



## **RASSEGNA STAMPA 01-10-2019**

1. REPUBBLICA Anticancro, quei farmaci costano miliardi: occhio alla spesa
2. STAMPA Tutti i controlli da fare a partire dai 20 anni
3. QUOTIDIANO SANITA' Nota aggiornamento Def. Il Governo formalizza l'impegno a "sostenere e rafforzare il sistema sanitario universale"
4. SOLE 24 ORE Sanità, no a tagli ma superticket a carico delle Regioni
5. ADNKRONOS Speranza: "No tagli sanità per evitare aumento Iva"
6. LA STAMPA Il calvario di malati e famiglie pochi i team di specialisti e assistenza insufficiente
7. ANSA Per 7,3 milioni di caregiver familiari, manca legge a tutela
8. REPUBBLICA Attenti ai passi falsi
9. QUOTIDIANO DEL SUD Solo nell'emergenza medici l'Italia è un paese unitario
10. CORRIERE DELLA SERA Sette anziani su dieci non assumono i farmaci come dovrebbero
11. SOLE 24 ORE Telemedicina con vincoli ridotti



Periscopio

Sanità e salute  
oltre la notizia

## *Anticancro, quei farmaci costano miliardi: occhio alla spesa*

di **Daniela Minerva**

**C**inque miliardi e 659 milioni spesi nel 2018 sono una cifra importante. Che la fiscalità generale è contenta di pagare per permettere all'Italia di essere il paese europeo in cui si sopravvive di più perché tutti riescono a essere curati con le terapie migliori. Il fatto però è che tra il 2013 e il 2017 nel mondo sono stati commercializzati 54 nuovi trattamenti anticancro, 35 già disponibili in Italia. E questa sarebbe una grande notizia se al congresso annuale della Società europea di oncologia medica (Esmo), che si chiude oggi a Barcellona, due studi non avessero dimostrato che molte di queste medicine introdotte negli ultimi 10-15 anni non servono a granché, costano molto e il loro valore clinico non vale la spesa. Una bomba. Che oscura in una nebbia confondente i molti farmaci utilissimi che, insieme a diagnosi precoce, chirurgia e radioterapia, garantiscono agli italiani di sopravvivere al tumore. Dunque? Che si fa? Frenare la registrazione dei nuovi anticancro? Diminuire indiscriminatamente i prezzi? Com'è ovvio non è una soluzione raffazzonata e massimalista che aiuta. Bisogna, e subito, discriminare tra i farmaci

che servono e quelli pressoché inutili. Bisogna registrare solo quelli che servono. Perciò serve trasparenza assoluta sui dati clinici e il pugno duro dell'organismo regolatore, l'europea Ema per quanto ci riguarda. E bisogna calibrare il prezzo all'efficacia: gli strumenti nelle mani dell'agenzia italiana preposta, l'Aifa, ci sono. Uno tra tutti il cosiddetto "payment by result", che addebita al Ssn solo le terapie che hanno realmente funzionato: ma non è il solo. Sia Ema che Aifa, però, sembrano rispondere più alle pressioni per rendere i farmaci disponibili che non alla necessità di discriminare con la forza della scienza il grano dal loglio. Tutti coloro che spingono perché gli anticancro arrivino subito ai malati a qualunque costo, e lo fanno con la forza etica del bisogno terapeutico, dovrebbero però fermarsi: l'opinione pubblica non può dubitare dell'efficacia di quello che paga a così caro prezzo. Sennò si aprono praterie per coloro che dicono, immotivatamente, che i nuovi farmaci non servono. Contrapporre il massimalismo del "tutto a tutti a prescindere" al massimalismo disinformato fa male a tutti.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



## LA PREVENZIONE

Tutti i controlli da fare  
a partire dai 20 anni

**O**ttobre è, nel mondo, il mese della prevenzione del più diffuso tumore femminile: 53 mila le diagnosi previste in Italia nel 2019, pari a circa il 30% di quelle oncologiche. Se oggi quasi nove donne su 10 sono vive cinque anni dopo la scoperta della malattia, lo devono essenzialmente ai progressi compiuti nell'ambito della diagnosi precoce.

