Associazione Italiana di Oncologia Medica

RASSEGNA STAMPA

06-06-2017

1. REPUBBLICA Un'emergenza e cento illusioni
2. REPUBBLICA Purchè la vita oltre il cancro sia buona
3. LIBERO QUOTIDIANO Un malato di cancro su cinque finisce sul lastrico per curarsi
4. REPUBBLICA Il vaccino cubano
5. QUOTIDIANO SANITA' Tumori pediatrici. Si vive più a lungo e con meno complicazioni per la salute
6. ILSOLE24ORE.COM Lorenzin, le malattie alimentari degli adolescenti «male del secolo»
7. SOLE 24 ORE SANITA' Cosa fare se la terza età supera l'infanzia?
8. QUOTIDIANO SANITA' Responsabilità professionale e sicurezza delle cure
9. SOLE 24 ORE SANITA' Ssn, quattro killer da evitare
10. FOGLIO La partita su Ema ed Eba dirà molto dell'Europa (e del nostro ruolo)
11. LAREPUBBLICA.IT Mortalità infantile, in 25 anni dimezzati i casi. Oms: "Anche merito dei vaccini"
12. SOLE 24 ORE SANITA' Vaccini, biotestamento e venti pre-elettorali
13. STAMPA "Si è ammalata dopo aver fatto il vaccino" Sì al risarcimento per una donna di 42 anni
14. CORRIERE DELLA SERA «Ha una patologia legata a un vaccino» Il giudice: va risarcita
15. CORRIERE DELLA SERA Int. a Stefano Vella - «Effetti collaterali? Ne crea di più lo sciroppo»
16. ITALIA OGGI Vaccini gratis ma sanzioni pesanti
17. HEALTH DESK Lavorare così è insostenibile, giovani medici a rischio suicidio

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-GIU-2017
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

> PERISCOPIO

DANIELA MINERVA

Un'emergenza e cento illusioni

DICE bene Carmine Pinto, presidente degli oncologi italiani (Aiom), quando parla di «criticità urgenti che rischiano di compromettere la qualità dell'assistenza». Lo ha detto tra le pieghe del meeting annuale dell'American Society of Clinical Oncology che si chiude in queste ore a Chicago. Dove la sostenibilità delle terapie anticancro è stato il file rouge delle conversazioni private e il tema di molte sessioni pubbliche di lavoro, giacché non è un tema solo italiano, e riguarda il mondo intero. Ma Pinto ha in mente l'Italia e annota che siamo tra i primi paesi al mondo per numero di guarigioni, «perché il nostro sistema, basato sul principio di universalità, è efficiente grazie alle eccellenze ospedaliere» ma, appunto, è a rischio. I lettori di Rsalute ormai lo sanno: il costo per il Ssn dei farmaci anticancro è ingestibile. Nel 2016 abbiamo speso 4 miliardi e mezzo per questo. Una spesa che fa sballare tutti i budget. Perciò il governo si è inventato un fondo aggiuntivo di 500 milioni l'anno per gli innovativi oncologici, e noi abbiamo espresso le nostre riserve perché coi fondi speciali non si risolve un problema strutturale. Infatti dei 500 milioni speciali messi a disposizione nel 2016 ne sono stati spesi 342.469.428 (fonte Aifa) a riprova del fatto che a far saltare il banco non sono i "nuovissimi" farmaci ma tutta la spesa farmaceutica per l'oncologia. Che però è molto controllata. Gli oncologi dicono che non c'è nessuna inappropriatezza, ma che, invece, si buttano soldi in altri settori della lotta al cancro. «Il 15% degli esami è improprio», dettaglia ancora Pinto. Che aggiunge: «e moltissima chirurgia si potrebbe evitare». Dare una governance al costo della guerra al cancro significherebbe tagliare Tac e risonanze inutili, ma che i medici prescrivono per coprirsi le spalle dai rischi di diagnosi inappropriate e ormai i pazienti pretendono; così come significherebbe sindacare tra i chirurghi che "aprono" anche quando non è il caso. Togliere via massa tumorale è il must, ma, dicono oggi gli oncologi: è davvero sempre giusto farlo? La parola passa ai chirurghi. Da un lato, però, c'è la natura antropologica del loro mestiere: tagliare, aprire, risolvere col bisturi. E dall'altro, ancora, le aspettative dei malati, senza bisturi non c'è domani. Insomma, l'emergenza c'è ma pensare di risolverla con una governance razionale dei cento fronti della lotta al cancro resta per ora un'illusione.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

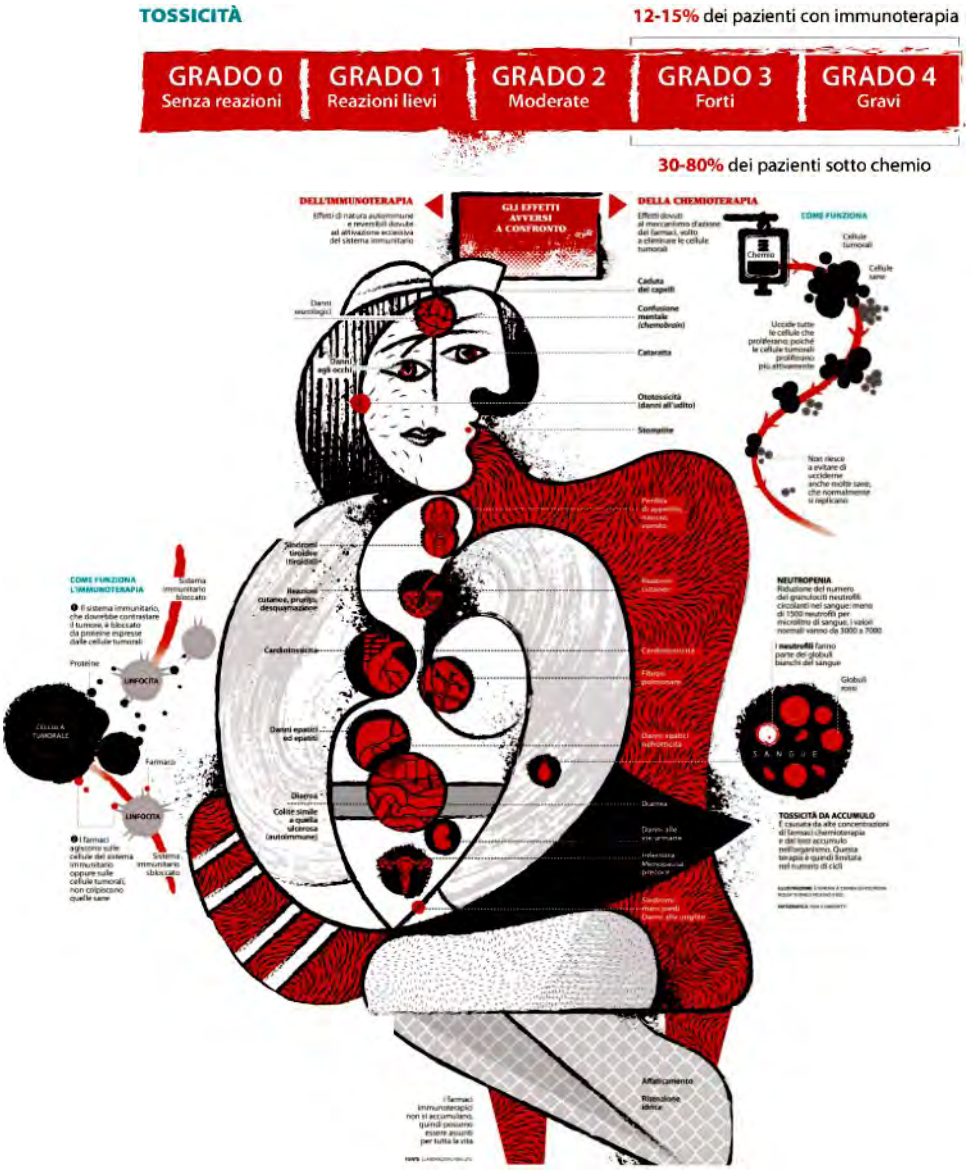
la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-GIU-2017
da pag. 28
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Tumori. Sempre più persone battono a lungo la malattia. E non devono subire la tossicità delle cure: ad occhi udito, cuore. Oggi è possibile. Con l'immunoterapia

Purché la vita oltre il cancro sia buona



AGNESE CODIGNOLA

QOL, QUALITY OF LIFE, qualità di vita: per decenni un parametro secondario, nelle valutazioni dei risultati degli studi clinici, non di rado del tutto trascurato. Perché per molto tempo l'obbiettivo è stato soltanto quello di strappare tempo alla malattia, prolungare la vita, non importa di che qualità. Si elencavano le tossicità, a volte molto pesanti, della chemioterapia; si quantificava il numero di coloro che avevano dovuto abbandonare le cure perché non ne sopportavano gli effetti collaterali, e anche quello di coloro che – a volte succedeva – morivano per le conseguenze dei farmaci, non della malattia. Poi si passava a una lunga lista di possibili

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-GIU-2017
da pag. 28
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

eventi avversi, presenti sovente insieme e in modo acuto, cioè di grado 3-4 su una scala di 4.

Sulla Qol neppure una parola o quasi. In seguito sono arrivati i farmaci intelligenti, e la situazione è migliorata: effetti collaterali ne hanno, ma di solito meno intensi e meno numerosi, anche se rispetto al battage pubblicitario che puntava sulla presunta innocuità delle nuove terapie, la realtà si è rivelata meno idilliaca: presto ci si è accorti che anche quei farmaci portavano con sé un bagaglio piuttosto pesante, che andavano maneggiati con cura e che la Qol non migliorava in misura così sostanziale.

Nel frattempo, però, la sopravvivenza si allungava, e si iniziavano a studiare anche le persone che avevano superato la fase acuta e che si trovavano a fare i conti con le eredità sgradite lasciate da quelle stesse terapie che le avevano portate fino a lì. E a quel punto si è iniziato a capire che bisognava lavorare anche su questo fronte, per assicurare non più solo una certa quantità di vita ma anche, il più possibile, una sua accettabile qualità. Anche perché una sopravvivenza gravata da disabilità, o anche solo da condizioni e disturbi non permette al malato di sentirsi mai veramente un ex. Così la qualità di vita è diventata sempre più importante, fino a essere imprescindibile.

Anche per questo l'immunoterapia rappresenta un cambio di passo: grazie al suo meccanismo d'azione, che non mira più a distruggere le cellule malate con le terapie, ma ad attivare il sistema immunitario in modo che sia lui a farlo, in maniera più fisiologica, la tossicità da farmaci è scomparsa, sostituita da quella causata da un eccessivo risveglio del sistema immunitario, di natura autoimmune e molto più gestibile e tollerabile rispetto a quella da chemioterapia.

