



RASSEGNA STAMPA 20-02-2018

1. REPUBBLICA Donne senza test
2. REPUBBLICA Il cancro, i tabù e la ricerca di nuove parole
3. QUOTIDIANO SANITA' Il consumo di cibi processati aumenta del 10% il rischio di cancro
4. REPUBBLICA Sanità - Lunga vita ma solo al nord
5. REPUBBLICA Perché non siamo tutti uguali di fronte alle Asl
6. QUOTIDIANO NAZIONALE Ecco dove si vive di più
7. AVVENIRE Italia meno uguale per cure e salute
8. REPUBBLICA Il miliardo buttato dalle regioni più povere
9. SOLE 24 ORE SANITA' Le Regioni trovano i fondi - Garavaglia: «Contratti al via»
10. SOLE 24 ORE SANITA' La marcia dei nuovi Ordini
11. SOLE 24 ORE SANITA' Riparto Fsn 2018 - Fsn 2018, via libera al riparto

Tumori

Donne senza test

di TIZIANA MORICONI

Febbraio, mese di pagelle. E dall'Osservatorio nazionale screening (Ons) arrivano anche quelle per le Regioni, con la valutazione di quanto si stanno impegnando sul fronte del tumore al seno. In realtà, il rapporto annuale (con i dati raccolti nel biennio 2015-2016) non è ancora stato pubblicato, ma in anteprima ci sono i numeri dello screening mammografico, cioè il programma per cui, ogni due anni, le Asl invitano le donne tra i 50 e i 69 anni per un controllo. In generale, la situazione è positiva. Otto regioni - Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto - e le due province autonome di Trento e Bolzano hanno inviato le lettere a tutte le donne tra 50 e 69 anni. Coperture di poco inferiori, ma comunque alte, fra il 92 e l'87% per Abruzzo, Lazio, Molise, Umbria e Sicilia. Si scende un po' in Piemonte (circa 84%) e in Liguria (circa 82%), mentre la Sardegna si ferma a un poco edificante 54%. Ad abbassare la media sono soprattutto in tre: la Campania, dove l'invito è stato spedito solo a poco meno del 37% delle donne, la Puglia (circa il 27%) e la Calabria (poco più del 16%).

«Potevamo sperare in un miglioramento rispetto al 2015, che invece non c'è stato, ma la copertura del programma di screening mammografico è quasi ovunque molto alta», commenta il direttore dell'Ons Marco Zappa. Che aggiunge: «Per quanto riguarda il centro-sud, Lazio e Abruzzo hanno fatto grandi pas-

si avanti in questi ultimi anni, la Basilicata è la regione meridionale storicamente più impegnata e la Sicilia si sta attivando». In Campania, Puglia e Calabria, invece, aggiunge l'esperto, «i problemi nascono perché non c'è da parte delle regioni un controllo adeguato affinché ogni azienda sanitaria attivi il programma. Questo può dipendere da molti fattori, come la mancanza di stabilità dei direttori generali: in questo modo è difficile identificare le responsabilità. Il problema più complesso è però quello della partecipazione delle donne, che non riguarda solo il sud».

Il numero di chi non si presenta all'appuntamento è infatti elevato. In Molise ha risposto poco meno del 29% delle invitate. Non va molto meglio nel Lazio e nelle Marche, ma neanche a Bolzano. In generale, l'aderenza media è stata di circa il 60%: 69% al nord, 56 al centro, circa 43 al sud e nelle isole. Resta da capire perché mai molte rifiutano un esame offerto gratuitamente, preferendo magari farlo a pagamento (il 20% secondo l'Istituto superiore di sanità). In alcuni casi è perché le donne preferiscono conservare un referto, che negli screening non viene invece consegnato.

«La mia idea - risponde Zappa - è che ci sia poca fiducia nel sistema sanitario. Da una parte non tutti i medici concordano sulla validità del programma di screening mammografico, dall'altra la qualità dell'offerta è percepita come non adeguata, magari a causa di ambienti che non mettono a proprio agio le donne o di gestione degli appun-

tamenti».

Se le cose sono già difficili così, può sembrare ambizioso pensare di ampliare il programma, coinvolgendo anche le signore dai 45 ai 50 anni (con cadenza annuale) come fanno già cinque regioni, e - visto che in media le italiane vivono fino agli 80 anni - anche quelle dai 70 ai 74 (con cadenza biennale). La coperta è corta, si sa, e si dovrà capire se offrire la diagnosi precoce a tutte queste donne sia una scelta di politica sanitaria sensata sul piano economico, oltre che clinico. La parola, si spera, starà ai dati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La nostra iniziativa Come salvarsi le ossa

I farmaci prescritti per ridurre il rischio di recidive delle donne operate bloccano gli estrogeni, ormoni che hanno un ruolo fondamentale anche per la salute delle ossa e, se i loro livelli si abbassano, le ossa diventano più fragili. Esistono però terapie che proteggono la qualità dell'osso, ed è un diritto delle pazienti che vengano loro prescritte. Per questo il nostro canale Salute Seno ha lanciato la campagna Ora Posso, con Europa Donna Italia e Amgen.

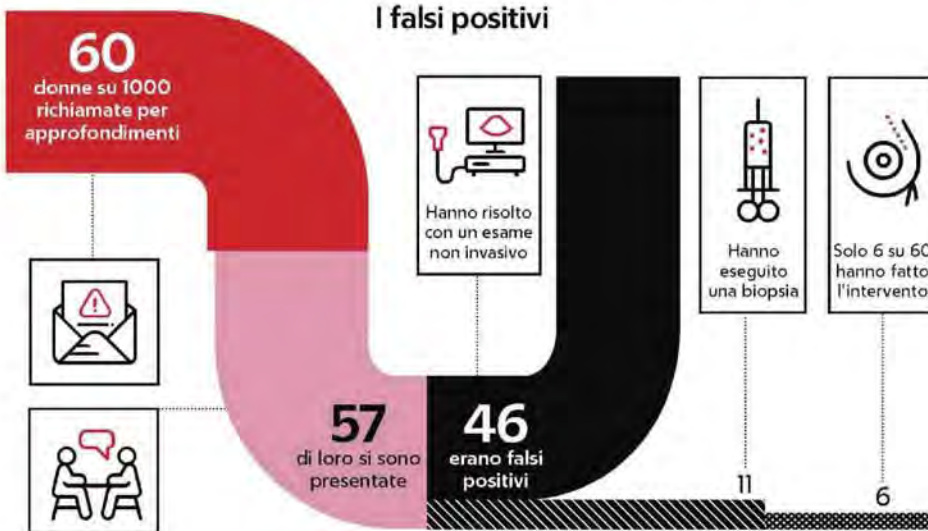
In cinque regioni Qui si comincia a 40 anni

Studi dimostrano che già dai 40 fare una mammografia annuale può salvare la vita, e l'American Cancer Society raccomanda lo screening dai 45. In Europa siamo più cauti, perché ci sono prove meno solide che nelle più giovani lo screening possa ridurre con la stessa efficacia la mortalità per tumore al seno. Ma cinque regioni ci stanno provando: apripista è stata l'Emilia Romagna, seguita da Piemonte, Toscana, Basilicata, Lombardia.

