.712	-0,71	1,20
<i>Regioni e Province autonome (esclusa Sicilia)</i>	4.816.826	4.722.217	4.750.521	4.311.644	-9,24	-10,49

Fonte: dati SIOPE aggiornati al 18.8.2016 – Elaborazioni: Corte dei conti – Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro

(1) Considera i pagamenti di parte corrente (spesa farmaceutica, prestazioni sanitarie ed acquisto di beni e servizi) effettuati dalla Regione Lazio per conto degli enti sanitari (6.453 milioni nel 2012, 6.379 milioni nel 2013, 8.535 milioni nel 2014 e 6.106 milioni nel 2015).

(2) Considera i pagamenti effettuati dalla Regione Campania, attraverso la SoReSa (ente strumentale della regione), per conto degli enti sanitari regionali (1.742 milioni nel 2013, 2.787 milioni nel 2014 e 2.264 milioni nel 2015).

Voce rilevante anche quella che riguarda i costi delle Regioni per gli organi istituzionali (direttore generale, amministrativo, sanitario, sociale, collegio sindacale ecc.). Tra il 2012 e il 2015 la spesa si è ridotta del 22% arrivando a quota 117 mln. Da notare come la Sicilia con 27 mln la Lombardia con 24 mln e il Veneto (11 mln) rappresentino più del 50% del totale.

Tabella 37.1/APP/SA - Comparto Enti sanitari - Pagamenti per organi istituzionali (direttore generale, amministrativo, sanitario, sociale, collegio sindacale ecc.) (CODICI 5503, 5509, 5510) - Periodo 2012-2015

Regione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Var. % 2015-2014	Var. % 2015-2012
RSO	132.200	87.643	99.512	80.526	-19,08	-39,09
PIEMONTE *	7.448	10.170	6.641	5.381	-18,98	-27,75
LOMBARDIA	25.837	25.411	26.623	24.350	-8,54	-5,75
VENETO	11.122	10.235	10.393	12.764	22,82	14,77
LIGURIA	2.188	2.184	2.252	2.811	24,79	28,44
EMILIA R.	6.587	5.683	5.616	5.133	-8,59	-22,07
TOSCANA	5.137	4.923	5.041	5.432	7,76	5,75
UMBRIA	2.605	2.491	1.650	2.050	24,23	-21,30
MARCHE	1.043	920	867	1.088	25,45	4,34
LAZIO *	8.901	5.447	20.722	5.741	-72,30	-35,50
ABRUZZO *	1.631	5.117	8.102	4.364	-46,14	167,57
MOLISE *	347	295	237	277	16,65	-20,19
CAMPANIA *	4.759	3.597	3.671	3.558	-3,08	-25,23
PUGLIA *	1.594	1.139	1.481	2.182	47,38	36,85
BASILICATA	1.369	1.636	1.496	1.496	0,02	9,23
CALABRIA *	51.632	8.394	4.720	3.899	-17,39	-92,45
RSS	20.172	21.949	44.476	36.859	-17,13	82,72
VALLE D'AOSTA	345	400	495	301	-39,21	-12,73
PA BOLZANO	994	1.263	1.104	1.074	-2,72	8,14
PA TRENTO	823	685	739	863	16,69	4,84
FRIULI V.G.	6.183	7.724	6.047	4.435	-26,66	-28,27
SICILIA *	9.217	8.794	33.161	27.162	-18,09	194,71
SARDEGNA	2.611	3.083	2.930	3.024	3,21	15,81
PAG. ORGANI ISTITUZIONALI	152.372	109.593	143.989	117.386	-18,48	-22,96
<i>di cui:</i>						
<i>Regioni in Piano di rientro</i>	<i>85.528</i>	<i>42.953</i>	<i>78.734</i>	<i>52.564</i>	<i>-33,24</i>	<i>-38,54</i>
<i>RSO Non piano di rientro</i>	<i>55.888</i>	<i>53.484</i>	<i>53.939</i>	<i>55.125</i>	<i>2,20</i>	<i>-1,37</i>
<i>RSS (esclusa Sicilia)</i>	<i>10.956</i>	<i>13.156</i>	<i>11.316</i>	<i>9.697</i>	<i>-14,30</i>	<i>-11,49</i>

Fonte: dati SIOPE aggiornati al 18.8.2016 – Elaborazioni: Corte dei conti – Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro

* Regioni in Piano di Rientro.