Spiega Paolo Ascierto, dell'Istituto nazionale dei tumori Pascale di Napoli, che ha partecipato a molte delle sperimentazioni fondamentali dell'immunoterapia sul melanoma e non solo, e che ormai vede come reagiscono i pazienti da diversi anni: «Tutti gli effetti che si possono verificare sono transitori, quasi mai di grado molto elevato e sono riconducibili a una iper-reattività del sistema immunitario. Per questo abbiamo coliti analoghe a quella ulcerosa, epatiti, tiroiditi, eruzioni cutanee e molte altre reazioni molto simili a quelle che si vedono nelle malattie autoimmuni. La differenza, però, è che mentre in quest'ultimo caso si tratta quasi sempre di reazioni che non si riescono a spegnere, con gli immunoterapici si tratta di sindromi che passano, una volta sospesa la terapia». Nei primi anni, racconta l'oncologo, ci sono stati anche dei decessi, proprio perché non si era ancora capito che l'origine delle reazioni era nel sistema immunitario: per esempio, si trattavano le polmoniti come se fossero infettive, con gli antibiotici, senza avere risultati. Poi però l'esperienza ha permesso di capire. «Oggi - spiega Ascierto - esistono algoritmi di trattamento degli effetti collaterali, che prevedono quasi sempre la somministrazione di cortisonici e di altri farmaci per tenere bassa la reazione autoimmune. Nei casi più seri, poi, si sospende il trattamento immunoterapico, per evitare rischi».

L'importante è sempre che a somministrare queste cure siano centri qualificati con personale specializzato. Come l'ospedale San Luigi di Orbassano (Torino), centro di rferimento per l'immunoterapia del polmone. «Molti dei pazienti cui diamo l'immunoterapia - annota Silvia Novello, ordinaria di Oncologia dell'università di Torino - conducono una vita del tutto normale, essendo solo talvolta un po' affaticati o avendo leggeri fastidi quali il prurito. Ciò è dovuto anche in parte al fatto che, a quanto ne sappiamo oggi, gli immunoterapici non si accumulano nell'organismo come fanno alcuni chemioterapici, causando i danni a lungo termine: un enorme vantaggio». La qualità di vita sembra insomma davvero preservata con i farmaci immunologici. E questo, di per sé, è un indubbio beneficio. Ancora Novello: **«Anche nei casi in cui la sopravvivenza si allunga solo di qualche mese, ciò che l'immunoterapia può offrire, e che fa la differenza rispetto alla chemioterapia, è che si tratta di mesi di vita buona, e che possono dunque essere vissuti pienamente».**

Che quelle tre lettere siano sempre più importanti, del resto, lo dimostrano le direttive delle più importanti società di oncologia del mondo: sia quella europea, l'ESMO, che quella americana, l'ASCO, in molti documenti di indirizzo raccomandano che negli studi clinici, tra i parametri principali, siano sempre e comunque inserite valutazioni su elementi quali la capacità di mantenere una vita autonoma, il proprio lavoro, la vita sessuale, la fertilità, o su condizioni quali ansia, depressione, insonnia e disturbi dell'umore che le terapie possono aggravare, e convalidano questionari e scale di valutazione specifiche, in modo che i risultati siano sempre più leggibili e confrontabili a livello internazionale. Perché dopo una diagnosi di tumore molto spesso per fortuna oggi si vive a lungo. E allora bisogna dare la giusta importanza a quelle tre lettere: qol.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.306
Diffusione 12/2016: 27.904
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

06-GIU-2017
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'allarme degli oncologi

Un malato di cancro su cinque finisce sul lastrico per curarsi

Per i pazienti che hanno difficoltà economiche il rischio di morire aumenta del 20%

Sul lastrico un paziente su cinque

Se ti salvi dal cancro, muori di fame

di **LUCIA ESPOSITO**

C'è un altro dramma nel dramma del tumore: sono i soldi che servono per non morire. Quando arriva la diagnosi - più o meno crudele - si pensa al futuro che resta, si spera di farcela, di sconfiggere la bestia o di rinchiuderla nel recinto degli esami e dei controlli periodici. Fortunatamente sempre più malati ci riescono grazie ai progressi della ricerca e alle cure più mirate. Ma questa lotta ha un prezzo altissimo che non tutti possono permettersi perché i pochi risparmi li usi prima per comprare casa col mutuo e poi per far studiare i figli e non ci pensi che poi arriva il Male a succhiarti la vita oltre che il denaro.

La malattia entra nelle vite come uno tsunami che sconvolge tutto e prosciuga il conto in banca. C'è l'anziano che prima era autosufficiente e dopo deve stipendiare una badante perché le cure lo debilitano e non può più fare tutto da solo, ci sono i commercianti e i liberi professionisti che vedono precipitare i guadagni perché non possono più lavorare come prima. E poi migliaia di dipendenti privati che perdono il posto perché la legge li tutela ma fino a un certo punto e se non si presentano in ufficio dopo un certo numero di mesi (dipende dai contratti collettivi), il datore di lavoro non conserva la scrivania. Chi vive lontano dagli ospedali deve sostenere spese di trasporto per sottoporsi ai controlli periodici oppure si rivolge ai laboratori di analisi privati. Ma deve pagare gli esami di tasca propria.

La spietatezza dei numeri dice che un paziente oncologico su cinque in Italia è a rischio di default economico. Il dato emerge da uno studio dell'Istituto dei tumori Pascale di Napoli che ha evidenziato come il dissesto finanziario dovuto alla malattia si rifletta anche «in un peggioramento della prognosi». Il dottor Francesco Perrone è a Chicago, insieme ad altri 30mila oncologi da tutto il mondo, al congresso dell'American Society of Clinical Oncology dove l'Associazione italiana di oncologia medica ha sollevato il problema dei costi per lo Stato ma anche per i malati.

Perrone usa le parole con cautela, teme che un ammalato possa riconoscersi in questa situazione e cadere nello sconforto e mollare la sua battaglia. Spiega che il dato nasce da un'analisi di 16 sperimentazioni condotte tra il 1999 e il 2015 su 3670 pazienti di tutt'Italia. «All'inizio del trattamento alla domanda su eventuali difficoltà economiche, il 26% ha risposto di avere un po' di problemi. Chi ha difficoltà economiche ha un rischio di peggioramento della qualità della vita nei successivi tre o quattro mesi più alto del 35% rispetto a chi non ne ha». Il peggioramento delle condizioni economiche è stato chiamato dai medici «tossicità finanziaria», una definizione che mette in relazione il mondo della finanza e quello della pratica clinica dove per tossicità si intendono essenzialmente gli effetti collaterali della chemioterapia. La chiave di lettura di questi numeri non è quella più scontata secondo cui la qualità di vita è peggiore se il paziente ha problemi economici, ma che se mancano i soldi il trattamento ha meno probabilità di migliorare la qualità di vita. Più di tutti è interessante l'ultimo dato che Perrone ci spiega: «Il rischio di morte è più alto del 20% nei pazienti che hanno tossicità finanziaria. Questo vuol dire che se anche si trova un farmaco che riduca la mortalità del 20%, se non elimino o provo a incidere sulle cause che determinano la tossicità finanziaria, questo beneficio viene di fatto annullato».

Ma quali sono questi costi? «Il servizio sanitario paga tutto quello che è fondamentale a differenza di quello che accade negli Stato Uniti dove un paziente in difficoltà economiche ha l'80% in più di possibilità di morire rispetto a chi invece può permettersi di pagarsi le cure. Tuttavia ci sono dei costi paralleli che il paziente deve sostenere come le spese per il trasporto o per l'aiuto di una badante nel caso viva solo».

L'obiettivo, spiega Perrone, è creare uno strumento che «identifichi gli elementi che determinano il dissesto finanziario, le spese che più incidono sul portafogli di un paziente in modo che possiamo girare il risultato al legislatore e riuscire a fare qualcosa perché, ripeto, gli effetti benefici di un nuovo farmaco sono mitigati se il paziente è in sofferenza economica». È come se si fosse aperto un altro fronte su cui combattere questa malattia. Ai pazienti servono i farmaci per sopravvivere ma

Libero
Appendino sindaco peggiore della Raggi

Un malato di cancro su cinque finisce sul lastrico per curarsi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.306
Diffusione 12/2016: 27.904
Lettori Ed. II 2016: 226.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Vittorio Feltri

06-GIU-2017
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

anche i soldi per tirare avanti. E le nuove terapie che hanno cronicizzato e in alcuni casi sconfitto la malattia, hanno messo le casse dello Stato e anche le tasche dei pazienti davanti a una nuova sfida economica. La ricerca di nuove terapie, da sola, non basta più.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCHEDA

IL DEFAULT

Secondo una ricerca dell'Istituto tumori Pascale di Napoli, un paziente oncologico su 5 è a rischio default per le spese parallele alle cure che, invece, sono coperte dal servizio sanitario

COSTO MONDIALE

Oltre 20 tipi di tumore sono stati trattati con uno o più dei 70 nuovi trattamenti lanciati negli ultimi sei anni portando la spesa mondiale per il cancro a 107 miliardi di dollari nel 2015

LA RICERCA ITALIANA

Un'analisi di 16 sperimentazioni condotte tra il 1999 e il 2015, a cui hanno partecipato 3670 pazienti italiani colpiti da tumore al polmone, alla mammella o ovaio, ha evidenziato che il 22% presentatva "tossicità finanziaria" e un rischio di morte nei mesi e anni successivi del 20% più alto rispetto ai malati senza problemi economici

SPESA SANITARIA

Nel 2015 la spesa ha assorbito in Italia circa il 9% del PIl, contro il 10,4% dell'Europa occidentale. La spesa per i farmaci anticancro è stata di 4 miliardi e 175 milioni con un incremento del 7,1% rispetto al 2014

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

06-GIU-2017
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it

LO STUDIO

Il vaccino cubano

Isolati e senza possibilità di lavorare con i grandi centri di ricerca statunitensi, dal 1995 al 2016 i ricercatori cubani hanno condotto diversi studi per provare l'efficacia di un vaccino che stimola il sistema immunitario a bloccare una proteina, chiamata Egf, e di conseguenza l'attivazione del recettore del fattore di crescita dell'epidermide (Egfr), responsabile della crescita tumorale. Un prodotto molto usato a Cuba e approvato anche in altri paesi latinoamericani, in Repubblica Ceca, Germania, Gran Bretagna. Con la caduta del l'embargo Usa gli studi sul vaccino cubano hanno preso nuova linfa grazie alla collaborazione con il Roswell Park Cancer Institute, che ha cominciato a studiare gli effetti di Cimavax-Egf anche su pazienti americani. E a disegnare studi di combinazione con l'immunoterapia, hanno raccontato i ricercatori all'Asco. Il primo tumore su cui sarà provata la combinazione è quello al polmone non a piccole cellule: 90 pazienti riceveranno il prodotto cubano insieme a nivolumab, molecola in grado di ristabilire la risposta immunitaria anti-tumorale. È il primo passo, perché il vaccino potrebbe essere usato anche in prevenzione. «Stiamo pianificando uno studio per verificare l'efficacia di Cimavax-Egf per la prevenzione del tumore al polmone in pazienti ad alto rischio: quelli che hanno già avuto una neoplasia polmonare e sono stati trattati con la chirurgia, i forti fumatori o con malattie ostruttive polmonari», ha dichiarato Grace Dy, del team di ricerca a Roswell Park.

letizia gabaglio

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 05 GIUGNO 2017

Tumori pediatrici. Si vive più a lungo e con meno complicazioni per la salute

Dagli anni '70, per quasi tutti i tipi di tumore pediatrico, si sono ridotte le percentuali di incidenza e sono aumentate quelle di sopravvivenza. Anche le complicazioni a carico degli altri organi sono in netta diminuzione. Questa evidenza emerge da uno studio USA presentato al Congresso ASCO.