Il programma di screening

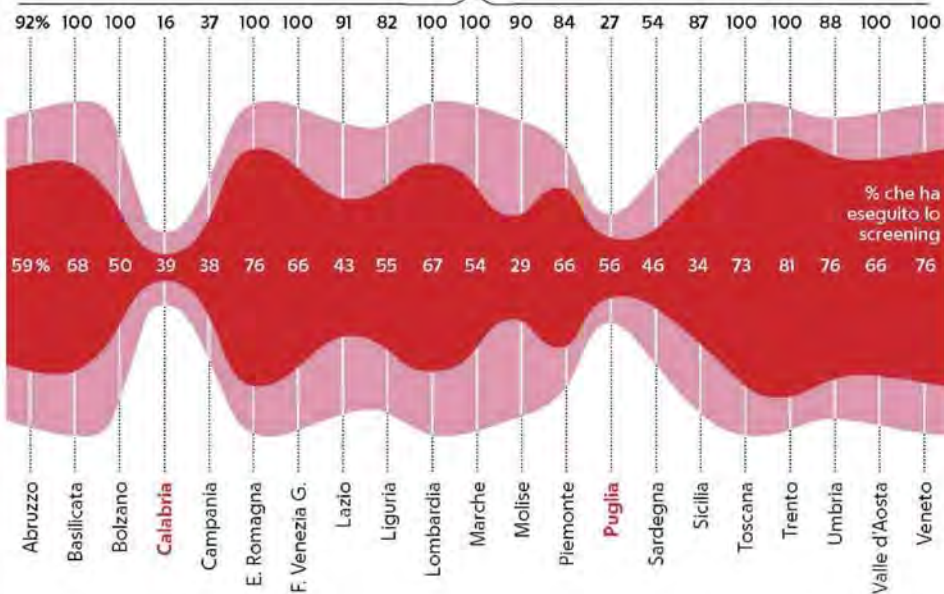


I falsi positivi



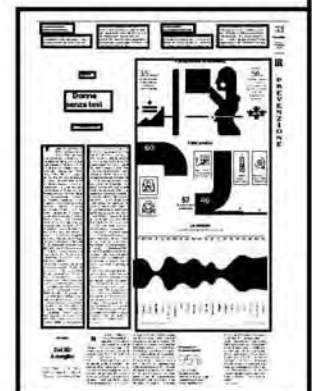
Le invitate

% di donne convocate nella fascia 50-69 anni



UNITE: OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING, 2015-2016

INFOGRAFICAL: PAULA SIMONETTI



IL CANCRO, I TABÙ E LA RICERCA DI NUOVE PAROLE

EUGENIA TOGNOTTI

Su una cosa possono, forse, concordare anche le tifoserie che, sui social media e sui giornali, si sono schierate pro o contro le modalità, i tempi, le «parole per dirlo», usate, in tv o sui giornali, dalle donne, più o meno famose, che questi giorni hanno scelto di rendere pubblico il loro angoscioso corpo a corpo col cancro, la malattia metafora del nostro tempo. Con tutto il carico che si porta dietro di simboli, pregiudizi, ombre e fantasmi di antiche paure.

Del resto sarebbe difficile non riconoscere il valore di testimonianza di quegli outing, il coraggio della (difficile) scelta di chiamare il cancro col suo nome. Confinando nel passato le perifrasi ancora in uso, «male che non perdona», «brutto male», con cui si aggirava la necessità di evocare il nome che ci arriva dalla profondità dei millenni e dall'immagine, creata da Galeno, del «granchio» che «accerchia» organi e tessuti. Uscite dal «regno dei malati», il messaggio per quello dei «sani» scardina l'idea - ancora troppo diffusa - dell'incurabilità del cancro e trasmette il messaggio che, a nascondere, a non volerne parlare, si corre il rischio di scadere nell'ignoranza e nei tabù, nemici mortali della prevenzione, che può salvare la vita.

Detto questo, resta però qualche riserva sul linguaggio «bellico», sull'alone di lotta che aleggia nei racconti (le interpretazioni che ne vengono date). Vincere. Perdere. Lottare. Battaglie, guerre e «guerriere»: un lessico che finisce

per tenere in piedi la valenza metaforica del cancro come male assoluto, male per eccellenza. E che «nel regno dei malati», impegnati a combattere, senza successo, può trasmettere un senso di inadeguatezza e di colpa.

Certo, è difficile parlare di quel «lato notturno della vita», per usare le parole della scrittrice americana Susan Sontag, l'autrice di «Malattia come metafora». A meno che non si sia l'impavida e anticonformista, Bryony Kimmings, l'attrice londinese (musicista, danzatrice e video maker) che, partendo dall'esperienza della malattia del figlio, ha avuto il coraggio di creare uno straordinario, chiacchieratissimo, musical, in cui si balla e si canta, tra tumori, sale d'attesa, reparti chemio, trasformazione dei corpi, parrucche, pressioni familiari, assilli finanziari.

L'abbattimento di un tabù, la messa in crisi di uno stigma, annunciano un'importante svolta che richiederebbe una lingua nuova e nuove parole. Il fatto è che, da sempre, abbiamo difficoltà a descrivere «le grandi guerre del corpo» di cui ha scritto Virginia Woolf nel lontanissimo 1926 (Sulla malattia): «A impedire la descrizione della malattia ci si mette anche la povertà del linguaggio. (...) Qualunque ragazzina innamorata può contare su Shakespeare o Keats per dar voce ai suoi sentimenti, ma basta che il malato tenti di spiegare a un medico la sofferenza che ha nella testa perché il linguaggio si prosciughi di colpo. Non c'è nulla di pronto all'uso».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Lunedì 19 FEBBRAIO 2018

Il consumo di cibi processati aumenta del 10% il rischio di cancro e in particolare di quello della mammella

Stiamo parlando di una vasta gamma di prodotti alimentari (prodotti industriali da forno, dolci, snack, cereali zuccherati, bevande gassate, cibi pronti e carni processate). L'allarme viene da un vasto studio di coorte francese che ha coinvolto negli anni dal 2009 al 2017 oltre centomila persone. E' la prima volta che si evidenzia un rischio di questo genere; se il dato venisse confermato da studi ulteriori potrebbe significare che in futuro assisteremo ad un aumento dei casi di tumore legati al consumo di questi cibi di facile reperibilità e basso costo

Gli alimenti processati e ultra-processati (prodotti industriali da forno, dolci, snack, cereali zuccherati, bevande gassate, cibi pronti e carni processate), che rappresentano ormai in media da un quarto alla metà delle calorie assunte ogni giorno con la dieta, si distinguono spesso per la loro bassa qualità nutritiva (sono ricchi di grassi totali, grassi saturi, zuccheri e sale aggiunti, oltre che poveri di fibre e di vitamine) e per la presenza di additivi oltre che di numerose sostanze derivanti dal packaging e altre che si formano durante la filiera produttiva, alcune delle quali con potenzialità cancerogene (acrilamide, amine eterocicliche, idrocarburi aromatici policiclici).

Alcuni studi hanno già messo in evidenza la presenza di una relazione tra consumo di cibi processati, ultra-processati e aumentata incidenza di dislipidemia, maggior rischio di sovrappeso/obesità, e ipertensione. Non esistevano finora studi sul rischio di cancro ma numerose ricerche hanno evidenziato l'effetto potenzialmente cancerogeno di una serie di composti che si trovano in genere nei cibi processati.