Luciano Fassari

MAGGIORANZA SPACCATA SULLA LEGGE

Arriva in aula il fine vita barricate da Lega e Ncd

CATERINA PASOLINI

ROMA. È ufficiale: il 30 gennaio il testamento biologico arriva finalmente in aula a Montecitorio, ma è già bagarre tra i partiti e spaccatura nella maggioranza. Ben 3300 gli emendamenti presentati, soprattutto da Lega e centristi. Tutti contrari all'idea che si possa rinunciare alle cure, idratazione e nutrizione compresa.

Così a dieci anni dalla morte di Piergiorgio Welby, dopo polemiche e denunce, dopo che sono state raccolte migliaia di firme per avere anche in Italia una normativa sul fine vita, si torna al punto di partenza. L'appuntamento è per lunedì 30 quando alla Camera si discuterà il disegno di legge, approvato il 7 dicembre dalla commissione Affari sociali con un lungo lavoro di mediazione su 15 diverse proposte. «È un testo equilibrato che non apre né al suicidio assistito né all'eutanasia», dice la relatrice e capogruppo del Pd in commissione Donata Lenzi. Un testo lungamente atteso se, come sottolinea Marco Cappato dell'Associazione Coscioni, «il 77 per cento degli italiani chiede una regolamentazione del fine vita che veda rispettate le loro scelte, le loro volontà».

Punti fondamentali delle Disposizioni anticipate di trattamento, sempre revocabili e modificabili, sono il consenso informato e la facoltà per il paziente di interrompere tutte le cure a cui è sottoposto, compresa la nutrizione e l'idratazione artificiale. Ed è proprio su questo punto, come all'epoca di Eluana Englaro, che la maggioranza si spacca, volano accuse di eutanasia e arriva una pioggia di emendamenti per bloccare i lavori: 1188 firmati da Ap-Ncd che teme casi di «suicidio assistito» e 1280 annunciati dalla Lega Nord che minaccia barricate mentre il centrista Lupi, parla di «suicidio di stato» e Binetti dell'Udc di «eutanasia passiva».

Nel testo approvato dalla commissione è sottolineato come il medico debba rispettare la volontà del paziente e in conseguenza di ciò viene esonerato da ogni responsabilità civile o penale.



La firma di una Carta di autodeterminazione che con la legge acquisirebbe valore legale

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Blitz alla Camera

La legge sul fine vita in aula il 30
Dubbi etici, 3.300 emendamenti

OGNIBENE E PICARIELLO A PAGINA 8

Fine vita, perplessità sul blitz alla Camera

Proposta in aula il 30 gennaio fra i contrasti

Presentati in commissione 3.300 emendamenti

Lega sulle barricate ma nella maggioranza Ncd promette battaglia. Dubbi sulla forzatura anche nel Pd

ANGELO PICARIELLO

ROMA

Sono ben 3.300 gli emendamenti depositati al disegno di legge sul "fine vita" che approderà alla Camera il 30 gennaio, come deciso dai capigruppo. Un fronte vasto, che tocca anche settori della maggioranza, non condivide il testo unificato approvato in commissione Affari Sociali, a fronte delle 16 proposte depositate, e minaccia ostruzionismo. La sola Lega, che promette battaglia con l'ex-Ncd Alessandro Pagano, ne ha presentati 1.280, quasi altrettanti (1.118) nella maggioranza quelli del partito di Alfano, circa 500 l'Udc con Paola Binetti. Il disegno di legge parte dal divieto di trattamento sanitario «privo del consenso libero e informato della persona interessata». L'articolo 3 introduce le Dat («disposizioni anticipate di trattamento») con cui ogni maggiorenne capace di intendere e di volere potrà rendere note in anticipo le sue richieste di trattamento sanitario. La relatrice Donata Lenzi, del Pd, parla di buon lavoro di mediazione e di argini al rischio eutanasia. Il testo prevede la possibilità per il medico di disattendere le Dat, d'accordo col fiduciario del trattamento, in caso di « motivate e documentabili possibilità, non prevedibili all'atto della sottoscrizione, di poter altrimenti conseguire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita ». Viene inoltre precisato che « il rifiuto del trattamento sanitario indicato non può comportare l'abbandono terapeutico », e quindi viene sempre assicurata l'erogazione di cure palliative. Ma restano tanti nodi aperti, e i timori aumentano, a sentire l'esultanza del fronte apertamente favorevole all'eutanasia. Marco Cappato parla di « passo importante verso l'obiettivo per cui si batte l'Associazione Luca Coscioni, il riconoscimento ufficiale del diritto di scegliere come e quando terminare la propria vita ». Tante le voci perplesse nella stessa maggioranza. « La libertà di scelta non può estendersi fino a mettere a repentaglio la