(Reuters Health) – In occasione del Congresso ASCO, un gruppo di ricercatori statunitensi ha divulgato i risultati di una ricerca che dimostra come le migliori strategie di trattamento per i tumori pediatrici aiutino i sopravvissuti a vivere più a lungo e con meno gravi problemi di salute legati al loro trattamento. Lo studio si basa sull'analisi di dati provenienti da 23.600 partecipanti allo studio Survivor sul cancro infantile finanziato dal National Institutes of Health.

L'indagine ha dimostrato che le gravi condizioni di salute che si verificano nei superstiti entro 15 anni dalla diagnosi di un cancro infantile sono scese percentualmente all'8,8% negli anni '90. Negli anni '70 la percentuale si attestava al 12,7%. "I risultati mostrano che i sopravvissuti a un cancro in età infantile, se trattati con gli approcci più moderni come la riduzione dell'esposizione alle radiazioni e minori dosaggi di chemioterapia, stanno meglio", dice Todd Gibson del St. Jude Children's Research Hospital di Memphis, che ha condotto lo studio."Non solo guarisce un maggior numero di bambini, ma i sopravvissuti presentano anche un minore rischio di sviluppare più tardi nella vita gravi problemi di salute legati ai trattamenti contro il cancro".

Lo studio

I ricercatori si sono concentrati sui gravi problemi di salute, pericolosi per la vita o mortali che si sono verificati entro 15 anni dalla diagnosi di un cancro pediatrico tra il 1970 e il 1999. I maggiori problemi di salute relativi al trattamento si sono verificati nei sopravvissuti al tumore di Wilms, un raro cancro ai reni. In questo gruppo, le complicazioni gravi sono scese al 5% negli anni '90, percentuale molto più bassa rispetto al 13% degli anni '70. Nei sopravvissuti al linfoma di Hodgkin infantile, il tasso di complicazioni è sceso all'11%, dal 18% negli anni '70. Sono stati osservati miglioramenti anche nei bambini colpiti da astrocitoma, il secondo più comune cancro dell'infanzia e in quelli affetti da leucemia linfoblastica acuta, il più comune cancro infantile. Non sono state osservate riduzioni degli effetti collaterali a lungo termine nei sopravvissuti al neuroblastoma, alla leucemia mieloide acuta, al sarcoma dei tessuti molli e all'osteoscarcoma.

I miglioramenti

I miglioramenti maggiori sono stati osservati a livello del sistema endocrino, (diabete, malattie della tiroide, carenza di ormoni della crescita). I ricercatori hanno rilevato la marcata riduzione della percentuale di patologie di questo sistema che si attesta all'1,6% nei sopravvissuti a una forma di cancro infantile negli anni '90, rispetto al 4% rilevato negli anni '70. L'insorgenza di nuovi tumori secondari è scesa all'1,6% negli anni '90 contro il 2,4% negli anni '70. Anche le condizioni gastrointestinali e neurologiche sono migliorate. Invece non sono stati osservati miglioramenti delle complicanze cardiache o polmonari.

Fonte: ASCO 2017

Julie Steenhuysen

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

HiQPdf Evaluation 06/05/2017

5 giu 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali

DAL GOVERNO

Lorenzin, le malattie alimentari degli adolescenti «male del secolo»

Le malattie alimentari degli adolescenti e in particolare delle ragazze sono "il male di questo secolo". Lo ha sottolineato la ministra della Salute Beatrice Lorenzin visitando il Centro per i disturbi del comportamento alimentare della Usl Umbria 1 a Palazzo Francisci di Todi. Una struttura alla quale «tengo moltissimo», ha sottolineato. «Questo è un centro molto valido - ha detto Lorenzin - perché qui si salva la vita alle persone strappandole a patologie complesse che coinvolgono soprattutto gli adolescenti».

La ministra è stato accolta dai responsabili della struttura ma soprattutto dalle ragazze provenienti da tutta Italia e dai loro genitori che hanno raccontato la propria esperienza. «Sia data la possibilità a tutto il Paese di avere centri così perché ci sono persone che vengono da tutta Italia», ha affermato il padre di una giovane ospite.

«Da qui si rinasce e si va avanti con più consapevolezza» ha detto la ministra rivolgendosi a tutte le ospiti e soprattutto a una ragazza che sul suo percorso di rinascita ha scritto un libro. «Ti organizzo io la presentazione al ministero» le ha detto Lorenzin appena ricevuta una copia in omaggio.

La promessa della ministra, infine. «L'anoressia e gli altri disturbi alimentari sono malattie devastanti che colpiscono i nostri ragazzi in età sempre più giovane, per questo, come ministro, mi impegnerò da subito, cercando l'intesa con la conferenza Stato Regioni, ad attivare l'iter necessario a replicare eccellenze come Villa Francisci in ogni regione del nostro paese».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

MEDICINA E RICERCA
02 Ottobre 2015
L'impatto dei determinanti ambientali su cronicità e malattie neurodegenerative impone al pediatra un salto di qualità

MEDICINA E RICERCA
30 Maggio 2016
Urologia, giugno dedicato alla prevenzione con visite e consulti gratuiti

MEDICINA E RICERCA
03 Giugno 2015
Obesità: la scuola si trasforma con il progetto Eat

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità
Dir. Resp.: Guido Gentili

06-GIU-2017
da pag. 9
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SFIDA DEMOGRAFICA E JOINT ACTION UE

Cosa fare se la terza età supera l'infanzia?

Il fatto che la popolazione stia progressivamente invecchiando non è una novità. È di recente la notizia, diffusa dall'ultimo rapporto Istat, secondo cui il 22% degli italiani ha più di 65 anni. Ciò che dovrebbe farci riflettere è che la redistribuzione demografica in atto farà sì che, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero degli anziani supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni e il segmento di popolazione ultraottantenne risulterà pressoché triplicato. Inoltre, il cambiamento radicale non sarà prerogativa esclusiva dei Paesi a reddito più elevato, ma assumerà una dimensione globale.

All'evoluzione demografica si è affiancata negli anni una parallela transizione epidemiologica nel tipo di patologie preminenti. Da una maggiore prevalenza di malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dei sistemi cardio-vascolare e neurologico, caratterizzate da ridotta letalità ma elevato carico di disabilità. Tale transizione sta rapidamente interessando anche i Paesi a medio e basso reddito, assolutamente impreparati, sia dal punto di vista delle conoscenze che delle risorse, a fronteggiare una situazione senza precedenti.

Qualora non fossero tempestivamente messe in atto misure adeguate a fronteggiare il problema, la doppia transizione demografica ed epidemiologica e il conseguente impatto socio-economico rischiano di dare l'avvio al cosiddetto "longevity shock", trasformando la longevità, che normalmente dovrebbe considerarsi una delle maggiori conquiste dell'umanità, in una minaccia incombente. Parafrasando il titolo di un recente editoriale sull'emergenza invecchiamento in Cina, è necessario capire come togliere l'innesco a questa "bomba a orologeria".

Per affrontare la sfida è indispensabile ribaltare il nostro modo di concepire l'invecchiamento, che va visto come processo multi-fattoriale che investe l'intero arco della vita, caratterizzato da una progressiva perdita delle capacità funzionali e da una crescente comorbidità. Lo stato di salute dell'anziano non deve più essere identificato unicamente con la ridotta presenza di malattia (Healthy aging invecchiamento in salute) ma con il mantenimento del benessere psico-fisico e relazionale (*Active Aging* invecchiamento attivo), pur in presenza di polipatologie.

Il termine "attivo" non va riferito semplicemente all'efficienza fisica, ma alla conservazione di un ruolo attivo e riconosciuto nella vita economica, socio-culturale e civica della comunità.

La vera sfida quindi è quella di preservare le capacità funzionali e l'autosufficienza dell'individuo nel corso degli anni, limitando e ritardando l'insorgenza della disabilità. Di conseguenza, è necessario spostare l'attenzione dal prolungamento della speranza di vita alla qualità degli anni vissuti. Il grafico in alto utilizza un indicatore specifico (*Dfle disability free life expectancy*) che quantifica quanti degli anni dell'attesa di vita media a una determinata età saranno presumibilmente vissuti in assenza di disabilità (limitazioni relative a movimento, attività quotidiane, comunicazione). Specifici interventi di politica sanitaria, sociale ed economica dovrebbero essere mirati proprio a ridurre la speranza di vita con disabilità (in giallo nel grafico). Al contrario tale quota è rimasta pressoché costante nel corso degli anni, mantenendosi di poco inferiore ai 3 anni negli uomini e superiore ai 5 nelle donne, rivelando un'evidente diseguaglianza, che si riscontra anche a livello geografico, con condizioni mediamente peggiori per il centro-sud rispetto al nord Italia.

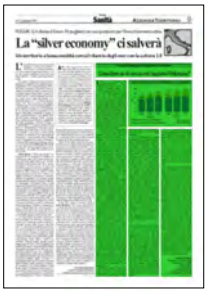
Le attività di ricerca epidemiologica dell'Istituto superiore di Sanità in tema di invecchiamento recepiscono l'attuale orientamento e sono volte ad acquisire una visione d'insieme dei meccanismi e dei processi che dalla vulnerabilità portano all'instaurarsi, spesso concomitante, di particolari condizioni patologiche e alterazioni funzionali età-correlate. Soprattutto attraverso lo studio di vaste coorti di popolazione anziana, seguite nel tempo, si ha la possibilità di individuare i fattori, non solo sanitari, ma anche gli stili di vita e le caratteristiche sociali, cognitive, economiche e ambientali che favoriscono l'invecchiamento attivo e in buona salute.

L'Iss è uno delle istituzioni italiane designate dal ministero della Salute a partecipare alla Joint action europea sulla fragilità dell'anziano *Managing frailty. A comprehensive approach to promote a disability-free advanced age in Europe: the Advantage iniziative*. Le attività Advantage hanno avuto inizio lo scorso gennaio e avranno la durata di tre anni, con la partecipazione di 22 Stati membri, rappresentati da 35 organizzazioni.