Un grande studio di coorte prospettico francese, il NutriNet-Santé, è andato a valutare l'associazione tra il consumo di cibi ultra-processati e rischio di cancro. La coorte in esame comprendeva 104.980 partecipanti maggiorenni (età media 42,8 anni) per i quali sono state raccolte le abitudini dietetiche utilizzando diverse registrazioni dell'apporto alimentare delle 24 ore, strutturate in modo da raccogliere i cibi consumati dal paziente tra 3.300 alimenti diversi. Questi sono stati in seguito categorizzati in base al grado di processamento, ricorrendo alla classificazione NOVA.

I ricercatori sono andati successivamente a valutare la presenza di associazioni tra consumo di cibi processati e ultra-processati con vari tipi di tumore (mammella, prostata, colon retto e numero di tumori complessivi).

Da questa enorme mole di dati emerge che il consumo dei cibi processati e ultra-processati si associa con aumento del rischio globale di cancro pari al 10%, mentre il rischio di cancro della mammella appare maggiorato dell'11%. I risultati dello studio sono pubblicati su [British Medical Journal](#).

Questo è quanto per ora si può dire di uno studio con questo disegno; per valutare la presenza di un nesso causa-effetto sarà necessario imbastire nuovi studi in grado di rispondere a questa specifica domanda. Ma l'allarme è stato lanciato e il consiglio degli autori per ora è quello di evitare di nutrirsi costantemente con junk food, merendine, carni processate e soda drinks.

Qualora i risultati di questo studio venissero confermati anche in altri contesti e su altre popolazioni, questo implicherebbe che il consumo di cibi processati, in crescita costante, potrebbe avere come spiacevole ricaduta anche quello di un aumento di casi tumore nelle prossimi decenni.

Maria Rita Montebelli

9 Sanità

Il focus di Osservasalute

fotografa come stanno gli

italiani. Scopre che non sono tutti uguali davanti alle Asl. E dà le pagelle a regioni e province. Ecco i promossi e i bocciati

Le due Italie

Lunga vita ma solo al nord

Si amplia la forbice tra le province. E tra le classi sociali. Il focus di Osservasalute fotografa le diseguaglianze tra gli italiani di fronte a cure e prevenzione

Caltanissetta e Siracusa sono in fondo. Si campa significativamente meno che non a Firenze, Monza e Treviso. Le più longeve

di GIUSEPPE DEL BELLO

Dove sei nato e dove vi-
vi? Si parte così per rompere il ghiaccio. Domanda banale che presuppone una risposta secca, solo apparentemente priva di valore. E invece, rivelare il luogo in cui si abita è un'informazione preziosa. Perché è importante sapere che chi nasce e vive a Napoli o a Caserta campa meno di chi passa la vita a Firenze o a Monza e Treviso. Mica pochi giorni, circa quattro anni. Altro che uguaglianza e universalismo nel diritto alla salute. Oltre alla sopravvivenza disomogenea tra una regione e l'altra (con vistose differenze tra nord e sud) di cui la cronaca ci riferisce quasi quotidianamente, saltano agli occhi altri fattori di iniquità sociale. Per esempio, il fatto che una cospicua fetta di italiani è ormai costretta a tirare la cinghia pure su cure e accertamenti. Con la scontatissima conseguenza di ammalarsi più spesso e di andarsene prima all'altro mondo. Eppure oggi vige ancora l'imperativo dettato dalla politica e da un diktat europeo: tenere i conti in ordine e garantire la salute a tutti. Un duplice obiettivo che, alla luce

dei fatti, si rivela difficile se non impossibile. Almeno a leggere il focus pubblicato una settimana fa dall'Osservatorio nazionale della Salute nelle regioni italiane, progetto messo in piedi dall'università Cattolica di Roma e ideato da Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di Sanità e componente dell'Executive board dell'Organizzazione mondiale della sanità. In sostanza, si tratta di un approfondimento di una miriade di dati prodotti da Istat ed Eurostat fino al 2017. Ma non è un maledetto destino quello che condanna a una vita più breve i residenti di una provincia piuttosto che quelli di un'altra. E che penalizza di più le fasce meno istruite. Alla base ci sono vari fattori, già analizzati e in parte modificabili. Per esempio, i campani che non arrivano alla laurea se la passano peggio con le malattie. Le diseguaglianze «sono acuite dalle difficoltà di accesso ai servizi sanitari che penalizzano la popolazione di livello sociale più basso, con un impatto significativo sulla capacità di prevenire o di diagnosticare rapidamente le patologie», denuncia il focus. «Il processo di divaricazione tra nord e sud è iniziato nel '92 - osserva il professor Ricciardi - in quell'anno, con l'aziendalizzazione della sanità, le regioni settentrionali hanno cominciato a organizzarsi, le altre no. E da allora il divario è man mano aumentato, diventando più netto».

Il nostro Servizio sanitario finora ci è stato invidiato da tutti: per quanto sarà ancora così? «L'obiettivo di superare gli squilibri appare disatteso - è il giudizio che esprime Alessandro Solipaca, direttore scientifico dell'Osservatorio - i dati testimoniano il sostanziale fallimento delle politiche.

Troppe e troppo marcate le differenze regionali e sociali, sia per quanto riguarda l'aspettativa di vita, sia per la presenza di malattie croniche». Ancora una volta fanno scuola i numeri di quella che per i latini era la Campania felix: nel 2017 gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3; nella provincia di Trento 81,6 gli uomini e 86,3 le donne. In generale, un'aspettativa maggiore si registra nelle regioni del nord-est, dove per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6. Decisamente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e 84,1 per le donne.

Scendendo nel dettaglio territoriale, oltre all'enorme già menzionato svantaggio delle province di Caserta e Napoli, si registra quello vistoso di Caltanissetta e Siracusa dove la sopravvivenza è rispettivamente più bassa di 1,6 e 1,4 anni. Le province più longeve? Quella di Firenze con 84,1 anni di aspettativa di vita, cioè 1,3 anni in più della media nazionale. A seguire, Monza e Treviso con poco più di un anno di vantaggio rispetto a quella di un italiano medio. E va male, anche sul fronte delle malattie croniche. Da un'indagine Istat su 140mila persone (tra 45 e 64 anni), è emerso che il 20 per cento degli uomini e il 22 delle donne con la sola licenza elementare soffre almeno di una patologia cronica. E qui balza agli occhi il dato, al contrario, che riguarda laureati e diplomati dove la stessa condizione si riscontra però solo nell'11 per cento di entrambi i sessi. Poi, i rinunciatarci per forza. Cioè quei

pazienti che non hanno mezzi per curarsi. Anche in questo caso al fattore economico si abbina il livello di istruzione. Dalla stessa analisi del 2013 si scopre che tra coloro che hanno completato la scuola dell'obbligo e che hanno dovuto rinunciare a una visita o a una prestazione, quasi il 70% lo ha fatto per motivi economici. La quota è invece del 30 dei laureati costretti a rinunciare. Aggiunge Solipaca: «Livello di istruzione e reddito vanno di pari passo. Bisognerebbe potenziare la cultura della salute. E che questo sia un fattore fondamentale lo dicono i dati sull'obesità infantile: più i genitori hanno un basso livello di scolarizzazione, maggiore è il rischio di figli obesi, almeno 10 punti percentuali in più».

