



RASSEGNA STAMPA

24-01-2017

1. ILSOLE24ORE.COM Piano vaccini, gli oncologi alle Regioni: «Subito programmazione concreta a livello locale»
2. LAREPUBBLICA.IT Aiom, "Le regioni realizzino il piano nazionale vaccini"
3. QUOTIDIANO SANITA' Vaccini. Aiom: "Regioni realizzino Piano nazionale. Strumento essenziale di prevenzione contro gravi malattie"
4. SOLE 24 ORE SANITA' Vaccini, ecco il nuovo Piano 2017-19
5. SOLE 24 ORE SANITA' Stop agli sprechi: un quinto della spesa sanitaria è mal gestito
6. SOLE 24 ORE SANITA' Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio illusione collettiva?
7. SOLE 24 ORE SANITA' L'agenzia secondo la Corte dei conti - Corte dei conti: tanti compiti, meno organico
8. CORRIERE DELLA SERA Il monito dei vescovi sul fine vita «Proposte di legge preoccupanti»
9. AVVENIRE Fine vita, preoccupano le nuove proposte di legge
10. REPUBBLICA Il successo della donna medico che sa parlare con il paziente
11. REPUBBLICA Speriamo che il medico sia femmina "Sarà più facile guarire"
12. LA VERITA' Idea nuova di Gentiloni: tassare le sigarette
13. REPUBBLICA Quell'orfano è miliardario
14. LIBERO QUOTIDIANO I sedentari sono più vecchi di 8 anni

Sanità24

Il Sole 24 ORE

[Home](#)
[Analisi](#)
[Sanità risponde](#)
[Scadenze fiscali](#)
[Sanità in borsa](#)


23 gen 2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Piano vaccini, gli oncologi alle Regioni: «Subito programmazione concreta a livello locale»

di Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom

TAG

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas

Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)

Farmaci

Informazione dei cittadini e adesione consapevole ai programmi di vaccinazione. Il Piano nazionale vaccini, da poco approvato dalla Conferenza Stato Regioni, delinea un percorso di civiltà che ci pone in prima linea in Europa nella lotta a gravi malattie infettive. Ringraziamo il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, per aver sostenuto con forza la necessità di questi strumenti di prevenzione, previsti anche nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza recentemente approvati. Ora è necessario che le Regioni condividano e realizzino quanto previsto dal Piano.



L'allargamento dell'offerta vaccinale stabilita dal Piano è un passo in avanti fondamentale, però è necessario che ogni Regione si attivi quanto prima per garantire la piena attuazione del provvedimento attraverso la chiamata attiva dei cittadini, senza la quale il Piano stesso resterebbe solo una proposizione. La nostra Società scientifica eserciterà un'azione di promozione in tal senso. Le vaccinazioni sono uno strumento di prevenzione primaria, elementi portanti di uno stile di vita sano, al pari di un'alimentazione corretta, dell'esercizio fisico costante e dell'astensione dal fumo di sigaretta. Esistono, infatti, alcuni virus, contro cui è possibile vaccinarsi, che possono manifestare gravi conseguenze dopo molti anni dall'insorgenza dell'infezione. Tra questi, il virus HBV (Hepatitis B Virus) che è causa dell'epatite B, la più comune infezione del fegato al mondo, e lo Human Papilloma Virus (HPV), a cui è riconducibile quasi il 100% dei casi di tumore del collo dell'utero, una delle neoplasie più frequenti nelle donne under 50.

L'HPV può causare il cancro anche in altre sedi come vulva, vagina, pene, ano, orofaringe. È pericoloso, quindi, e può provocare l'insorgenza di tumori anche per gli uomini. La vaccinazione è una strategia efficace per prevenire le malattie causate da questo virus. In particolare, l'Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-HPV e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell'ambito di un programma nazionale. Tutte le Regioni hanno avviato i piani di vaccinazione contro l'infezione da HPV dalla fine del 2008. Questa viene offerta attivamente e gratuitamente alle ragazze dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio Sanitario Nazionale in tutte le Regioni.

Tra le vaccinazioni previste nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (che includono le prestazioni offerte gratuitamente in tutte le Regioni) e nel Piano nazionale Vaccini 2017-2019 ora vi è anche quella contro l'HPV nei maschi undicenni. Una decisione molto importante visto che un terzo del totale delle infezioni si registra proprio negli uomini che hanno una probabilità 5 volte superiore rispetto alla donna di infettarsi e spesso non sono consapevoli di essere portatori del virus. Sottolineo che è la prima volta che avviene l'estensione di questa vaccinazione anche per gli uomini.

Dieci Regioni negli ultimi due anni hanno già esteso con chiamata attiva la vaccinazione agli adolescenti di sesso maschile ed oggi il diritto alla vaccinazione anti HPV per entrambi i generi sarà una realtà anche nelle altre Regioni garantendo un'equità di accesso per la prevenzione dei tumori da papillomavirus indipendente dal sesso e dalla residenza.



News

Prevenzione

Diagnosi

Terapia

Diritti

Qualità di vita

Testimonianze

RSalute

Video



Aiom, "Le Regioni realizzino il Piano nazionale vaccini"

Gli oncologi ringraziano il Ministro della Salute, Beatrice [Lorenzin](#), per il documento recentemente approvato che estende le immunizzazioni. Tra le vaccinazioni previste nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, c'è anche quella contro l'Hpv nei maschi undicenni. "Ora" ribadisce Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom "serve l'attuazione concreta a livello locale"

di IRMA D'ARIA

23 gennaio 2017



Ora tocca alle Regioni. Una volta approvato il nuovo [Piano nazionale vaccini](#), infatti, spetta agli enti territoriali applicare in concreto quanto previsto dal programma. A ribadirlo sono gli oncologi Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica): "Il Piano nazionale vaccini, da poco approvato dalla Conferenza Stato Regioni, delinea un percorso di civiltà che ci pone in prima linea in Europa nella lotta a gravi malattie infettive" dichiarano gli oncologi

unanimi nel plauso all'approvazione del documento che intende promuovere nella popolazione generale e nei clinici una nuova cultura delle vaccinazioni.

Il ruolo delle Regioni. Ma perchè il Piano non resti solo una bella innovazione teorica le Regioni devono mettersi in moto concretamente: "Ringraziamo il Ministro della Salute, Beatrice [Lorenzin](#), per aver sostenuto con forza la necessità di questi strumenti di prevenzione, previsti anche nei nuovi [Livelli Essenziali di Assistenza](#) (Lea) recentemente approvati. Ora è necessario che le Regioni condividano e realizzino quanto previsto dal Piano" spiega **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom. "L'allargamento dell'offerta vaccinale è un passo in avanti fondamentale, però è necessario che ogni Regione si attivi quanto prima per garantire la piena attuazione del provvedimento attraverso la chiamata attiva dei cittadini, senza la quale il Piano stesso resterebbe solo una proposizione".

Tumori e vaccini. Non solo influenza e malattie esantematiche. Le vaccinazioni giocano un ruolo anche nella [prevenzione oncologica](#), specialmente per alcuni tipi di tumore. "La nostra Società scientifica eserciterà un'azione di promozione molto forte" prosegue Pinto. "Le vaccinazioni sono uno strumento di prevenzione primaria, elementi portanti di uno stile di vita sano, al pari di un'alimentazione corretta, dell'esercizio fisico costante e dell'astensione dal fumo di sigaretta. Esistono, infatti, alcuni virus, contro cui è possibile vaccinarsi, che possono manifestare gravi conseguenze dopo molti anni dall'insorgenza dell'infezione". Tra questi, il [virus Hbv](#) (Hepatitis B Virus) che è causa dell'epatite B, la più comune infezione del fegato al mondo, e lo [Human Papilloma Virus](#) (Hpv), a cui è riconducibile quasi il 100% dei casi di tumore del collo dell'utero, una delle

I TUMORI PIÙ DIFFUSI

UOMO

DONNA

L'ESPERTO RISPONDE

 Scrivi a oncoline@repubblica.it


OBESITA'

Controllare il peso per ridurre il rischio
risponde GIUSEPPE PROCOPIO



DIAGNOSI

Valore alto del marker tumorale Tpa, cosa significa?
risponde CARMINE PINTO



PROSTATA

Cure, niente chirurgia in età avanzata: rischio complicazioni
risponde SERGIO BRACCARDA

[Vedi tutti »](#)

BLOG



QUESTIONE DI STOMACI
di [Claudia Santangelo](#)

E rivivo ogni volta che ne ho l'opportunità



CODICE HODGKIN
di [Romina Fantusi](#)

Isolati



INSIEME PIÙ BELLE
di [Valentina Zatti](#)

Le 6 frasi da non dire al tuo amico/familiare/vicino di casa malato oncologico.

[Altri blog »](#)

I Centri di Cura e gli Hospice

Clicca sulla regione per scaricare il pdf con gli indirizzi

[Scarica il pdf completo](#)

neoplasie più frequenti nelle donne under 50.

La vaccinazione anti-Hpv. "L'Hpv può causare il cancro anche in altre sedi come vulva, vagina, pene, ano, orofaringe" continua Pinto. "È pericoloso, quindi, e può provocare l'insorgenza di tumori anche per gli uomini. La vaccinazione è una strategia efficace per prevenire le malattie causate da questo virus. In particolare, l'Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-Hpv e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell'ambito di un programma nazionale. Tutte le Regioni hanno avviato i piani di vaccinazione contro l'infezione da Hpv dalla fine del 2008. Questa viene offerta attivamente e gratuitamente alle ragazze dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio Sanitario Nazionale in tutte le Regioni".

Hpv anche per ragazzi di 11 anni. Tra le vaccinazioni previste nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (che includono le prestazioni offerte gratuitamente in tutte le Regioni) e nel Piano nazionale Vaccini 2017-2019 ora vi è anche quella contro l'[Hpv nei maschi undicenni](#). "E' una decisione molto importante visto che un terzo del totale delle infezioni si registra proprio negli uomini che hanno una probabilità 5 volte superiore rispetto alla donna di infettarsi e spesso non sono consapevoli di essere portatori del virus. Sottolineo che è la prima volta che avviene l'estensione di questa vaccinazione anche per gli uomini" aggiunge Pinto. "Dieci Regioni negli ultimi due anni" conclude l'oncologo "hanno già esteso con chiamata attiva la vaccinazione agli adolescenti di sesso maschile ed oggi il diritto alla vaccinazione anti Hpv per entrambi i generi sarà una realtà anche nelle altre Regioni garantendo un'equità di accesso per la prevenzione dei tumori da papillomavirus indipendente dal sesso e dalla residenza".

[vaccini](#) [Piano nazionale vaccini 2017-2019](#) [nuovi livelli essenziali di assistenza](#)
[lea](#) [vaccino Hpv](#) [prevenzione](#) [virus Hbv](#)

 [Carmine Pinto](#)

© Riproduzione riservata

23 gennaio 2017

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidianosanità.it

Regioni e Asl

Quotidiano on line
di informazione sanitaria
Lunedì 23 GENNAIO 2017Home | Cronache | Governo e Parlamento | **Regioni e Asl** | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi | ArchivioCerca segui **quotidianosanità.it**[Tweet](#) stampa

Vaccini. Aiom: "Regioni realizzino Piano nazionale. Strumento essenziale di prevenzione contro gravi malattie"

L'Associazione Italiana di Oncologia Medica [plaude all'approvazione del documento](#). Il presidente [Carmine Pinto](#): "Ringraziamo il Ministro della Salute, [Beatrice Lorenzin](#), per l'impegno anche nella definizione dei Lea. Ora serve l'attuazione concreta a livello locale".



