



Associazione Italiana di Oncologia Medica

RASSEGNA STAMPA

13-06-2017

1. REPUBBLICA Congresso ASCO 2017 la lotta al cancro a 360°
2. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Tangenti e liste d' attesa infinite Se la sanità diventa un buco nero
3. REPUBBLICA.IT Purché la qualità di vita oltre il cancro sia buona
4. HEALTH DESK Tumori cerebrali: non aspettare per le cure palliative
5. CORRIERE.IT Non solo mal di testa, anzi: quali sono i possibili sintomi di un tumore al cervello
6. SOLE 24 ORE SANITA' Le istruzioni anti-tossicità per i farmaci «antiblastici»
7. GIORNALE Intervista a Giovanni Gorga - «Chi combatte i tumori con i fiori di Bach non è un medico ma un criminale»
8. SOLE 24 ORE SANITA' Arriva l'area delle professioni socio-sanitarie
9. SOLE 24 ORE SANITA' Farmaci e appropriatezza - «La nostra appropriatezza»
10. REPUBBLICA I malati hanno bisogno di fidarsi gli ospedali guardano ai budget
11. GIORNO - CARLINO – NAZIONE La dignità negata
12. ITALIA OGGI Sigarette elettroniche a prova di bambino
13. AVVENIRE «L'azzardo è il grande eldorado della criminalità organizzata»
14. SOLE 24 ORE SANITA' La sanità si privatizza da sola
15. SOLE 24 ORE SANITA' Vaccini a scuola, parte l'iter
16. CORRIERE DELLA SERA Nel letto d'ospedale coperta di formiche

CONGRESSO ASCO 2017

LA LOTTA AL CANCRO

A 360 GRADI



L'attenzione dell'Oncologia mondiale è sempre più rivolta alla qualità di vita dei pazienti. Non basta più che le nuove terapie allunghino la sopravvivenza, ma è necessario affrontare aspetti un tempo sottovalutati come la riabilitazione, la preservazione della fertilità, il reinserimento e il ritorno al lavoro. Cioè tutto ciò che può contribuire a una "vita come prima". Al 53° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO), il più importante appuntamento di Oncologia al mondo che si è svolto recentemente a Chicago, l'attenzione dei 30mila clinici si è focalizzata da un lato sulle terapie innovative e sui vantaggi in termini di sopravvivenza, dall'altro su come i mesi o gli anni di vita "guadagnati" siano vissuti concretamente dai pazienti.

LA PREVENZIONE

Ma, come ribadito a Chicago, la lotta al cancro parte dalla prevenzione: no al fumo, alimentazione corretta e attività fisica costante. Il 40% dei casi di tumore (146mila diagnosi ogni anno in Italia) potrebbe essere evitato proprio grazie agli stili di vita sani, all'applicazione delle normative per il controllo dei cancerogeni ambientali, all'implementazione degli screening e all'adesione ai programmi di vaccinazione. In Italia per la prevenzione si spendono 5 miliardi di euro (2014), pari al 4,22% della spesa sanitaria totale: il tetto programmato stabilito nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) invece è del 5%. L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), che da sempre è in prima linea nel promuovere campagne di prevenzione, ha chiesto alle Istituzioni un programma ed una regia a livello nazionale contro il cancro, per garantire una strategia unitaria finalizzata a combattere la malattia dalla prevenzione, alle terapie, alla riabilitazione, all'accompagnamento di fine vita, all'umanizzazione dell'assistenza, alla ricerca, in grado così di incidere a 360 gradi sull'impatto di questa patologia nel nostro Paese.

IL PROBLEMA DEI COSTI

Un unico programma con un'unica regia dovrebbe rappresentare l'elemento cardine del "Patto contro il cancro" fra clinici e Istituzioni, in grado di affrontare anche il problema dei costi determinati dalla malattia e dai trattamenti. Come evidenziato al Congresso ASCO, il peso economico del cancro sulle risorse degli Stati e dei singoli malati sta diventando sempre più pesante. Da un lato le terapie innovative permettono di migliorare la sopravvivenza dei pazienti, di cronicizzare o, in alcuni casi, di sconfiggere la malattia, dall'altro pongono la sanità pubblica, i servizi sanitari nazionali e complessivamente il "welfare" di fronte alla sfida della sostenibilità in termini sia economici che sociali. Per la prima volta anche in Italia si comincia a parlare di "tossicità finanziaria", e cioè della crisi economica individuale conseguente anche al cancro e alle sue cure. Fino a pochi anni fa era un problema confinato agli Stati Uniti, oggi interessa anche il nostro Paese. Un'analisi condotta dall'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione Pascale" di Napoli ha infatti dimostrato che un paziente su cinque deve affrontare difficoltà economiche. E questi persone presentano un rischio di morte nei mesi e anni successivi del 20% più alto rispetto ai malati senza problemi economici. Si tratta di dati preoccupanti perché evidenziano come il contraccolpo finanziario dovuto anche alla malattia si riverberi in un peggioramento della prognosi.

IL RUOLO DELLA RICERCA NEL NOSTRO PAESE

La ricerca italiana significativamente è stata rappresentata all'ASCO. Sono stati presentati in sessioni congressuali di rilievo cinque studi indipendenti ideati e condotti nel nostro Paese. Tra questi due studi (Studio Short-HER e Studio TOSCA), sostenuti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), valutavano la riduzione della durata della terapia adiuvante (indicata dopo la chirurgia per abbassare il rischio di recidiva del tumore) nel tumore della mammella e del colon, al fine di ridurne la tossicità.

CONFIRMATO IL RUOLO DELL'IMMUNO-ONCOLOGIA E PROSPETTIVE DELLE TERAPIE A TARGET MOLECOLARE

L'immuno-oncologia, che potenzia il sistema immunitario nella lotta contro il cancro, si conferma un'arma in più a disposizione dei clinici, che affianca quelle tradizionali rappresentate da chirurgia, chemioterapia, ormonoterapia, radioterapia e terapie a bersaglio molecolare. Efficace nel melanoma, nel tumore del polmone e del rene, sta dimostrando risultati importanti anche nelle neoplasie della vescica, gastro-intestinali e del distretto testa-collo.

La sfida è rappresentata dalla combinazione di più farmaci immunoterapici o con farmaci biologici, o dall'associazione con armi tradizionali come la chemioterapia e la radioterapia. La potenzialità delle tecnologie nell'individuare alterazioni molecolari insieme alla disponibilità di nuovi farmaci a target molecolare, che agiscono su precisi bersagli cellulari, rende sempre più efficace la "personalizzazione" delle cure, ed in particolare nel tumore del polmone, della mammella, dell'ovaio, del colon-retto e nel melanoma. Nuove e rilevanti prospettive di cura con l'obiettivo di aumentare sempre di più la percentuale di pazienti che rispondono per lunghi periodi alle terapie, e quindi di migliorare insieme la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti.

-CARMINE PINTO, Presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica)

GLI STUDI CLINICI IN ITALIA

Sul sito dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (www.aiom.it) è attiva una sezione interamente dedicata agli Studi Clinici. La piattaforma web è utilizzabile sia dagli oncologi che dai pazienti e permette un rapido accesso alle informazioni su tutte le sperimentazioni profit e non profit in corso sul territorio nazionale. Ogni Studio Clinico è presentato con schede dettagliate.

Un apposito motore di ricerca avanzata consente di impostare i criteri geografici (selezionando le regioni e province dei centri aderenti) e le varie caratteristiche dello studio (sede del tumore, tipo di farmaco). La consultazione degli Studi Clinici può avvenire attraverso un elenco generale o tramite i risultati della ricerca, che produce un elenco degli studi corrispondenti ai criteri selezionati e una mappa di Google dei centri aderenti, riferimento utile specialmente per i pazienti.



Pagina resa possibile ad AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) nell'ambito del progetto Oncoline

Tangenti e liste d'attesa infinite Se la sanità diventa un buco nero

Pochi investimenti nella prevenzione. E la corruzione resta altissima



Aziende,
dati choc

**In un'azienda su 4 c'è
stato almeno un episodio
di corruzione nell'ultimo
anno (indagine Censis)**

CONFRONTO IMPIETOSO
Spesa pubblica al 9% del Pil:
la media Ue è oltre il 10%

di ALESSANDRO
MALPELO

■ ROMA

SPRECHI, assenteismo, corruzione, liste d'attesa infinite. In Italia una somma di inefficienze strangola l'assistenza sanitaria. Piero Angela, in una parola, la definisce assefazione. Ci diciamo che abbiamo un sistema di cure tra i migliori, e che da noi si vive più a lungo.

Ma è inutile nascondere i numeri dell'arretratezza. Dal formicaio che infesta la corsia del San Paolo di Napoli (e l'anno scorso la sala operatoria) ai malati in astaneria stesi sul pavimento, come è successo a Nola. La stessa siringa che da una regione all'altra costa decine di volte di più, tanto da richiedere una centrale d'acquisto unica. Non è solo questione di soldi. Ma i tagli finanziari da una parte, i sermoni faticosi dall'altra, hanno creato dei mostri, una situazione a macchia di leopardo che attraversa lo Stivale, e specie al Sud fa sentire i suoi effetti.

«**LA SPESA** sanitaria italiana – ha rilevato il professor Federico Spandonaro nel rapporto Crea Sanità Università di Roma Tor Vergata – è inferiore del 32,5% rispetto a quella dell'Europa occidentale, e assorbe il 9,4% del Pil contro il 10,4% dell'Eurozona».