©RIPRODUZIONE RISERVATA©RIPRODUZIONE RISERVATA

Percentuale di persone di 45-64 anni di età che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno rinunciato a una o più visite specialistiche per titolo di studio

Laurea



Diploma

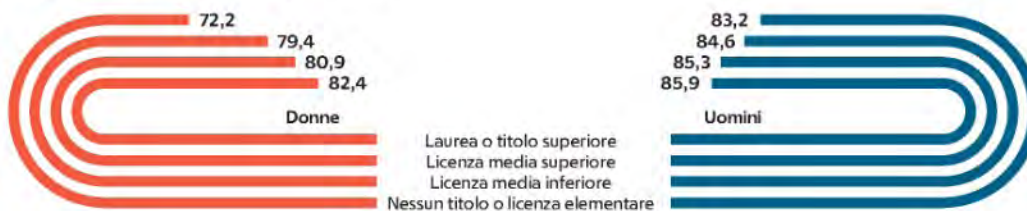


Scuola dell'obbligo

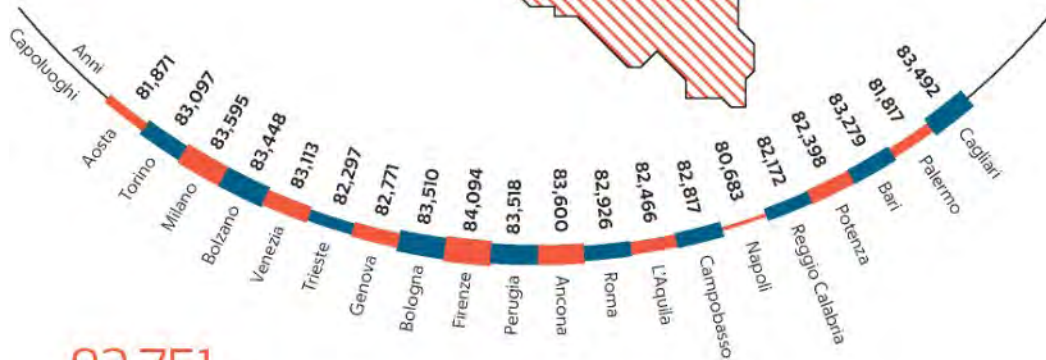
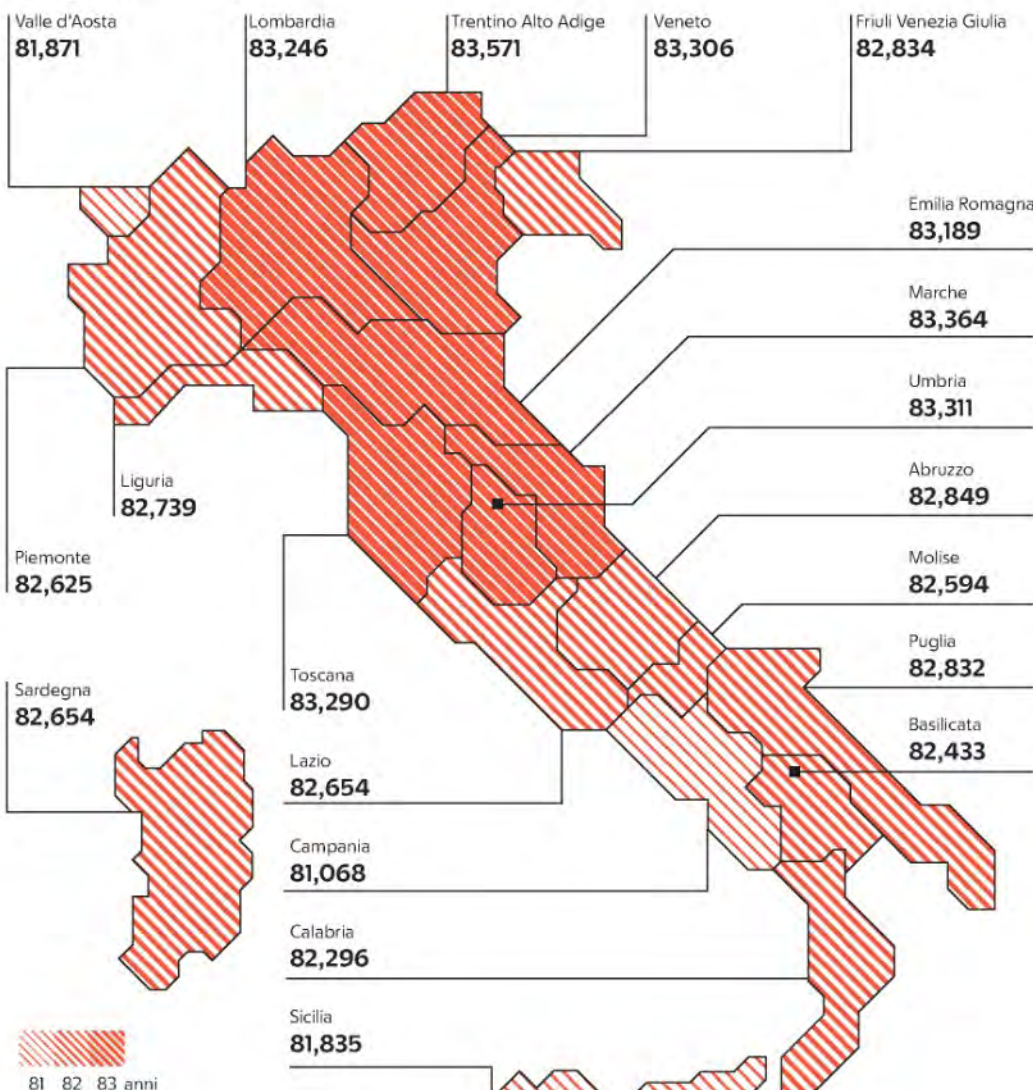


Spinanza di vita alla nascita

Per genere e titolo di studio (dati in anni)



Per regione (dati in anni)



82,751 Anni

Media italiana di speranza di vita alla nascita

FONTE: ISTAT
INFOGRAFICA: STUDIO MISTAKER

PERISCOPIO

di Daniela Minerva

Perché non siamo tutti uguali di fronte alle Asl

Le cronache ce lo ricordano ogni giorno, e anche in questo numero di *RSalute* ne diamo conto: non siamo tutti uguali di fronte alle Asl. Ci sono le regioni virtuose, per lo più al centro nord e le sfortunate. Ci sono i ricchi che campano più a lungo. E i poveri che non hanno accesso a cure adeguate. Tutta colpa, si dice, della riforma del Titolo V della Costituzione che, dal 2001, attribuisce alle regioni il diritto/dovere di decidere in tema di salute. Lo fa il famoso articolo 117 - che il referendum dello scorso dicembre voleva modificare ma non c'è riuscito - in virtù del quale le regioni fanno assolutamente quello che vogliono e l'amministrazione centrale, che pur dovrebbe tutelare che i livelli essenziali di assistenza siano uguali per tutti, può solo mandare ispettori e gridare al lupo, al lupo. Che fare? Ad alcuni sembra che l'ostacolo dell'articolo 117 sia una pietra tombale su una soluzione virtuosa e razionale. Perciò Cittadinanzattiva ha immaginato una minuscola modifica al suo testo che lascia intatto l'articolo ma specifica che la tutela della salute rimane sì competenza delle regioni ma «nel rispetto del diritto dell'individuo ed in coerenza con il principio di sussidiarietà di cui all'art. 118 Cost.». È un'idea, buona, da discutere anche se magari non è la soluzione definitiva. Un'idea su cui ci piacerebbe sentire l'opinione dei partiti se solo si fossero accorti dello stato pietoso in cui versa l'assistenza ai malati nella maggior parte del Paese.