Le Joint Action si differenziano dai progetti di ricerca europei perché coinvolgono gli Stati membri, e non le singole istituzioni di ricerca, i quali decidono di unire le proprie forze e cofinanziare un'azione comune, volta a trovare soluzioni condivise e praticabili per fronteggiare determinate emergenze di salute, in questo caso la fragilità. Sebbene il concetto di fragilità e la sua prevalenza nella popolazione siano ancora abbastanza controverse, può essere definita come uno stato di vulnerabilità a fattori di stress endogeni ed esogeni che espone l'individuo a un maggior rischio di esiti di salute negativi e alla diminuzione delle capacità funzionali residue, interessando circa il 10% degli ultrasessantacinquenni (circa il 40% in uno stato di pre-fragilità). Lo stato di fragilità frequentemente anticipa l'insorgenza della disabilità e, a differenza di questa, può essere reversibile. Per tale motivo, a livello di salute pubblica, è fondamentale elaborare una strategia comune per la prevenzione, la diagnosi precoce, il monitoraggio e la gestione multidimensionale della fragilità, basata sull'evidenza scientifica e sulle esperienze pregresse.

Lucia Galluzzo
ricercatore in epidemiologia dipartimento malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento, Istituto superiore di Sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA


La "silver economy" ci salverà

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 06/05/2017

quotidianosanità.it

Federsanità

Quotidiano on line di informazione sanitaria
Lunedì 05 GIUGNO 2017

segui quotidianosanita.it

twitter facebook feed newsletter archivio

Responsabilità professionale e sicurezza delle cure. Senza i decreti attuativi legge monca. Governo faccia presto, prima delle elezioni

La cosiddetta legge "Gelli" è in parte immediatamente applicabile e in parte da attuare con provvedimenti successivi, senza i quali l'intervento normativo è destinato a rimanere privo di alcuni effetti assolutamente necessari a sostenere l'intera impalcatura del nuovo sistema. Dalle Linee guida al fondo di garanzia. Per non parlare delle assicurazioni

05 GIU - La legge 24 del 2017 ha delineato un assetto, parte del quale immediatamente cogente ed applicabile, parte da attuare con provvedimenti successivi, senza i quali l'intervento normativo è destinato a rimanere privo di alcuni effetti assolutamente necessari a sostenere l'intera impalcatura del sistema.

Abbiamo già cercato di individuare gli adempimenti richiesti alle aziende sanitarie (vedi articolo di Frittelli-Fiore su QS del 18 aprile 2017). Ora vediamo cosa richiesto ai decreti ministeriali e interministeriali che è importante vengano emanati tempestivamente, data la situazione politica del Paese, per non rischiare che eventuali ritardi incappino nel cambio di legislatura, che ritarderebbe ulteriormente l'applicazione di parte della normativa.

I decreti ministeriali e interministeriali previsti dall'impianto normativo danno corpo alla riforma e la loro mancanza rischia di sottrarre tutela sia agli esercenti le professioni sanitarie che agli utenti, senza contare le difficoltà nelle quali si troverebbero le strutture sanitarie nella gestione del rischio sanitario e del contenzioso da med-mal e nel reperimento di compagnie assicurative disponibili ad assicurare il rischio professionale sanitario.

L'istituzione dell'Osservatorio delle buone pratiche. Il primo fondamentale provvedimento è quello previsto dall'articolo 3 della legge, con termine al 30 giugno 2017; trattasi di un decreto del Ministro della Salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per istituire, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, che costituisce il terminale della raccolta dati regionali e il centro propulsore delle buone pratiche.

L'Osservatorio dovrà sostituire i due osservatori attualmente esistenti, quello delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e quello dei sinistri e delle polizze assicurative. Non si tratterà di una semplice fusione di funzioni relative alla raccolta dati, ma di un centro di snodo strategico tra i centri regionali di cui all'articolo 2 della legge 24 e le aziende sanitarie con i loro professionisti.

Infatti, ogni regione deve istituire il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, che deve provvedere all'emanazione di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, al monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché alle indicazioni per la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari.

Il ritardo nell'emanazione del decreto rischia di rallentare l'inizio di questo articolato e capillare percorso di gestione del rischio sanitario e delle attività connesse, soprattutto in quelle realtà regionali che sono maggiormente in difficoltà nell'approccio al problema e avrebbero necessità dello strutturato sistema prefigurato in maniera innovativa e completa dalla nuova legge.

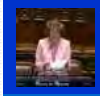
L'elenco dei soggetti abilitati all'elaborazione delle Linee guida. Il secondo fondamentale provvedimento è il decreto del Ministro della Salute, anch'esso con termine 30 giugno 2017, per l'istituzione e la regolamentazione dell'elenco che individua gli enti e istituzioni pubbliche e private nonché le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie che devono elaborare le linee guida, contenenti le raccomandazioni alle quali devono attenersi, salve le specificità del caso concreto, gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, da aggiornare con cadenza biennale.

In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

E' prevedibile che il decreto ministeriale in questione sia piuttosto complesso, dovendo stabilire, nel regolamentare l'iscrizione delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-

Federsanità

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

QS gli speciali

Vaccini. Governo decide l'obbligo per iscriversi a scuola
tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

1 Reazione avverse ai vaccini. Aifa pubblica i dati 2014/2015. In totale 12.645 segnalazioni di sospette reazioni avverse, comprese 78 morti sospette. Ma per nessun caso di decesso è stata rilevata correlazione con la vaccinazione

2 Pesaro. Morto il bambino affetto da otite curata con l'omeopatia. I genitori donano gli organi. Lorenzin: "Quella cura è stata uno sbaglio"

3 Osteopatia. Non la si può declassare a specializzazione di fisioterapia

4 Bambino morto di otite. Romani (Idv): "Attacco a medicine non convenzionali, ora basta"

5 Roma. Per i giornali donna muore in ambulanza per un infarto, senza assistenza medica. Ma Tor Vergata: "Nessun infarto in ambulanza, signora è morta in ospedale per malattia preesistente"

6 Tutti contro i Pronto Soccorso. E il Simeu insorge: "I pazienti sono in attesa, non abbandonati, mai"

7 Bloomberg: "Gli italiani sono i più sani del mondo". Primo posto nella classifica del Global Health Index

HOPdf Evaluation 06/05/2017

scientifiche:
a) i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;
b) la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione nel sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;
c) le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

Con tale previsione la legge Gelli ha prefigurato un sistema, tutto nuovo, trasparente e rigoroso, di accreditamento delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche.

Siffatto sistema è particolarmente importante per garantire adeguati livelli di qualità degli enti e l'assenza di conflitti di interessi e passare da generici riferimenti al "mondo scientifico" ad una individuazione rigorosa dei soggetti accreditati ad emanare le linee guida, anche in considerazione dell'effetto scriminante dell'osservanza delle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dai suddetti soggetti, ai sensi dell'articolo 6 della nuova legge, che profila una specifica responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria.

Sistema nazionale delle Linee guida. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti individuati dal suddetto decreto ministeriale sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 luglio 2017.

Il rigore scientifico del sistema dovrà essere garantito, a livello centrale, dall'Istituto Superiore di Sanità, che pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni. Anche in questo caso, quindi, il decreto ministeriale è da emanare con assoluta tempestività.

I tre decreti sulle assicurazioni. Una delle più rilevanti novità della legge Gelli è rappresentata dall'obbligo assicurativo a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, al quale, tuttavia, non corrisponde alcun obbligo a contrarre a carico delle imprese assicurative.

La obbligatoria copertura assicurativa per la responsabilità civile della struttura verso terzi (nonché verso i propri prestatori d'opera) è estesa anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

Detto obbligo di copertura assicurativa della struttura può essere surrogato dall'adozione, da parte della stessa struttura, di "altre analoghe misure". L'obbligo assicurativo (o la copertura attraverso le analoghe misure) concerne anche la responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie che vengano chiamati "in proprio", a titolo di responsabilità extracontrattuale (e, quindi, anche per colpa lieve), ferma restando l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa.

Proprio al fine di garantire efficacia a tali azioni, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.

Le strutture sanitarie devono rendere nota, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assi.

In tale complesso ambito, concernente la copertura rischi tramite assicurazione o altre analoghe misure, è prevista l'emanazione di tre decreti:
a) con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro il 31 luglio 2017, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano - sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti - devono essere determinati **i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie**, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati che, per disposizione del tutto innovativa della legge 24, e' impignorabile.

Questo decreto è, pertanto, assolutamente essenziale, sia per cercare di regolamentare un mercato, quello assicurativo del med-mal, che ha visto negli ultimi anni la defezione dei principali operatori, sia per regolamentare le c.d. misure analoghe, in caso di assenza di assicurazione. La tempestiva regolamentazione di detti profili appare di fondamentale importanza proprio per dare effettività e concretezza alle più rilevanti innovazioni contenute nella legge 24, alla luce di in un panorama nazionale che, da un lato, è coperto dalle assicurazioni a macchia di leopardo, senza contare le alte quote di franchigie e SIR in presenza di coperture assicurative, e, dall'altro, vive in uno stato di "incertezza" finanziaria, anche con riguardo alla posizione degli stessi medici strutturati, nei casi di opzione aziendale per l'analoga misura della "autoritenzione", allo stato, senza specifiche regole e garanzie di bilancio.

Si ricorda che, sotto questo profilo, in gioco c'è sia l'effettività di tutela del danneggiato che la sostenibilità dei bilanci, che devono poter quantificare con relativa certezza la quantificazione del rischio. Con riferimento alle strutture pubbliche, poi, si aggiunge il pregiudizio per il Fondo del SSN, al quale comunque si attinge, sia per i premi assicurativi che per le misure di autoritenzione che, se mal gestite, diventano fonte di spesa incontrollata. Senza contare che, come accennato, ai fini della serenità dei professionisti, sotto il profilo della rivalsa, non è indifferente il fatto che l'azienda sia assicurata, ovvero ricorra ad analoghe misure.

b) Con decreto del Ministro dello sviluppo economico da emanare, di concerto con il Ministro della salute e sentito l'IVASS, entro il 31 luglio 2017, sono individuati **i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate** e alle altre analoghe misure e sono stabiliti, altresì, le modalità e i termini per la comunicazione di tali dati da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e degli esercenti le professioni sanitarie all'Osservatorio. Il medesimo decreto stabilisce le modalità e i termini per l'accesso a tali dati.

c) Con decreto, da emanare entro il 30 giugno 2017, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il

8 Troppa euforia sul decreto vaccini

9 Cassazione. Risponde penalmente il medico che ignora la chiamata dell'infermiere

10 Inibitori pompa protonica. Li usiamo troppo e male. Le prime linee guida per "de-prescriverli"

UOPC Evaluation 06/06/2017

Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità per **lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS sulle imprese di assicurazione** che intendono stipulare polizze con le strutture sanitarie e con gli esercenti la professione sanitaria.

Il Fondo di garanzia. La legge 24 ha istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, la cui gestione è affidata alla Concessionaria servizi assicurativi pubblici (CONSAP) Spa.
Trattasi di una novità, mutuata dal mondo degli incidenti stradali, a protezione dei soggetti danneggiati, per assicurare loro effettività di tutela.

Il Fondo risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:
a) qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero dall'esercente la professione sanitaria ai sensi del decreto di cui all'articolo 10, comma 6;
b) qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente;
c) qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa.