Il servizio sanitario offre lo screening mammografico a cadenza biennale a tutte le donne tra 50 e 69 anni (anche se alcune regioni «anticipano» a 45 e «prolungano» a 74). Ma non è sufficiente. Gli specialisti puntano sul coinvolgimento nel percorso di prevenzione secondaria. «L'autopalpazione del seno è un esame che ognuna di noi può eseguire a casa - ricorda Stefania Gori, direttrice dell'unità di oncologia medica dell'ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar (Verona) e presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) -. Va effettuata ogni mese a partire dai 20 anni: meglio se nella prima o se-

conda settimana dalla fine del ciclo mestruale. Eventuali anomalie devono essere segnalate al medico di famiglia». Ovvero: cambiamenti di forma e dimensione, comparsa di noduli (al seno o nella zona ascellare), secrezioni dai capezzoli e alterazioni della cute.

Nemmeno l'autopalpazione è però considerata soddisfacente per presentarsi al sicuro all'inizio dello screening. Ecco perché la comunità scientifica raccomanda una visita senologica a cadenza biennale tra i 20 e i 40 anni (con un'ecografia del seno) e a seguire annuale (sostituendo l'ecografia con la mammografia). Tutto ciò, naturalmente, escludendo l'eventuale familiarità per la malattia (e per il tumore ovarico). In questo caso il consiglio è di trarre le informazioni dai parenti per valutare con il medico di base l'eventuale definizione di un percorso di diagnosi precoce di tipo «personalizzato». Due le ipotesi: l'anticipo dei controlli rispetto al calendario indicato e l'eventuale ricorso ai test genetici (Brca 1 e 2). F.D.T. —

© BY NC ND DAL QUINDIRITTI RISERVATI



[http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=77344](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=77344)

## Nota aggiornamento Def. Il Governo formalizza l'impegno a "sostenere e rafforzare il sistema sanitario universale". Ecco la bozza entrata in Consiglio dei Ministri

*Via libera dal Cdm al NadeF. Rispetto al Def di aprile, si stima una maggiore crescita della spesa sanitaria nel periodo 2019-2022 ad incidenza del Pil sostanzialmente invariata. Tra gli impegni del governo: superare le disuguaglianze e garantire i Lea su tutto il territorio nazionale, rivedere i ticket e assumere nuovo personale. Sull'autonomia differenziata, si procederà salvaguardando il principio di coesione nazionale e di solidarietà. Saranno definiti i livelli essenziali delle prestazioni". Ecco cosa prevede per la sanità la bozza di NadeF esaminata dal Cdm.*



**30 SET** - Anticipiamo la Nota di aggiornamento del Def esaminata in serata dal Consiglio dei Ministri. Per quanto riguarda la sanità, il Governo si è impegnato a "sostenere e rafforzare il sistema sanitario universale".

"La sostenibilità è la sfida che il Servizio Sanitario Nazionale dovrà affrontare nei prossimi anni, ossia la capacità di assicurare il mantenimento del principio di universalità del sistema, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (Lea) coniugando allo stesso tempo equità, appropriatezza, qualità ed efficienza delle cure, governo dell'innovazione, salvaguardando gli equilibri economico-finanziari - si legge nel testo -. Il Ssn pur avendo garantito un sostanziale universalismo, non ha adeguatamente risposto a importanti aspettative, prima tra tutte quella della riduzione delle disparità territoriali e delle disuguaglianze. Numerose sono pertanto le sfide che il settore sanitario si troverà ad affrontare nei prossimi anni".

**Tra queste, in un apposito capitolo dedicato alla sanità, vengono elencate:**

- attenuare le disuguaglianze presenti in termini di accesso ai servizi e di variabilità regionale degli stessi garantendo l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) in modo uniforme su tutto il territorio nazionale;
- gestire l'invecchiamento della popolazione governando l'evoluzione della domanda in condizioni complesse e con più patologie;
- realizzare una migliore integrazione tra i sistemi sanitari, di assistenza sociale a sostegno dei processi di presa in cura;
- aumentare la promozione della salute e la prevenzione;
- prepararsi ai cambiamenti derivanti dal progresso scientifico e tecnologico rafforzando i processi di governo

dell'innovazione;

- porsi in maniera trasversale su interventi di policy intersettoriale, con particolare riguardo alla sicurezza sul lavoro e ai risvolti sanitari delle grandi sfide ambientali e del cambiamento climatico.