In Italia si spende poco anche per la prevenzione, 5 miliardi di euro, pari al 4,22% della spesa sanitaria totale, meno del tetto programmato nei livelli essenziali di assistenza (Lea) annunciati dal ministro **Beatrice Lorenzin**. A risentirne è il malato – diabetico, oncologico o cardiopatico – che si aggrava e può

entrare in un girone infernale. Nel nostro Paese diversi fattori di crisi sottraggono risorse ai servizi assistenziali per un totale di 29 miliardi, pari al 25% del totale delle spese sanitarie sostenute annualmente, dice *Transparency*. Il più difficile da combattere è la corruzione: nel 2016 sono stati scoperti dalla Finanza appalti assegnati in maniera irregolare per 3,4 milioni di euro. Dietro molti di questi appalti si nascondono pratiche clientelari che diventano routine.

ESIGENZE di rispetto per il paziente e gestione oculata delle risorse si ritrovano nelle iniziative per i malati di tumore. «Le terapie innovative permettono di migliorare la sopravvivenza, cronicizzare e in alcuni casi sconfiggere il cancro – ha precisato Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana oncologia medica (Aiom) – ma pongono i servizi sanitari di fronte alla sfida della sostenibilità. Consideriamo che il peso economico della malattia sulle spalle delle famiglie sta diventando sempre più pesante. Il nostro sistema basato su principi di universalità è efficiente grazie alle eccellenze ospedaliere. Ma criticità urgenti e diffuse rischiano di compromettere la qualità dell'assistenza».

-32,5%

La spesa sanitaria italiana è inferiore del 32,5% rispetto a quella dell'Europa occidentale (dati Crea Università di Roma Tor Vergata) e ha assorbito il 9,4% del Pil (il 10,4 in Europa)

5 mld

In Italia per la prevenzione si spendono 5 miliardi di euro (2014), pari al 4,22% della spesa sanitaria totale: il tetto programmato stabilito nei Livelli Essenziali di Assistenza è del 5%

VERTICE

Il ministro **Beatrice Lorenzin**



Purché la qualità di vita oltre il cancro sia buona

Per molto tempo l'obiettivo delle terapie è stato di strappare tempo alla malattia, non importa di quale qualità. Oggi grazie all'immunoterapia la qualità della vita è divenuta un parametro imprescindibile

di 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'obiettivo 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 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 riferimento 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.

LINEE GUIDA

Tumori cerebrali: non aspettare per le cure palliative

«L'introduzione precoce nel percorso di malattia di un approccio palliativo consente di migliorare la qualità della vita dei pazienti e di evitare trattamenti futili o inappropriati.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stessa definisce le cure palliative come un approccio mirato a migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie attraverso la prevenzione e il controllo ottimale dei sintomi sia fisici che psicosociali».

Con queste parole Andrea Pace responsabile della neuro-oncologia dell'Istituto nazionale Tumori Regina Elena di Roma illustra il succo delle nuove linee guida redatte dall'Associazione europea di Neuro-Oncologia (EANO) sulle cure palliative e di supporto in neuro-oncologia.

Pace è anche coordinatore del gruppo che ha redatto il documento, frutto dell'analisi di 223 articoli (sui 6.160 complessivi rilevati in letteratura) e che ora è stato pubblicato su *Lancet Oncology*.

I tumori cerebrali rappresentano una patologia particolarmente complessa sia per la gravità dei sintomi neurologici che per il carico assistenziale che grava sulla famiglia. La bassa incidenza di questa patologia ha infatti reso difficile finora la definizione di linee guida basate su evidenze scientifiche e di conseguenza, spesso, nella pratica clinica molti malati non ricevono adeguate cure di supporto e palliative.

Partendo dall'ampia revisione della letteratura scientifica sui temi principali delle cure palliative neuro-oncologiche, il gruppo ha poi integrato i dati disponibili con l'opinione di esperti su aspetti di particolare rilevanza. Sono stati presi in considerazione temi come cefalea, epilessia, trombosi venose profonde, disturbi dell'umore e del comportamento, la fatighe, la riabilitazione motoria e cognitiva, solo per citarne alcuni. Inoltre sono stati approfonditi aspetti quali i bisogni psicosociali dei pazienti e dei loro familiari, la gestione dei sintomi nelle fasi

avanzate di malattia e le problematiche legate alla fase di fine vita.

«Questo risultato – evidenzia Gennaro Ciliberto, direttore scientifico dell'IRE - rappresenta un esempio di collaborazione internazionale che, proprio per le difficoltà legate alla ricerca scientifica in un settore particolare come le cure palliative, può aiutare a sviluppare una più ampia cultura verso il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti con tumore cerebrale e per le loro famiglie. Un modello replicabile su altre patologie rare e invalidanti».

L'obiettivo ora è disegnare ulteriori studi clinici e diffondere la cultura delle cure palliative presso la comunità neuro-oncologica con il sostegno di reti di ricerca, facilitate da Società Scientifiche Internazionali quali l'EANO.

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

SALUTE

Non solo mal di testa, anzi: quali sono i possibili sintomi di un tumore al cervello

Con 6mila nuovi casi diagnosticati ogni anno in Italia e circa 4mila decessi, i tumori cerebrali continuano a essere tra i più letali. Sono fortunatamente rari (sebbene compaiano tra i 5 tipi di cancro più frequenti prima dei 50 anni), ma hanno spesso una prognosi severa perché sono ancora difficili da curare, frequentemente sono aggressivi e resistenti ai farmaci, per cui si sviluppano e crescono in fretta. Come per tutti i tumori, riconoscerli allo stadio iniziale può migliorare le probabilità di guarigione e sopravvivenza.

di Vera Martinella

Non allarmarsi, ma parlare col medico senza perdere tempo

«Non esistono segni e sintomi tipici in modo esclusivo dei tumori cerebrali – spiega Francesco DiMeco, direttore del Dipartimento di Neurochirurgia della Fondazione Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano -. I disturbi che più frequentemente si presentano sono comuni a molte altre malattie a carico del sistema nervoso (quella parte del corpo umano che comprende il cervello, il midollo spinale e i nervi). Per questo quando si presenta uno dei sintomi di questo elenco non bisogna pensare necessariamente al peggio, ma è importante consultare il medico di famiglia che, se lo ritiene opportuno, prescrive una visita con un neurologo e i necessari accertamenti. Altra premessa indispensabile: le possibili avvisaglie dipendono dalle dimensioni della neoplasia e dalla parte di sistema nervoso interessata dalla malattia».

Destra e sinistra

In generale, se una neoplasia colpisce una parte del cervello (per esempio la destra) il sintomo si manifesta nella parte opposta (la sinistra): questo è dovuto al fatto che ogni emisfero cerebrale governa la parte controlaterale del corpo. Questa “regola” non vale per il cervelletto, dove il coinvolgimento di un emisfero si può tradurre in disturbi della coordinazione dei movimenti nella stessa parte del corpo interessata dal tumore (ovvero lesione a destra, problemi di coordinazione a destra).

La zona del cervello interessata

Quando il tumore coinvolge una particolare zona del cervello che governa una determinata funzione,

quella funzione risulta alterata. Per esempio, le **neoplasie del lobo frontale** sono caratterizzate da una grande debolezza e incapacità di muovere una parte del corpo, disturbi dell'umore e confusione. I tumori del **lobo parietale**, invece, si manifestano genericamente con convulsioni, paralisi, impossibilità a compiere movimenti complessi come lo scrivere o il tenere in mano un oggetto, o riconoscerne la natura e il materiale di cui è costituito senza l'ausilio della vista. Un esempio tipico? L'incapacità di riconoscere oggetti nella propria tasca senza estrarli e prenderne visione.

Quelli che partono dal **lobo occipitale** provocano disturbi visivi fino alla cecità, allucinazioni e convulsioni, mentre le neoplasie che interessano il **lobo temporale** si manifestano con disturbi dell'equilibrio e del senso dello spazio, incapacità a comprendere e svolgere comandi molto semplici, convulsioni e impossibilità di parlare. **Se il tumore colpisce il cervelletto**, il malato ha molte difficoltà a mantenere l'equilibrio e a coordinare i movimenti, soffre spesso di forti cefalee, nausea e vomito. **I tumori dell'ipotalamo**, infine, provocano disturbi emotivi e della percezione del freddo e del caldo e se il malato è un bambino ritardano la crescita e interferiscono con l'appetito e la nutrizione.

Cefalea e nausea

«Cefalea e nausea possono avere molte altre cause – dice DiMeco – e non bisogna allarmarsi, ma se persistono da più di una settimana, senza miglioramenti nonostante analgesici e altre terapie, è bene consultare il medico curante. È assai improbabile che si tratti di cancro, tuttavia questi sintomi possono comparire in seguito alla pressione esercitata da una massa tumorale poiché, essendo il cranio una struttura rigida, non può espandersi per fare spazio alla lesione cancerosa che cresce». La cefalea può essere più intensa al mattino (ma in genere migliora nell'arco della giornata), in alcuni casi può provocare il risveglio durante il sonno, può accentuarsi con lo sforzo fisico e peggiorare con il movimento del capo (oppure se si starnutisce o tossisce). Senso di nausea e vomito si accompagnano spesso alla cefalea e anch'essi possono essere più forti all'inizio della giornata, per poi migliorare.