Il Fondo di garanzia è alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria.
Con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro il 31 luglio 2017, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le rappresentanze delle imprese di assicurazione, sono definiti:
a. la misura del contributo dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria;
b. le modalità di versamento del contributo di cui alla lettera a);
c. i princìpi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la CONSAP Spa;
d. le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

L'emanazione del decreto è particolarmente importante sia per la costituzione di questo importante strumento, sia per evitare criticità che possono crearsi nella gestione: potrebbe indurre le strutture e i professionisti ad assicurarsi per il massimale minimo previsto, contando sulla copertura del Fondo; potrebbe creare disparità nell'accesso al Fondo medesimo tra assicurati con massimali diversi; potrebbe creare effetti distorsivi del mercato assicurativo; sembrano del tutto scoperte le ipotesi di totale copertura assicurativa per scelta della struttura o del professionista; c'è da capire il rapporto con il fondo previsto dalla legge Balduzzi per i professionisti a più alto rischio, mai attuato per mancanza del DPCM che avrebbe dovuto regolamentarlo.

La legge Gelli e il ddl concorrenza. La legge 24 ha opportunamente stabilito per il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria l'aggancio alle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private di cui al D.lgs. n. 209/2005. Trattasi di una condizione essenziale per definire un perimetro meno incerto del rischio assicurativo ed abbassare l'entità dei premi, riaprendo il mercato alle principali compagnie assicurative.
Appare, quindi, indispensabile la definizione dell'iter del ddl concorrenza e del successivo decreto di attuazione.

Tiziana Frittelli
Vicepresidente Federsanità

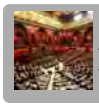
05 giugno 2017
© Riproduzione riservata

Altri articoli in Governo e Parlamento

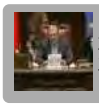
Lorenzin: "Martedì il decreto vaccini". E per la sanità: "Servono più risorse, il 6.4% Pil è poco". A luglio pronta proposta di riforma dei ticket

La settimana in Parlamento. In Commissione Affari sociali proseguono lavori sul ddl Lorenzin. Al Senato si avvia esame della manovrina

Reazione avverse ai vaccini. Aifa pubblica i dati 2014/2015. In totale 12.645 segnalazioni di sospette reazioni avverse, comprese 78 morti sospette. Ma per nessun caso di decesso è stata rilevata correlazione con la vaccinazione


Manovrina. Arriva il via libera dalla Camera. Il testo passa ora all'esame del Senato

Manovrina. Ass. Coscioni: "Si salvaguardino i diritti delle persone con disabilità più gravi"


Manovrina. La Camera accorda la fiducia al Governo. Domani la votazione finale

Quotidianosanità.it
Quotidiano online d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Via Boncompagni, 16
00187 - Roma

Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma (RM)

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriquez

In redazione
Lucia Conti
Ester Maragò
Giovanni Rodriquez

Collaboratori
Eva Antoniotti (Ordini e professioni)
Gennaro Barbieri (Regioni)
Ivan Cavicchi (Editorialista)
Fabrizio Gianfrate (Editorialista)
Ettore Mautone (Campania)
Maria Rita Montebelli (Scienza)
Claudio Risso (Piemonte)
Edoardo Stucchi (Lombardia)
Vincino (Vignette)

Contatti
info@qsedizioni.it

Pubblicità
Tel. (+39) 06.89.27.28.41
commerciale@qsedizioni.it

Redazione
Tel (+39) 06.59.44.62.23
Tel (+39) 06.59.44.62.26
Fax (+39) 06.59.44.62.28
redazione@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n. 115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.
Policy privacy

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

06-GIU-2017
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

RAPPORTO GIMBE

Ssn, quattro killer da evitare

Pesano l'assenza dei fondi e di un vero piano di rilancio

Sono quattro le criticità che, come una miscela letale, mettono a rischio la sopravvivenza della sanità pubblica e che richiedono immediate misure politiche di sistema: le individua il secondo "Rapporto sulla sostenibilità del Ssn", presentato dalla Fondazione Gimbe. Definanziamento pubblico, nuovi Lea, sprechi e ipotrofia della sanità integrativa sono i killer che mettono a rischio il sistema. «Non c'è alcun piano occulto di smantellamento del Ssn - precisa Gimbe -, ma nemmeno un programma esplicito per difendere un modello equo e universalistico di sanità pubblica».

CARTABELLOTTA A PAG. 6-7

RAPPORTO GIMBE/ Sistema a rischio per fondi scarsi, Lea, sprechi e sanità integrativa

Ssn, quattro killer da evitare

Ancora assente un piano per difendere un servizio equo e universale

Se il "Rapporto sulla sostenibilità del Ssn 2016-2025", presentato dalla Fondazione Gimbe nel giugno 2016, concludeva che non esisteva «alcun piano occulto di smantellamento del Ssn, ma nemmeno un programma esplicito per difendere un modello equo e universalistico di sanità pubblica da consegnare alle future generazioni», il 2° Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Ssn giunge a conclusioni del tutto analoghe. Quattro le criticità analizzate che, come una miscela letale, mettono a rischio la sopravvivenza della sanità pubblica e che richiedono immediate misure politiche di sistema: definanziamento pubblico, nuovi Lea (si veda altro pezzo in pagina), sprechi e ipotrofia della sanità integrativa.

Definanziamento pubblico. Innumerevoli segnali documentano l'imponente definanziamento della sanità pubblica: tra tagli e mancati aumenti dal 2010 il Ssn ha lasciato per strada oltre € 35 miliardi, facendo retrocedere l'Italia sempre più nel confronto con i Paesi dell'Ocse. Infatti, le analisi riportate nel Rapporto Gimbe dimostrano che la spesa sanitaria in Italia continua inesorabilmente a perdere terreno, sia considerando la percentuale del Pil sia, soprattutto, la spesa pro-capite. In particolare, se oggi in Italia la percentuale del Pil destinato alla spesa sanitaria totale è in linea con la media Ocse, in Europa siamo ultimi tra i Paesi ricchi insieme alla Spagna; la situazione peggiora prendendo in considerazione la spesa pro-capite totale (figura 1), inferiore alla media Ocse ($ 3.245 vs $ 3.976) che posiziona l'Italia prima tra i Paesi più poveri dell'Europa. Il dato relativo al definanziamento emerge in maniera ancora più evidente confrontando la crescita percentuale della spesa pubblica negli anni 2000-2008 vs 2009-2015. Nel primo caso il finanziamento pubblico in Italia è aumentato quasi del 60%, rispetto a una media Ocse del 72%, mentre nel periodo 2009-2015 siamo fanalino di coda tra i Paesi che hanno registrato un incremento percentuale della spesa pubblica con un misero +2,9% (rispetto al 20% della media Ocse), e dietro di noi rimangono solo Spagna, Portogallo e Grecia, dove c'è stata una riduzione percentuale (figura 2).

Un quadro altrettanto inquietante emerge dal confronto con i Paesi del G7 dove l'Italia è fanalino di coda per spesa totale e per spesa pubblica, ma seconda per spesa out-of-pocket, testimonianza inequivocabile che la politica si è progressivamente sbarazzata di una consistente quota di spesa pubblica, scaricandola sui cittadini senza preoccuparsi di rinforzare in alcun modo la spesa privata intermediata.

La legge di Bilancio 2017, a dispetto delle pessimistiche previsioni, ha confermato un aumento del fondo sanitario nazionale di € 2 miliardi ma il 2° Rapporto Gimbe documenta che:

- l'incremento rappresenta di

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

06-GIU-2017
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

fatto un "anticipo di cassa": infatti € 115 miliardi previsti per il 2018 dall'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016 sono stati ridotti a € 114 nella legge di Bilancio 2017, che ha spalmato nel triennio 2017-2019 la cifra concordata nel predetto accordo dalle Regioni per il biennio 2017-2018;

- il finanziamento pubblico definito dalla legge di Bilancio 2017 per il triennio 2017-2019 è al lordo del contributo annuale alla finanza pubblica a carico delle Regioni, che nel febbraio 2017 si è concretizzato nel "presunto taglio" di € 422 milioni;
- dei € 2 miliardi assegnati alla sanità, al netto del contributo di cui sopra, la quota non vincolata è del tutto irrisoria.

Secondo il Documento di economia e finanza (Def) 2017, poi, nel triennio 2018-2020 il rapporto tra spesa sanitaria e Pil diminuirà dal 6,7% del 2017 al 6,5% nel 2018, per poi precipitare al 6,4% nel 2019, per la prima volta al di sotto della soglia di allarme fissata dall'Oms, secondo cui sotto il 6,5%, si riduce l'aspettativa di vita. Dall'analisi comparata dei Def 2015, 2016 e 2017 relativamente agli anni 2017, 2018 e 2019 emergono intenzioni politiche inequivocabili: se inizialmente il progressivo definanziamento della sanità pubblica era interpretabile come logica conseguenza della crisi economica, oggi appare ormai come una costante irreversibile. Infatti, il Def 2017 conferma in maniera più netta rispetto ai precedenti, che se nel 2010-2015 la sanità si è fatta pesantemente carico della crisi economica del Paese, una eventuale ripresa del Pil nei prossimi anni non avrà un corrispondente impatto sul finanziamento pubblico del Ssn.

Sprechi. La Fondazione Gimbe documenta che una quota consistente di denaro pubblico continua ad alimentare sprechi intollerabili: l'aggiornamento alla spesa sanitaria 2016 identifica € 22,51 miliardi/anno erosi da sovra-utilizzo, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto-utilizzo, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza (tabella 1). A dispetto delle critiche mosse a queste stime, considerate eccessive, l'Ocse ha recentemente confermato che in sanità 2 euro su 10 vengono sprecati lanciando un chiaro monito: non c'è più tempo per disquisire sull'esistenza degli sprechi, ma tutti gli stakeholder sono chiamati a eliminarli recuperando risorse per contribuire alla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Sanità integrativa. La combinazione di fenomeni concomitanti occorsi nell'ultimo decennio hanno sancito il fallimento del modello di finanziamento del Ssn a tre pilastri: infatti, il primo è stato fortemente indebolito dalla progressiva e imponente riduzione del finanziamento pubblico con erogazione dei Lea insufficiente e non uniforme in tutto il territorio nazionale. Il secondo pilastro (fondi sanitari integrativi) non è stato adeguatamente rinforzato, complici la frammentazione normativa, i timori di un carico eccessivo di detrazioni fiscali e una anacronistica ideologia di welfare che continua a limitarlo a prestazioni non essenziali; nel frattempo, la governance del terzo pilastro si è dimostrata del tutto inadeguata, tanto che le assicurazioni private si stanno espandendo con modalità che aumentano le diseguaglianze sociali, contribuendo a minare le basi di un Ssn pubblico, equo e universalistico. Rispetto al ricorso alla sanità integrativa (fondi sanitari + polizze assicurative) per contribuire alla sostenibilità del Ssn, l'immobilismo legislativo ha generato un inaccettabile paradosso: dal momento che i riferimenti normativi non permettono al secondo pilastro di coprire prestazioni essenziali, molte di queste oggi vengono sostenute dal terzo pilastro, che si sta insinuando tra incertezze delle Istituzioni e minori tutele della sanità pubblica, rischiando di trasformare silenziosamente, ma inesorabilmente, il modello di un Ssn pubblico, equo e universalistico in un sistema misto.