LA MAPPA**Attesa di vita alla nascita,
Firenze batte Napoli:
tre anni di differenza**

RdC

**ECCO DOVE
SI VIVE DI PIÙ**

Servizi ■ Alle pagine 2 e 3

**La sanità spacca in due l'Italia
A Firenze, Rimini e Monza si vive di più***Aspettativa di vita: tre città con media record di 84 anni. Ma i dati del Sud sono allarmanti***Alessandro Farruggia**
ROMA**QUANTO** viviamo dipende non solo dal nostro patrimonio genetico e dai nostri stili di vita ma anche

da dove siamo nati, dal nostro livello di istruzione, dal nostro livello sociale. In altre parole dalla qualità dei diversi sistemi sanitari regionali, e dal fatto che siamo ricchi o poveri. A confermare quello

che il «turismo sanitario» – da sud a nord – dice ogni giorno, giunge uno studio dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, un progetto dell'Università cattolica del sacro cuore di Ro-

ma. Gli estremi sono in Toscana e in Campania. A Firenze si vive di più, con uno scarto tre anni e mezzo, rispetto a Napoli e a Caserta. La regione mediamente più longeva (dati 2016) sono le Marche (83,36) davanti all'Umbria (83,31), il Veneto (83,30), seguite dalla Toscana (83,29), la Lombardia (83,24) e l'Emilia-Romagna (83,18). La provincia più longeva (nel 2016) è Firenze con 84,09 anni di aspettativa di vita (1,3 anni più della media nazionale) seconda è Rimini con 84,04, terza Monza con 83,9, quarta Treviso con 83,8. Seguono Trento con 83,7, Pesaro/Urbino, Pordenone, Vicenza. Ancona è nona e Milano è decima, poi Forlì/Cesena, Ravenna, Perugia, Prato, Bologna. Ultima in classifica Caserta con 80,65, seguita da Napoli, Caltanissetta, Siracusa, Enna e Agrigento. Da notare che nel Nord fanno piuttosto male Vercelli, Alessandria, Biella, la Val d'Aosta e Pavia, tutte sotto quota 82 (quindi peggio della Calabria).

«**LA DINAMICA** della sopravvivenza tra il 2005 e il 2016 – fa notare l'Osservatorio – dimostra che tali

divari sono persistenti, in particolare in Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, Molise, Basilicata, Lazio, Valle d'Aosta e Piemonte restano costantemente al di sotto della media nazionale». Tra queste la Campania, la Calabria e la Sicilia peggiorano addirittura la loro posizione nel corso degli anni. «Gli indicatori – dice il rapporto – evidenziano l'esistenza di sensibili divari di salute sul territorio, ne sono la prova i dati del 2017 della Campania dove gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3; mentre a Trento gli uomini mediamente vivono 81,6 anni e le donne 86,3. La maggiore sopravvivenza si registra nel Nord-Est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; molto inferiore nel Mezzogiorno, dove si attesta a 79,8 anni per gli uomini e 84,1 per le donne».

PESA e tanto anche il divario sociale. «Un cittadino – si osserva – può sperare di vivere 77 anni se ha un livello di istruzione basso e 82 anni se possiede almeno una laurea; tra le donne il divario è minore, ma pur sempre significativo: 83 anni per le meno istruite, circa 86 per le laureate». Anche le condi-

zioni di salute, legate alla presenza di cronicità, denunciano sensibili differenze sociali, nella classe di età 25-44 anni la prevalenza di persone con almeno una cronica grave è pari al 5,8% tra coloro che hanno un titolo di studio basso e al 3,2% tra i laureati. Tale gap aumenta con l'età. E i fattori economici e culturali influenzano direttamente gli stili di vita. «Un tipico esempio è rappresentato dall'obesità, uno dei più importanti fattori di rischio, la quale – dice il rapporto – interessa il 14,5% delle persone con titolo di studio basso e solo il 6% dei più istruiti. Anche considerando il livello di reddito gli squilibri sono evidenti: l'obesità è una condizione che affligge il 12,5% del quinto più povero della popolazione e il 9% di quello più ricco».

I fattori di rischio si riflettono anche sul contesto familiare, infatti il livello di istruzione della madre rappresenta un destino per i figli, a giudicare dal fatto che il 30% di questi è in sovrappeso quando il titolo di studio della madre è basso, mentre scende al 20% per quelli con la madre laureata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tac, Milano virtuosa Agrigento da incubo



Servono 13-20 giorni per una tac all'addome nel capoluogo lombardo, fino a 196 in Sicilia

Visita oncologica, 94 giorni a Palermo



A Torino fino a 35 giorni per una visita oncologica, 15-90 a Lucca, a Venezia e Mestre al massimo due settimane

Risonanza magnetica, a Rieti oltre 9 mesi



Ad Agrigento 176 giorni, ma a Rieti sono ben 290 per una risonanza magnetica. Firenze non sorride con 284

Mammografia, serve un anno a Firenze



Da 20 a 369 giorni per una mammografia nel capoluogo toscano, fino a 347 giorni ad Ancona, a Venezia ventidue