Disturbi della vista e molto sonno

Problemi delle visione (come perdita di mezzo campo visivo o immagine sdoppiata), tendenza ad assopirsi facilmente e a dormire molte ore al giorno possono essere conseguenza di una pressione endocranica (ovvero all'interno della scatola cranica) molto elevata, per via della compressione da parte del tumore dei nervi ottici e delle strutture cerebrali che controllano la vigilanza.

Disturbi del movimento

È bene parlare con un medico se ci si accorge di un'incapacità a eseguire volontariamente un gesto (come ad esempio mostrare su comando la lingua), se si manifestano movimenti involontari degli occhi o disturbi della sensibilità e motilità degli arti. Anche disturbi dell'equilibrio, disfonia (disturbi della voce che vanno dalla raucedine fino all'afonia) e difficoltà di deglutizione possono essere un campanello d'allarme.

Disturbi nella comprensione del linguaggio parlato o scritto

«Capita talvolta che il paziente abbia problemi a leggere o a parlare – chiarisce DiMeco -. È una

cosa che fa preoccupare parecchio le persone, che solitamente non perdono tempo e ne parlano al medico. Infatti, se la zona interessata controlla il movimento degli arti o la parola, i disturbi compaiono presto, consentendo generalmente di arrivare alla diagnosi quando le dimensioni del tumore sono ancora ridotte. Se, invece, si tratta di una zona che non regola una particolare attività, il tumore può non dare segno di sé per molto tempo e sarà quindi diagnosticato quando avrà ormai raggiunto dimensioni raggardevoli. Il che comporta maggiori difficoltà per le terapie».

Allucinazioni sensoriali e disturbi della memoria

«La percezione di improvvisi odori intensi, di brevissima durata, spesso indefinibili ma generalmente sgradevoli e non percepiti dalle persone intorno, così come sensazioni improvvise di aver già visto o vissuto determinate sensazioni possono essere espressione, nell'ambito anche di altre condizioni patologiche neurologiche, dell'esistenza di una lesione tumorale localizzata in prossimità delle porzioni più interne del lobo temporale – dici DiMeco -. Ovviamente episodi simili che si presentano sporadicamente non devono allarmare. Ma la loro ricorrenza e frequenza di ripetizione devono indurre a consultare il medico di fiducia».

Crisi epilettiche

«Quando il tumore interessa la corteccia cerebrale – spiega DiMeco, che è anche docente alla *Johns Hopkins Medical School* di Baltimora (negli Stati Uniti) -, sono molto frequenti le crisi epilettiche, che possono manifestarsi con perdita di coscienza o movimenti involontari di un arto o del volto. Le crisi epilettiche possono essere il primo sintomo della malattia in un soggetto sano, per cui è importante consultare tempestivamente il medico». La comparsa di crisi epilettiche in persone sopra i 20 anni e che non ne hanno mai avute in passato, sono un campanello d'allarme e devono indurre alla esecuzione di accertamenti appropriati.

Esami, terapie e cause: quel che c'è da sapere

Se il medico di famiglia ritiene sia opportuno, in presenza di sintomi sospetti, prescrive una visita con un neurologo. Generalmente gli accertamenti da eseguire per arrivare alla diagnosi sono tomografia computerizzata (TC) cerebrale e risonanza magnetica nucleare (RMN), alle quali si possono aggiungere altri esami come l'elettroencefalogramma. Quanto alle **terapie, la scelta del trattamento dipende da vari fattori** (tra i quali il tipo di tumore, il suo stadio e la posizione, o le condizioni generali del paziente): chirurgia, radioterapia e chemioterapia possono essere usate da sole o in combinazione. E nonostante molte difficoltà, si registrano progressi anche nella cura di neoplasie cerebrali da sempre ardue da combattere come glioma, glioblastoma e neuroblastoma. Malgrado gli sforzi, **la ricerca non è invece ancora riuscita a stabilire con certezza le possibili cause dei tumori al cervello**. Si indaga sulla genetica, mentre sono in corso studi per rilevare se anche lo stile di vita e l'alimentazione possano contribuire all'insorgenza di questa malattia.

CONSENSUS SIFO-AIIAO PER GLI OPERATORI

Le istruzioni anti-tossicità per i farmaci «antiblastici»

DI EMANUELA OMODEO SALÉ * E FRANCESCA DE PLATO **

La manipolazione dei farmaci antiblastici, terapie salva vita per i pazienti, presenta dei rischi per gli operatori sanitari. Questi farmaci sono infatti considerati "hazardous drugs", ossia "cancerogeni per l'uomo", come evidenziato anche da Iarc - Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, sulla base delle evidenze scientifiche del rischio di tossicità a breve e a lungo termine per gli operatori addetti alla preparazione e somministrazione dei trattamenti.

Proprio sulla base di queste considerazioni è stato redatto il primo Documento di Consenso, a livello europeo, sulla «Gestione del rischio di esposizione del personale sanitario nella manipolazione dei farmaci antineoplastici iniettabili», realizzato con il patrocinio della Società italiana Farmacisti ospedalieri (Sifo) e della Associazione italiana Infermieri di area oncologica (Aiiao) e il contributo incondizionato di Becton Dickinson. Questo documento, frutto del lavoro di esperti di diverse estrazioni professionali, non solo evidenzia le fasi del processo che sta dietro la preparazione dei farmaci antiblastici, ma sottolinea la necessità di attuare misure di prevenzione nella preparazione e somministrazione di questi farmaci, per garantire la sicurezza degli operatori sanitari e delle terapie. Le vie di esposizione per gli operatori sono quella inalatoria o da contatto con rischio di tossicità acuta o tardiva. Oggi la tecnologia mette a disposizione dispositivi innovativi detti a "circuito chiuso", quindi ermetici e a stagno, che devono essere impiegati sia in fase di preparazione che di somministrazione ai pazienti.

Va inoltre considerato che i farmaci oncologici rappresentano anche un importante capitolo di spesa che può essere ridotto tramite la preservazione del contenuto delle fiale, che solo alcuni "sistemi chiusi" garantiscono, consentendo il risparmio di farmaco grazie alla minimizzazione degli scarti. L'impiego dei sistemi chiusi e di tutti gli accorgimenti previsti dalla norma a protezione degli operatori, si sposa con l'esigenza di offrire un preparato sicuro e di qualità ai pazienti oncologici e in questo senso il farmacista ospedaliero assume un ruolo sempre più rilevante nella gestione del farmaco, con un panorama di competenze molto vasto ed eterogeneo. In questo contesto la Sifo ha ritenuto indispensabile aggiornare i propri «Standard tecnici di Galenica oncologica sterile», contribuendo così a fornire uno strumento tecnico di livello internazionale che possa aiutare i colleghi, ma anche le strutture sanitarie e le Regioni a erogare questo servizio in maniera più omogenea.

* referente nazionale Area scientifico culturale Oncologia Sifo

** referente nazionale Area scientifico culturale Sifo "Gestione del rischio clinico e biologico"

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GIOVANNI GORGA

«Chi combatte i tumori con i fiori di Bach non è un medico ma un **criminale**»

*Il presidente di Omeoimprese:
«Le nostre sono cure complementari
La nuova legge farà cadere
i molti pregiudizi contro di noi»*

Una legge che metterà fuori gioco più di 6mila prodotti in commercio e un caso di cronaca drammatico: la morte del bambino curato solo con prodotti omeopatici e ucciso da un'otite che poteva essere risolta con un banale antibiotico. L'omeopatia deve incassare due duri colpi che sicuramente non le faranno guadagnare posizioni tra gli scettici. Ma che almeno si spera diano lo spunto per fare chiarezza. Ne abbiamo parlato con Giovanni Gorga, presidente di Omeoimprese.

Gorga, l'omeopatia è finita sotto inchiesta dopo il caso di Pesaro.

«Da mettere sotto inchiesta sono i medici imbecilli, non l'omeopatia. Come c'è il medico tradizionale che esagera con gli antibiotici, così c'è il medico che abusa di omeopatia».

Si riferisce anche ai medici che usano i Fiori di Bach al posto della chemioterapia?

«Quelli sono criminali. Il tumore non si riesce a curare con la terapia tradizionale, figuriamoci con l'omeopatia. Le cure omeopatiche vanno usate nel modo giusto, cioè come cure complementari (e non alternative). Possono cioè minimizzare gli effetti collaterali di certe terapie pesanti ma non sostituirle. Spesso si parla dell'omeopatia come se proponessimo truffe ma trat-

tiamo farmaci certificati».

La nuova legge può aiutare a mettere ordine nel settore?

«Da un lato danneggia i pazienti che non troveranno più certe cure a cui sono abituati. Dall'altro però i test dell'Aifaleveranno i farmaci omeopatici al livello di quelli tradizionali. Mi auguro cadano anche molte resistenze e pregiudizi e non lo dico da fanatico».

Va bene i test, ma resta il fatto che l'omeopatia non ha base scientifiche.

«Non si riesce a dimostrare il meccanismo di azione, ma i risultati ci sono, sia per alleviare i disagi delle patologie croniche e degenerative, sia per le forme allergiche dei bambini».

In Europa ci sono meno pregiudizi?

«Negli altri paesi la mutua passa farmaci omeopatici che qui consideriamo ancora acqua fresca».