23 GEN - "Informazione dei cittadini e adesione consapevole ai programmi di vaccinazione. Il Piano nazionale vaccini, da poco approvato dalla Conferenza Stato Regioni, delinea un percorso di civiltà che ci pone in prima linea in Europa nella lotta a gravi malattie infettive. Ringraziamo il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per aver sostenuto con forza la necessità di questi strumenti di prevenzione, previsti anche nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) recentemente approvati. Ora è necessario che le Regioni condividano e realizzino quanto previsto dal Piano". L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) plaude all'approvazione del documento che intende promuovere nella popolazione generale e nei clinici una nuova cultura delle vaccinazioni.

"L'allargamento dell'offerta vaccinale stabilita dal Piano è un passo in avanti fondamentale, però è necessario che ogni Regione si attivi quanto prima per garantire la piena attuazione del provvedimento attraverso la chiamata attiva dei cittadini, senza la quale il Piano stesso resterebbe solo una proposizione - spiega [Carmine Pinto](#), presidente nazionale Aiom -. La nostra Società scientifica eserciterà un'azione di promozione in tal senso. Le vaccinazioni sono uno strumento di prevenzione primaria, elementi portanti di uno stile di vita sano, al pari di un'alimentazione corretta, dell'esercizio fisico costante e dell'astensione dal fumo di sigaretta. Esistono, infatti, alcuni virus, contro cui è possibile vaccinarsi, che possono manifestare gravi conseguenze dopo molti anni dall'insorgenza dell'infezione".

Tra questi, il virus HBV (Hepatitis B Virus) che è causa dell'epatite B, la più comune infezione del fegato al mondo, e lo Human Papilloma Virus (HPV), a cui è riconducibile quasi il 100% dei casi di tumore del collo dell'utero, una delle neoplasie più frequenti nelle donne under 50. "L'HPV può causare il cancro anche in altre sedi come vulva, vagina, pene, ano, orofaringe - continua Pinto -. È pericoloso, quindi, e può provocare l'insorgenza di tumori anche per gli uomini. La vaccinazione è una strategia efficace per prevenire le malattie causate da questo virus. In particolare, l'Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-HPV e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell'ambito di un programma nazionale.

Tutte le Regioni hanno avviato i piani di vaccinazione contro l'infezione da HPV dalla fine del 2008. Questa viene offerta attivamente e gratuitamente alle ragazze dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio Sanitario Nazionale in tutte le Regioni".

"Tra le vaccinazioni previste nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (che includono le prestazioni offerte gratuitamente in tutte le Regioni) e nel Piano nazionale Vaccini 2017-2019 ora vi è anche quella contro l'HPV nei maschi undicenni - aggiunge Pinto -. Una decisione molto importante visto che un terzo del totale delle infezioni si registra proprio negli uomini che hanno una probabilità 5 volte superiore rispetto alla donna di infettarsi e spesso non sono consapevoli di essere portatori del virus. Sottolineo che è la prima volta che avviene l'estensione di questa vaccinazione anche per gli uomini". "Dieci Regioni negli ultimi due anni - conclude il presidente Aiom - hanno già esteso con chiamata attiva la vaccinazione agli adolescenti di sesso maschile ed oggi il diritto alla vaccinazione anti HPV per entrambi i generi sarà una realtà anche nelle altre Regioni garantendo un'equità di accesso per la prevenzione dei tumori da papillomavirus indipendente dal sesso e dalla residenza".

23 gennaio 2017

© Riproduzione riservata

Altri articoli in [Regioni e Asl](#)

"La sanità regionalizzata è alla deriva". La denuncia Anaao: "Da Nord a Sud vige menefreghismo e fantasia esegetica"



Campania. De Luca replica a Lorenzin: "Ogni rilievo critico, non è che un atto di autoaccusa"

QS newsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

QS gli speciali

I nuovi Lea. Tutto quello che c'è da sapere

[tutti gli speciali](#)**PIÙ Letti (ultimi 7 giorni)**

- 1** Meningite e vaccini. Ecco i consigli dell'Iss: come e quando difendersi
- 2** SPECIALE. Ecco i nuovi Lea. Costeranno 771,8 milioni. Dopo ok delle Regioni, ora manca solo il sì finale del Mef. I nuovi documenti
- 3** Il premier Gentiloni ha firmato il Dpcm sui nuovi Lea. L'annuncio di [Lorenzin](#) su twitter. Ecco cosa prevedono e quanto costano
- 4** QS - Gli speciali - SPECIALE LEA. Tutti i documenti e le analisi
- 5** Il Piano nazionale vaccini sbarca in Stato-Regioni. Dalla nuova offerta gratuita alle possibili sanzioni ai medici. Il testo e le novità
- 6** Scotti (Fimmg) bocchia le Case della Salute: "Antieconomiche e non risolvono il caos del Pronto soccorso". E su convenzione: "A Regioni chiediamo chiarezza su ruolo ma

Il via libera all'Intesa in Stato-Regioni sdogana il calendario vaccinale aggiornato con le profilassi gratuite

Vaccini, ecco il nuovo Piano 2017-19

I governatori: «Tempistica da definire con il riparto del Fsn» - Alt ai medici disobbedienti

Il via libera al Piano nazionale vaccini 2017-2019, arrivato giovedì scorso dalla Conferenza Stato-Regioni, sblocca un calendario vaccinale decisamente più corposo rispetto all'attuale. E soprattutto, "blindato" dai nuovi Livelli essenziali di assistenza, pronti per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Da una parte, si prevede la gratuità per pneumococco, meningococco, varicella, vaccino anti Hpv alle femmine 12enni; dall'altra, si intro-

duce un pacchetto di vaccinazioni che sarà offerto gratuitamente alla popolazione per fascia d'età e per particolari categorie a rischio: meningococco B e rotavirus; varicella 1ª dose; varicella 2ª dose; Hpv nei maschi 11enni, IPV meningococco tetravalente ACWY135; pneumococco e Zoster. Nel mirino i medici "controcorrente". I governatori: via libera condizionato alla gradualità della tempistica, da agganciare al riparto dei fondi blindati in legge di Bilancio.

GOBBI A PAG. 5

Le profilassi gratuite dopo il via libera della Stato-Regioni al Piano nazionale 2017-2019

Ecco i vaccini blindati dai Lea

La richiesta al Governo: «Tempistica certa» - Medici disobbedienti nel mirino

Gli 800 milioni stanziati per i Livelli essenziali di assistenza nella legge di Stabilità 2016 "possono bastare", anche considerando l'impatto dei nuovi vaccini, che il Dpcm sui Lea ormai prossimo all'entrata in vigore - il visto della Corte dei conti è l'ultimo passaggio pre pubblicazione in Gazzetta - stima, per la prima annualità e al netto di risparmi e coperture già avviate in alcune Regioni, in circa 132,2 mln di euro. Mentre a regime, e scontando una quota «prudenziale» di 30 mln (derivante dai costi probabilmente in discesa negli anni), il netto totale si aggirerà sui 220 mln di euro.

Queste le premesse contenute nello schema d'Intesa sul Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2017-2019, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni giovedì scorso. Premesse d'obbligo: perché l'impatto atteso in termini di risorse e organizzazione nell'attuazione del nuovo calendario vaccinale, decisamente più corposo rispetto all'attuale, nei mesi scorsi aveva portato le Regioni a esprimere un via libera solo parziale. La loro richiesta di gradualità nel raggiungimento della copertura vaccinale, è ora stata accolta. E a quanto pare il nuovo calendario, che fa proprio il "calendario per la vita" elaborato dalle società scientifiche di igienisti, pediatri e medici di medicina generale, è pronto a entrare in vigore. Ma nel loro via libera i governatori sono tornati a mettere i classici "puntini sulle i": «al via libera all'Intesa si accompagna una richiesta al Governo - ha spiegato il coordinatore degli assessori alla Salute Antonio Saitta - che

quando saranno ripartite le risorse di cui alla legge di Bilancio, sia definita con puntualità la tempistica del calendario vaccinale».

Le nuove prestazioni. Si dà per scontato che non tutte le Regioni potranno rendere immediatamente fruibile quell'offerta attiva e gratuita che riguarda un doppio pacchetto di prestazioni. Da una parte, l'introduzione di vaccinazioni gratuite per pneumococco, meningococco, varicella, vaccino anti Hpv alle femmine 12enni (onere complessivo 124 mln); dall'altra, le nuove profilassi previste nel Piano nazionale delle vaccinazioni (Pnpv) 2016-2018 (onere netto a regime 186 mln). Cioè un pacchetto di vaccinazioni che sarà offerto gratuitamente alla popolazione per fascia d'età e per particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali): Meningococco B e Rotavirus (1° anno di vita); varicella 1ª dose (2° anno di vita); varicella 2ª dose (5-6 anni); Hpv nei maschi 11enni, IPV meningococco tetravalente ACWY135 (adolescenti); pneumococco e Zoster.

Il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019. L'armonizzazione delle strategie vaccinali, insieme all'ampliamento dell'offerta gratuita, è l'obiettivo dichiarato nel Piano. Che in tempi di panico da meningite (ingiustificato, come ha ricordato il [ministro della Salute](#) secondo cui i dati quest'anno sono in linea con le attese) e di contestuale disaffezione verso le vaccinazioni, propone un calendario «il cui razionale scientifico sia chiaro e accettabile per tutti gli interlocutori istituzionali e

professionali». Per questo, oltre a presentare il nuovo calendario delle profilassi attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età, il Piano contiene capitoli dedicati agli interventi destinati alle categorie a rischio. Non manca la presa d'atto delle difficoltà: dai costi all'organizzazione delle Asl, all'obiettivo ancora lontano di un'anagrafe unica inseribile nei flussi informativi nazionali e accessibile anche ai medici curanti. Per i costi - ricordiamo che la legge di Bilancio 2017 stanziava 100 mln nel 2017, 127 mln nel 2018 e 186 mln nel 2019 - si punta a partenariati pubblico-privati che portino a negoziare costi unitari migliori e a diminuire il costo di approvvigionamento, mentre per affrontare le difficoltà organizzative tutt'ora presenti in diverse Regioni, si propone a un Fondo nazionale per i vaccini che possa co-finanziare i casi di difficoltà oggettiva e promuovere quindi l'equità d'accesso. Un Fondo che potrebbe anche «garantire il progressivo inserimento della vaccinazione tra i compiti previsti nella struttura di convenzione nazionale della medicina convenzionata,



sia generalista che pediatrica di libera scelta».