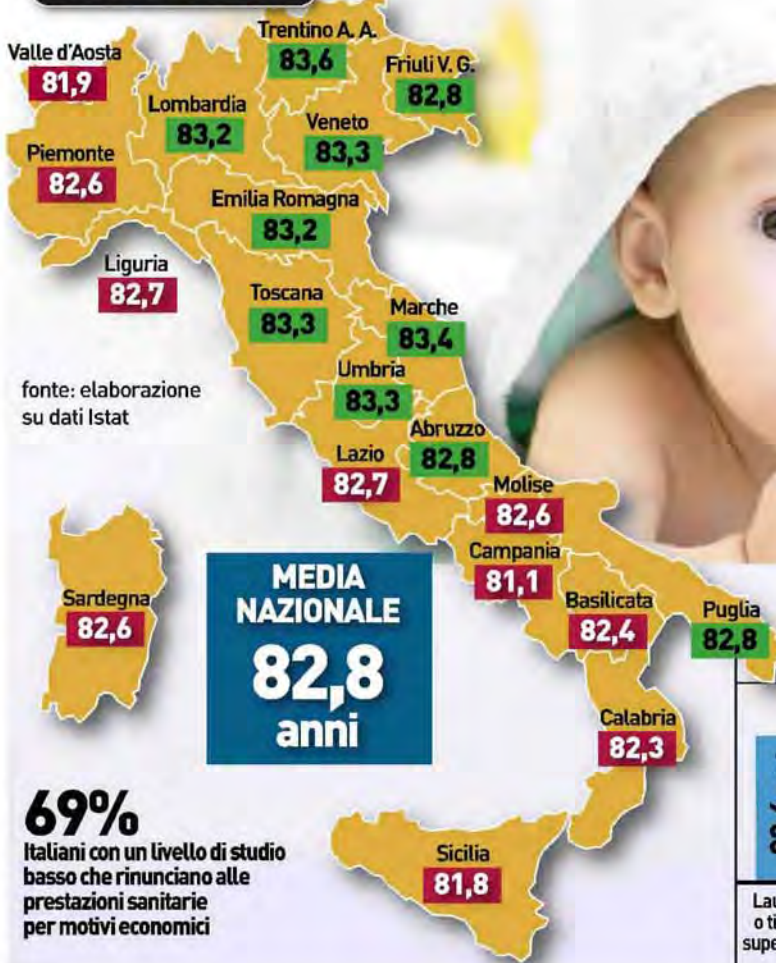
PROVINCE: LE TOP 15

1	Firenze	84,1 anni
2	Rimini	84,0 anni
3	Monza e Brianza	83,9 anni
4	Treviso	83,9 anni
5	Trento	83,8 anni
6	Pesaro e Urbino	83,8 anni
7	Pordenone	83,7 anni
8	Vicenza	83,6 anni
9	Ancona	83,6 anni
10	Milano	83,6 anni
11	Forlì-Cesena	83,6 anni
12	Ravenna	83,5 anni
13	Perugia	83,5 anni
14	Prato	83,5 anni
15	Bologna	83,5 anni

IN FONDO ALLA CLASSIFICA

1	Caserta	80,7 anni
1	Napoli	80,7 anni
3	Caltanissetta	81,1 anni
4	Siracusa	81,4 anni
5	Ragusa	81,5 anni

SPERANZA DI VITA



69%
Italiani con un livello di studio basso che rinunciano alle prestazioni sanitarie per motivi economici

LONGEVITÀ E TITOLO DI STUDIO

MASCHI				FEMMINE			
82,4 anni	80,9 anni	79,4 anni	77,2 anni	85,9 anni	85,3 anni	84,6 anni	83, anni
Laurea o titolo superiore	Licenza media superiore	Licenza media inferiore	Nessun titolo	Laurea o titolo superiore	Licenza media superiore	Licenza media inferiore	Nessun titolo



Il fatto. Dall'Osservatorio dell'Università Cattolica la conferma di forti disuguaglianze a svantaggio del Sud. Pesa anche il livello di istruzione

Italia meno uguale per cure e salute

A Napoli vita media di 3 anni inferiore a Trento

ALESSIA GUERRIERI

Nel nostro Paese ha una speranza di vita più bassa chi risiede al Sud – in particolare in Campania – e chi ha un titolo di studio inferiore alla laurea. Un *gap* acuito dalla difficoltà di ac-

cesso alle cure che penalizza gli italiani di livello sociale più basso e limita la prevenzione delle malattie. La fotografia è scattata dall'Osservatorio nazionale sulla salute, nato all'interno dell'Università Cattolica.

A PAGINA 11

Chi nasce al Sud vive meno I poveri rinunciano alle cure *In Campania c'è la speranza di vita più bassa*

L'Osservatorio della Cattolica: troppo marcate le differenze regionali e sociali

ALESSIA GUERRIERI
ROMA

Quanto si vive e soprattutto quanto si resta in buona salute non sono mai cose lasciate al caso. Alimentazione equilibrata, stili di vita corretti e sport restano al primo posto per costruire l'*elisir* di lunga vita. Ma sempre di più dove si nasce e quanto si studia diventano discriminanti altrettanto fondamentali. Almeno in Italia. Nel nostro Paese, infatti, ha una speranza di vita più bassa chi risiede al Sud – in particolare in Campania – e chi ha un titolo di studio inferiore alla laurea. Un *gap* acuito anche dalla difficoltà di accesso alle cure che penalizza gli italiani di livello sociale più basso e, dunque, la possibilità di prevenire o diagnosticare rapidamente

le malattie. Insomma, se è vero che il Servizio sanitario nazionale assicura una lunga vita rispetto al resto d'Europa – con anche quattro anni di differenza nell'aspettativa di sopravvivenza da provincia a provincia – «non però equità sociale e territoriale».

La fotografia scattata dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, il progetto nato all'interno dell'Università Cattolica e ideato da Walter Ricciardi, testimonia la sfida futura del Ssn: contrastare le disuguaglianze con politiche mirate urgenti. «Il Servizio sanitario nazionale oltre che tutelare la salute, nasce con l'obiettivo di superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese», ricorda Ales-

sandro Solipaca, direttore scientifico dell'Osservatorio. Ma su questo fronte i dati confermano «il sostanziale fallimento delle politiche – aggiunge –. Troppe e troppo marcate le differenze regionali e sociali, sia per l'aspettativa di vita sia per la presenza di malattie croniche».

E così, nel 2017, in Campania gli uomini sono arrivati in media a 78,9 anni e le donne 83,3, mentre nella Provin-



cia di Trento a 81,6 gli uomini e 86,3 anni le donne. In generale, si vive di più nel nord-est che nel mezzogiorno. E in particolar modo chi abita a Caserta e Napoli ha una speranza di vita di oltre 24 mesi inferiore a quella media nazionale, seguite da Caltanissetta e Siracusa. Al capo opposto della classifica Firenze, con 84,1 anni, 1,3 in più della media nazionale, seguita da Monza e Treviso con poco più di 12 mesi di vantaggio. A fare la differenza però è anche la cultura, visto che la laurea può allungare l'esistenza anche di cinque anni: in Italia un cittadino può sperare di vivere 77 anni se ha un livello d'istruzione basso e 82 anni se possiede almeno una laurea; tra le don-

ne il divario è minore, ma pur sempre significativo: 83 anni per le meno istruite, circa 86 per le laureate. Non va meglio per la cronicità, che interessa quasi il 6% di chi ha un titolo di studio basso tra gli under 44 e l'23% tra gli over, mentre il 3% tra i giovani laureati e l'11% nella fascia 45-64 anni. Come se non bastasse, a ciò si aggiungono le differenze di accesso all'assistenza sanitaria pubblica (rinunce per code, lontananza della struttura) che nella fascia 45-64 anni riguarda il 12% di coloro che hanno completato la scuole dell'obbligo e al 7% dei laureati. L'abbandono per motivi economici tra le persone con livello di studio basso è invece al 69%, mentre tra i laureati si ferma al 34%. La sfida futura del Ssn si chiama per-

ciò equità. In primis, secondo l'Osservatorio della Cattolica, «riguardando l'allocatione del finanziamento alle Regioni, attualmente non coerente con i bisogni di salute della popolazione»; poi lavorare sull'accessibilità alle cure magari «mettendo in rete tutte le strutture, ospedaliere e territoriali, e governare centralmente gli accessi in base all'appropriatezza degli interventi e all'urgenza». Ma se l'antidoto alle divergenze si dovesse poggiare sui «fondi sanitari di natura sostitutiva, sia pure in parte, del sistema pubblico – sottolinea tuttavia l'Osservatorio – potrebbero acuirsi le forti disuguaglianze sociali di cui già soffre il settore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Focus. Ma in Europa l'Italia è seconda per equità

Roma. Con grandi differenze regionali, con riforme urgenti da avviare per garantire servizi davvero universali da Nord a Sud. Ma il sistema nazionale italiano comunque non è proprio da rottamare, almeno a guardare ciò che succede in tema di salute nel resto d'Europa. Perché ci piazza al secondo posto nel vecchio continente per disuguaglianza minore, dopo la Svezia.