MaS



DDL LORENZIN

Arriva l'area delle professioni socio-sanitarie

Più attenzione all'equilibrio di genere e all'effettivo rinnovo generazionale nella rappresentanza all'interno degli organi ordinistici delle professioni sanitarie, quorum più ampio delle assemblee elettorali per la validità del voto (metà degli iscritti e non più un quarto in prima convocazione, un quarto in seconda convocazione, emendamento a firma **Mario Marazziti**, presidente Des-Cd della Affari sociali) e poi l'istituzione dell'area delle professioni sociosanitarie. Con l'individuazione di nuovi profili professionali e la ricomprensione, all'interno dell'area, di figure preesistenti, come l'assistente sociale - da sempre a cavallo tra i due ambiti sociale e sanitario - l'educatore professionale, sanitario e non, protagonista di un tentativo di riordino con il Ddl Lori-Binetti approvato dalla Camera e ora all'esame del Senato in prima lettura alla settima commissione. E poi la vera propria new entry del sociologo, che farebbe così il suo debutto in ambito sanitario. Sono queste alcune delle novità approvate dalla Affari sociali della Camera. Riguardo i vertici ordinistici ad esempio, il Consiglio direttivo di un ordine professionale elegge a maggioranza assoluta presidente, vice presidente, tesoriere e segretario, ma chi ha già svolto tali incarichi potrà essere rieletto non più di una volta.

Con l'istituzione dell'area delle professioni sociosanitarie (emendamento a firma **Donata Lenzi**, Pd, e altri) «per una complessiva tutela della salute intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale», median-

te uno o più accordi Stato Regioni sono individuati nuovi profili professionali sociosanitari. L'individuazione dei nuovi profili professionali sociosanitari, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Patto per la salute e nei Piani sanitari e sociosanitari regionali, che non trovino rispondenza in professioni già riconosciute. Gli accordi individuano anche l'ambito di attività dei profili professionali sociosanitari definendo le funzioni caratterizzanti ed evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse. Con un ulteriore accordo sono stabiliti i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti ai fini dell'esercizio dei profili professionali di cui ai commi precedenti. Con decreto del ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il ministro della Salute, sentite le competenti Commissioni parlamentari e acquisito il parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità, è poi definito l'ordinamento didattico della formazione dei profili professionali sociosanitari.

I preesistenti profili professionali di operatore sociosanitario, delle professioni di assistente sociale, di sociologo e di educatore professionale sono ricompresi nell'area professionale socio sanitaria istituita modificandone la precedente collocazione normativa.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MODELLO VENETO

Farmaci e appropriatezza

Linee guida *ad hoc* per aree terapeutiche ad alto impatto

Precisi limiti di spesa pro capite assegnati per rispettare il tetto imposto a livello nazionale, ma anche obiettivi per le Aziende sanitarie secondo un panel di indicatori di appropriatezza e aderenza pubblicati tra l'altro anche nel Rapporto OsMed di Aifa il cui miglioramento secondo le performance

prefissate consente di rimanere nei limiti di costo assegnati. Sono questi gli strumenti che hanno consentito al Veneto di rispettare, insieme a Valle d'Aosta, Trento e Bolzano, di rispettare il tetto del 14,85% territoriale e ospedaliera.

A PAG. 6

VENETO/ Il modello della Regione per la gestione di un ricco e delicato settore di spesa

«La nostra appropriatezza»

Farmaci: linee di indirizzo su quattro aree terapeutiche ad alto impatto

Lo Stato annualmente impegna per la farmaceutica, nelle sue componenti territoriale e ospedaliera, il 14,85% delle risorse disponibili per la Sanità. Le amministrazioni regionali sono tenute a rispettare questo vincolo di bilancio.

Tuttavia, nel corso degli anni, sempre meno Regioni riescono di fatto a rispettarlo e dall'ultimo monitoraggio di Aifa (gennaio-ottobre 2016) si evince che il Veneto, insieme a Valle d'Aosta e alle Province autonome di Trento e Bolzano, è l'unica Regione a farlo.

La sfida in cui le amministrazioni regionali sono coinvolte è quindi quella di rendersi efficienti, garantendo l'equità nell'accesso alle cure nel rispetto della sostenibilità dell'intero Sistema.

Come già anticipato nelle pagine di questo giornale (Farmaci, obiettivo appropriatezza - Sole 24 Ore Sanità del 12 luglio 2016), il Veneto ha affrontato questa sfida approcciando un nuovo modello di gestione della farmaceutica.

Il costo pro capite e gli indicatori di appropriatezza e aderenza. Insieme a precisi limiti di spesa pro capite assegnati al fine di rispettare il tetto imposto a livello nazionale, la Regione ha deliberato come obiettivi per le Aziende sanitarie un panel di indicatori di appropriatezza e aderenza pubblicati tra l'altro anche nel Rapporto OsMed di Aifa il cui miglioramento secondo le performance prefissate consente di rimanere nei limiti di

costo assegnati.

Gli indicatori selezionati, individuando aree di sottoutilizzo (dove è presente la raccomandazione ma non la prescrizione, es. aderenza alla terapia nei trattamenti cronici) e aree di sovrautilizzo (dove non c'è raccomandazione ma c'è prescrizione, es. uso di molecole potenti e costose in pazienti a basso rischio) e bilanciando risparmi e investimenti, permettono di allocare efficientemente le risorse, salvaguardando opportunità terapeutica e sostenibilità economica (figura 1).

Negli Obiettivi di Salute 2016 attribuiti dalla Regione alle Aziende sanitarie sono stati inclusi 11 indicatori su quattro aree terapeutiche a elevato impatto di spesa (protezione gastrointestinale, ipertensione arteriosa, dislipidemie e tromboembolismo venoso), che rappresentano il 40% della spesa farmaceutica convenzionata e più del 20% della spesa farmaceutica territoriale (figura 2).

La concertazione e la legittimazione. Gli indicatori superano la logica dei consumi e della variabilità prescrittiva, che di per sé non è sinonimo di scarsa appropriatezza, e diventano uno strumento di audit clinico. L'obiettivo è quello di condividere con i medici un percorso di analisi delle terapie finalizzato a migliorare l'aderenza della prescrizione alle indicazioni di uso e di rimborsabilità dei farmaci.

La scelta degli indicatori è avvenuta attraverso Gruppi di



Lavoro specifici individuati dalla Commissione tecnica regionale sui farmaci e istituiti con decreto del direttore generale dell'Area Sanità e sociale. Il lavoro dei Gruppi, formati da clinici, medici di medicina generale, farmacisti, direzioni aziendali ed economisti, è esitato nella stesura di Linee di indirizzo regionali sull'utilizzo dei farmaci nelle aree terapeutiche oggetto degli Obiettivi di Salute.

Le Linee di indirizzo hanno il duplice obiettivo di fornire raccomandazioni sull'impiego dei farmaci, analizzando le evidenze cliniche disponibili e definendo i criteri di scelta, nel caso siano presenti più alternative terapeutiche, e di individuare indicatori per il monitoraggio dell'aderenza alle raccomandazioni.

I documenti prodotti comprendono due Linee di indirizzo inerenti le dislipidemie, le "Linee di indirizzo regionali per l'utilizzo degli inibitori di pompa protonica", pubblicati con decreto del direttore generale dell'Area Sanità e sociale, e la circolare a oggetto «Appropriatezza prescrittiva di farmaci antipertensivi nella Regione Veneto». A breve saranno pubblicate anche le Linee di indirizzo sul tromboembolismo venoso.

Tali documenti sono stati condivisi con le Aziende sanitarie, organizzando eventi di presentazione a livello regionale.

La misurazione. Per valutare le performance rispetto agli indicatori e quindi l'aderenza alle raccomandazioni, a ogni Azienda sanitaria è stato fornito uno strumento informatico (Cruscotto Health-db) in grado di restituire una prospettica per singolo medico.

Per l'elaborazione degli indicatori vengono utilizzati i flussi amministrativi della farmaceutica, della specialistica e le schede di dimissione ospedaliera.

Il report finale si compone di due sezioni. La prima permette al medico di valutare l'andamento degli indicatori, confrontando la propria performance con quella dei medici dell'Aft (Aggregazione funzionale territoriale, ovvero il gruppo di medici a cui appartiene), dell'Azienda sanitaria e della Regione.

La seconda è costituita invece dall'elenco dei pazienti sui quali effettuare l'audit, verificando la pertinenza del

trattamento rispetto alle indicazioni di uso e di rimborsabilità dei farmaci.

Il medico ha così la possibilità di confrontarsi su diversi livelli di complessità (Aft, aziendale e regionale) e, cosa più importante, di poter intervenire puntualmente e autonomamente per verificare le condizioni di utilizzo dei farmaci nei pazienti segnalati, effettuando l'audit.

Il risultato. Il raggiungimento degli obiettivi va misurato su due livelli: quello dell'opportunità terapeutica e quello della sostenibilità economica.

Nel 2016 la performance complessiva degli indicatori è migliorata mediamente in Regione del 2,5 per cento.

Una maggior aderenza, misurata come riduzione dello scostamento tra pratica clinica e raccomandazioni terapeutiche, determina un miglioramento dello stato di salute del paziente e quindi un beneficio clinico.