Etica, formazione e vaccinologia. Nel decalogo sul futuro delle vaccinazioni in Italia, c'è un'attenzione specifica ai medici e al personale sanitario. Soprattutto chi opera in ambito Ssn, è eticamente obbligato a informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo con le più avanzate evidenze scientifiche. Diffondere informazioni non basate su prove scientifiche è per gli operatori sanitari «moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltreché essere contrattualmente e legalmente perseguibile». L'«educazione ai vaccini» comincia dal corso di laurea in Medicina e dev'essere costantemente aggiornata sulla base delle migliori evidenze scientifiche. La vaccinologia, infine, andrà inserita tra gli obiettivi della formazione continua per tutta l'area sanitaria.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'impatto economico stimato

Quantificabili	Euro/mln	Non quantificabili
Maggiori oneri		
Piano nazionale vaccini Pnpv 2012-14	123,6	
Introduzione vaccinazioni gratuite da Pnpv 2016-18	303,3	
Totale	426,9	
Maggiori oneri/Maggiori entrate		
Effetto applicazione intese a Piano vaccini 2012-14	89,6	
Effetto applicazione intese a Piano vaccini 2016-18	81,7	
Riduzione costi diretti e indiretti	30,0	
Totale	206,7	
Sistema regolatorio regionale		
Gli oneri sono già sostenuti dalle Regioni. In particolare sulla base di: Intesa Csr del 22 febbraio 2012 per pneumococco e meningococco; Piano vaccini per varicella; Intesa Csr 20 dicembre 2012 per anti Hpv; Pnpv 2016-18		
Totale impatto netto	220,2	

Le nuove vaccinazioni

Fascia di età	Vaccinazione	Obiettivo di copertura vaccinale		
		2017	2018	2019
I anno di vita	Meningo B	≥60%	≥75%	≥95%
	Rotarivirus	≥60%	≥75%	≥95%
II anno di vita	Varicella (prima dose)	≥60%	≥75%	≥95%
5-6 anni di vita	Varicella (seconda dose)	≥60%	≥75%	≥95%
Adolescenti	HPV ni maschi 11enni	≥60%	≥75%	≥95%
	IPV	≥60%	≥75%	≥90%
	Meningo tetravalente ACWY135	≥60%	≥75%	≥95%
Anziani	Pneumococco (PVC13+PPV23)	40%	55%	75%
	Zoster	20%	35%	50%

- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e per le vaccinazioni anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥90% per la vaccinazione anti dTpa negli adolescenti (5^a dose), (range 11-18 anni)
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥90% per la vaccinazione anti Poliomielite in una coorte di adolescenti (5^a dose) (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la 1^a dose di MPR entro i 2 anni di età
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la 2^a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti suscettibili (11-18 anni)
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazione antipneumococcica nei nuovi nati
- Raggiungimento e mantenimento di

- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazione antimeningococcica C entro i 2 anni di età
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazione antimeningococcica B nei nuovi nati, con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACYW135 in una coorte di adolescenti (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la 1^a dose di vaccinazione antivaricella entro i 2 anni di età, con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la 2^a dose di vaccinazione antivaricella nei bambini di 5-6 anni di età, con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥95% per la vaccinazioni anti rotavirus nei nuovi nati, con

la gradualità indicata nella soprastante tabella

- Raggiungimento, nelle ragazze nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV ≥95%
- Raggiungimento, nei ragazzi nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV ≥95%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Riduzione a meno del 5% della percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia
- Raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75%, come obiettivo minimo perseguibile, e del 95%, come obiettivo ottimale, negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i Lea
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione antipneumococcica del 75%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione anti HZ del 50%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella

Stop agli sprechi: un quinto della spesa sanitaria è mal gestito

Rafforzare
le cure primarie

Più spazio
ai generici

In Italia (così come in Australia, Belgio, Canada, Francia e Portogallo) un accesso su cinque al Pronto soccorso è inappropriato. Frodi ed errori in sanità hanno un impatto del 6% sul totale della spesa sanitaria dell'area Ocse e un cittadino su tre considera la sanità come un'area gravemente esposta alla corruzione. I costi di gestione dei sistemi sanitari coprono in media il 3% del totale ma con variazioni da uno a sette tra i Paesi membri. La penetrazione dei farmaci generici passa dal 10 all'80% tra i vari Stati ma in compenso il consumo di antibiotici è eccessivo ovunque (circa il 50% dell'impiego a uso umano è inappropriato) e genera fenomeni di antibiotico-resistenza. Un bambino su tre nasce da taglio cesareo quando questa pratica sarebbe consigliata in non più del 15% dei parti, in sette Paesi la percentuale supera il 35% e solo in quattro Paesi si avvicina al 15 per cento. Infine più del 10% della spesa per le cure in corsia è destinata a rimediare ad errori evitabili o a infezioni ospedaliere. Sono queste le maglie larghe degli sprechi in sanità individuati dal Rapporto Ocse «Tackling wasteful spending on health».

Un quinto della spesa sanitaria andrebbe meglio incanalata. Insomma aspettativa di vita e salute migliorano ovunque nell'area Ocse, ma la sfida della sostenibilità è ancora sul tavolo e la lotta è sempre più difficile, di fronte a cure innovative sempre più costose e al progressivo invecchiamento della popolazione. Ma una parte considerevole della spesa sanitaria, avverte l'Ocse, è eccessiva e oltre un quinto degli esborsi potrebbero e dovrebbero essere incanalati meglio. «Gli stessi benefici potrebbero essere conseguiti spendendo meno - spiega l'Ocse - ad esempio utilizzando più frequentemente i farmaci generici e deospedalizzando l'assistenza». D'altro canto se il 9% del Pil dell'area è destinato alla salute, tre quarti dei quali pagati dai bilanci statali, questi errori di valutazione inficiano pesantemente la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali.

Adottare strategie per contenere gli sprechi è quindi doveroso e i metodi per una corretta valutazione delle prestazioni in termini di costo-efficacia, secondo l'Ocse, devono seguire una doppia linea: evitare interventi e procedure cliniche che non pro-

ducono miglioramenti di salute, promuovere cambiamenti che portino risparmi, incentivando ad esempio l'uso dei generici, sviluppando ruoli avanzati degli infermieri per la gestione dei pazienti cronici o prendendo in carico pazienti che non richiedono cure ospedaliere in setting più appropriati e meno esosi come le cure primarie.

Di fatto troppo spesso i pazienti non ricevono l'assistenza «giusta», ripetendo esami diagnostici solo perché le informazioni non sono adeguatamente condivise tra i diversi soggetti che erogano le cure, o ancora peggio sono sottoposti a terapie che causano gravi complicazioni che potrebbero essere evitate.

Tra i casi più frequenti di overdiagnosis e overtreatment segnalate dal Report: l'uso di diagnostica per immagini per semplici lombalgie o mal di testa; prescrizione di antibiotici per infezioni alle vie respiratorie superiori; troppi test pre-operatori per pazienti a basso rischio; uso di antipsicotici in pazienti anziani; nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o terminali; impiego di inibitori della pompa protonica per il trattamento del reflusso gastroesofageo; posizionamento del catetere urinario; imaging cardiaco in pazienti a basso rischio; taglio cesareo senza indicazione del medico.

Riconosci, informa, persuadi e paga. Per affrontare e vincere la guerra contro gli sprechi l'Ocse suggerisce una ricetta in cinque punti: creare sistemi informativi che individuino le prestazioni a scarso valore aggiunto; implementare sistemi di reportistica degli eventi avversi all'insegna della massima trasparenza; campagne di informazione mirate destinate a medici e pazienti; predisporre linee guida che possano migliorare il processo e gli esiti delle cure, riducendo interventi inutili e costi; prevedere incentivi finanziari che stimolino cambiamenti di comportamento.

Focus farmaci: come risparmiare sui prezzi e tagliare gli sprechi. Fari puntati anche sulla spesa farmaceutica, che da sola rappresenta il 20% della spesa sanitaria media nell'area Ocse. Grandi quantità di medicinali non vengono utilizzati, troppe prescrizioni sono ridondanti, l'aderenza terapeutica da parte dei pazienti ha ampi margini di miglioramento e la gestione dei farmaci presenta buchi di inefficienza soprattutto in ospedale. In Australia ad esempio, da un'indagine sui medicinali finiti nel

cestino è emerso che viene scartato un quantitativo di farmaci (il 70% soggetto a prescrizione) del valore pari a 2 mln di dollari australiani. Potenziali enormi risparmi sono poi attribuiti a un più largo ricorso a medicinali generici e biosimilari: per cinque Paesi europei più gli Usa è stato stimato che l'uso di farmaci equivalenti porterebbe un risparmio di 50 miliardi di euro entro il 2020.

Le best practice in giro per l'Ocse non mancano. Alcuni studi in Uk e Svezia hanno rivelato che lo spreco di medicinali si può ridurre del 30% seguendo più da vicino il paziente e permettendogli di ricorrere al counselling telefonico di farmacisti adeguatamente formati. Francia e Ungheria hanno introdotto incentivi per i medici sulla prescrizione di farmaci generici sulla base di schemi pay-for-performance. In Grecia, gli ospedali pubblici sono tenuti a raggiungere una quota del 50% dei farmaci generici sul volume totale dei farmaci somministrati. In Norvegia, l'acquisto centralizzato dei farmaci ha incluso 80 ospedali pubblici a partire dal 2016. La gamma di medicinali acquistati secondo questo sistema comprende una serie di oncologici ad alto costo, farmaci anti Epatite C, ormoni della crescita e immunostimolanti. E così nel 2015 gli sconti ottenuti sui prodotti acquistati collettivamente sono stati in media del 30,4% rispetto ai prezzi medi spuntati dai Paesi vicini.

Cure ospedaliere: parola d'ordine cambiamento organizzativo. In media, i Paesi Ocse spendono il 28% del totale per le cure in corsia. Ma l'assistenza ospedaliera è utilizzata più di quanto sarebbe clinicamente necessario. Tra ricoveri inappropriati, processi inefficienti - come ad esempio l'ammissione ospedaliera per interventi chirurgici che potrebbero essere eseguiti su base ambulatoriale - degenze più lunghe del necessario e dimissioni ritardate a causa di mancati collegamenti tra ospedale e territorio. Il ricorso al Pronto soccorso è aumentato in 14 dei 19 Paesi Ocse, raggiungendo una media di 31 accessi per 100 abitanti nel 2011, molti dei quali inappropriati. Secondo uno studio britannico, una migliore organizzazione delle cure primarie potrebbe ridurre dell'8-18% l'accesso ai Ps con notevoli risparmi.

La chiave di volta è il cambiamento organizzativo. In Norvegia,



grandi centri di assistenza primaria fungono da strutture intermedie e forniscono cure non urgenti e un mix di assistenza post-acuzie, riabilitazione e assistenza ai bambini H24 e 7 giorni su 7. In questo modo, rafforzando le cure primarie si riducono i ricoveri. Ma si può optare anche per forme di incentivi finanziari che promuovano comportamenti efficienti sulla base di linee guida ad hoc, su campagne di informazione e massiccio ricorso alla telemedicina. Da uno studio randomizzato di tre anni in Inghilterra è emerso infatti che la telemedicina potrebbe ridurre i ricoveri di emergenza del 20% e del 15% i ricoveri per patologie croniche come diabete, malattia polmonare ostruttiva cronica e insufficienza cardiaca.

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Su nuovi Lea si rischia l'illusione

La ministra **Beatrice Lorenzin** è riuscita ad approvare i Lea, laddove chi l'aveva preceduta aveva fallito. Ma non tutti i nodi sono sciolti a partire dall'esiguità dei finanziamenti ma anche dal value basso di molte prestazioni inserite.