pagine a cura di
Nino Cartabellotta
presidente fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figura 1 - La spesa sanitaria nei Paesi Ocse

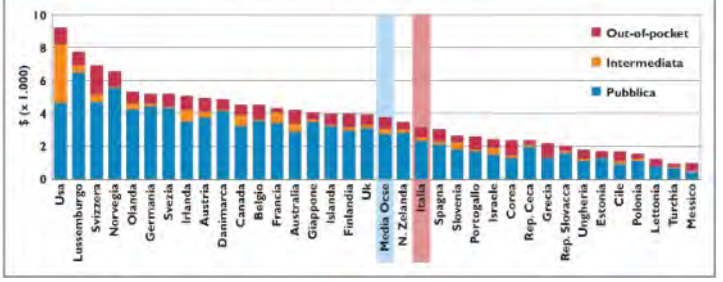
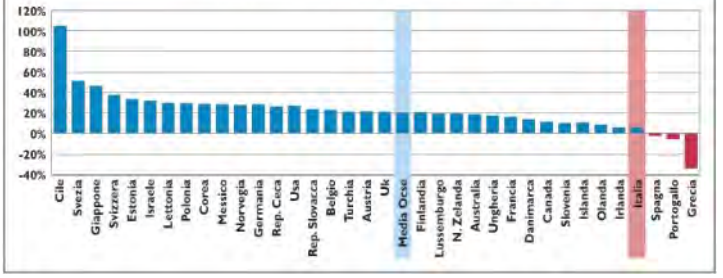


Tabella 1 - Stima degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica, anno 2016

Categoria	%	€ miliardi *	Range (±20%)	Categoria	%	€ miliardi *	Range (±20%)
1. Sovra-utilizzo	30	6,75	(5,40 - 8,10)	5. Complessità amministrative	11	2,48	(1,98 - 2,97)
2. Frodi e abusi	2	4,95	(3,96 - 5,94)	6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	2,70	(2,16 - 3,24)
3. Acquisti a costi eccessivi	10	2,25	(1,80 - 2,70)				
4. Sotto-utilizzo	15	3,38	(2,70 - 4,05)				

(*) € 22,51 miliardi calcolati proiettando la stima Ocse (20%) su € 112,542 miliardi di spesa pubblica

Figura 2 - La crescita dei finanziamenti ai sistemi sanitari



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2016: 25.000
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

IL FOGLIO

Dir. Resp.: Claudio Cerasa

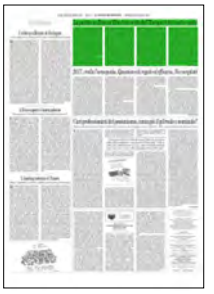
06-GIU-2017
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

La partita su Ema ed Eba dirà molto dell'Europa (e del nostro ruolo)

Roma. E' in corso in Europa una partita economica e politica al tempo stesso, nella quale si potrà misurare se in Italia avrà la meglio la logica del fare e della fiducia nel futuro su quella del malumore militante. E' la partita molto concreta attorno al destino delle agenzie europee che causa Brexit lasceranno il Regno Unito, il cui esito sta agitando le cancellerie del Continente. Tra agosto e settembre si deciderà infatti la dislocazione di due importanti enti che attualmente hanno sede nella capitale britannica: la European medicines agency (Ema), l'agenzia del farmaco, e la European banking authority (Eba), l'autorità di controllo sulle banche. Si tratta di una partita che si intreccia con altri tavoli di confronto e che registrerà i rapporti di forza dentro l'Europa dei 28 meno uno.

L'Italia è in prima fila con la candidatura di Milano per la sede dell'Ema, dopo che Roma si è chiamata fuori per l'opposizione del sindaco pentastellato Virginia Raggi, e se saprà giocare bene le sue carte ha buone probabilità di successo. Tuttavia, come dice al Foglio il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi, "non deve prevalere anche in questa vicenda la logica pessimista del niente va bene". L'Ema è uno degli enti comunitari più interessanti, perché attira fondi e visibilità: ha quasi mille dipendenti, un budget da 300 milioni di euro, promuove molti eventi e riceve 36 mila visite annuali di esterni. L'agenzia autorizza la messa in commercio dei nuovi farmaci sul territorio dell'Unione e rappresenta dunque uno snodo cruciale per l'industria farmaceutica continentale. Chi se la aggiudica sarà corteggiato dalle multinazionali del settore. Non a caso Glaxo e AstraZeneca stanno valutando di lasciare il Regno Unito. E non sorprende che Londra stia facendo il possibile per trattenere l'agenzia. Nei giorni scorsi tuttavia Bruxelles ha impresso una netta accelerazione alle procedure di trasferimento. In un documento riservato inviato ai rappresentanti dei vari paesi la Commissione ha fissato i criteri in base ai quali saranno valutate le candidature e ha stabilito il calendario dei lavori: entro il 31 luglio i governi interessati dovranno presentare ufficialmente le offerte per la valutazione della Commissione che sottoporrà quindi la sua decisione al Consiglio dei capi di stato in ottobre. Palazzo Chigi è fiducioso di poter portare a Milano l'agenzia. "La città ha tutti i requisiti richiesti da Bruxelles – spiega al Foglio Enzo Moavero Milanesi, l'ambasciatore delegato dal premier Paolo Gentiloni alla trattativa – ha individuato una sede, il grattacielo Pirelli, in grado di garantire la continuità operativa al momento della Brexit, ha trasporti efficienti ed è ben collegata con il resto d'Europa, ha scuole internazionali per i figli dei dipendenti e opportunità di lavoro per i loro coniugi". Moavero Milanesi non nasconde comunque che la concorrenza è agguerrita e che contro l'Italia saranno utilizzati anche argomenti di contorno "come la crisi dell'Alitalia e l'incertezza politica". Sul destino di Ema ed Eba, infatti, è in atto un aspro confronto tra nord e sud Europa. La vorrebbero l'Italia e la Spagna, che di recente ha candidato Barcellona, ma si sono proposte anche Dublino, Copenaghen, Stoccolma e Vienna, che è appoggiata dalla Germania e dai paesi centro europei del gruppo di Visegrad. La dislocazione dell'Eba sembra invece una questione riguardante solo Germania e Francia dalla quale l'Italia saggiamente si è chiamata fuori. Dato che la decisione richiede l'unanimità del Consiglio, in prossimità di ottobre assisteremo al farsi e disfarsi di alleanze basate sulla politica del do ut des. Moavero lascia intendere che l'Italia offrirà alla Germania il suo sostegno per l'Eba in cambio dell'appoggio di Berlino sull'Ema a Milano. Basterà? Il mondo dell'industria resta ottimista ma pungola il governo: "L'Italia ha la seconda industria farmaceutica europea – dice Scaccabarozzi – e ciò fa del nostro paese il candidato naturale a ospitare l'agenzia del farmaco, bisogna crederci fino in fondo però".

Marco Cecchini



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

NETWORK | L'Espresso | LE INCHIESTE | HiQPdf Evaluation 06/06/2017 | LAVORO ANNUNCI ASTE

Mortalità infantile, in 25 anni dimezzati i casi. Oms: "Anche merito dei vaccini"

Calati da 12 a 6 milioni l'anno i bambini morti al di sotto dei 5 anni. Al Festival dell'Economia di Trento tra gli ospiti anche Flavia Bustreo, vicedirettore dell'Organizzazione mondiale della sanità: "Le immunizzazione hanno evitato 3 milioni di decessi"

di SARA FICOCELLI

05 giugno 2017

TRENTO. "Purtroppo stiamo perdendo la memoria storica di quali siano le conseguenze delle malattie per i quali da decenni vacciniamo i nostri figli. Se chiedi a una madre di oggi che cosa sia la difterite, probabilmente non l'ha nemmeno mai sentita nominare. Mia madre ha perso suo fratello per quella malattia. Quando ne ha avuto l'opportunità, quindi, non ha esitato a vaccinarci". Flavia Bustreo è una di quelle donne formidabili delle quali l'Italia dovrebbe andare fiera: medico epidemiologo con 30 anni di esperienza nell'ambito della salute globale, ha collezionato un'infinità di esperienze sul campo, il più delle volte nei Paesi poveri e dilaniati da guerre civili, tra Iraq, Balcani, Sudan, Argentina e Senegal. Dal 2010 è vicedirettore generale per la salute della famiglia, delle donne e dei bambini dell'Organizzazione mondiale della sanità - Oms.

Bustreo: "Evitati 3 milioni di morti". Ospite alla 12esima edizione del Festival dell'Economia di Trento, ha colto l'occasione per parlare anche di vaccini. "Le informazioni su cui si basano le decisioni degli anti-vaccinisti sono il più delle volte false, veicolate dai social network, senza evidenza scientifica", ha spiegato nel corso dell'evento organizzato dalla Provincia Autonoma di Trento. "I dati dell'Oms quantificano in 3 milioni le morte di bambini che abbiamo potuto evitare grazie a tali farmaci. Fondamentali soprattutto quelli contro i batteri di polmoniti e diarrea. Eppure, soprattutto nei Paesi ricchi, c'è una esitazione vaccinale che ha un'influenza molto negativa sul ritardo o, nei casi più estremi, sul rifiuto completo di sottoporre i bambini all'immunizzazione. Un fenomeno che ha portato l'Italia a essere il 2° Paese in Europa per casi di morbillo".

Quel bicchiere mezzo pieno (o vuoto?). Ma i vaccini sono solo uno degli

la Repubblica

tvzap la social TV | Seguici su

STASERA IN TV

Rai 1 | 20:30 - 00:00 **Wind Music Awards**

Rai 2 | 21:20 - 23:00 **MacGyver - Stagione 1 - Ep. 1 - 2**

5 | 21:10 - 23:50 **Focus - Niente è come sembra**

21:20 - 23:05 **Bring The Noise - Stagione 2**

Guida Tv completa »

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

1. X Factor 79/100 Mi piace

ILMIOLIBRO

Pubblicare un libro | Corso di scrittura

HiQPdf Evaluation 06/06/2017

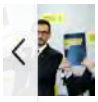
elementi che hanno permesso di ridurre nel mondo i tassi di mortalità infantile e materna: 5,9 milioni di decessi di bambini sotto i cinque anni rispetto al 12 di un quarto di secolo fa e 300mila madri morte di parto anziché 500mila. "Il dato è importante ma i Millennium Goal dell'Onu puntavano a raggiungere i 2/3 di riduzione. Quindi abbiamo ancora molto da lavorare" ammonisce Bustreo. E in tal senso è fondamentale investire sui sistemi di igiene e salute, garantire l'accesso all'acqua potabile, formare operatori sanitari capaci e dotati dei farmaci adeguati, garantire la possibilità di accesso al parto cesareo in ambienti sterili. "Sono passaggi essenziali soprattutto per ridurre la mortalità materna, per le quali la setticemia e l'emorragia post-partum sono rispettivamente la 2a e 3a causa di morte". Ma è altrettanto importante aggredire anche le credenze popolari ancora oggi troppo diffuse in molte parti del mondo: "La donna è sempre stata vista come mero strumento di riproduzione, in numerosi Paesi viene venduta o forzata al matrimonio precoce. Non è un caso che in un caso ogni tre, a morire di parto siano ragazzine sotto i 18 anni. Dobbiamo farle diventare donne prima di trasformarle in madri".