Nel contempo la spesa farmaceutica convenzionata in Regione Veneto si è ridotta di 14 milioni di euro. Di questi, circa 10 milioni derivano dalle aree terapeutiche oggetto degli Obiettivi di Salute 2016 (protezione gastrointestinale, ipertensione arteriosa, dislipidemie e tromboembolismo venoso). In altri termini, le aree terapeutiche su cui è stato applicato tale modello di gestione della farmaceutica hanno mostrato un miglioramento maggiore rispetto al complesso delle aree terapeutiche sia in termini di appropriatezza e aderenza sia in termini finanziari (pur rappresentando il 40% della spesa convenzionata complessiva hanno contribuito a oltre il 70% della riduzione della stessa), dimostrando come l'applicazione di tale modello sia efficace rispetto agli obiettivi prefissati di miglioramento della pratica clinica e di rispetto dei vincoli di bilancio.

Sempre in questa prospettiva, l'analisi per singola Azienda sanitaria ha evidenziato che le Aziende che maggiormente hanno migliorato le loro performance in termini di aderenza e di appropriatezza sono risultate proprio quelle che sono riuscite a ridurre in misura superiore il costo per trattato ottenendo i risparmi più rilevanti (figura 3).

Il modello di gestione proposto dalla Regione Veneto,

basato sulla condivisione e applicazione degli indicatori di appropriatezza e aderenza e quindi su una gestione di tipo clinico della prescrizione, ma basato anche su un percorso operativo caratterizzato dalla concertazione con i clinici, dalla legittimazione attraverso l'attività normativa e dalla periodica misurazione e discussione dei risultati, ha permesso di raggiungere gli obiettivi finanziari posti a inizio anno, stando al di sotto dei 114 euro pro capite di spesa farmaceutica convenzionata assegnati alle Aziende sanitarie e di rispettare di conseguenza il tetto nazionale (figura 4).

È importante sottolineare che, attraverso l'applicazione di tale modello, il raggiungimento degli obiettivi finanziari è stato conseguito mediante un progressivo miglioramento degli indicatori di appropriatezza e aderenza che, essendo indicatori per la riduzione dello scostamento tra pratica clinica e raccomandazioni terapeutiche, sono, a loro volta, determinanti di un miglioramento degli indicatori di esito e, quindi, della gestione clinica del paziente.

Gli indicatori di appropriatezza e aderenza sono, quindi, risultati un'efficace leva per il raggiungimento degli obiettivi finanziari e, nel contempo, per il miglioramento della pratica clinica (figura 5).

A dimostrazione che rendere sostenibile il Sistema, lavorando sull'appropriatezza dei trattamenti e garantendo l'equità nell'accesso alle cure, è possibile ed è molto importante, anche secondo quanto affermato dal Consiglio dell'Unione europea lo scorso novembre «The Council considers that achieving the twin aim of ensuring fiscal sustainability and access to good quality health care services for all, by improving the efficiency and effectiveness of health and long-term care systems, is therefore particularly important» (<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/en/pdf.>)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Margherita Andreatta
area Epidemiologia e Hta - coord. reg.le unico sul farmaco

Luca Degli Esposti
Clicon Srl/Health-db Srl

Giorgio Costa

area Epidemiologia e Hta - coord. reg.le unico sul farmaco
Giovanna Scroccaro
settore Farmaceutico-protesica - Disp. medici - Reg. Veneto

Domenico Mantoan

direttore generale area sanità e sociale - Reg. Veneto

> CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

I MALATI HANNO BISOGNO DI FIDARSI GLI OSPEDALI GUARDANO AI BUDGET

IL BISOGNO di salute si esprime attraverso una relazione di tipo fiduciario con professionisti che sappiano identificare le ragioni della malattia e proporre soluzioni per risolvere il problema. Cerchiamo tutti un'alta qualità della relazione di cura, che prescinda da quanto costi. La chiediamo a un servizio pubblico gratuito, equo, solidale, compassionevole. Non trovando cela, siamo disposti a pagarla, affidandoci al passa parola, visto che pochissimi sono in grado di capire quale competenza abbiano le persone scelte. Il bisogno di salute cerca qualità. La risposta della sanità pubblica è invece basata su valori quantitativi. Medici e pediatri di famiglia sono pagati in base alla quantità dei pazienti. Gli ospedalieri sono obbligati a contare il numero di prestazioni eseguite e il loro valore monetario calcolato su parametri detti Drg. La struttura sanitaria "aziendale" ragiona in termini quantitativi e fa bilanci. Logico, pertanto, che siano incentivate prestazioni ben remunerate, limitando quelle ad alto costo e Drg sfavorevole. Al bisogno di qualità si risponde con quantità. Realtà innegabile, che provoca disastri. I pazienti chiedono tempi di ascolto lunghi, che permettano di costruire e verificare la relazione fiduciaria, sviluppando empatia. I medici propongono tempi risicati, per raggiungere obiettivi economici. Succede, allora, che medici senza competenza, offrendo tempi lunghi d'ascolto e rimedi tanto innocui quanto inefficaci (cosiddetti naturali), abbiano grande successo. Ma la malattia resta al punto di prima. E la salute pubblica apparirà alla maggioranza dei malati frettolosa e iniqua.

camici.pigiami@gmail.com



il commento

di ROBERTO PAZZI



LA DIGNITÀ NEGATA

LA PENOSA notizia dell'anziana sommersa dalle formiche in un civico ospedale di Napoli, nel suo letto di dolore, ci riconduce a considerare una tendenza sempre più attiva nella nostra società, quella della rimozione della vecchiaia. Perché un simile atto di mancanza di rispetto è iscrivibile a una mentalità per la quale solo la prestanza e la giovinezza siano valori da osannare. Facendo pendere la bilancia di ciò che più conta, dalla parte della natura e non da quella del merito. Tutto ciò che invita a pensare alle metamorfosi della nostra vita, alla ruota delle stagioni, dal culmine della forza fino al tramonto della senilità, in una società dove il divo del calcio a 40 anni è già vecchio, non ha luogo, non gode favore, non riceve attenzione. Così si afferma una concezione edonistica e vitalistica della vita, che non prepara i giovani al declino che li attende, alla fragilità che dovranno affrontare, alla pazienza. Gli ospedali non possono essere certo luoghi allegri, né celare l'identità di luoghi di sofferenza, ma devono poter garantire la dignità del malato, colto nell'età più fragile, quando inerme attende solo dallo Stato, la casa di tutti, le attenzioni e la protezione impossibili da procurarsi. La cura della salute è uno dei primi doveri di chi ci governa. Si giudica il livello di civiltà di una nazione anche dall'attenzione alle sue fasce più deboli, come i vecchi e i malati. Molti di noi in questi mesi hanno visto con antipatia la riforma sanitaria di Trump, che non garantisce i più deboli. Spero che quella tendenza non si esporti e l'Italia resti per la sua assistenza sanitaria il modello che è nel mondo, nonostante il brutto episodio dell'ospedale di Napoli.



Sigarette elettroniche a prova di bambino

Le sigarette elettroniche e i contenitori di liquido di ricarica devono essere a prova di bambino e manomissione, e devono essere protetti contro la rottura e le perdite e muniti di un meccanismo per una ricarica senza perdite. Lo prevede il decreto del ministero della salute 28 marzo 2017 di «Attuazione della decisione di esecuzione (Ue) 2016/586 della Commissione del 14 aprile 2016 che definisce le norme tecniche per il meccanismo di ricarica delle sigarette elettroniche», in G.U. n. 134 di ieri. Le sigarette elettroniche ricaricabili sono dunque immesse sul mercato solo se il meccanismo di ricarica soddisfa una delle seguenti condizioni: a) comporta l'uso di un contenitore di liquido di ricarica che dispone, da un lato, di un ago lungo almeno 9 mm e più stretto dell'apertura del serbatoio della sigaretta elettronica e, dall'altro, di un meccanismo di controllo dell'erogazione che emette non più di 20 gocce di liquido di ricarica al minuto quando si trova in posizione verticale; b) opera mediante un sistema di alloggiamento grazie al quale il liquido di ricarica viene rilasciato nel serbatoio della sigaretta elettronica solo quando il contenitore di liquido di ricarica è collegato a quest'ultima. Sempre sulla stessa Gazzetta Ufficiale n. 134 è stato pubblicato il decreto Minsalute 28 marzo 2017, di «Attuazione della decisione di esecuzione (Ue) 2015/2183 della Commissione del 24 novembre 2015 che istituisce un formato comune per la notifica delle sigarette elettroniche e dei contenitori del liquido di ricarica».



Il capo della Polizia

«L'azzardo è il grande eldorado della criminalità organizzata»

ROMA

L'azzardo «è l'eldorado della criminalità organizzata». È il forte allarme del capo della Polizia, Franco Gabrielli. «Cito due dati - spiega parlando all'Università della Calabria al convegno organizzato dalla Questura di Cosenza sul tema "Ludopatia: prevenzione e sicurezza sociale" - perché si comprenda di cosa stiamo parlando: nel 2016, solo in Italia, la filiera dei giochi ha fatturato oltre 90 miliardi di euro mentre una ricerca di Europol ha valutato che il fatturato legato allo spaccio di sostanze stupefacente, in tutta Europa, è di 26 miliardi. Quindi capirete quale sia l'appeal di questo fenomeno, che ha ricadute sociali, economiche e personali. È un fenomeno da monitorare e seguire». Perché, aggiunge, «la ludopatia non attiene solo a problematiche patologiche, ma è l'ennesimo territorio nel quale le organizzazioni criminali possono far valere il loro peso e raccogliere illecitamente profitti».