CARTABELLOTTA APAG. 12



ANGOLO DI PENNA

Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva?

di Nino Cartabellotta *

Con la firma del premier Gentiloni il ministro Lorenzin è riuscita nella titanica impresa in cui avevano fallito i suoi predecessori Turco e Balduzzi: dopo oltre 15 anni sono stati aggiornati i livelli essenziali di assistenza (Lea), che ora attendono solo il visto della Corte dei conti per essere pubblicati in Gazzetta Ufficiale. Una grande enfasi mediatica ha celebrato il traguardo enfatizzando tutte le nuove prestazioni offerte ai cittadini: nuovo piano vaccini, screening neonatali per sordità e cataratta congenita, procreazione medicalmente assistita, prestazioni di genetica, adroterapia, radioterapia stereotassica, enteroscopia con microcamera ingeribile; novità per le protesi (comunicazione e attrezzature domotiche, carrozzine speciali); ingresso di 110 malattie rare e 6 nuove malattie croniche; nuovi percorsi di diagnosi e cura per i disturbi dello spettro autistico e tanto altro ancora.

Indipendentemente dall'espansione del "paniere" delle prestazioni, numerosi i "meriti" del Dpcm sui nuovi Lea che ridefinisce la loro articolazione con maggior dettaglio nella descrizione delle prestazioni, aggiorna i nomenclatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, definisce in dettaglio programmi e prestazioni di assistenza socio-sanitaria, ridefinisce i criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero, introduce misure per migliorare l'appropriatezza professionale sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare l'obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico e l'individuazione di criteri di appropriatezza prescrittiva e condizioni di erogabilità per 98 prestazioni.

Tuttavia, lungi dal voler smorzare il legittimo entusiasmo politico, professionale e sociale, sminuire la determinazione del ministro Lorenzin, o sottovalutare l'impegno della politica e dei tecnici, non sarebbe corretto ignorare le criticità relative agli aspetti metodologici per definire e aggiornare gli elenchi delle prestazioni.

Il Dpcm sui "nuovi Lea" non prevede alcuna metodologia esplicita per inserire/escludere le prestazioni, tanto che molte di quelle inserite ex-novo sono state "sdoganate" in assenza di prove di efficacia solo per la loro elevata domanda sociale e/o professionale. Di conseguenza, se per garantire la sostenibilità del servizio sanitario il denaro pubblico dovrebbe finanziare solo interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato value, bisogna essere consapevoli che con i

nuovi Lea saranno rimborsate anche prestazioni dal value basso o addirittura negativo e, al tempo stesso, escluse prestazioni dall'elevato value. Tra gli innumerevoli esempi, dentro l'adroterapia per il trattamento dei tumori pediatrici in assenza di prove di efficacia, fuori la telemedicina per il monitoraggio domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco (oltre che affetti da altre patologie croniche), nonostante le robuste evidenze a supporto e il fatto che sia esplicitamente prevista dal Piano nazionale della Cronicità.

- Tranne poche eccezioni, i nuovi Lea non prevedono "liste negative" di prestazioni: alla Commissione nazionale Lea, nominata dopo la pubblicazione dello schema di Dpcm, viene affidato l'onere di effettuare la manutenzione di elenchi di prestazioni oggi espansi oltre ogni limite per ottenere il consenso di tutte le categorie professionali e dei cittadini-pazienti, senza la certezza di un'adeguata copertura finanziaria.

- A fronte di numerose prestazioni sanitarie per le quali non esistono adeguate evidenze, il Ssn preferisce rimanere un "acquirente disinformato" piuttosto che investire in una strategia di ricerca e sviluppo. Infatti, di fronte a una Commissione nazionale Lea che dovrebbe individuare «procedure per l'esecuzione di studi osservazionali per la valutazione comparativa di efficacia degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, anche avvalendosi dei canali di finanziamento della ricerca sanitaria» emergono due perplessità: da un lato la ricerca comparativa è innanzitutto sperimentale, dall'altro i fondi della ricerca sanitaria corrente sono destinati agli Ircs, poco avvezzi alla ricerca comparativa, e quelli della ricerca finalizzata (a eccezione dei programmi di rete) finanziano prevalentemente ricerca di base. In pratica oggi la ricerca comparativa potrebbe disporre al massimo di qualche milione di euro.

- Gli 800 milioni di euro stanziati non sono sufficienti, tanto che le Regioni hanno già chiesto un'introduzione graduale dei nuovi Lea, oltre che una verifica dei costi alla Commissione nazionale Lea. Verosimilmente infatti i costi aggiuntivi risultano sottostimati, perché una percentuale imprevedibile delle nuove prestazioni saranno prescritte/erogate in maniera inappropriata, mentre sono stati sovrastimati i potenziali risparmi, in parte dipendenti da setting o da misure inapplicabili in alcune aree del Paese. Guardando alla spesa out-of-pocket, è previsto un incremento di ticket per oltre euro 18 milioni, conseguenti al passaggio di alcune prestazioni dal regime di day hospital/day sur-



gey a quello ambulatoriale; inoltre è stato ridotto il pacchetto di prestazioni per l'ipertensione senza danno d'organo e i costi a carico delle famiglie per le prestazioni socio-sanitarie non sono ben chiari.

In un generale contesto di riduzione del finanziamento pubblico che fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose e nella consapevolezza che quelle "disseminate" non riescono neppure ad adempiere all'erogazione dei "vecchi Lea", la variabile interazione di queste criticità rischia di trasformare un grande traguardo politico in una illusione collettiva con gravi effetti collaterali: allungamento delle liste d'attesa, aumento della spesa out-of-pocket, sino alla rinuncia alle cure. Ecco perché la Commissione nazionale Lea non può limitarsi al delisting delle prestazioni obsolete (solo una piccola percentuale di quelle dal value basso o negativo), ma deve rivalutare complessivamente tutte quelle inserite nei Lea, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul value, come già sottolineato dalla relazione della Commissione Igiene e Sanità del Senato. In altre parole, osando una metafora idraulica, se non è possibile espandere adeguatamente la capienza del contenitore (aumentare il finanziamento pubblico), con un rubinetto sempre aperto (continua immissione sul mercato di innovazioni, vere o false che siano), solo uno scarico adeguato (disinvestimento da prestazioni dal basso value) potrà evitare di far traboccare l'acqua (non sostenibilità dei nuovi Lea).

La storia ci ha insegnato che definire i Lea a livello centrale permettendo alle Regioni di ribaltare, a cascata, le responsabilità sulle aziende sanitarie sino ai medici prescrittori e agli altri professionisti sanitari, rende evanescente il ruolo della Repubblica nel tutelare la salute delle persone. Anche perché l'occasione di restituire allo Stato la possibilità di "riprendere" le Regioni non adempienti sui Lea è ormai persa per sempre.

* *presidente Fondazione Gimbe*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'agenzia secondo
la Corte dei conti**

Si riduce il personale in organico ma restano alte le consulenze. Anzi, le collaborazioni coordinate e continuative. Lo evidenzia la Corte dei conti nella consueta relazione della Corte dei conti sull'esercizio finanziario 2015 dell'Agenas.

DIFFIDENTI A PAG. 4

LA RELAZIONE 2015 SULL'AGENZIA**Corte dei conti: tanti compiti, meno organico**

Si riduce il personale in organico ma restano alte le consulenze. Anzi, le collaborazioni coordinate e continuative, i famosi Co.Co.Co.

Lo evidenzia la Corte dei conti nella consueta relazione della Corte dei conti sull'esercizio finanziario 2015 dell'Agenas.

Per le collaborazioni concernenti l'attività di Ecm l'Agenzia ha impegnato 1,253 milioni (a fronte di 1,284 milioni nel 2014). Ma la fetta più grande, 6,548 milioni, è stata riservata per collaborazioni coordinate e a progetto (comprensivi degli oneri connessi pari a 975mila euro) e 647mila per incarichi libero professionali di studio, ricerca e collaborazione per un totale di 236 collaborazioni (contro 311 e 255, rispettivamente nel 2013 e nel 2014), di cui 187 coordinate e continuative, 18 occasionali e 31 professionali con partita Iva.

Contratti, secondo il direttore generale di Agenas, Francesco Bevere, indispensabili per svolgere la mole di lavoro assegnato all'Agenzia.

«A parte il difetto di interpretazione che è stato dato sulle collaborazioni - sottolinea - che non sono consulenze, bensì Co.Co.Co la relazione della Corte dei conti è interessante perché stimola a una riflessione politica sull'Agenzia. Da un lato, infatti, sono evidenziati tutti i compiti svolti dall'Agenzia che richiederebbero di incrementare l'organico». Insomma, solo con nuove assunzioni sarebbe possibile ridurre le collaborazioni.

«A oggi - sottolinea Bevere - non possiamo immaginare di interrompere la nostra attività, prevista da norme e Parlamento, solo

perché ci viene segnalata un'eccedenza nei rapporti di collaborazione».

In ogni caso, secondo la relazione della Corte di conti, nel 2015 la gestione dell'Agenzia ha dovuto fare i conti con la flessione delle entrate relative all'attività di gestione del sistema nazionale di educazione continua in medicina - Ecm (15,962 milioni a fronte di euro 17,066 milioni nel 2014) e dei trasferimenti correnti da parte dello Stato, passati da 7,572 milioni a 7,322 milioni (-3 per cento).

Si è, inoltre, ridotta la partecipazione degli enti e dei privati al cofinanziamento dei progetti di ricerca finalizzata e dei programmi speciali nazionali ed europei (da 532mila a 222mila) compensata dai maggiori introiti da parte delle Regioni per accordi di collaborazione, pari a 669mila (327mila nel 2014), mentre risulta lievemente aumentato l'apporto delle altre entrate.

In parallelo, tuttavia, l'Agenas ha messo in campo, secondo i magistrati contabili, «una notevole riduzione delle spese».

Insomma, l'esercizio preso in esame dalla Corte dei conti si chiude con un avanzo finanziario di competenza pari a 10,626 milioni (+76 per cento rispetto al 2014).

«I notevoli scostamenti di entrate e spese, fra previsioni e consuntivo - conclude però la relazione - inducono a ribadire la necessità di una più attenta ponderazione delle esigenze dell'Ente in occasione della stesura del documento previsionale, specie in materia di spese correnti».

Er.Di.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il monito dei vescovi sul fine vita «Proposte di legge preoccupanti»

Il cardinale Bagnasco: la politica discute di biotestamento e dimentica le famiglie in crisi

ROMA Ricorda che «dall'inizio della crisi» nel 2007 «le persone in povertà assoluta in Italia sono aumentate del 155 per cento» arrivando a «quattro milioni e 600 mila», quindi sillaba: «A maggior ragione, in riferimento all'ennesimo rinvio sui decreti attuativi, stentiamo a capire come mai tutti i provvedimenti a favore della famiglia — che potrebbero alleviare le sofferenze e aiutare il Paese a ripartire — facciano così tanta fatica a essere realmente presi in carico e portati a effettivo compimento». Non la manda a dire, il cardinale Angelo Bagnasco, nella sua ultima prolusione da presidente al Consiglio permanente della Cei. Le famiglie arrancano e intanto «la discussione politica verte piuttosto su altri versanti, quali il fine vita».