Inoltre, si spiega ancora nel capitolo, "si rende inoltre necessaria una progressiva rivisitazione dell'attuale sistema di compartecipazione sulla base delle condizioni economiche reddituali, finalizzato a rendere il sistema più omogeneo ed equo. In particolare, tale fenomeno di discriminazione nell'accesso ai servizi è stato aggravato dall'introduzione del superticket".

**Quanto alle previsioni di spesa dei prossimi anni, nella nota di aggiornamento si trovano piccoli scostamenti rispetto al Def dello scorso aprile.** Ricordiamo che si parla sempre di previsioni di spesa e non di finanziamento del servizio sanitario. Nel testo esaminato in serata a Palazzo Chigi la spesa per il 2019 raggiunge quota 118.560, salendo di quasi 500 milioni rispetto ai 118.061 inizialmente previsti. Stessa cosa anche per il 2020, 2021 e 2022 dove si registrano lievi incrementi rispettivamente di 643 milioni, 645 milioni e 644 milioni.

**Quanto all'incidenza della spesa sanitaria sul Pil**, si confermano i dati del Def per il triennio 2019-2021, ma nella nota di aggiornamento si passa nel 2022 al 6,5%, salendo così dello 0,1% rispetto alla stima precedente (6,4%).

**Infine, capitolo a parte è dedicato all'autonomia differenziata.** Il parlamento, si spiega nel documento, sta concludendo l'iter di approvazione della legge di riduzione del numero dei parlamentari. "Contestualmente, si riformeranno i requisiti di elettorato attivo e passivo per l'elezione del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati e si studierà l'introduzione di istituti che assicurino maggiore equilibrio al sistema e riavvicino i cittadini alle Istituzioni. È altresì necessario rivedere il testo unico per gli enti locali, introducendo un'Agenda Urbana per lo sviluppo sostenibile delle città, delle Città Metropolitane, di Roma capitale, attuando la legge per la valorizzazione dei piccoli Comuni e sopprimendo gli enti inutili. Si procederà lungo il processo di autonomia differenziata, salvaguardando il principio di coesione nazionale e di solidarietà. Saranno definiti i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. Ciò eviterà di aggravare il divario tra il Nord e il Sud del Paese".

**L'ACCORDO NEL PATTO PER LA SALUTE****Sanità, no a tagli ma superticket a carico delle Regioni**

«È finita la stagione dei tagli alla sanità» e «stiamo lavorando per togliere il superticket». Gira attorno a questi due annunci di ieri del ministro della Salute, Roberto Speranza, il piatto forte della legge di bilancio nella Sanità, con le prime tracce nella Nadef. Speranza ha dalla sua parte il collega all'Economia, il ministro Roberto Gualtieri, che ha assicurato che non ci saranno tagli per la Sanità. E così dovrebbe essere. Al ministero si sta lavorando per far tornare i conti anche sull'altra priorità del ministro, quella dell'addio al superticket – il balzello da 10 euro su visite ed esami – che vale circa 350-400 milioni. E che potrebbe far tornare in pista il meccanismo a cui aveva già lavorato il precedente Governo per il Patto per la salute 2019-2021: alle Regioni la garanzia di avere i fondi aggiuntivi al Fondo sanitario nazionale previsti dalla manovra dell'anno scorso – sul piatto 2 miliardi per il 2020 e 1,5 per il 2021 – a prescindere da clausole e paletti (nella bozza precedente il Mef aveva inserito la possibilità di togliere i fondi in caso di bassa crescita del Pil). Dal canto loro le Regioni potranno accedere ai fondi in più dopo aver abolito il superticket (in realtà in alcune Regioni è già avvenuto). Oggi il ministro Speranza avrà un primo incontro con l'assessore del Piemonte e coordinatore delle Regioni per la Sanità, Luigi Icardi. Sul tavolo manovra, Patto per la salute, ma anche l'allarme carenza medici (le Regioni chiedono un piano straordinario triennale) e gli aumenti dei contratti della Sanità privata che pesano 150 milioni.