E un allarme arriva anche dal procuratore di Cosenza, Mario Spagnuolo. «Nelle scommesse online non abbiamo più intermediazione del soggetto fisico e di fronte a questo alziamo le mani. Le nostre capacità di intervento sono limitate. Auspico - è l'appello del magistrato - che prima o poi qualcuno regolamenti anche il web». Anche perché ci sono elementi che preoccupano. «Attualmente il gioco italiano viene spesso veicolato da società che hanno sede a Malta, Panama e Gibilterra», inoltre «a Cosenza abbiamo un numero elevato di sale gioco concentrate in pochi soggetti, ci stiamo lavorando». La denuncia del procuratore viene confermata dall'ultimo aggiornamento della "black list" dei Monopoli di Stato con l'elenco dei siti non autorizzati alla raccolta di gioco in Italia. Quelli oscurati sono arrivati a 6.422, con un incremento di 41 rispetto alla rilevazione di un mese fa. Si tratta di siti gestiti da società internazionali che non hanno concessioni nel nostro Paese.

Antonio Maria Mira

© RIPRODUZIONE RISERVATA





REPORT CENSIS-RBM/ Spesa sanitaria privata 2016 a 35,2 mld (+4,2% sul 2013)

La sanità si privatizza da sola

Tempi d'attesa in salita e disparità di accesso - Il modello assicurativo

Il mix tra disinvestimento dalla sanità pubblica, disparità di accesso alle cure e liste d'attesa lumaca costringe sempre più spesso i cittadini che possono permetterselo a rivolgersi alla sanità privata pagando di tasca propria e a volte «impoverendosi». Gli italiani nel 2016 hanno infatti sborsato 35,2 mld di euro (+4,2% sul 2013). Più dei consumi che nello stesso periodo sono cresciuti del 3,4%. La piaga delle code per visite specialistiche e screening non accenna infatti a guarire, con le attese per la mammografia addirittura raddoppiate da 62 giorni nel 2014 a ben 122 nel 2016 con punte di 142 giorni per Sud e isole. È aumentata dell'11% il numero di persone che non riesce a curarsi: sono infatti 12,2 mln i cittadini che rinviano o rincunciano a prestazioni sanitarie in un anno (+1,2 milioni rispetto all'anno precedente). Sono questi i dati del VII Rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute sulla Sanità Pubblica, Privata e Integrativa presentati oggi a Roma nel corso del Welfare Day 2017.

Spesa out of pocket in salita dunque, tenendo conto del fatto che il dato del Report Rbm-Censis non include l'esborso per le assicurazioni sanitarie, mentre include la compartecipazione sanitaria, cioè i ticket sanitari e quelli per i farmaci che, in termini reali nel 2015 (ultimo dato disponibile) rispetto al 2007 sono aumentati del +53,7%: con +162,2% per il ticket farmaci e +6,1% per le compartecipazioni per prestazioni sanitarie.

Lacune e criticità della sanità pubblica in cui si fanno spazio proposte «alternative» da parte del mondo assicurativo. «Più di un italiano su quattro - sottolinea **Marco Vecchietti**, Consigliere Delegato di Rbm Assicurazione Salute - non sa come far fronte alle spese necessarie per curarsi e subisce danni economici per pagare di tasca propria. Intanto la stessa spesa sanitaria privata, che oggi pesa per circa 580 euro pro-capite, nei prossimi dieci anni è destinata a raggiungere la somma di 1.000 euro pro-capite, per evitare il crack finanziario e assistenziale del Ssn. Una possibile soluzione? Occorre puntare su un modello di assicurazione sociale integrativa alla francese, istituzionalizzato ed esteso a tutti i cittadini, che garantirebbe finanziamenti

aggiuntivi per oltre 21 miliardi di euro all'anno, attraverso i quali integrare il Fondo sanitario nazionale. Dobbiamo prendere atto che oggi abbiamo un universalismo sanitario di facciata, fonte di diseguaglianze sociali, a cui va affiancato un secondo pilastro sanitario integrativo per rendere il nostro Ssn più sostenibile, più equo e veramente inclusivo», ha concluso Vecchietti.

Ad attrarre i cittadini verso la sanità privata è di fatto l'accesso difficoltoso al pubblico. Sono 31,6 milioni gli italiani che hanno avuto urgente bisogno di almeno una prestazione sanitaria e a causa di liste di attesa troppo lunghe nel pubblico si sono rivolti al privato. È accaduto al 72,9% dei residenti al Sud-Isole, al 68,9% al Centro, al 54,3% al Nord-Est ed al 50,8% al Nord-Ovest; ed è successo anche al 64,7% dei non autosufficienti e al 72,6% delle famiglie con figli fino a 3 anni.

I dati sui tempi di attesa sono scoraggianti. Per una visita cardiologica l'attesa media è pari a 67 giorni; per una visita ginecologica 47 giorni (72 al Centro); per una colonoscopia si attendono 93 giorni (109 giorni al Centro); per una mammografia 122 giorni (142 al Sud); per una ecografia 62 giorni (81 giorni al Centro).

Un quadro, va detto, che sconta ancora l'assenza di una profonda riorganizzazione dei servizi e di una efficiente selezione della domanda di prestazioni in una logica di appropriatezza, con l'obiettivo di «scremare» da un lato i fenomeni di overprescription da parte dei medici e dall'altro il cosiddetto shopping sanitario da parte dei pazienti. Intanto il privato per parte sua «si è andato strutturando in termini di quantità, qualità e tariffe della propria offerta in modo da intercettare la nuova domanda di sanità che si va spostando sui mercati privati».

L'impatto sociale in ogni caso si sente ed è fortemente diseguale. La spesa sanitaria privata pesa di più su chi ha meno, su chi vive in territori a più alto disagio, su chi ha più bisogno reale di sanità come gli over 65, che spendono una volta e mezzo in più rispetto a un baby boomer (35-64 anni) o le persone non autosufficienti. Quasi

due terzi delle persone a basso reddito hanno dovuto affrontare spese sanitarie private di tasca propria, così come il 76,6% dei malati cronici. E sono 13 mln gli italiani che hanno avuto difficoltà, con un abbassamento del tenore di vita, 7,8 mln hanno dovuto usare tutti i risparmi o si sono indebitate e 1,8 mln sono entrate nell'area della nuova povertà.

Dietro tutto questo ci sono le dinamiche demografiche ma soprattutto un progressivo disinvestimento dalla sanità pubblica con un taglio della spesa sanitaria procapite che la Corte dei Conti ha quantificato in media in -1,1% annuale per il 2009-2015. E non è un trend generale. Nello stesso periodo in Francia la spesa sanitaria pubblica al contrario è cresciuta in media del +0,8% annuo e in Germania del +2% medio annuo. In rapporto al Pil la spesa sanitaria pubblica in Italia è pari al 6,8%, in Francia all'8,6% e in Germania al 9,4%. Il fabbisogno sanitario degli italiani quindi cresce e si ridefinisce per invecchiamento e cronicità con una sanità pubblica che arranca e non potendo coprire tutto il fabbisogno sanitario, raziona la domanda.

Le conseguenze: aumentano sanità privata, sanità negata, disparità di accesso. Diseguaglianze che hanno una precisa geografia, con una punta di italiani insoddisfatti del servizio sanitario della propria regione del 52,7% nel Sud e nelle isole. Gap che costringono i pazienti a spostarsi dalla propria regione per farsi curare altrove (6 mln di pazienti con la valigia). E proprio al Sud si scappa di più, con il 16% di cittadini costretti a migrare (+7,2% rispetto alle regioni del Nord-Ovest).

E tra i nuovi poveri, molti lo sono a causa della salute. Una categoria che il report chiama «salute-impoveriti». Sono 1,8 milioni di persone entrate nell'area della povertà a seguito di spese sanitarie. «Guai a sottovalutare - concludono gli esperti - che nell'area dei salute-impoveriti ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale».

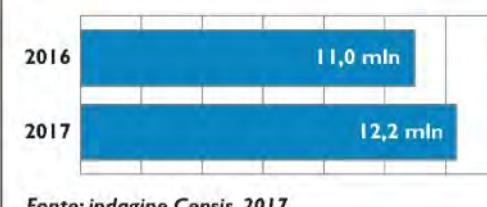
Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Andamento della spesa sanitaria (2013-16)

| | 2016 (v.a. in mln €) | Var. % reale 2013-2016 |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Spesa sanitaria privata | 35.182 | +4,2 |
| Spesa totale per consumi | 1.023.660 | +3,4 |

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Rinunce a prestazioni sanitarie

Promulgato il decreto legge: da settembre scatta l'obbligo a scuola per bambini e ragazzi tra 0 a 16 anni

Lorenzin-Fedeli, tregua sui vaccini

Fase transitoria per consentire ad aziende sanitarie, Regioni e famiglie di adeguarsi

Dodici vaccinazioni obbligatorie per l'iscrizione ad asili, materne e scuole dell'obbligo dei nati nel 2017. Una triangolazione serrata tra famiglie, presidi e Asl, fatta di scadenze da rispettare, documenti da esibire, segnalazioni e sanzioni in vista. Ma, anche, la doppia ciambella di salvataggio dell'autocertificazione e di una fase transitoria che per il prossimo anno scolastico consentirà il rodaggio del sistema.