A maggio si riunirà l'assemblea dei vescovi che voterà tre nomi da presentare al Papa per la scelta del successore di Bagnasco. Intanto il cardinale, da poco eletto presidente dei vescovi europei, torna a dare voce alla «preoccupazione» della Chiesa italiana. E ciò che aveva indicato al governo Renzi su emergenza lavoro, giovani e famiglie in difficoltà, lo ripete all'esecutivo Gentiloni, perché «la crisi economica continua a pesare, specialmente sui giovani e sul Meridione». Invece la politica si occupa di testamento biologico «con implicazioni, assai delicate e controverse, in materia di consenso informato, pianificazione delle cure e dichiarazioni anticipate di trattamento», considera: «Ci preoccupa-

no non poco le proposte legislative che rendono la vita un bene ultimamente affidato alla completa autodeterminazione dell'individuo, sbilanciando il patto di fiducia tra paziente e medico». Così «sostegni vitali come idratazione e nutrizione assistite verrebbero equiparati a terapie, che possono essere sempre interrotte». Per i vescovi, «la risposta alle domande di senso» su sofferenza e morte «non può essere trovata con soluzioni semplicistiche o procedurali», ne va della «tutela costituzionale della salute e della vita».

Ora piuttosto è necessario pensare alla «legge delega di introduzione del reddito d'inclusione» e al «piano nazionale contro la povertà». Stessa attenzione per i migranti: il cardinale chiede «il riconoscimento della cittadinanza ai minori che hanno conseguito il primo ciclo scolastico», la terza media, e di «affidare i minori non accompagnati a case famiglia».

Un capitolo è dedicato ai sacerdoti. La Cei ha preparato un sussidio nel quale si parla dell'«incontro personale con Gesù» che giustifica «la consegna di sé nell'obbedienza, nella piena castità e in uno stile di distacco dai beni materiali». Bagnasco accenna ai recenti scandali sessuali: «Episodi di infedeltà al ministero e oggettivo scandalo sono motivo di dolore, ma non fanno venir meno la stima e l'ammirazione per il Presbiterio nel suo complesso».

Gian Guido Vecchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



● Il cardinale Angelo Bagnasco, 74 anni (sopra), dal 2007 è presidente della Cei (Conferenza episcopale italiana)

● L'ultimo appuntamento di Bagnasco da presidente Cei sarà a maggio, nell'assemblea in cui i vescovi italiani individueranno la terna dalla quale il Papa sceglierà la loro prossima guida



Fine vita, preoccupano le nuove proposte di legge

Bagnasco: idratazione e nutrizione non vanno equiparate a terapie che si possono sospendere

“ Il nostro lavoro già guarda con fiducia alla prossima Assemblea generale, dove saremo chiamati a eleggere la terna relativa alla nomina del presidente della Conferenza episcopale italiana ”

“ La Chiesa in prima linea nell'accoglienza: parola che non richiama soltanto servizi offerti, ma famiglia, comunità, dialogo interculturale, iniziative di integrazione. Importante sia il riconoscimento della cittadinanza ai minori che hanno conseguito il primo ciclo scolastico, sia la possibilità di affidare i minori non accompagnati a case famiglia: le centinaia di esperienze promosse nelle nostre parrocchie costituiscono una conferma della direzione su cui andare ”

«Dai presbiteri ai giovani: il volto bello della Chiesa è riflesso anche e soprattutto nelle nuove generazioni, della cui formazione siamo responsabili»

In apertura dei lavori del Consiglio permanente, dal presidente della Cei la fotografia dell'attualità del Paese e della Chiesa in Italia

Cari confratelli, questa sera il nostro sguardo non può che partire dalla cro-naca pesante e perdurante che in questi mesi ha interessato il Centro Italia: le con-

tinue scosse, le eccezionali nevicate, le vittime, i feriti, gli affetti, le case, le chiese e i paesi distrutti, ci hanno portato a esprimere in diversi modi la nostra vicinanza solidale alle popolazioni colpite dal sisma. Con le parole del Santo Padre, che ha voluto recarsi in prima persona sui luoghi terremotati, vogliamo ringraziare «i parroci che non hanno lasciato la terra»: si sono comportati da veri pastori. Ringraziamo, quindi, «le mani di tanta gente che hanno aiutato a uscire da questo incubo, le mani dei vigili del fuoco, le mani di tutti quelli che hanno dato del proprio» (*Discorso alle popolazioni colpite dal terremoto, 5 gennaio 2017*): l'hanno fatto e lo stanno facendo con dedizione generosa e altamente professionale. La tragedia - che tale rimane - ci sta consegnando anche il volto migliore del nostro Paese, della nostra gente, pronta a mettere in gioco la propria vita per salvare quella altrui; disposta a rinunciare a qualcosa di proprio per dividerlo con chi tutto ha perso. Ringraziamo, quindi, le comunità cristiane che - in risposta alla colletta indetta dalla Cei - hanno contribuito finora con quasi 22 milioni di euro. Attraverso le Caritas diocesane ci hanno dato la possibilità di intervenire con risorse ai



bisogni primari, con la realizzazione di alcune strutture polifunzionali e l'avvio dei primi progetti sociali e di sviluppo economico.

Come Conferenza episcopale italiana - oltre al primo milione di euro stanziato dai fondi otto per mille il giorno

me scosse - abbiamo messo a disposizione di ogni diocesi interessata 300 mila euro per interventi su edifici ecclesiastici, destinati al culto e alla pastorale.

Ringraziamo tanti Paesi del mondo intero - alcuni di loro, significativamente, fra i più poveri - per non aver fatto mancare il loro contributo. Un grazie convinto lo rivolgiamo anche alle Istituzioni, a partire dalla Protezione civile. Il lavoro congiunto e costante di questi mesi con il Commissario straordinario per la ricostruzione e il ministero dei Beni e delle attività culturali e del turismo ci ha portato alla firma di un *Protocollo d'Intesa*, alla costituzione di un *Tavolo tecnico* e all'istituzione di una *Consulta* per i beni culturali di interesse religioso. Questa tragedia ci sta consegnando un appello - peraltro già ampiamente raccolto - per una piena consonanza d'intenti. Mentre facciamo nostre le parole del Capo dello Stato che ha chiesto "grande unità e responsabilità per contribuire ad alleviare le sofferenze delle persone coinvolte", assicuriamo che la Chiesa continuerà a offrire un contributo concreto ed efficace al cammino del Paese.

UNO SGUARDO AL PAESE

Con questo spirito, è doveroso da parte nostra almeno accennare alle difficili condizioni in cui versa una fascia sempre più ampia di popolazione.

Dall'inizio della crisi, le persone in povertà assoluta in Italia sono aumentate del 155%: nel 2007 erano 1 milione ed 800 mila mentre oggi sono 4 milioni e 600 mila. Dietro ai numeri ci sono i volti e le storie di centinaia di migliaia di famiglie che nelle nostre diocesi e parrocchie, nei centri d'ascolto, nelle associazioni e nelle Confraternite hanno trovato una prima risposta - in termini di beni e servizi materiali, di sussidi e di alloggio - e spesso anche una presa in carico progettuale. Per questo sembra necessario prestare la massima attenzione alla legge delega di introduzione del Reddito d'inclusione (Rei) e alla predisposizione del Piano nazionale contro la povertà.

La crisi economica continua a pesare in maniera significativa sulla nostra gente, specialmente sui giovani e sul Meridione. A maggior ragione, in riferimento all'ennesimo rinvio sui

decreti attuativi, stentiamo a capire come mai tutti i provvedimenti a favore della famiglia - che potrebbero non solo alleviare le sofferenze, ma anche aiutare il Paese a ripartire - facciano così tanta fatica a essere realmente presi in carico e portati a effettivo compimento.

La discussione politica verte, piuttosto, su altri versanti, quali ad esempio il fine vita, con le implicazioni - assai delicate e controverse - in materia di consenso informato, pianificazione delle cure e dichiarazioni anticipate di trattamento. Ci preoccupano non poco le proposte legislative che rendono la vita un bene ultimamente affidato alla completa autodeterminazione dell'individuo, sbilanciando il patto di fiducia tra il paziente e il medico. Sostegni vitali come idratazione e nutrizione assistite, ad esempio, verrebbero equiparate a terapie, che possono essere sempre interrotte. Crediamo che la risposta alle domande di senso che avvolgono la sofferenza e la morte non possa essere trovata con soluzioni semplicistiche o procedurali; la tutela costituzionale della salute e della vita deve restare non solo quale riferimento ideale, bensì quale impegno concreto di sostegno e accompagnamento.

A uno sguardo attento ci richiamano anche i drammi che continuano a consumare popoli interi, vittime di persecuzione e violenza, di povertà e guerra. Quelli che abbiamo davanti agli occhi sono scenari che rendono attuale la ripresa e l'approfondimento della *Populorum progressio*, pubblicata dal beato Paolo VI nel marzo di cinquant'anni fa. L'enciclica pone lo sviluppo in stretta relazione con la pace e chiede un uso diverso dei beni, in senso fraterno.

Tale fraternità oggi interroga, in particolare, la nostra disponibilità a misurarci con la situazione dei minori non accompagnati ed esposti a ogni sorta di abuso, come ci è stato ricordato dalla *Giornata mondiale del migrante e del rifugiato* appena celebrata. Si tratta di una realtà che interpella fortemente la coscienza civile del nostro Paese e le sue Istituzioni; realtà rispetto alla quale, come osserva il Santo Padre, in tema di accoglienza «il più cattivo consigliere è la paura, mentre il migliore consigliere è la prudenza» (*Conferenza stampa sul volo di ritorno dalla Svezia*, 1 novembre 2016).

La Chiesa - a partire dalle nostre parrocchie, dai centri della Fondazione *Migrantes* e dalle Caritas diocesane - è in prima linea nell'accoglienza: dove questa parola non richiama soltanto servizi offerti, ma famiglia, comunità, dialogo interculturale, iniziative di integrazione. In questa prospettiva, diventa importante sia il riconoscimento della cittadinanza ai minori che hanno conseguito il primo ciclo scolastico, sia la possibilità di affidare i minori non accompagnati a case famiglia: le centinaia di esperienze promosse nelle nostre parrocchie costituiscono una conferma circa la direzione su cui andare.

UNO SGUARDO ALLA NOSTRA CHIESA

Mi avvio alla seconda e ultima parte di questa prolusione, soffermandomi su alcuni temi di natura più ecclesiale.

L'Anno di grazia, che l'intuizione del Santo Padre ci ha donato, ha portato tanti a gustare la bontà del Signore e a diventare loro stessi strumenti di misericordia. Papa Francesco ha sottolineato come il Giubileo ci abbia «invitato a riscoprire il centro, a ritornare all'essenziale, a guardare al vero volto del nostro Re, quello che risplende nella Pasqua, e a riscoprire il volto giovane e bello della Chiesa che risplende quando è accogliente, libera, fedele, povera nei mezzi e ricca nell'amore, missionaria» (*Santa Messa per la chiusura del Giubileo della misericordia*, 20 novembre 2016).