vita del paziente », avverte Gian Luigi Gigli, deputato di Demos-Cd e presidente del Movimento per la Vita. « Lo Stato non diventi complice di scelte suicidarie, il nostro ordinamento punisce l'omicidio del consenziente », ricorda. Molti emendamenti puntano anche a impedire il rifiuto di alimentazione e idratazione assistite. « Non riguardando solo i malati terminali, la sospensione delle cure introdurrebbe l'eutanasia nella sua forma omissiva », spiega Gigli. Sugli stessi temi anche molte contro-proposte del Ncd, che si richiama anche alla deontologia medica. Di « provvedimento inaccettabile » parla il capogruppo Maurizio Lupi, che lo definisce « peggiorativo anche rispetto a disegni di legge presentati della scorsa legislatura ». E promette battaglia « affinché il testo non diventi il paravento dietro cui celare il suicidio assistito ».

Eugenia Roccella, di Idea, parla di « testo così brutto che può servire solo a spaccare la maggioranza. Non è tutelata nemmeno la libera decisione, in scienza e coscienza, del medico », lamenta ponendo anche il tema dell'obiezione di coscienza, inserito fra gli emendamenti presentati con altri parlamentari, fra cui, oltre a Binetti dell'Udc, Raffaele Calabrò di Ncd. « A che serve - si chiede Binetti - erogare le cure palliative se si dispone con il divieto di alimentazione e idratazione, la più terribile delle sofferenze? ».

Ma ci sono perplessità anche nel Pd. « La delicatezza della materia chiede una certa cautela - interviene il deputato Ernesto Preziosi -. Se poi il risultato cui si aspira è far approvare la legge anche nel passaggio al Senato, abbiamo ulteriori motivi per eliminare alcune criticità ». E indica fra i temi da approfondire, il regime a adottare per le persone incapaci di intendere e di volere. Il governo, su indicazione del ministro per i Rapporti col Parlamento Anna Finocchiaro, ha delegato il sottosegretario Sesa Amici, del Pd, a seguire la discussione sul "fine vita". Ma il bivio, indicato da Preziosi, è chiaro. O forzare alla Camera, forte dei numeri, col rischio che poi il provvedimento si impantani al Senato, come già accaduto su altri temi sensibili. O aprire già a Montecitorio a correttivi al testo su temi cruciali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SE SUPER QUARK FOSSE STATO UN PRODOTTO DI INTERNET

Dalle scie chimiche ai vaccini. Perché divulgare la scienza è sempre più difficile