L'obbligo vaccinale a scuola, per decreto, è cosa fatta. Anche

se ora la palla passa al Parlamento, che potrebbe apportare sostanziose modifiche. Ma intanto, dopo un confronto serrato all'interno del Governo, protagoniste le ministre della Salute e dell'Istruzione Lorenzin e Fedeli - con la prima artefice della "fuga in avanti" che ha portato alla scelta della decretazione d'urgenza e, la seconda, perplessa su contenuti e modalità applicative fin dall'inizio - la macchina è partita.

GOBBI A PAG. 2-3

Dopo la pubblicazione in Gazzetta è in vigore il decreto legge n. 73: la palla al Senato

Vaccini a scuola, parte l'iter

Multe e segnalazioni per gli inadempienti ma il primo anno sarà soft

Dodici vaccinazioni obbligatorie per l'iscrizione ad asili, materne e scuole dell'obbligo dei nati nel 2017. Una triangolazione serrata tra famiglie, presidi e Asl, fatta di scadenze da rispettare, documenti da esibire, segnalazioni e sanzioni in vista. Ma, anche, la doppia ciambella di salvataggio dell'autocertificazione e di una fase transitoria che per il prossimo anno scolastico consentirà il rodaggio del sistema.

L'obbligo vaccinale a scuola, per decreto, è cosa fatta. Anche se ora la palla passa al Parlamento, che potrebbe apportare sostanziose modifiche. Ma intanto, dopo un lungo lavoro e un confronto serrato all'interno del Governo, protagoniste le ministre della Salute e dell'Istruzione Lorenzin e Fedeli - con la prima artefice della "fuga in avanti" che ha portato alla scelta della decretazione d'urgenza e, la seconda, perplessa su contenuti e modalità applicative fin dall'inizio - la macchina è partita.

Il decreto legge n. 73 «Disposizioni urgenti in materia vaccinale» è entrato in vigore l'8 giugno, il giorno successivo alla firma del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella e della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Il testo andrà convertito in legge entro domenica 6 agosto (l'iter comincia dalla Igiene e Sa-

nità del Senato, n. atto 2856); il criterio di "necessità e urgenza" - ha spiegato la ministra della Salute Lorenzin - sarebbe motivato dal calo, al di sotto della soglia del 95% indicata dall'Oms, dei livelli di copertura per tutte le principali malattie infettive. Con la profilassi per la varicella crollata al 46,1% di adesioni e un incremento dei casi di morbillo del 500% rispetto all'anno scorso.

«Garantire sicurezza alla collettività e creare alle famiglie il minor disagio possibile: ecco il criterio che abbiamo seguito», ha spiegato Lorenzin. Con il nuovo Dl, dalle quattro profilassi necessarie per l'iscrizione a scuola fino al 1999 - poi l'imposizione venne meno per l'ampia copertura raggiunta - oggi si passa a 12, tutte gratuite: saranno requisito indispensabile per l'ammissione all'asilo nido e alla scuola dell'infanzia - quindi per i bambini da zero a sei anni - e sono obbligatorie, pena sanzioni e segnalazioni, per i ragazzi fino ai 16 anni iscritti alla scuola dell'obbligo.

Ad anti-polio, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B (già obbligatorie), si sommano otto vaccini "fortemente raccomandati" nel calendario oggi in vigore. Si tratta di anti-pertosse, anti-Haemophilus Influenzae b, raccomandate dal Pnv in vigore in quegli anni. Sono gratuite anche le vaccinazioni che i genitori devono "recuperare".

ti-rosolia, anti-parotite, anti-variella.

Ma l'obbligo si declina con modalità differenti, in base alla data di nascita: quelle 12 vaccinazioni andranno somministrate ai nati dal 2017, mentre per i nati dal 2001 al 2016 si dovrà tenere conto delle profilassi contenute nel calendario vaccinale relativo a ciascun anno di nascita. Per fare un esempio, i nati dal 2001 al 2004 faranno riferimento al calendario inserito nel Piano nazionale vaccini 1999-2000: e cioè, se non avranno ancora provveduto, dovranno sottoporsi alle quattro vaccinazioni già imposte per legge (anti-epatite B, anti-tetano, anti-poliomielite, anti-difterite), più anti-morbillo, anti-parotite, anti-rosolia, anti-pertosse e anti-Haemophilus Influenzae b, raccomandate dal Pnv in vigore in quegli anni. Sono gratuite anche le vaccinazioni che i genitori devono "recuperare".

L'agenda. All'atto dell'iscrizione a scuola, i presidi sono tenuti a richiedere alle famiglie la documentazione comprovante le vaccinazioni, ovvero l'omissione o il differimento del vaccino, o l'esonero per immunizzazione da malattia naturale, oppure l'avvenuta prenotazione dell'appuntamento presso la Asl. La vaccinazione può anche essere autocertificata e in questo caso la famiglia avrà tempo sino al 10 luglio di

ogni anno per esibire il libretto vaccinale.

Entro i 10 giorni successivi alla deadline i dirigenti scolastici dovranno segnalare la mancata presentazione della documentazione alla Asl, che qui entra in gioco: dovrà contattare i genitori per un appuntamento e un eventuale colloquio informativo, indicando tempi e modalità. Solo se la famiglia diserta questa "chiamata" o se, in seguito al colloquio, persevera nel non far vaccinare il bambino, scatta la contestazione formale dell'inadempimento da parte dell'Asl.

L'importo delle multe, tra 500 e 7.500 euro, dipenderà dalla gravità dell'inadempimento, ad esempio dal numero delle vaccinazioni omesse; la sanzione viene meno quando il genitore fa vaccinare il bambino entro il termine dato dalla Asl. L'azienda sanitaria dovrà poi segnalare l'inadempimento alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni. «Sarà il



Dir. Resp.: Guido Gentili

magistrato - ha sottolineato ancora Lorenzin - a valutare se sussistono i presupposti per l'eventuale apertura di un procedimento».

I presidi dovranno inserire i "non vaccinabili" in classi in cui siano presenti minori vaccinati o immunizzati naturalmente. Allo stesso tempo, sempre i dirigenti scolastici dovranno segnalare alla Asl entro il 31 ottobre di ogni anno, le classi in cui siano presenti più di due alunni non vaccinati.

La fase transitoria. Metterà in sicurezza, di fatto, tutto il prossimo anno scolastico, 2017-2018.

Così, entro il 10 settembre i genitori dovranno presentare la documentazione o copia della prenotazione dell'appuntamento con l'Asl. O anche un'autocertificazione: e in questo caso entro il 10 marzo prossimo, andrà esibita la documentazione che attesti l'avvenuta vaccinazione.

La campagna informativa. Una circolare informativa a firma della Dg Prevenzione del ministero, diretta da Ranieri Guerra, entrerà nei dettagli di obblighi, tempistica e modalità, mentre il ministero della Salute avvierà

dall'estate campagne informative e spot e attiverà un numero verde. Che con ogni probabilità avrà declinazioni anche regionali, visto che è sul territorio che si gioca la buona riuscita del decreto. Salute e Miur avvieranno poi, sempre a partire dal prossimo anno, iniziative di formazione dei docenti e di educazione di alunni e studenti sui temi della prevenzione sanitaria, anche coinvolgendo le associazioni di genitori.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le attuali coperture vaccinali

| | | | |
|----------------|-------|--------------|-------|
| Varicella | 46,1% | Epatite B | 93,0% |
| Meningococco C | 80,7% | Poliomielite | 93,3% |
| Parotite | 87,2% | Difterite | 93,6% |
| Rosolia | 87,2% | Pertosse | 93,6% |
| Morbo | 87,3% | Tetano | 93,7% |

Gli adempimenti per l'iscrizione a scuola

- Documentazione comprovante le vaccinazioni
- Documentazione comprovante l'omissione o il differimento della somministrazione del vaccino
- Documentazione comprovante l'esonero per intervenuta immunizzazione per malattia naturale
- Copia della prenotazione dell'appuntamento presso l'Asl
- Il genitore può autocertificare l'avvenuta vaccinazione, ma dovrà presentare copia del libretto vaccinale entro il 10 luglio

I grandi numeri

500%

Il tasso di incremento dei casi di morbo registrato nel 2017 rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso

7.500 €

La multa massima che dovranno pagare le famiglie inadempienti rispetto all'obbligo vaccinale

«Non condivido il regime sanzionatorio né l'aver trasformato in emergenza nazionale e indistinta solo alcune criticità epidemiologiche, il morbo. Non si può certo affermare che oggi in Italia il tetano o la poliomielite rappresentino un'emergenza sanitaria». **Luca Coletto**, assessore alla Sanità del Veneto, certo non benedice la scelta del decreto legge sull'obbligo vaccinale. E la sua non è l'unica voce in controtendenza: prova ne sono i progetti di legge depositati in Parlamento, in particolare quello di cui è prima firmataria la senatrice **Nerina Dirindin**, che punta a valorizzare cultura vaccinale e farmacovigilanza.

«Da dieci anni - aggiunge Coletto - in Veneto vacciniamo su base volontaria, cioè consapevole, creando così una cultura della prevenzione e della vaccina-

E il Veneto rilancia la scelta «volontaria e consapevole»

zione che rappresenta il miglior contrasto alla "fake-news" e ai movimenti antivaccinisti». Ma l'assessore pensa anche al carico di lavoro per il personale: «Aver generalizzato in modo indistinto e subitaneo l'obbligo coercitivo alle vaccinazioni metterà a rischio i bambini più fragili e, soprattutto, sottrarrà risorse e operatori sanitari alle altre campagne di prevenzione, non meno indispensabili, come gli screening oncologici, la prevenzione del diabete o delle cardiopatie, patologie che sono responsabili del 70% della spesa sa-

nitaria. Mi sembra che l'emotività abbia prevalso sul buon senso e sull'impegno lungimirante».