—**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Roberto Speranza.** Per il ministro della Salute «è finita la stagione dei tagli alla Sanità». Al dicastero si lavora per l'addio ai superticket



<https://www.adnkronos.com/>

## Speranza: "No tagli sanità per evitare aumento Iva"



Ci saranno tagli alla sanità per scongiurare l'aumento dell'Iva? "No, assolutamente no. Siamo stati molto chiari. Sia io che il ministro dell'Economia: è finita la stagione dei tagli alla sanità". A sottolinearlo è il ministro della Salute, Roberto Speranza, oggi a Roma a margine della conferenza stampa Frecciarosa.

"I soldi che mettiamo per la salute dei cittadini - ha ribadito - sono un investimento e non una semplice spesa. Quindi mi batterò per aumentare in maniera significativa rispetto all'anno scorso le risorse a disposizione per il Fondo sanitario nazionale".

L'ALLARME PER I SERVIZI SPESSO CARENTI DELLE ASL

# Il calvario di malati e famiglie "Pochi i team di specialisti e assistenza insufficiente"

**D**i fronte a malattie come la Sla c'è un elemento fondamentale: rendere la vita di chi soffre più semplice e meno dolorosa.

«Una missione che in Italia è difficile da realizzare», ammette Pina Esposito, vicepresidente dell'Aisla, l'Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica, all'indomani della giornata dedicata ai malati e ai loro familiari. «Dopo la diagnosi, un "proiettile" che arriva al cuore, troppo spesso i pazienti e le famiglie si ritrovano da soli e allo sbando - spiega Esposito -. Perché un solo medico non basta, ma occorre un team multidisciplinare, composto da specialisti ed esperti. Dal neurologo allo psicologo, dal fisiatra al medico preposto alle cure palliative, ogni figura dovrebbe seguire il malato passo dopo passo».

Per fare in modo che questo accada Aisla sostiene da anni la necessità che ogni Asl adotti un percorso diagnostico terapeutico assistenziale

(il cosiddetto «Pdta») per ogni paziente e in modo omogeneo sul territorio. «Il "Pdta" è necessario per definire esattamente gli elementi necessari per la presa in carico del paziente».

Altro punto, e altrettanto dolente, è l'assistenza domiciliare. La Sla è una malattia che, pezzo dopo pezzo, lascia il paziente privo di ogni autonomia: dal movimento alla capacità di comunicare, fino a quella di alimentarsi e addirittura di respirare. Per i «caregiver» occuparsi di un malato significa impegnarsi 24 ore su 24. «In verità le famiglie ricevono un supporto dalle Asl attraverso l'Assistenza domiciliare integrata, ma per un'assistenza "h24" devono attingere a risorse proprie - dice Esposito -. Così spesso si deve lasciare il lavoro e rivolgersi a una badante». Eppure la figura del «caregiver» non ha ottenuto un pieno riconoscimento giuridico e le tutele previdenziali. La legge che dovrebbe rimediare è ferma in Parlamento.

Un aiuto arriva dal Fondo

Nazionale per la Non Autosufficienza (Fna), stanziato ogni anno dal governo e distribuito alle Regioni che lo fanno avere alle famiglie con assegni mensili: l'ultimo stanziato del 2018 è di 450 milioni, ma è destinato a tutti i disabili e agli anziani non autosufficienti. Tra questi, anche i malati di Sla che nel nostro Paese ammontano a 6 milioni. «E' evidente che l'Fna non può coprire tutte le costose necessità assistenziali di una persona con Sla», evidenzia Esposito.