L'analisi dell'Osservatorio sulla salute della Cattolica, infatti, ha comparato soprattutto i Paesi con modelli Beveridge (sistema tax

financed, cioè finanziati con la fiscalità generale) e Bismarck (sistemi di social health insurance, cioè di tipo essenzialmente mutualistico) nell'anno 2015, focalizzandosi su una popolazione di pazienti compresa tra 25 e 64 anni che ha dichiarato di stare in cattive condizioni di salute. E il risultato, molto chiaro, è che le disuguaglianze maggiori rispetto al livello di istruzione si riscontrano per i sistemi sanitari di tipo mutualistico, dove si osserva che la quota di persone che sono in cattive condizioni di salute è di

quasi 15 punti percentuali più elevata tra coloro che hanno titoli di studio inferiori.

Il nostro Paese, invece, è quello che ha il livello di disuguaglianza minore dopo la Svezia, avendo 6,6 punti percentuali di differenza tra i meno e i più istruiti. Dopo di noi ci sono Paesi importanti come Finlandia, Islanda, la Svizzera e la Norvegia, seguiti ad un maggior distacco sull'equità da Germania, Austria, Paesi Bassi e Danimarca.

(A.Guer.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il nostro Paese
si piazza appena
sotto la Svezia
e davanti a
Finlandia, Svizzera
e Austria**

**RISERVATO**

di Michele Bocci

Il miliardo buttato dalle regioni più povere

Malgrado le difficoltà economiche di molti, malgrado le lamentele in gran parte giuste per i costi della sanità, c'è una spesa inutile alla quale gli italiani non sanno proprio rinunciare. Quella per acquistare i farmaci di marca dei quali esisterebbe il generico. I dati Aifa sul periodo gennaio-agosto 2017 dicono che anche per l'anno scorso si arriverà a superare il miliardo di euro. Si tratta dei soldi che tanti cittadini hanno tirato fuori di tasca propria per pagare la differenza tra il prezzo del farmaco con prescrizione "di marca" e quello del medicinale equivalente, il cui costo è completamente rimborsato dal sistema sanitario. Insomma, tanto per fare un esempio, per portarsi a casa l'Augmentin invece dell'amoxicillina/acido clavulanico. Spesso si tratta di poco, di 1 o 2 euro a confezione. Ora, non è il caso di dilungarsi su come tanti studi scientifici sostengano che l'effetto del generico sia lo stesso del farmaco con il brand o come in altri Paesi europei la diffusione di questi medicinali sia assai superiore che in Italia. Piuttosto è interessante dare un'occhiata più da vicino ai dati. Intanto quel miliardo e più, vale da solo il doppio di tutto il ticket versato dai pazienti per la farmaceutica. Inoltre è curioso osservare come non sono i cittadini delle regioni del nord, le più ricche, a spendere di più per acquistare i farmaci di marca. Nel Lazio e in Campania gli abitanti spendono rispettivamente 130 e 118 milioni di euro in un anno per non prendere il generico. Nelle due regioni abitano circa 6 milioni di persone. Anche in Lombardia si spendono 130 milioni, ma i residenti sono molti di più: 10 milioni. I pugliesi, che sono 4 milioni, spendono 81 milioni e i 3,5 milioni di toscani si fermano a 53. La Sicilia va a 105 milioni, la Calabria (2 milioni di abitanti) a 40 milioni. Chi è più povero preferisce le medicine di marca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CONTRATTI**Le Regioni trovano i fondi**

Garavaglia: «Accordo sullo sblocco graduale delle risorse»

«**A**bbiamo trasmesso l'Atto d'indirizzo sul comparto. Entro mercoledì trasmetteremo quelli su dirigenza e convenzionata». Così il coordinatore del Comitato di settore, **Massimo Garavaglia**, dà una svolta alla trattativa sui rinnovi. E avvisa: «Le Regioni hanno trovato la quadra sulle risorse».

GOBBI

Dal presidente del Comitato di settore-sanità la roadmap per la ripresa delle trattative

Garavaglia: «Contratti al via»**Le Regioni hanno trovato le risorse per rilanciare la parte economica**

«**O**ggi abbiamo trasmesso l'Atto d'indirizzo sul comparto. Entro mercoledì trasmetteremo quelli su dirigenza e medicina convenzionata». Così il coordinatore del Comitato di settore-Sanità, **Massimo Garavaglia**, dà una risposta alla minaccia di ulteriori barricate - in particolare dei medici dipendenti (si legga l'intervista a pag. 8) - e segna una svolta nella trattativa che da mesi intesse con i principali sindacati della Medicina generale. «Siamo riusciti a trovare le risorse con uno sforzo di buona volontà, malgrado il Governo abbia fallito in legge di Bilancio sulle coperture, e nonostante il Fsn sia inferiore di 8 miliardi rispetto al 2013», attacca Garavaglia, assessore alle Finanze di Regione Lombardia e coordinatore degli assessori regionali, che alle prossime elezioni si candiderà per la Lega.

Le risorse in campo. Oltre agli accantonamenti nei bilanci regionali - circa 600 milioni - Garavaglia annuncia: «Stiamo lavorando sulla decorrenza, per tamponare l'emergenza 2018. Mentre per il 2019 non c'è problema, visto che disporremo di un miliardo in più». L'obiettivo è chiudere gli accordi, cercando di spostare il flusso economico al momento in cui le Regioni faranno cassa anche sulla prossima Finanziaria. L'idea è di blindare il miliardo in più previsto nel Fsn 2019, riser-

vandone una fetta anche per i contratti. Nel corso di quest'anno, le Regioni garantiscono un flusso di cassa con decorrenza da settembre per il 2016-2017, mentre la quota del 2018 sarebbe riconosciuta in arretrato. Poi si ripartirebbe secondo ordinaria amministrazione dal 2019.

Il rilancio delle trattative per la Convenzione. Al rilancio della Convenzione per la medicina generale, cui si provvederà come per le altre categorie con l'integrazione degli atti d'indirizzo, ha dato manforte anche la ministra della Salute **Lorenzin**: in una lettera al coordinatore della Sisac, **Vincenzo Pomo** - come ricorda il segretario della Fimmg, **Silvestro Scotti** - «la ministra ha sottolineato tra l'altro la necessità di procedere a un pre-accordo che riconosca alla medicina generale risposte immediate su ricambio generazionale e recupero economico». E «ora arriva uguale conferma dalle Regioni», ha aggiunto Scotti, dopo un incontro con il presidente della Conferenza delle Regioni, **Stefano Bonaccini** e gli assessori **Antonino Saitta** e **Massimo Garavaglia**, a margine della Conferenza straordinaria delle Regioni in cui è stato approvato il riparto del Fondo sanitario 2018.