Lo Sri Lanka come gli Usa. Lungo la retta via, comunque, alcuni Stati hanno fatto grandissimi passi in avanti. In alcuni casi veri e propri miracoli: lo Sri Lanka ha abbassato la mortalità materna a livelli sostanzialmente identici a quelli degli Stati Uniti. "Ottimi risultati - spiega Bustreo - li hanno raggiunti anche Cuba e alcuni Stati dell'Africa subsahariana come Etiopia, Malawi e Tanzania". Il loro segreto? Aver ampliato l'accesso alle cure di base, a partire dalla vaccinazione dei bambini e aver investito in educazione delle madri e accesso all'acqua potabile.

trento Festival dell'Economia vaccini Bambini Mortalità infantile
Flavia Bustreo

© Riproduzione riservata 05 giugno 2017

Altri articoli dalla categoria »


Amnesty, record di esecuzioni segrete in Cina. In America sempre meno

Africa, la storia di Nice: guerriera masai contro la mutilazione genitale

Arabia Saudita, poeta palestinese Fayadh condannato a

Divisione Stampa Nazionale — GEDI Gruppo Editoriale S.p.A. - P.Iva 00906801006 — Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CIR SpA

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

06-GIU-2017
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

Mistero buffo vaccini

Vento pre-elettorale in Parlamento. Con una raffica di leggi in sospeso. E col decreto-vaccini sparito dopo 15 giorni dal varo in Cdm.

A PAG. 5

AVANZI PARLAMENTARI

Vaccini, biotestamento e venti pre-elettorali

Anche il Ddl omnibus e la concorrenza nel gorgo finale

Il mistero (poco buffo) del decreto-vaccini che a due settimane dal (presunto) varo in Consiglio dei ministri faticava ancora a trovare spazio in Gazzetta Ufficiale. Mentre la commissione Igiene e sanità del Senato già ha predisposto un calendario di audizioni da questa settimana in un trambusto di idee che scuote il Pd e la (presunta) maggioranza, con la ministra Lorenzin non esattamente benvoluta tra i piddini e gli ex dem. Il biotestamento oggetto di infinite audizioni sempre al Senato, dove gli alfaniani remano contro, ma il Pd, la sinistra e i pentastellati sono pronti a tirare diritto e a portare il testo in aula intorno al 22 giugno senza dare mandato al relatore e approvare la legge così com'è, in barba ad alfaniani&co. Sono forse i principali o quanto meno i più appariscenti effetti del vento pre-elettorale che sta scuotendo il Parlamento in quella che può essere definita come la fine anticipata della Legislatura n. 17. Per votare a settembre o, più probabilmente, a ottobre.

A meno che in questa delicatissima fase di incertezza politica - la legge elettorale dovrebbe essere varata definitivamente dal Senato intorno al 5 luglio - non si ritorni al punto di partenza: voto a febbraio 2018. Scommesse aperte, sebbene la questione di una manovra 2018 che pretende certezze e cerca padri, sia un discrimine fortissimo per la chiusura anticipata della Legislatura, con un capo dello Stato più che mai vigile e attento custode degli interessi nazionali.

Eppure, qualsiasi sia la soluzione di questo complicatissmo garbuglio politico-elettorale, è chiaro a tutti che il Parlamento è di fronte a scelte cruciali anche per la legislazione in materia sanitaria. Con la manovra-omnibus 2017 che la settimana prossima cercherà il voto finale del Senato. E con un lungo elenco di provvedimenti che dovranno trovare rapidamente - e senza intoppi - la via maestra per arrivare in tempo al varo definitivo. In queste settimane, insomma, tutti cercheranno di sparare le cartucce di cui dispongono. E di trovare spazi utili nei calendari delle due assemblee, dove però intanto cercherano di farsi largo altre leggi "non sanitarie".

Restando a quelle sanitarie, spicca senz'altro l'ex omnibus Lorenzin: è in commissione alla Camera dove è già stato e ancora sarà modificato nel corso dell'esame. Poi dovà arrivare in aula a Montecitorio e di qui tornare al Senato in terza lettura. Dopo più di 1.200 giorni di faticosa navigazione. Ce la farà? E ce la farà il Ddl concorrenza con la disfida farmacie-catene? Le scommesse sono aperte. Anche se scommettere non fa bene alla salute. *(r.tu.)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità
Medmal, ogni incidente costa di più

Manovra, stretta innovativi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 216.821
Diffusione 12/2016: 177.209
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

06-GIU-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

PAVIA, LA SENTENZA RICONOSCE IL NESSO CON LA PATOLOGIA

"Si è ammalata dopo aver fatto il vaccino" Sì al risarcimento per una donna di 42 anni

PAVIA

Una nuova sentenza che riconosce il nesso tra vaccini, in questo caso quello quadrivalente, e una grave patologia, un'encefalopatia che causa crisi epilettiche, è diventata definitiva dopo la conferma dello scorso novembre della Corte d'Appello civile di Milano della decisione con cui il Tribunale di Vigevano aveva condannato il Ministero della Salute a versare l'indennizzo a una donna, ora 42enne, che a 6 mesi era stata vaccinata. La sentenza è passata in giudicato poiché non è stata impugnata entro i termini. La vicenda riguarda una donna della provincia di Pavia nata nel 1975 e che circa sei mesi dopo la nascita venne vaccinata. Come ha riferito il suo legale, l'avvocato Giuseppe Romeo, già allora la neonata cominciò a stare male e ad avere crisi epilettiche sempre più frequenti.

Solo 8 anni fa, nel 2009, è stato diagnosticato che l'encefalopatia era dovuta al vaccino quadrivalente alla quale era stata sottoposta. L'avv. Romeo ha spiegato che per questo il ministero è stato condannato a versare l'indennizzo previsto dalla legge: dal marzo 2009 fino ad oggi 863 euro mensili e dal luglio al febbraio del 2009 il 30 per cento di tale importo. «La sentenza - ha concluso l'avvocato - è passata in giudicato perché nessuno l'ha impugnata entro i termini che sono scaduti lo scorso 10 maggio e dalla cartella telematica non compare l'invio del fascicolo in Cassazione».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

06-GIU-2017
da pag. 20
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Ha una patologia legata a un vaccino» Il giudice: va risarcita

Milano, condannato il ministero. I disturbi 40 anni fa «I rischi possibili erano noti, la famiglia non fu informata»

MILANO Il medico della Asl che nel 1975 aveva somministrato alla loro bambina di sei mesi il vaccino tetravalente non li aveva informati che esso, come effetto collaterale già conosciuto in medicina, avrebbe potuto causare l'encefalopatia con strascichi pesanti sulla qualità della vita. Dopo una lunga battaglia giudiziaria, la bambina di allora, che oggi ha 41 anni, ha ottenuto un indennizzo dal ministero della Salute che aveva contestato il collegamento tra la vaccinazione e la patologia riscontrata nella bambina.

Nella discussione sempre in vigore sui vaccini, si aggiunge la sentenza della sezione Lavoro della Corte d'appello di Milano che il 10 novembre scorso ha confermato quella emessa nel 2013 dal Tribunale di Pavia. Nel 1975 i genitori sottoposero la bambina alla vaccinazione non obbligatoria contro poliomielite, tetano, difterite e pertosse in un ambulatorio della Asl. In quel momento, si legge nella sentenza che riporta le considerazione del perito nominato dal Tribunale, la bambina «presentava uno sviluppo assolutamente normale e non aveva sofferto alcun disturbo». Quando qualche giorno dopo le fu somministrata la seconda dose del vaccino cominciarono a manifestarsi i primi problemi: convulsione e anomalie nell'elettroencefalogramma.

Solo nel 2009, quando apparve chiara la relazione tra vaccino e malattia, il padre di quella che era ormai una donna chiese alla Asl che alla figlia fosse assegnato un indennizzo. Quando la commissione medica ospedaliera disse di no, con argomenti che i giudici d'appello definiscono «contraddittori», anche se non contestando la possibilità (conosciuta) che quel vaccino potesse portare all'encefalopatia, l'uomo (che è amministratore di sostegno della figlia,) fece causa al ministero. Gli accertamenti conclusero che la bambina era affetta da una forma di epilessia che nel 60% dei casi, ha sottolineato il perito, deriva proprio da encefalopatia che, come riportato già allora nella letteratura medica, può essere tra le «reazioni avverse» di quel vaccino. Per il consulente, quindi, il vaccino era la causa «altamente più probabile».

Rischio non comunicato ai genitori, spiega l'avvocato Giuseppe Romeo, che ha assistito la famiglia: «È stato riconosciuto che il medico non fornì le informazioni necessarie su un possibile nesso tra vaccino e patologia, poi insorta, e conosciuto». La donna ha ottenuto l'indennizzo, circa 850 euro al mese, che certo non le ridarà la salute.

Giuseppe Guastella
gguastella@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

06-GIU-2017
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

Stefano Vella, presidente Agenzia del farmaco

«Effetti collaterali? Ne crea di più lo sciroppo»

«I genitori non devono farsi influenzare da falsi allarmismi: i possibili effetti collaterali dello sciroppo con il paracetamolo che facciamo bere ai nostri bambini appena hanno due linee di febbre sono maggiori di quelli collegabili ai vaccini. Eppure a nessuno viene in mente di non darlo ai propri bimbi». Lo scienziato Stefano Vella, 64 anni, direttore del Centro per la salute globale dell'Istituto superiore di Sanità e presidente dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), vuole fare capire alle famiglie perché è importante vaccinare.

Nonostante tutte le campagne di sensibilizzazione, il vaccino continua a suscitare diffidenza, tanto che l'Italia non raggiunge la soglia di sicurezza del 95% di bambini protetti. Perché?

«Da nonno ho appena portato mio nipote a vaccinarsi e, per un secondo, un brivido mi ha percorso la schiena. È normale avere un po' di timore nell'iniettare un farmaco nel corpo. Bisogna avere rispetto per chi ha paura e spiegare».

Che cosa bisogna sapere?

«I vaccini sono la più grande scoperta della medicina moderna. Gli effetti collaterali sono molto rari. E il rapporto rischio-beneficio è molto favorevole, anche se nessun farmaco è sicuro al 100%».

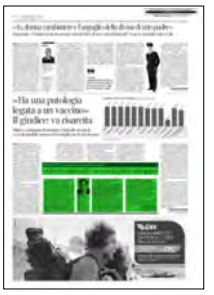
Perché i vaccini sono così importanti?