L'UNO VALE UNO APPLICATO ALLA COMUNICAZIONE GENERA MOSTRI. PROFESSIONISTI DEL SETTORE CI SUGGERISCONO SOLUZIONI

Roma. Dottor House, quarta stagione (2007): "Le bugie sono impegnative come i bambini, ma ne vale la pena: il futuro è nelle loro mani". La profezia si è avverata. Ai tempi del dottor Gregory House, il protagonista dell'omonima serie tv e precursore del divismo scientifico, non facevamo caso alla post verità. La divulgazione scientifica non era comunicazione e la scienza era, come dall'Ottocento in poi, predittiva e fallibile, discutibile ma non opinabile. Apolitica. Dell'uscita di scienziati e ricercatori dalla turris eburnea - per aggiudicarsi i finanziamenti - si vedevano solo gli effetti positivi. La scienza per tutti. I festival. La solennità affettuosa di "Super Quark". E poi la prima astronauta italiana a Sanremo. I tweet dallo spazio. I best seller. Le serie tv. L'immaginario. "The Big Bang Theory" ha aumentato le iscrizioni alle facoltà di Fisica negli Stati Uniti: un prodotto televisivo che ha molto poco di scientifico ma che, raccontando quattro simpatici scienziati nerd, li ha resi affascinanti", dice al Foglio Marco Ferrazzoli, capo ufficio stampa del Consiglio nazionale delle ricerche e docente di Divulgazione all'Università Torvergata. "The Big Bang Theory" è una sit-com di successo, quest'anno alla decima stagione. *Euglossa Bazinga*, il motto di uno dei suoi protagonisti, è stato usato per battezzare una nuova specie di api scoperta in Brasile. La scienza parla pop, ma è pop?

"Bisogna chiarire che la scienza non è un contenuto, bensì un metodo: rigore, confronto, verificabilità dei risultati", spiega Ferrazzoli. Prendiamo il libro più discusso del 2015, "Sette brevi lezioni di fisica" di Carlo Rovelli: più di trecentomila copie vendute. Un record. "Lo leggi e magari non capisci del tutto la fisica quantistica, però ti ci appassioni. La divulgazione non deve aprire una porta, né far entrare nel contenuto scientifico: lo deve mostrare. Farsi capire e attrarre". La chiarezza e il fascino di Piero Angela hanno portato le scoperte scientifiche nelle case degli italiani, per decenni, dopocena, all'ora dei film, proprio come fossero pellicole, ma accessibili ed esatte. Incontestabili. La mediazione che mostrava le scoperte al grande pubblico, semplificandole, non le rendeva per questo opinabili. Eppure a un certo punto anche la scienza è stata travolta dall'uno vale uno, inglobata nel tentativo di rendere tutto una piattaforma dove fruire e disporre. Competenza e preparazione sono superflue, quando non colluse con i poteri forti. E' accaduto su Facebook perché sui social network esiste l'accesso diretto, ma non la mediazione.

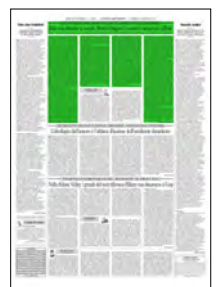
Quando, nel 2013, il Parlamento decise per la sperimentazione del metodo Stamina ideato da Davide Vannoni, dottore in scienze della Comunicazione, per curare le malattie neurodegenerative, il Corriere titolò: "Veronesi: sperimentazione su Stamina è un errore, politici trascinati dalla piazza". Oggi, la piazza tenta di trascinare gli scienziati. Lo scorso anno, in un'intervista a Linkiesta, Edoardo Boncinelli, medico genetista, ricordava che gli italiani non si sono mai fidati degli scienziati e che non c'è peggior credulone di chi sospetta di tutto: dev'essere stato per questo che la

piazza ignorò Veronesi e volle Stamina. "Qui ha diritto di parola solo chi ha studiato. La scienza non è democratica", ha scritto il dottor Roberto Burioni, ordinario di Virologia all'Università Vita-Salute San Raffaele, sulla sua "pagina di informazione scientifica" di Facebook, in risposta ai commenti deliranti al post in cui chiariva che i recenti casi di meningite non sono stati dovuti al contagio di cittadini migranti.

"Intendevo che i dati scientifici non sono sottoposti a validazione elettorale: se anche il 99 per cento del mondo votasse che due più due fa cinque, continuerebbe a fare quattro", ha poi specificato, indotto dall'irrandicirsi della polemica. Per alcuni Burioni è un eroe: ha ristabilito un confine e sottratto la comunicazione sui temi scientifici al dominio delle opinioni maturate su internet. "Prima si diceva 'l'ho visto in tv'", ricorda Ferrazzoli, mettendo un argine all'idea che il problema stia nell'ordine dello spirito del tempo. Per altri, Burioni ha commesso un grave errore di comunicazione. Il debunking (lo smascheramento delle fandonie) sui social, quando ricorre a toni ultimativi ed escludenti, fallisce. "La comunicazione online avviene tra gruppi interessati, non all'informazione ma alla conferma di ciò che sanno: negare a qualcuno di essi il confronto serve solo a innervosirli e renderli più scettici rispetto alle evidenze fattuali", dice al Foglio Sandro Jannaccone, giornalista scientifico che su Wired aveva riportato gli studi sullo scollamento tra le due maxi comunità della rete, gli scienziati e gli anti-scienziati, del tutto "scissi e non comunicanti tra loro". E' probabile, dunque, che Burioni non abbia guadagnato alcun consenso tra gli anti-scienziati: la sua operazione, pur coraggiosa e meritevole, ha mancato il bersaglio.