«Durante il confronto con le Regioni - ha spiegato Scotti - è stato sottolineato come la medicina generale sia in attesa di recuperare gli arretrati economici dal

2010, e non abbia potuto usufruire dell'adeguamento della vacatio contrattuale riconosciuta ad altri soggetti professionali del Ssn. Sono state verificate le basi economiche per la chiusura di un pre-accordo subito e di un Acn completo entro il 2018, manca solo un percorso negoziale rapido e concreto con la Sisac, che ci auguriamo si concluda in tempi brevi, come è avvenuto per il contratto degli statali e come pare accadrà per il comparto e la dirigenza medica. Non siamo disponibili ad essere assimilati al pubblico impiego solo per i doveri e non per gli stessi diritti». La prima posta in gioco quindi è portare a casa subito l'indennità dello 0,75% di vacanza contrattuale, a fronte dell'intesa su norme di carattere generale, come le graduatorie per migliorare l'accesso dei giovani alle graduatorie, l'ampliamento del massimale e la tutela della graduatoria per le donne medico in gravidanza, auspicata anche dalla ministra.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La marcia dei nuovi Ordini

Dal 15 febbraio la legge **Lorenzin** (n. 3/2018) è ufficialmente in vigore e i tre nuovi ordini delle professioni sanitarie una realtà. Una rivoluzione non formale per la sanità italiana, che per questa riorganizzazione ha atteso 70 anni. La legge omnibus articolata e complessa, a cui la nostra testata ha dedicato fiumi d'inchiostro e intere paginate on line e cartacee, avrà bisogno di 19 decreti attuativi che ne definiranno la concreta operatività. Con i dettagli e i risvolti tecnici delle diverse articolazioni. Le novità per i professionisti sanitari sono all'articolo 4 del testo. Diremo addio alle federazioni dei collegi provin-

ciali che fino a oggi hanno tenuto insieme e legato in uno filo l'evoluzione di chi cura l'assistenza degli italiani e che negli anni ha visto crescere il faldone delle competenze e delle responsabilità. L'Ipasvi, la mitologica federazione che riunisce i collegi provinciali dei 440mila infermieri che un tempo si definivano "professionali", diventa Fnopi. E resterà la federazione ammiraglia della flotta crescente dei professionisti sanitari. A seguire le ostetriche con Fnopo e il «Plurialbo». Una marcia in più per professionisti e pazienti.

VAZZA APAG. 8

PROFESSIONI SANITARIE

Legge Lorenzin in vigore via alla rivoluzione degli ordini

Dal 15 febbraio la legge **Lorenzin** (n. 3/2018) è ufficialmente in vigore e i tre nuovi ordini delle professioni sanitarie una realtà. Una rivoluzione non formale per la sanità italiana, che per questa riorganizzazione ha atteso 70 anni. La legge omnibus articolata e complessa, a cui la nostra testata ha dedicato fiumi d'inchiostro e intere paginate on line e cartacee, avrà bisogno di 19 decreti attuativi che ne definiranno la concreta operatività. Con i dettagli e i risvolti tecnici delle diverse articolazioni che fanno il corpo complesso della normativa. Le novità per i professionisti sanitari sono all'articolo 4 del testo. Diremo addio alle federazioni dei collegi provinciali che fino a oggi hanno tenuto insieme e legato in uno filo l'evoluzione di chi cura l'assistenza degli italiani e che negli anni ha visto crescere il faldone delle competenze e delle responsabilità. L'Ipasvi, la mitologica federazione che da sempre riunisce i collegi provinciali dei 440mila infermieri che un tempo si definivano "professionali", diventa **Fnopi**. E resterà la federazione ammiraglia della flotta crescente dei professionisti sanitari. La presidente appena rieletta, Barbara Mangiacavalli, proprio da questa testata ha ricordato il senso della riforma.

Poi c'è l'esercito delle 20mila ostetriche, con la trasformazione della Fnco (Federazione nazionale collegi ostetriche) in **Fnopo** (Federazione nazionale della professione ostetrica). Un esercito in crescita che nella legge **Lorenzin** sente il senso della «svolta epocale», come ci racconta la presidente **Maria Vicario**: «Finisce una marginalità, una sofferenza durata 7 decenni. Finalmente regole chiare contro l'abusivismo professionale che ci affligge da anni, con indicazioni precise su chi è il professionista della salute. La legge **Lorenzin** apre finalmente alla sperimentazione di genere

sui medicinali, per noi ostetriche un elemento che cambierà la storia della salute delle donne, delle mamme».

Il terzo è il "plurialbo" dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Un super ordine da circa 200mila professionisti afferenti a diciassette albi che hanno trovato posto sotto l'ombrello (capiente) del Tsm - l'albo dei tecnici sanitari di radiologia medica (ora a quota 28mila). Professionisti di tre classi di laurea diverse con caratteristiche disomogenee per formazione, suddivisione territoriale e numero di professionisti. La complessità è data dalla coesistenza di anime diverse in capo al nuovo ordine che sarà composto, oltre alla figura del tecnico di radiologia già ordinato in albo, anche dalla migrazione dell'albo degli assistenti sanitari provenienti dai collegi Ipasvi.

Cronoprogramma:

- marzo 2018: DM di istituzione albi;
- marzo 2018-febbraio 2020: implementazione degli albi da parte delle Commissioni straordinarie regionali;
- marzo-ottobre 2020: costituzione delle commissioni di albo;
- novembre 2020: elezione dei Consigli direttivi degli Ordini;
- entro marzo 2021: elezione del Comitato centrale della Federazione nazionale.

L.Va.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Riparto Fsn 2018

Via libera della Conferenza delle Regioni al riparto del Fsn. Si tratta per il 2018 di 110,1 mld. Un mld in più rispetto al 2017.

A PAG. 5

CONFERENZA DELLE REGIONI**Fsn 2018, via libera al riparto**

Per il terzo anno consecutivo la Conferenza delle Regioni ha trovato un accordo per il riparto del Fondo Sanitario in tempi brevi. Si tratta per il 2018 di 110,1 miliardi, quasi un miliardo in più rispetto al 2017». Lo ha dichiarato il Presidente, **Stefano Bonaccini**, commentando l'esito della Conferenza delle Regioni e province autonome. Una cifra che sommando ulteriori riparti successivi - relativi a obiettivi di piano e piccoli fondi vincolati - raggiunge, per il 2018, poco meno di 113,4 miliardi. «Questo risultato ha sempre qualcosa di straor-

dinario perché è comunque difficile contemperare le diverse e legittime esigenze territoriali in un settore così delicato e nevralgico come la sanità. Grazie alla tempestività con cui abbiamo raggiunto in modo unanime l'accordo - ha concluso Bonaccini - è adesso possibile per tutte le Regioni una programmazione puntuale ed è questo un vantaggio di non poco conto per i bilanci regionali». Soddisfazione è stata espressa anche dai coordinatori delle Commissioni Sanità e Bilancio, i cui Assessori sono stati i protagonisti dell'accordo raggiunto

oggi dalla Conferenza delle Regioni. «Si è lavorato intensamente in questi giorni - hanno dichiarato l'Assessore al Bilancio della Regione Lombardia, Massimo Garavaglia (Coordinatore della Commissione Affari finanziari della Conferenza delle Regioni) e l'Assessore della Regione Piemonte, Antonio Saitta (Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni) - nell'ambito di un confronto interregionale ricco di spunti e, come sempre in queste occasioni, di dialettica interna».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