«Per capirlo basta vedere come la popolazione muore e si ammala nei Paesi dove ancora non ci sono».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Scienziato Stefano Vella, 64 anni, romano, è presidente dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa)



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.294
Diffusione 12/2016: 40.109
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

06-GIU-2017
da pag. 24
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Oggi in *Gazzetta Ufficiale* il decreto Lorenzin con le nuove regole per la prevenzione delle malattie infettive

Vaccini gratis ma sanzioni pesanti

Vaccinazioni gratuite e sanzioni fino a 7.500 euro per i genitori inadempienti. Lo stabilisce il decreto legge recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, proposto dal ministro della salute Beatrice Lorenzin, che sarà pubblicato oggi in *Gazzetta Ufficiale*.

Obbligatorie le vaccinazioni contro 12 malattie: poliomelite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Haemophilus influenzae di tipo B, meningococco B, meningococco C, morbillo, rosolia, parotite e varicella.

Uboldi a pag. 24

Oggi in G.U. il dl sulle vaccinazioni che ammette l'esclusione in caso di rischi per la salute

Vaccini gratis per gli under 16

Obbligo non assolto: genitori sanzionati fino a 7.500 euro

Esclusi anche gli immunizzati a seguito di malattia naturale

DI EDEN UBOLDI

Vaccinazioni gratuite e sanzioni fino a 7.500 euro per i genitori inadempienti. Ecco cosa stabilisce il decreto legge recanti disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, proposto dal ministro della salute Beatrice Lorenzin, approvato dal consiglio dei ministri il 19 maggio scorso e pubblicato oggi sulla *Gazzetta Ufficiale* (si veda *ItaliaOggi* del 20 maggio scorso). Il provvedimento è stato emanato con lo scopo di garantire omogeneità in tutto il territorio nazionale, superando l'attuale frammentazione normativa, per quanto riguarda le attività di prevenzione di alcune malattie nei confronti dei minori di età compresa fra 0 e 16 anni. Per questo target diventano obbligatorie e gratuite le vaccinazioni che contrastano l'insorgere di 12 malattie (poliomelite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Haemophilus influenzae di tipo B, meningococco B, meningococco C, morbillo, rosolia, parotite e varicella). L'art. 3 prescrive l'obbligo per i dirigenti scolastici del sistema nazionale di istruzione e per i responsabili dei servizi educativi per l'infanzia, dei centri di formazione professionale regionale e delle scuole private non paritarie di richiedere ai genitori (o a coloro che hanno la responsabilità genitoriale) di un minore under 16 di allegare, al momento dell'iscrizione alla scuola, il documento che certifichi le avvenute vaccinazioni, che può essere sostituita da un'autocertificazione, o la formale richiesta di vaccinazione all'azienda sanitaria locale. Il testo prevede che l'avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale escluda l'obbligo di vaccinazione: al momento dell'iscrizione, in questo caso, è richiesto al genitore di consegnare la notifica effettuata dal medico curante o gli esiti dell'analisi sierologica. Qualora le vaccinazioni arrechino un accertato pericolo per la salute, le vaccinazioni possono essere omesse o differite e il genitore, iscrivendo il figlio, allega un documento che attesti l'esonero, l'omissione o il differimento. Per diminuire il rischio di contagio, questi minori verranno inseriti in classi con solo vaccinati o immunizzati. Solo per i servizi educativi per l'infanzia e le scuole dell'infanzia la presentazione della documentazione è requisito di accesso. Ma tutti i genitori inosservanti incorreranno in una sanzione da 500 a 7.500, a eccezione di quelli che, contestati da parte dell'azienda sanitaria locale, provvedano, nel termine indicato nell'atto di contestazione, a far somministrare al minore il vaccino o, almeno, la prima dose del ciclo vaccinale, da completare poi nel rispetto delle tempistiche stabilite dalla schedula vaccinale. Il decreto detta le scadenze entro cui espletare l'obbligo: la chiusura delle iscrizioni, che per l'anno 2017/18 è fissata, come data ultima, il 10/9/17. Come regola generale, se si è presenta l'autocertificazione, la documentazione comprovante le vaccinazioni effettuate deve essere presentata entro il 10/7 di ogni anno ma per il 2017/18 il termine fissato è il 10/3/2018. Sia i dirigenti scolastici e i responsabili dei centri professionali e dei servizi per l'infanzia che gli enti sanitari locali sono individuati come figure col compito di monitorare l'ottemperanza. I primi, entro dieci giorni, segnaleranno all'Asl competente la mancata presentazione della documentazione durante l'iscrizione. Entro il 31/10 di ogni anno, invece, comunicheranno le classi con più di due studenti non vaccinati. Invece, i secondi segnaleranno l'inadempimento alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni. Infine, dalla data di entrata in vigore del decreto verranno abrogate di tre disposizioni: i) l'art. 47 del dpr 1518/1967 che vieta l'ammissione alla scuola o agli esami degli alunni che non provino di essere stati sottoposti alle vaccinazioni e rivaccinazioni obbligatorie; ii) l'art. 3, secondo comma, della legge 51/1966 che stabilisce un'ammenda in caso di violazione dell'obbligo di vaccinazione antipoliomielitica; iii) l'art. 7, comma 2, della legge 165/1991 che detta la sanzione in caso di inosservanza dell'obbligo di vaccinazione contro l'epatite virale B.

© Riproduzione riservata

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 79.294
Diffusione 12/2016: 40.109
Lettori Ed. II 2016: 111.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

06-GIU-2017
da pag. 24
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

I contenuti del provvedimento

Adempimenti

Al momento dell'iscrizione, i genitori devono presentare un documento che certifichi l'effettuazione delle vaccinazioni (anche sostituibile con l'autocertificazione), l'esonero, l'omissione, o il differimento o la formale richiesta di vaccinazioni all'azienda sanitaria. Per i servizi educativi per l'infanzia e le scuole dell'infanzia la presentazione della documentazione è requisito di accesso.

Scadenza

L'adempimento va espletato entro il termine di scadenza per l'iscrizione, per l'anno 2017/18 entro il 10/09/17. Se si presenta un'autocertificazione, la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni deve essere presentata entro il 10 luglio di ogni anno. Per quest'anno scolastico il termine è il 10/03/2018.

Esclusioni

I vaccini sono esclusi solo in caso di accertato pericolo per la salute e quando l'immunizzazione è avvenuta in seguito a malattia naturale.

Inosservanze

Sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 7.500 euro per chi non faccia vaccinare i figli. Non vi incorrono i genitori, che contestati da parte dell'azienda sanitaria locale, provvedano, nel termine indicato nell'atto di contestazione, a far somministrare al minore il vaccino.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

05-06-2017

LETTORI
10.000

http://www.healthdesk.it/

Lavorare così è insostenibile. Giovani medici a rischio suicidio

Al pensiero di dover tornare in ospedale dopo giorni e giorni di reparto, con la paura di poter fare più male che bene ai propri pazienti, i “junior doctors” preferirebbero uccidersi. C’è chi lo fa. Ed è ora di parlarne secondo il British Medical Journal

«Sono esausto, sono spaventato e odio essere un dottore. Non era così che doveva andare. Seduto sul pavimento della nostra cucina, le lacrime mi scendono sulla faccia davanti alla mia partner stordita e preoccupata». Dopo il terzo giorno di fila in reparto, dopo aver certificato la morte di un paziente, faticato a prelevare il sangue da un innocente che non meritava di essere torturato da una mano tremolante, dopo avere combattuto contro uno sconosciuto sistema informatico per prescrivere un medicinale e paralizzato dal timore di poter danneggiare un paziente in caso di errori, il giovane dottore fresco di camice bianco ha tanti dubbi e una sola certezza: non vuole tornare in ospedale.

La **testimonianza** dell’anonimo medico inglese rilasciata al Guardian un anno fa è sempre attuale e viene ricordata in questi giorni sul Bmj dove è in corso un dibattito sulle insostenibili condizioni di lavoro all’interno del servizio sanitario inglese.

Rachel Clarke, medico specializzato in cure palliative, e Martin McKee, esperto di salute pubblica, hanno infatti appena firmato un **editoriale** intitolato “Il suicidio dovrebbe essere incluso tra le cause di morte associate al lavoro”. Il loro primo pensiero è per Rose Polge, la dottoressa di 25 anni del Torbay Hospital nel sud-ovest dell’Inghilterra che si è suicidata gettandosi in mare nel febbraio del 2016. La famiglia ha aperto in suo nome una **pagina web** per raccogliere fondi da dare in beneficienza dove si legge: «Un esaurimento a causa di lunghe ore di lavoro, l’ansia, la disperazione per il suo futuro in medicina e la notizia dell’imposizione dei nuovi contratti per i giovani medici hanno sicuramente contribuito a questa terribile e definitiva decisione».

L’appello dei due editorialisti del Bmj a prendere sul serio il rischio dei suicidi tra il personale medico degli ospedali britannici è ampiamente condiviso dai colleghi che si sono precipitati a

confermare quella versione dei fatti con una serie di commenti.

C'è chi sostiene che ogni suicidio è potenzialmente una tragedia evitabile e invita i suoi colleghi, in caso di bisogno, a usare la App della associazione Samaritans, un numero di telefono che risponde alle richieste di aiuto.

E c'è chi non nasconde la propria indignazione di fronte alla scarsa attenzione rivolta al problema dei suicidi tra i giovani medici. «È così paradossale - si legge in uno dei commenti - che coloro che dedicano la loro vita a cercare di salvarne altre non ottengano il privilegio di vedere avviare delle ricerche su cosa si possa fare per salvare la loro».

Forse basterebbe ascoltare le dirette testimonianze dei medici alle prime esperienze per poter capire cosa c'è che non va. Come quella del ragazzo disperato che aveva scritto al Guardian nel 2016: «Mi aspettavo di essere gettato nel vuoto, ma mi aspettavo di essere sostenuto - scriveva al Guardian l'anonimo giovane medico nel 2016 - Mi aspettavo di trovarmi intorno una squadra ben rodata, che mi controllasse e che non mi lasciasse mai solo. Ma quella squadra non era lì…».

Un'altra giovane dottoressa, sempre coperta da anonimato, aveva consegnato poco prima il suo sfogo allo stesso giornale: «La mattina guidando verso l'ospedale le lacrime cadevano come pioggia. La prospettiva delle prossime 14 ore era troppo dura da sopportare. Ma a notte fonda tornando a casa non sentivo più nulla. È stata quella totale indifferenza che mi ha quasi ucciso. Ogni notte dovevo combattere contro me stessa per mantenere le mani sul volante. Verso la fine del primo anno da dottoressa avevo scelto il posto in cui intendevo uccidermi. Avevo già comprato tutto l'occorrente».

Leggendo una delle risposte all'editoriale del Bmj appare chiaro che le storie raccontate sui media non sono testimonianze isolate, casi drammatici ma poco rappresentativi di un fenomeno. «In ogni riunione nella mia scuola di medicina - scrive Alys Cole King psichiatra della Liaison Psychiatrist - ricordiamo e mostriamo gratitudine a quei compagni studenti di medicina che non sono più con noi. Ne abbiamo persi di più per i suicidi che per qualunque altra ragione».