Di questa Chiesa sono espressione, innanzitutto, i nostri presbiteri. A loro va il nostro pensiero fiducioso e grato: il lavoro di ascolto, confronto collegiale e approfondimento che abbiamo condotto negli ultimi due anni in Assemblée generale, in Consiglio permanente e nelle Conferenze episcopali regionali è il segno più eloquente della stima e della cura che abbiamo per loro. Episodi di infedeltà al ministero e di oggettivo scandalo sono motivo di dolore, ma non fanno comunque venir meno la stima e l'ammirazione per il Presbiterio nel suo complesso.

Crediamo che *Il rinnovamento del clero a partire dalla formazione permanente*, più che un'esigenza di aggiornamento e qualificazione, rimandi a un mistero di vocazione che trascende l'uomo e che nessuno, quindi, può mai dare per pienamente conseguito. Nel contempo, la volontà di aiutare i sacerdoti a sostenere e alimentare la loro vocazione di discepoli dentro il presbiterio e la comunità ci ha portato a individuare alcuni ambiti precisi, sui quali investire con rinnovata convinzione: costituiscono la struttura del *Sussidio* su cui ci soffermeremo durante i nostri lavori e che richiamo in sintesi.

Innanzitutto, la relazione di amicizia con il Signore: non esiste un pascere il gregge che non sia sostanziato dall'incontro personale con Gesù Cristo e dal permanere in Lui (*Primo capitolo*). L'unicità di questo rapporto avvolge tutte le dimensioni dell'esistenza, e giustifica la consegna di sé nell'obbedienza, nella piena castità e in uno stile di distacco dai beni materiali (*Secondo capitolo*). La fraternità presbiterale impegna Vescovo e preti in esercizi di comunione, condivisione e corresponsabilità pastorale (*Terzo capitolo*). L'anima del ministero rimane la carità pastorale, segno di un sacerdozio consacrato a essere presenza di Gesù buon Pastore (*Quarto capitolo*). Di tale carità è parte la stessa amministrazione dei beni ecclesiastici: richiede la partecipazione corresponsabile della comunità, insieme a mentalità e procedimenti corretti e virtuosi, all'insegna della chiarezza e della trasparenza (*Quinto capitolo*). La conversione pastorale, che è richiesta dal cambiamento d'epoca in corso, fa sì che il presbitero sappia andare incontro a tutti, valorizzando le circostanze della vita quali occasioni di evangelizzazione (*Sesto capitolo*). In definitiva, egli porta la gioia del Vangelo, che si fa prossimità e cura, annuncio e testimonianza (*Settimo capitolo*).

Tutto questo ha sullo sfondo la vita concreta delle nostre parrocchie e unità pa-

storali: al riguardo, come non ricordare quanto il Santo Padre ha detto quest'estate in Polonia, rispondendo alla domanda sulla Chiesa in uscita? Ha parlato della parrocchia e l'ha descritta come luogo di accoglienza paziente per tutti, di disponibilità ai ragazzi in Oratorio, di attenzione e visita ai malati, di capacità di mettersi nelle difficoltà della gente e di andarle incontro: il presbitero che cammina su questa strada è il primo a trovarne giovamento per la sua vita di credente e di ministro (Cf. *Discorso ai vescovi polacchi*, 27 luglio 2016). Dai presbiteri ai giovani: il volto bello della Chiesa è riflesso anche e soprattutto nelle nuove generazioni, della cui formazione siamo responsabili, accanto alle famiglie e alle altre agenzie educative. In questa luce, siamo grati al Santo Padre di aver scelto come tema della prossima Assemblée generale ordinaria del Sinodo dei vescovi proprio *I giovani, la fede e il discernimento vocazionale*. Accogliamo, quindi, con attenzione e impegno il *Documento preparatorio*, che sentiamo affidato anche a noi come "bussola" dei prossimi mesi. La preghiera, come pure la disponibilità ad ascoltare i giovani e a coinvolgerli in esperienze di servizio - ricordava papa Francesco ai partecipanti al Convegno vocazionale promosso dalla Cei a inizio mese - sono ciò che attira i giovani e li porta a mettersi in un cammino di *sequela Christi*. Accanto a loro, per loro e con loro, intendiamo testimoniare ragioni di vita, affascinandoli alla fede in Gesù e a cercare risposta alle domande più profonde del cuore, quelle che la cultura dominante vorrebbe distrarre o liquidare con l'offerta di strade menzognere. Educiamo i giovani a riconoscersi "popolo del Signore, che appartiene a lui, non alla mondanità, allo spirito del mondo, alle stupidaggini del mondo...", per usare parole del Santo Padre di qualche giorno fa (*Omelia*, 20 gennaio 2017); educiamo i giovani alla libertà, quindi a pensare con la propria testa, secondo verità: saranno portati a desiderare non solo una parte ma il *tutto* della gioia, e il suo *per sempre*, intuito in quei momenti di bellezza che si vorrebbe non passassero mai.

Sempre a livello ecclesiale, infine, viviamo in questi giorni la Settimana di preghiera per l'unità dei cristiani: sappiamo quanto sia decisiva tale unità, proprio perché il mondo creda. La nostra memoria corre con gratitudine a quel segno di forte valenza ecumenica che è stato il viaggio del Santo Padre in Svezia (*31 ottobre - 1 novembre 2016*), in occasione del quinto centenario della Riforma luterana. Come ha detto papa Francesco, «non possiamo cancellare ciò che è stato, ma non vogliamo permettere che il peso delle colpe passate continui a inquinare i nostri rapporti». **Nello spirito dell'appello contenuto nella Dichiarazione congiunta, incoraggiamo le nostre comunità a compiere ogni passo,**

pur piccolo, che aiuti a progredire verso la comunione fraterna.

In questa luce, vi ringrazio, cari confratelli, dell'accoglienza che avete voluto prestarmi e del confronto collegiale che assicureremo in questi giorni. Il nostro lavoro già guarda con fiducia alla prossima Assemblea generale, dove saremo chiamati a eleggere la terna relativa alla nomina del presidente della Cei.

Ci poniamo sotto la protezione materna di Maria, Madre della Chiesa e del Buon Consiglio.

cardinale Angelo Bagnasco

arcivescovo di Genova

presidente della Cei



Da sinistra Brambilla, Meini, Bagnasco e Spinillo al Consiglio permanente della Cei

(Siciliani)

IL SUCCESSO DELLA DONNA MEDICO CHE SA PARLARE CON IL PAZIENTE

Le dottoresse ascoltano i malati si fanno raccontare i sintomi di ieri e di oggi e si fanno un quadro clinico più completo

DANIELA MINERVA

SEVI sentite male, sperate che il dottore sia femmina. Perché ci sono le prove che uomini e donne praticano la medicina in maniera diversa. E ci sono le prove che se vi cura una signora avete più probabilità di guarire e non avere ricadute. Francamente ha dell'incredibile: la medicina scientifica, basata sulle prove e sui protocolli, ci dà fiducia proprio perché si fonda su basi inoppugnabili e non soggette a interpretazioni. Cosa c'entra ora il genere del curante? Sembra una fantasia ben poco scientifica. E invece no. Perché a certificare quanto sono brave le dottoresse arrivano le vicende cliniche di oltre un milione e mezzo di ultrasessantacinquenni esaminate dai ricercatori della Harvard University, e pubblicate su *Jama Internal Medicine*. Insomma, il *gotha*. Che oggi ci dice: badate, non bastano i protocolli, le terapie basate su prove di efficacia, le linee guida rigorose. Serve che i dottori mettano il malato al centro del loro ragionare, che lo stiano ad ascoltare, che comprendano le sue difficoltà e cerchino di risolverle, anche quando non sono strettamente mediche. E in questo le donne sono più brave.

I ricercatori di Harvard hanno scoperto una diminuzione della mortalità del 4% e delle ricadute del 5% su uno spettro amplissimo di patologie: infezioni, aritmie, collassi, polmoniti, insufficienza renale. E lo spiegano proprio col modo tutto femminile di fare medicina. A partire dalle parole: le donne stanno ad ascoltare i malati, stabiliscono un rapporto migliore, si fanno raccontare i sintomi di oggi e di ieri. E finiscono col farsi un quadro clinico più completo. Nessuna magia: ascoltare i malati fornisce

più informazioni, e uno schema terapeutico si disegna anche con le informazioni cliniche che solo la persona può raccontare. Il gran parlare che si fa oggi sul potere della parola, sulla cosiddetta medicina narrativa, rischia di complicare, e forse affumicare, un fatto assai semplice: solo io so dirti come sto, come stavo e cosa ho fatto; se metti queste informazioni insieme ai risultati delle analisi e ai *diktat* dei protocolli terapeutici riesci a curarmi meglio. La realtà, invece, è fatta di relazioni affrettate, frasi spezzate, spiegazioni abboracciate. Ed è fatta, in Italia, di regole capestro: 12 minuti per una prima visita, in oncologia ad esempio, è la realtà dei nostri ospedali. Lo impongono i direttori generali per calmierare i costi, lo subiscono i medici, ne soffrono i pazienti. Non solo. Il lavoro di Harvard indica che al successo delle dottoresse contribuisce la capacità di coniugare la medicina con l'attenzione alle condizioni di vita dei loro assistiti. Di guardare fuori dall'ospedale, là dove le persone vivono e dove avrà necessariamente luogo la gran parte dei gesti e dei comportamenti che determineranno se guariscono o no. Se una persona vive sola, se abita in una zona isolata o in città, se mangia decentemente, se ha accesso a terapie di supporto (dal fisioterapista al sessuologo): l'esito dello schema terapeutico che gli verrà prescritto dipende largamente da tutto ciò. Anche queste sono informazioni necessarie per decidere che cura prescrivere, e per costruire un percorso che porti alla guarigione. Le donne ci stanno più attente. Difficile dire perché, ci obbligherebbe a scomodare la storia evolutiva del cervello femminile, l'evoluzione della socialità, della maternità, della ricerca del cibo. Ma quel che preme, oggi, è la lezione del grande studio pubblicato su *Jama*: 12 minuti non bastano, e l'ospedale è solo uno dei tanti teatri dove si decide la sorte di un malato. Le donne sono in *pole position*, ma è la medicina che deve cambiare.

CRIPRODUZIONE RISERVATA



RICERCA DI HARVARD

Speriamo che il medico
sia femmina
"Sarà più facile guarire"

DANIELA MINERVA

SE VI sentite male, sperate che il dottore sia femmina. Perché ci sono le prove che se vi cura una signora avete più probabilità di guarire e non avere ricadute.