Intanto, proprio nel giorno della pubblicazione del decreto, la Salute ha reso noti gli ultimi dati sulle coperture 2016 a 24 mesi, 36 mesi, 5-6 anni e per la prima volta sugli adolescenti di 16 e 18 anni. Trend in ordine sparso nelle Regioni, con cali pesanti in alcune realtà, come il Molise, che per il morbo ha assistito a un crollo del 4 per cento. A spiegare il senso del decreto è il Dg Prevenzione **Ranieri Guerra**: «Inevitabilmente, la riduzione delle coperture vaccinali, se non arrestata, comporterà un accumulo di individui suscettibili, che potrebbe favorire la trasmissione e il verificarsi di focolai epidemici».

Foto: S. Sartori - S. Sartori

Entro il 10 settembre 2017

- per l'avvenuta vaccinazione: può essere presentata la relativa documentazione oppure un'autocertificazione
- per l'omissione, il differimento e l'immunizzazione da malattia: deve essere presentata la relativa documentazione
- coloro che sono in attesa di effettuare la vaccinazione: devono presentare copia della prenotazione dell'appuntamento presso l'Asl

Entro il 10 marzo 2018

- nel caso in cui sia stata precedentemente presentata l'autocertificazione, deve essere presentata la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione



Pubblichiamo lo «Schema di decreto-legge recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale»

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 77 e 87, quinto comma, della Costituzione;

Ritenuto altresì necessario garantire il rispetto degli obblighi assunti e delle strategie concordate a livello europeo e internazionale e degli obiettivi comuni fissati nell'area geografica europea;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del ...

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Istruzione, università e ricerca, con il ministro della Giustizia, con il ministro per gli Affari regionali con delega in materia di politiche per la famiglia e con il ministro dell'Economia e delle finanze;

Emano

il seguente decreto-legge:

Articolo 1 ▼ Vaccinazioni obbligatorie

1. Al fine di assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale, nonché di garantire il rispetto degli obblighi assunti a livello europeo e internazionale, per i minori di età compresa tra zero e sedici anni sono obbligatorie e gratuite, in base alle specifiche indicazioni del Calendario vaccinale nazionale relativo a ciascuna coorte di nascita, le vaccinazioni di seguito indicate:

- a) anti-poliomielitica;
- b) anti-difterica;
- c) anti-tetanica;
- d) anti-epatite B;
- e) anti-pertosse;
- f) anti-Haemophilus influenzae tipo b;
- g) anti-meningococcica B;
- h) anti-meningococcica C;
- i) anti-morbilli;
- j) anti-rosolia;
- m) anti-parotite;
- n) anti-varicella.

2. L'avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, comprovata dalla notifica effettuata dal medico curante, ai sensi dell'articolo 1 del decreto ministeriale 15 dicembre 1990, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 6 dell'8 gennaio 1991, ovvero dagli esiti dell'analisi sierologica, esonerà dall'obbligo della relativa vaccinazione.

3. Salvo quanto disposto dal comma 2, le vaccinazioni di cui al comma 1 possono essere

omesse o differite solo in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

4. In caso di mancata osservanza dell'obbligo vaccinale di cui al comma 1, ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale e ai tutori è comminata la sanzione amministrativa pecuniaria da euro cinquecento a euro settemila cinquecento. Non incorrono nella sanzione di cui al primo periodo del presente comma i genitori esercenti la responsabilità genitoriale e i tutori che, a seguito di contestazione da parte dell'azienda sanitaria locale territorialmente competente, provvedano, nel termine indicato nell'atto di contestazione, a far somministrare al minore il vaccino ovvero la prima dose del ciclo vaccinale, a condizione che il completamento del ciclo previsto per ciascuna vaccinazione obbligatoria avvenga nel rispetto delle tempistiche stabilite nella schedula vaccinale in relazione all'età. Per l'accertamento, la contestazione e l'irrogazione della sanzione amministrativa si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni contenute nel capo I, sezioni I e II, della legge 24 novembre 1981, n. 689, e successive modificazioni.

5. Decorso il termine di cui al comma 4, l'azienda sanitaria locale territorialmente competente provvede a segnalare l'inadempimento dell'obbligo vaccinale alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni per gli eventuali adempimenti di competenza.

6. È, comunque, fatta salva l'adozione da

parte dell'autorità sanitaria di interventi di urgenza ai sensi dell'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e successive modificazioni.

Articolo 2

▼ Iniziative di comunicazione e informazione sulle vaccinazioni

1. A decorrere dal 1° luglio 2017, il **ministero della Salute** promuove iniziative di comunicazione e informazione istituzionale per illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni di cui al presente decreto, ai sensi della legge 7 giugno 2000, n. 150.

2. Il **ministero della Salute** e il ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, per l'anno scolastico 2017/2018, avviano altresì iniziative di formazione del personale docente ed educativo nonché di educazione delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti sui temi della prevenzione sanitaria e in particolare delle vaccinazioni, anche con il coinvolgimento delle associazioni dei genitori.

3. Ai fini di cui al comma 2, è autorizzata la spesa di euro duecentomila per l'anno 2017.

4. Le sanzioni amministrative pecuniarie di cui all'articolo 1, comma 4, sono versate ad apposito capitolo dell'entrata del bilancio dello Stato. Il cinquanta per cento dell'importo così acquisito è riassegnato, per gli anni 2017 e 2018, a ciascuno degli stati di previsione del **ministero della Salute** e del ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, per i fini di cui al comma 2.

Nel letto d'ospedale coperta di formiche

L'immagine choc scattata al «San Paolo» di Napoli. Un'anziana ammalata fra gli insetti
Il direttore sanitario: «Sono mortificato, è tutto vero». Il ministro Lorenzin fa intervenire i Nas

Esposto

Il Codacons parla di «vicenda vergognosa» e ha presentato un esposto alla Procura

NAPOLI Ricoverata in un letto del reparto di Medicina generale dell'ospedale San Paolo di Napoli, un'anziana donna si è ritrovata assalita dalle formiche. Una foto choc che da ieri pomeriggio fa il giro della Rete, suscitando sconcerto e indignazione.

Le formiche occupano una porzione di materasso alla destra della paziente, alcune vanno in ordine sparso, altre procedono in fila nella modalità tipica di questo genere di insetti. Si arrampicano fino al cuscino ma salgono anche sul braccio della donna e si infilano sotto al suo corpo.

Vista la foto, anche il direttore sanitario del San Paolo, Vito Rago, in carica da circa venti giorni, ammette di essere «mortificato». Prova un timido tentativo di ridimensionare il caso: «Le formiche sono sul letto, non sul corpo della paziente», ma poi non insiste: «Comunque questo è un fatto che non doveva assolutamente accadere e farò in modo che non accadrà più». Rago fa sapere di aver preso «immediati provvedimenti». Il primo, ovviamente, è stato il trasferimento della paziente in un altro letto, poi stamattina il servizio interno addetto alla cura dell'igiene dell'ospedale effettuerà una bonifica. «Inoltre — aggiunge il direttore sanitario — ho provveduto ad appaltare a una ditta specializzata l'incarico per un intervento definitivo».

Ma la vicenda comunque non si chiuderà con l'eliminazione delle formiche e delle cause che le hanno portate fino al letto di quella paziente. Il ministro della Salute Lorenzin ha già disposto l'invio al San Paolo della task force ministe-

riale e dei carabinieri del Nas, mentre si accavallano le polemiche. Il consigliere regionale dei Verdi Francesco Emilio Borrelli, che è stato uno dei primi a postare la foto scattata in ospedale, definisce la vicenda «un gravissimo caso di degrado e di malasanità», e aggiunge di aver denunciato già da tempo «la presenza di insetti compresi gli scarafaggi all'interno dell'ospedale, ma le rassicurazioni che ci hanno fornito fino a oggi si sono rivelate inattendibili».

Si fa sentire anche il Codacons, che, attraverso il presidente Carlo Rienzi, parla di «episodio disumano», invita «il primario del reparto, il direttore sanitario, così come gli assessori competenti, a dimettersi in massa, in segno di rispetto verso i cittadini», e annuncia che stamattina l'associazione presenterà un esposto alla Procura di Napoli affinché sia aperta una indagine e siano valutati eventuali risvolti penali nei confronti dei responsabili.

È chiaramente scosso anche il mondo della sanità. E si fanno sentire i medici dell'Anao, l'associazione dei professionisti che operano nel Servizio sanitario nazionale. Il segretario regionale Bruno Zuccarelli parla di «immagine vergognosa di una sanità da terzo mondo, colpevolmente piegata dall'assenza della politica. Ci chiediamo da tempo cosa stiano aspettando da Roma per nominare il nuovo commissario in Campania». Per l'Anao «mentre la politica va avanti a colpi di strategie e tentennamenti, mentre a Roma si pensa alle poltrone, qui in Campania si muore. O si finisce in letti di ospedale che ricordano quelli delle zone di guerra in remote regioni del pianeta».

Fulvio Bufo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La foto choc Scattata al «San Paolo» di Napoli