"Probabile che Burioni ha sgravato, ma voi discutereste co' vostra madre de fuorigioco?" è lo status che "La Scienza Coatta" (LSC) ha pubblicato in merito alla faccenda. LSC è una pagina Facebook attiva da poco più di un anno (82 mila seguaci) e curata da ricercatori e giornalisti scientifici che non hanno velleità di divulgazione e lavorano nella direzione indicata da Ferrazzoli: costruire un immaginario, accendere un interesse. Come immagine di copertina c'è Einstein che fa surf, la didascalia recita "ve l'avevo detto che ce staveno le onde". Sembra quasi satira, coerentemente al farsi quasi politica della scienza: qui sta la chiave della sua recente mutazione.

Politica, dunque relazione. "La scienza offre l'amicizia con la realtà", dice Paolo Bersanelli, ordinario di Astrofisica dell'Università degli Studi di Milano e star della divulgazione (ha da poco scritto per Sperling & Kupfer "Il grande spettacolo del cielo"), che lui considera "una sorta di testimonianza di quella che è l'esperienza del fare scienza". In più, Bersanelli spiega al Foglio che "se c'è qualcosa di davvero interessante in ciò che ricerchiamo, dev'essere comunicabile". Il timone della divulgazione, quindi, non è necessariamente la semplificazione, "che spesso comporta la ricerca di mezzi che rischiano di banalizzare le cose o renderle fuorvianti", ma può essere



la ricerca di un'universalità. Così la mediazione lavora in maniera più profonda: rende la scienza una disciplina accessibile e spiega in che modo ci riguarda. Non è un caso se la filosofia si pone oggi il problema di "scienziati diventati la torcia della scoperta nella nostra ricerca di conoscenza" (questa citazione di Stephen Hawking alla conferenza "Google Zeitgeist" apre l'articolo di Graham Harman, pensatore del realismo speculativo, su "Il ruolo della filosofia in un'epoca di egemonia delle scienze naturali", da poco tradotto dalla rivista online Il Tascabile).

"Il linguaggio scientifico oggi consente di addentrarci nella realtà e indagare il nostro stupore", dice Bersanelli. Il meravigliarsi che fondò la filosofia, oggi sostanzia la scienza e non smette di interrogare l'uomo. Fintanto che esisterà quella domanda, non ci sarà barbare: se prima era una certezza filosofica, oggi è un'evidenza scientifica.

Simonetta Sciandivasci

La tragedia a Brescia

Un'altra bimba muore di meningite: non era vaccinata

■ ■ ■ GIUSEPPE SPATOLA

■ ■ ■ È una bimba di 5 anni non vaccinata, ricoverata in rianimazione pediatrica agli Spedali Civili di Brescia, l'ultima vittima di meningococco da pneumococco. La bimba, come ha ricostruito l'Asst bresciana, si era presentata in pronto soccorso nella tarda serata di sabato 7 gennaio, con febbre e vomito, in assenza di segni di interessamento neurologico. «Previo trattamento farmacologico della sintomatologia e miglioramento del quadro clinico - hanno spiegato i sanitari - la piccola è stata dimessa dopo circa 2 ore». Le condizioni della piccola sono precipitate nella notte e intorno alle 9.30 del giorno seguente i genitori sono tornati al pronto soccorso. «All'ingresso la piccola si presentava in gravi condizioni - si legge in una nota dell'Asst - tali da richiedere l'intervento del rianimatore e il ricovero in ambito intensivo». In ospedale è stata formulata la diagnosi di meningococco e, nonostante la piccola sia stata immediatamente sottoposta al necessario trattamento clinico farmacologico, l'11 gennaio è purtroppo subentrato il decesso. Contestualmente alla diagnosi microbiologica, continua l'Asst,

«come da procedura è stata immediatamente avvisata l'Agenzia di tutela della salute di brescia (ats) per le valutazioni di competenza».