A PAGINA 41, SERVIZI ALLE PAGINE 24 E 25



Speriamo che sia femmina

Più guarigioni e minor
rischio di ricadute
Se il medico è donna
È il risultato choc di uno
studio Usa sugli over 65
Le dottoresse sono
attente, meno frettolose
E ascoltano i malati

Sanità di genere. Terapie più efficaci e minor rischio di ricadute. Se il medico è donna. Lo dimostra uno studio Usa sui ricoveri di over 65. Relativi a moltissime malattie. Abbiamo scoperto perché

Chiamate la dottoressa mi fa guarire meglio

GIUSEPPE DEL BELLO

FARSI operare da una donna? Per carità, mi fido solo degli uomini. E poi, non è un lavoro adatto al genere femminile. Il medico, e il chirurgo in particolare, fino a poco tempo fa erano professioni ad alto tasso maschile. Tutt'al più, alle donne era concesso di fare la pediatra o la ginecologa, al massimo l'anestesista. Pregiudizi e tabù? Certo. Ma oggi, come birilli stanno cadendo uno a uno. Una rivoluzione culturale che parte da fine anni '60 e che oggi si impone al punto che uno studio scientifico non solo promuove

il valore delle donne medico, ma addirittura indica che sono più brave degli uomini in molti contesti. A certificarlo è un'indagine che, condotta da Yusuke Tsugawa dell'Harvard Medical School di Boston e appena pubblicata sul *Journal of American Medical Association (Jama)*, riserva più di una sorpresa. Che riguarda i risultati ottenuti dalle dottoresse in termini di mortalità e ricoveri. Entrambi testimoniati da numeri percentualmente inferiori a quelli dei colleghi maschi. Insomma, cure migliori e, anche se in misura limitata, guarigioni più durature. Il campione di pazienti esaminato nello studio è enorme, un milione e

583.028 ultrasessantacinquenni (621.412 maschi e 961.616 femmine), seguiti dal primo gennaio 2011 al 31 dicembre 2014. Con un monitoraggio a 30 giorni su mortalità e ricoveri bis. L'analisi

ha riguardato patologie diverse, dalle più semplici a quelle gravi, senza tralasciare alcune variabili, inclusa l'assegnazione casuale dei pazienti ai medici ospedalieri. I camici bianchi coinvolti sono stati 58.344, di questi il 32,1 per cento donne. Sono loro ad avere totalizzato il punteggio più alto, con minor numero di prognosi sfavorevoli rispetto a quelle dei dottori. Gli analisti hanno interpretato la differenza come il frutto della maggior propensione delle donne a occuparsi di prevenzione e degli aspetti psicosociali, oltre che a dedicare più tempo alle visite. Cartelle cliniche, referti, esami diagnostici e consulenze sono la matrice investigativa su cui hanno lavorato i ricercatori per quattro anni. E in questo lasso di tempo sono stati analizzati i risultati delle cure ricevute, a 30 giorni dalla dimissione ospedaliera. In sintesi, terapie più efficaci e minor rischio di ricadute rispetto a un paziente in carico al medico maschio. Il tasso di ricadute in ospedale è stato del 15,57 per cento e 15,02, a seconda che il paziente fosse seguito da un medico uomo o donna.

Numeri inadeguati per bocciare tout court il primo e, anche, per promuovere a pieni voti le "medichesse". Né, d'altro canto, è possibile sovrapporre la situazione fotografata Oltreoceano a quella attuale del Belpaese. E allora, dato per scontato che ci si può affidare con tranquillità al dottore-uomo, c'è da chiedersi perché le donne in camice bianco riescano a ottenere risultati più lusinghieri. In Italia, su 500 primari di Chirurgia generale, solo 7 sono donne. E di queste 5 dirigono reparti di Senologia chirurgica, mentre soltanto una, Micaela Piccoli, è a capo della Chirurgia generale, d'urgenza, laparoscopica e robotica dell'ospedale di Modena. Ha "ereditato" il ruolo al vertice da Gianluigi Melotti. Un «traguardo non facile, siamo pagate meno degli uomini e raggiungiamo più difficilmente posizioni apicali», osserva, prima di dire la sua sul maggior gradimento dei pazienti: «È vero, riscuotiamo maggior gradimento anche in "campi" difficili come la chirurgia

perché siamo più predisposte al colloquio e alla presa in carico quasi "materna" del paziente. E così il malato si sente seguito e, soprattutto, trattato come persona, con tutti i suoi problemi. Anche quelli non strettamente correlati alla sua patologia».

Gentil sesso di nome e di fatto corrisponde a disponibilità a tutto campo. Ma la donna sa essere anche meticolosa quando è necessario. E se la qualità in casa fa sbuffare il partner, nel mestiere diventa valore aggiunto. «La nostra maggiore attitudine alla precisione è quasi maniacale - aggiunge la Piccoli - e si ferma solo ad obiettivo raggiunto. L'intuito femminile ci aiuta anche nella diagnosi e a trovare soluzioni terapeutiche. Tutto questo senza avere problemi ad ammettere i propri limiti». Meno orgoglio e competitività sotto controllo, ancora prerogative di genere. «È importante non avere paura a chiedere aiuto a chi ne potrebbe sapere di più - sottolinea - perché l'obiettivo è trovare una soluzione e non arroccarsi sulle proprie conoscenze. Gli uomini invece si mettono raramente in discussione. Con una donna a capo di un'équipe, viene stimolata la collaborazione, più della competizione. Ma se il primario è maschio è quest'ultima a prevalere. E se c'è una donna leader l'autorevolezza vince sull'autoritarismo».

Un altro modello femminile, ancora da sala operatoria, arriva da Pisa. Qui Franca Melfi dirige il centro di chirurgia robotica multispecialistica dell'azienda ospedaliera universitaria. «Sono partita facendo il chirurgo toracico - racconta - una specialità fino a poco tempo fa coniugata solo al maschile». Tanto al maschile, che quando le chiesero come si trovasse lei, minuta e piccolina di statura, in un contesto di soli uomini, non esitò un secondo a smentire l'interlocutore: «Mai visti da maschi, solo come colleghi, chirurghi. Come me». E sulla resistenza fisica, tante ore in piedi, magari in pieno ciclo? «Mestruazioni come handicap è tema vecchio e obsoleto - sospira - quando ci si concentra su qualcosa che impegna non si hanno esigenze. La mestruazione ti fa sentire solo più stanca». A cercarle, difficoltà "aggiuntive" ce ne sono, e riguardano lavoro e famiglia: rispettare il primo senza far torti a marito e figli non è facile. «Perciò io credo che la donna sia multitasking - ironizza la specialista - ed è la potenzialità che ci consente di rapportarci meglio col paziente e di essere più attente all'ascolto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Idea nuova di Gentiloni: tassare le sigarette

Aumento di 10 decimi a pacchetto per recuperare parte dei soldi della manovra chiesta dalla Ue

di **CLAUDIO ANTONELLI**

■ Servono soldi per tappare i buchi dell'eredità di Renzi. Il ministero dell'Economia studia l'aumento delle tasse sulle sigarette: 10 centesimi a pacchetto e fino a 450 milioni di gettito extra. Idea buona per ogni stagione.

a pagina 9

BILANCIO PUBBLICO

Le sigarette aumenteranno di 10 centesimi

Dopo la lettera della Commissione Ue che chiede una manovra aggiuntiva da 3,4 miliardi, allo studio misure sulla fiscalità del tabacco. Risultato: rincaro dei pacchetti e gettito extra fino a 450 milioni. Dalle accise sulle benzina altri 220 milioni

di **CLAUDIO ANTONELLI**

■ Oltre alla benzina, prepariamoci a sigarette più care. Si raschia il barile per cercare di evitare una manovra bis in piena regola. Il premier Paolo Gentiloni ha infatti annunciato che non ce ne sarà una aggiuntiva per tappare il buco di bilancio da 3,4 miliardi. Così mentre vanno avanti le trattative tra Italia e Europa, a Roma si cerca di trovare un punto d'incontro entro la fine del mese.

LE OPZIONI

Le strade che possono portare a reperire risorse senza l'ufficialità di una manovra, oltre al ridimensionamento delle mance promesse da Renzi sono due. La prima mossa riguarderebbe le accise su benzina e gasolio. La legge finanziaria da poco approvata ha congelato un automatismo creato a fine 2013 dal governo Letta. La misura prevedeva un aumento per due anni delle accise su benzina e benzina con piombo nonché dell'aliquota dell'accisa sul gasolio usato come carburante, che avrebbe portato nelle casse dello Stato non meno di 220 milioni nel 2017 e 199 milioni nel 2018. A dare l'allarme era stata la Cgia di Mestre lo scorso ottobre.

L'ufficio studi, per bocca del coordinatore, aveva chiesto al governo di sterilizzare il rincaro. «Sebbene il prezzo del petrolio sia molto contenuto, il prezzo del carburante alla pompa rimane troppo elevato soprattutto a causa del livello di tassazione che su un pieno di benzina incide per il 69 per cento». La richiesta fu accolta. Renzi era in campagna elettorale. Adesso però la situazione è cambiata e sarà difficile rinunciare a 220 milioni in più di gettito. Si tratta di una categoria così diffusa e trasversale che stenta a trovare avvocati difensori. Stesso discorso per l'altra mucca da mungere: quella dei fumatori.

IL COPIONE

Tant'è che, come da copione, è allo studio del ministero dell'Economia un rialzo delle imposte sulle sigarette. Recentemente l'Aams, l'agenzia delle dogane e dei monopoli, ha messo mano al prezzo medio ponderato e ha passato la pratica al Mef, il quale ha due strade tecniche da percorrere.

La prima riguarda gli oneri fiscali minimi, la parte di imposta che tocca le sigarette di fascia bassa, quelle che costano 4,3 o 4,4 euro. Un ritocco in quest'area do-

vrebbe portare a un aumento di 10 centesimi di euro e un gettito complessivo aggiuntivo di almeno 110 milioni di euro. Interventi più corposi avrebbero l'effetto di accorciare la forchetta dei prezzi sul mercato col rischio concreto però di spingere i fumatori nelle braccia del mercato nero che offre prezzi inferiori ai 4 euro. L'altra strada che il Mef sta valutando tocca l'aumento dell'incidenza media, una quota impositiva che riguarda il 75% dei pacchetti in circolazione. Il rincaro di uno 0,1% produrrebbe un gettito aggiuntivo di circa 220 milioni di euro. A detta di alcuni esperti contattati dalla Verità l'intervento fiscale potrebbe tradursi anche in questo caso in un rincaro di 10 centesimi. Sostenibile dalle tasche dei fumatori e dunque senza effetto boomerang. Ovvero, lo Stato non dovrebbe correre il rischio di alzare