Intanto l'ospedale ha comunque precisato come le meningococchi e le sepsi da pneumococco si presentano in forma sporadica e non sono diffuse. In tali situazioni non è pertanto indicata alcuna profilassi antibiotica per coloro che hanno avuto contatti con il malato poiché non si verificano focolai epidemici. Intanto la Regione Lombardia avvierà una commissione d'inchiesta sul caso della piccola bresciana. Lo ha confermato l'assessore lombardo al Welfare, Giulio Gallera, che ha spiegato: «Diamo mandato all'Ats di verificare se l'azienda ha compiuto tutto ciò che poteva compiere per una diagnosi immediata e precoce della malattia». La bimba, di origini pachistane, non sarebbe stata vaccinata contro la meningite da pneumococco, forma comunque non contagiosa. «Ricordiamo che dal 2012 c'è la vaccinazione anti-pneumococcica che è facoltativa - spiegano in Regione -, ma in Lombardia viene offerta a tutti i bambini, molti sono vaccinati mentre questa bambina non lo era».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LOTTA ALL'AIDS

Hiv, da epidemia a malattia cronica

Con il protocollo di cure Haart s'invecchia prima ma aumenta l'aspettativa di vita

di **UMBERTO TIRELLI**

■ Il trattamento anti Hiv altamente attivo, la cosiddetta Haart, a metà degli anni '90 ha trasformato l'Hiv da un killer quasi sicuro a una condizione cronica controllabile. Infatti è significativamente diminuita nelle persone con Hiv l'incidenza di manifestazioni opportunistiche sia infettive che tumorali favorite dalla immunodepressione, mentre sono diventate molto più comuni patologie cronico-degenerative come quelle cardiache e cerebrovascolari, metaboliche, ossee, renali ed epatiche legate allo stato di infiammazione cronica e all'invecchiamento della popolazione di queste persone.

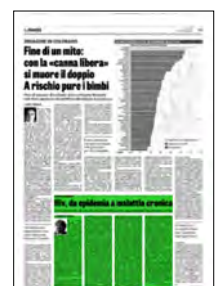
In uno studio condotto in Danimarca su tutte le persone affette da infezione da Hiv e che non erano coinfectate dall'epatite C (5.700 persone), si è riscontrato che la speranza di vita di un giovane di 25 anni affetto da infezione da Hiv è aumentata da 34 anni nel 1995 - quando ancora non erano disponibili i potenti farmaci anti Hiv dell'Haart - a 74 anni tra il 2010 e il 2015. Queste stime sono state confrontate con la speranza di vita di 80 anni per la popolazione generale danese, senza infezione da Hiv. È diventato oggi comune anche in Italia che i pazienti con Hiv raggiungano i 70 anni e oltre. Oggi, più della metà di coloro che sono infetti da Hiv, sia negli Stati Uniti che in Italia, hanno un'età di 50 o più anni. Nel 2030, si prevede che oltre l'80% delle persone con Hiv più anziane presentino almeno una patologia cronica degenerativa rispetto al 20% delle persone Hiv negative, e oltre un quarto di esse avrà tre o più patologie degenerative. Pertanto, mentre la speranza di vita

delle persone con Hiv rappresenta uno dei più grandi successi medici dell'ultimo secolo, ci sono però nuovi problemi per i clinici che hanno a che fare con questi pazienti. Mentre non è una sorpresa che i pazienti anziani con Hiv sviluppino malattie associate all'invecchiamento - come l'ipertensione, malattie reumatiche, neurologiche e malattie del cuore e diabete - sembra oggi che queste condizioni mediche vengano sviluppate molto prima e in percentuali più alte nelle persone con infezione da Hiv. Queste condizioni mediche vengono sviluppate non solo perché i pazienti con Hiv invecchiano più velocemente ma anche perché hanno una condizione infiammatoria cronica anche se ricevono con successo il trattamento Haart. Le malattie come il Kaposi e la polmonite da pneumocistis che caratterizzavano l'infezione da Hiv nella decade prima dell'introduzione dell'Haart sono state rimpiazzate da malattie dell'invecchiamento che non sono associate di per sé all'infezione da Hiv. Le malattie epatiche associate con il trattamento Haart sono diventate un problema nel trattamento cronico dell'infezione da Hiv così come vi sono dati che dimostrano che problemi cognitivi associati all'infezione da Hiv sono più spesso riconosciuti rispetto al passato.