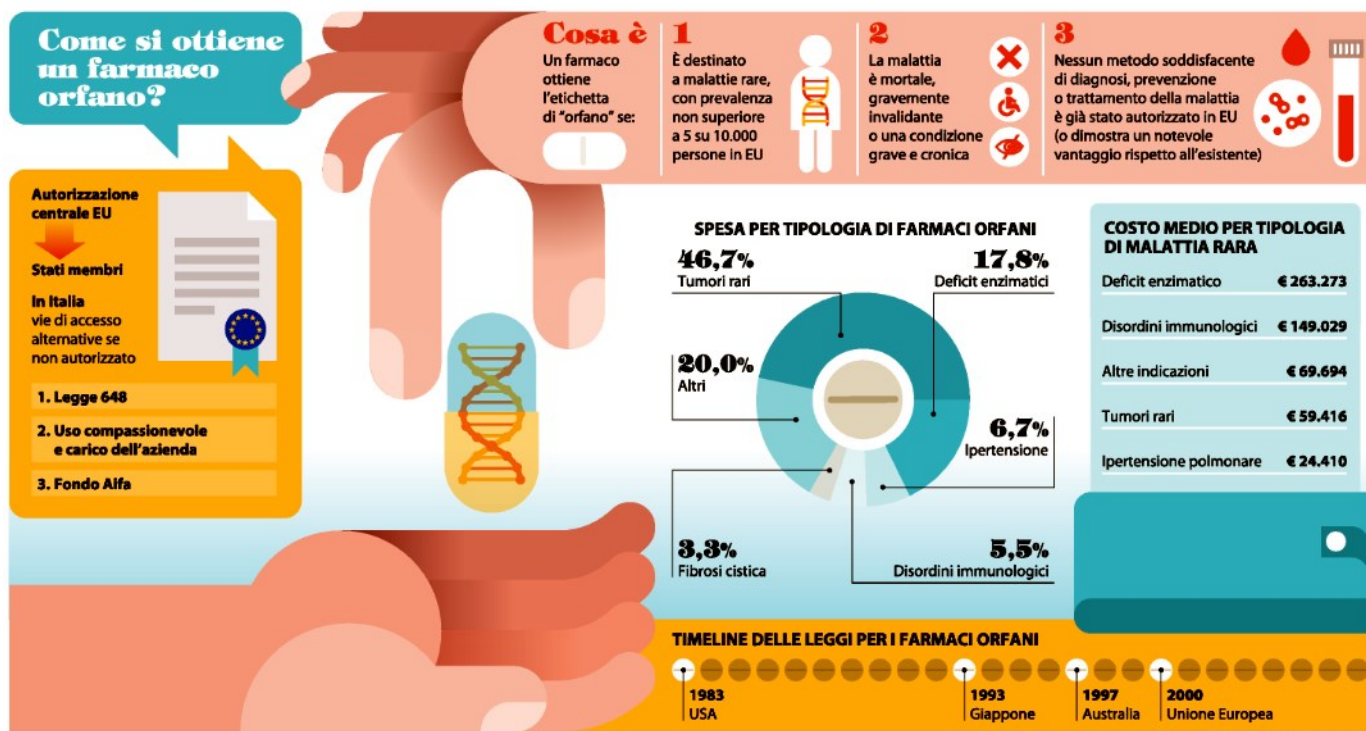
le tasse e vedere il gettito diminuire per via del mercato nero.

La fame di incassi nel breve termine sta, però, aprendo una terza opzione che si svilupperebbe sempre nell'alveo del ritocco dell'incidenza media.

Se il Mef esercitasse al 100% la delega che gli compete l'aumento dell'imposta sarebbe dello 0,5%, arrivando al 59,2%. Così il gettito extra salirebbe a 450 milioni. Una tentazione che fa gola agli uomini di Padoan. Il rischio sarebbe però di creare una disfunzione a partire dal 2018. Ma si sa che quando la politica è sotto pressione spesso fa scelte a breve termine. L'idea di tassare le sigarette non è poi certo nuova. È buona per tutte le stagioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Big Pharma. Gli sgravi e i vantaggi hanno convinto le aziende a investire sulle malattie rare, considerate sennò poco remunerative. E i farmaci sono arrivati. Ma sono usati per un numero sempre maggiore di patologie. Raggiungendo i fatturati dei prodotti non incentivati



Quell'orfano è miliardario



Il costo

È più alto anche di 20 volte rispetto ad un farmaco comune. Ma destinato a pochi



L'Europa

Secondo la UE le aziende devono dimostrare i benefici per i pazienti

Il business è esploso anche con medicine pensate per patologie come fibrosi cistica o mieloma

LETIZIA GABAGLIO

A VOLTE anche le migliori intenzioni non producono un risultato ottimale. È quello che è successo con la legislazione per i farmaci orfani, pensati per malattie rare o rarissime che a causa

dell'esiguità della popolazione colpita, non rappresentano un mercato appetibile per le aziende. Perché sviluppare un farmaco costa molto e Big Pharma non è una charity. Per promuovere la ricerca di soluzioni, allora, si è pensato di dare incentivi e vantaggi alle aziende che decidono di investire in questo campo: i primi sono stati gli Usa, nel 1983, seguiti da Giappone e Unione Europea. Le leggi per i cosiddetti farmaci orfani hanno permesso di ottenere risultati insperati per chi soffre di fibrosi cistica, malattia di Fabry, Gaucher e Pompe, chi ha deficit enzimatici rari, o tumori come il mieloma multiplo. Dal 2000 a oggi sono state presentate 2713 domande, 1827 hanno passato il primo esame e le molecole sono state designate come orfane, ma solo 126 sono diventati farmaci disponibili in Europa. «Una normativa efficace, anche se migliorabile – spiega Armando Magrelli, delegato italiano presso il Comitato per i prodotti medicinali orfani - soprattutto nella fase di controllo post marketing».

Le agevolazioni - di tipo finanziario e fiscale, sconti sui costi per inviare le domande agli enti regolatori, garanzia dell'esclusività di mercato per 7-10 anni - hanno generato un mercato che si è rivelato ricco: nel 2015 negli Usa sono stati spesi 107miliardi di dollari, che cresceranno di oltre il 10% per il 2020, il doppio degli altri farmaci. In Italia aumenta di anno in anno, anche se rappresenta poco più dell'1 per cento del totale. In parte la ragione sta nel prezzo di queste specialità, a volte anche 20 volte superiore rispetto ai farmaci non-orfani, ma destinati a un numero di gran lunga inferiore di persone: per esempio, i farmaci per i deficit enzimatici in media costano oltre 260mila euro a paziente, ma vengono dispensati a pochi. «Piuttosto,

il meccanismo è viziato da farmaci che aggiornano la prima con molte altre indicazioni terapeutiche: circa il 15 per cento di quelli designati come orfani in una fase successiva hanno nuove indicazioni per altre patologie», ha scritto Antonio Addis, del dipartimento di Epidemiologia del Lazio su *Ricerca&Pratica*.

E qualche mese fa, l'*American Journal of Clinical Oncology* richiamava l'attenzione sul vero spirito della normativa: aiutare i pazienti più che le aziende. Infatti 11 dei 20 farmaci orfani a maggior uso sono stati designati per un trattamento oncologico, mentre in Italia è destinato ai malati di cancro oltre il 46 per cento di questo tipo di medicinali.

Che la situazione sia sfuggita di mano e sia necessario rimettere dei paletti lo testimonia una comunicazione sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea di novembre. La Commissione specifica che è dovere delle aziende dimostrare con prove solide i benefici che le molecole orfane portano alla vita dei pazienti e che alcuni escamotage – come cambiare forma farmaceutica, da iniettiva a orale – non dovrebbero essere più validi.

Il punto più dolente è però quello delle indicazioni: se la somma di tutti i pazienti trattati, affetti da malattie diverse ma poco diffuse, supera la prevalenza della patologia rara, il medicinale non dovrebbe perdere il suo status? Secondo la Commissione un allargamento della platea dei destinatari dovrebbe essere esaminata per verificare che esistono ancora gli estremi per considerare un farmaco orfano.

Ovviamente il passaggio di categoria non è retroattivo e l'azienda non deve restituire tutti gli incentivi ricevuti fino a quel momento. Allo stesso modo, una società che avesse ottenuto le agevolazioni in fase di sviluppo di una molecola e poi non riuscisse a ottenere la commercializzazione nella categoria "orfani", potrebbe provare con la strada ordinaria, rinunciando così ad agevolazioni future ma senza dover restituire quelle già ottenute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'emergenza

Hiv, tumori ipertensione Ai pediatri servono pillole ad hoc

NEL MONDO dei farmaci i bambini sono come i malati rari: rappresentano un mercato di nicchia, anche per i limiti etici imposti alle sperimentazioni. Per anni ai piccoli sono state somministrate medicine in dosi ridotte, come se si trattasse di uomini e donne in miniatura. Per incentivare la ricerca di farmaci pediatrici, dal 2007 in Europa esiste una legge che individua, come nel caso dei farmaci orfani, agevolazioni per le aziende farmaceutiche che intraprendono lo sviluppo e la commercializzazione di queste specialità.

Grazie a questa norma i bambini possono oggi usufruire di diversi farmaci sperimentati per le loro esigenze: se dal 2004 al 2006, prima della legge, erano stati autorizzati 31 medicinali per uso pediatrico, dal 2012 al 2014 questo numero si è duplicato, raggiungendo 68,

fra nuovi farmaci e nuove indicazioni. Fra questi, specialità per alcune condizioni reumatologiche, malattie infettive, come l'epatite C cronica e l'infezione da Hiv, l'ipertensione e alcuni tumori pediatrici, come la leucemia linfoblastica acuta. Dal 2007 al 2015 sono state presentate 150 domande per farmaci orfani pediatrici, la metà delle quali negli ultimi due anni di rilevazione: oltre il 20% in area oncologica, il 14 per disordini metabolici/endocrinologici e il 12 per malattie ematologiche. A 10 anni dall'entrata in vigore della legge, la Commissione europea vuole però migliorarla e per questo ha lanciato una consultazione pubblica aperta a chi vuole contribuire sul sito internet della Direzione Generale Salute e sicurezza alimentare. C'è tempo fino al 20 febbraio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una corsia di sorpasso

In Italia le aziende che commercializzano un farmaco orfano hanno due vantaggi aggiuntivi: l'esenzione dal *payback* e un *fast track* per l'approvazione. In caso di superamento del tetto di spesa, cioè, l'ammontare da restituire viene suddiviso fra tutte le aziende farmaceutiche e non pesa solo su quella che produce il

farmaco; in più viene garantita una via più rapida di valutazione da parte dell'Aifa, l'ente che regola la commercializzazione dei medicinali. In tempo di crisi, però, si punta spesso il dito sul prezzo di questi farmaci, considerato troppo alto. «Studi condotti qualche anno fa, dimostrano invece che, correttamente, il prezzo di rimborso negoziato da Aifa è inversamente proporzionale al numero di pazienti eleggibili», spiega Barbara Polistena, ricercatrice presso il Consorzio per la ricerca economica applicata in Sanità (Crea) che, insieme all'Osservatorio per le malattie rare, ha

istituito l'Osservatorio farmaci orfani (Ossfor). Facciamo un esempio: per un farmaco destinato a una patologia con una prevalenza di oltre 0,5 pazienti per 10.000 abitanti (più di 3.000 pazienti), l'Aifa accetta un costo atteso annuo di circa 10.000 euro; per una patologia ultra-rara, con solo 5 casi sul territorio nazionale, la disponibilità a pagare arriva a 2 milioni di euro annui. Il centro di ricerca ha anche condotto uno studio sulla base della spesa per farmaci orfani della Regione Lombardia: cifre alla mano un paziente raro costa quanto una persona con due malattie croniche, per esempio il diabete e l'ipercolesterolemia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo studio sulla giovinezza

I sedentari sono più vecchi di 8 anni

■■■ Stare immobili sulle sedie per ore, senza mai alzarsi per completare più in fretta le pratiche in ufficio, nuoce alla salute e soprattutto alla giovinezza. La sedentarietà può perfino accelerare l'invecchiamento dell'organismo. Lo sostiene uno studio della University of California San Diego School of Medicine, pubblicato sulla rivista American Journal of Epidemiology, che ha preso in esame un campione di poco meno di 1.500 pazienti. Secondo i ricercatori, le donne che stanno su una sedia o in poltrona per più di 10 ore, facendo al tempo stesso poco esercizio, hanno cellule biologicamente più vecchie di otto anni rispetto a coloro che sono invece meno sedentarie. La ricerca ha preso in esame 1481 signore, tra i 64 e i 95 anni.