In conclusione va ricordato che, mentre l'Haart ha trasformato l'Hiv in una condizione cronica, emergono comorbidità serie nei pazienti con Hiv che invecchiano, e pertanto pongono nuove sfide per il controllo dell'Hiv in futuro. Le scelte terapeutiche dell'infezione da Hiv devono quindi favorire anche l'assenza di tossicità sul lungo termine e ridurre quindi l'infiammazione cronica e il rischio di patologie correlate.

www.umbertotirelli.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Tenersi in forma: e se concentrassimo l'attività fisica solo nel weekend? Ottimo

Scienziati britannici: una o due sessione settimanali di esercizio intenso possono anche bastare per avere benefici



NICLA PANCIERA

Poco è meglio di niente. Una o due sessione settimanali di esercizio intenso possono anche bastare per avere dei benefici dicono gli scienziati britannici.

Anche se un'agenda fittissima vi costringe a dedicarvi allo sport solamente nel fine settimana, niente paura. Concentrare l'allenamento in una o due sessioni settimanali porta comunque dei benefici per la salute, a patto di rispettare le raccomandazioni dell'Oms sulle dosi minime di movimento, che non deve scendere al di sotto dei 75 minuti settimanali di attività aerobica vigorosa (o 150 minuti di lieve intensità).

A dirlo è uno studio apparso sulla rivista *Jama Internal Medicine* nel quale i ricercatori della Loughborough University, dell'University College di Londra e della Harvard University hanno analizzato i dati di oltre 63mila adulti inglesi e scozzesi con più di 40 anni, raccolti tra il 1994 e il 2012 e relativi alla salute e ai livelli di attività fisica praticata. Quattro gli schemi di allenamento considerati nella ricerca: inattività, attività fisica insufficiente perché inferiore ai livelli minimi dell'Oms, attività fisica concentrata in una o due sessioni settimanali e attività fisica praticata per 3 o più volte a settimana.

Ebbene, dall'analisi è emerso che i diversi schemi di allenamento influenzano sì, ma poco, i benefici per la salute in termini di riduzione della mortalità per tutte le cause, per malattie cardiovascolari e per cancro. In altre parole, non importa quante volte a settimana o quanto a lungo i soggetti si esercitavano, fintantoché rispettavano le raccomandazioni dell'Oms.

Infatti, chi si allena regolarmente più di 3 volte a settimana abbassa del 35% il rischio di morte prematura rispetto alla popolazione sedentaria, mentre la riduzione è del 30% in chi si allena solo la domenica. Costoro

hanno inoltre una riduzione del rischio di morte per malattie cardiovascolari del 40% e per cancro del 18% (percentuali che negli sportivi salgono rispettivamente al 41% e al 21%).

Notizie incoraggianti dunque per gli sportivi della domenica, anche detti «guerrieri del fine settimana» (come viene chiamato chi si allena nel giorno libero): «Una o due sessioni settimanali possono bastare» scrivono gli autori dello studio, a patto di esercitarsi intensamente e comunque anche solo una volta è meglio di niente. E questo è vero anche per chi si allena troppo poco, meno dei livelli minimi dell'Oms: anche così si registra una certa riduzione del rischio (del 37% per malattie cardiovascolari e del 14% per cancro).

Quanto poi ai rischi di un esercizio intermittente e ai vari benefici di un'attività fisica più frequente, altre indagini saranno necessarie per scoprire gli effetti sulla salute di frequenza, intensità e durata degli allenamenti e di come questi fattori vadano combinati al meglio. Sapere che poco è meglio di niente, si augurano gli autori, aiuterà un crescente numero di persone ad adottare uno stile di vita sano, prestando attenzione all'attività fisica e all'alimentazione.

<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2596007>