Ci sono, infine, le maglie della burocrazia. Con conseguenze drammatiche. «Pensiamo ai dispositivi che permettono ai malati di comunicare: un ritardo di sei mesi, come spesso succede, impedisce al malato e ai suoi familiari di interagire per quello che a loro sembrerà un'infinità di tempo», conclude Esposito. Una gravissima ingiustizia, per certi versi più grave di quella che il destino ha già riservato ai malati e ai loro cari. V.ARC. —

© BY NC ND AI DIRITTI RISERVATI





30-09-2019

780.455

<http://www.ansa.it>

## **Per 7,3 milioni di caregiver familiari, manca legge a tutela Appello degli esperti:"si approvi il testo presentato in Senato"**

- ROMA, 30 SET - Sono soprattutto donne, non più giovani e a rischio burnout: in Italia le persone che assistono un familiare anziano e spesso malato sono 7,3 milioni. Un esercito silenzioso che svolge un lavoro sociale importantissimo e da anni attende una legge che ne riconosca il ruolo. Un appello ad approvarla al più presto arriva dagli esperti riuniti al convegno "Presenza in carico assistenziale e terapeutica del paziente anziano", organizzato a Roma dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda) e Daiichi Sankyo Italia. Aumentano, di pari passo con l'allungamento della vita media, le persone non autosufficienti. Circa la metà è assistita da un caregiver familiare, di cui 1 su 5 è ultrasessantenne e nell'85% dei casi è donna. In un terzo dei casi questo ruolo viene ricoperto con grande difficoltà a conciliarlo con la propria vita e gli impegni professionali. Il peso della responsabilità, inoltre, si ripercuote sulla salute fisica e psichica del caregiver, aumentando ansia e stress e portando a trascurare la propria salute, fino a sviluppare un vero e proprio esaurimento emotivo. "Questo esercito silenzioso - spiega Nicoletta Orthmann, coordinatore medico-scientifico di Onda - ogni giorno e per anni, si prende cura dei nostri anziani non più autosufficienti. A titolo gratuito svolge un prezioso e faticoso lavoro, ad oggi non ancora riconosciuto né tutelato nel nostro Paese: non possiamo più permetterci di lasciarli soli". Esiste un Fondo dedicato, istituito con la legge di bilancio 2018 per la copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare. Di fatto, però, è inutilizzato poiché si attende l'iter parlamentare del testo unificato che raccoglie i 7 diversi disegni di legge presentati in Senato in materia. "L'obiettivo del testo Disposizioni per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiari è riconoscere questa attività dal punto di vista previdenziale, sanitario e assicurativo, ma anche garantire supporto psicologico. Ci auguriamo", conclude Orthmann, "che venga approvato quanto prima".

## IRISCHI DELLE CADUTE

# Attenti ai passi falsi

Nel 2017 oltre centomila ricoveri per la frattura del femore, uno degli infortuni più frequenti tra gli anziani. "Intervenire entro 48 ore"

***In uno scenario ideale, includendo anche la durata della riabilitazione, dopo un mese e mezzo il paziente dovrebbe poter tornare a casa***

di **Davide Michielin**

**U**

n passo falso può costare caro, soprattutto in tarda età. Secondo il più recente aggiornamento del Piano nazionale

esiti, nel 2017 i ricoveri per frattura del collo del femore sono stati 102.761, 92.970 dei quali hanno richiesto un intervento chirurgico. Le conseguenze di quello che è uno degli infortuni più frequenti tra gli anziani si spingono ben oltre il singolo osso. La combinazione di trauma, immobilità e ospedalizzazione compone infatti un cocktail pericoloso. L'invecchiamento della popolazione gonfia, di anno in anno, il numero di casi, come spiega Riccardo Accetta, primario di traumatologia e pronto soccorso dell'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano: «Dopo i 65 anni la naturale riduzione della massa ossea e della capacità di ripresa ci rendono più vulnerabili alle cadute. Il fenomeno è più frequente tra le donne poiché la carenza di estrogeni durante la menopausa aumenta il rischio di osteoporosi».

L'innesto della protesi dipende dalla sede della frattura. Per le cosiddette fratture sottocapitate, che avvengono cioè sotto la testa del femore, è una soluzione quasi obbligata poiché nell'anziano sono quasi sempre destinate a non guarire. Nelle fratture trocanteriche, localizzate nella protuberanza laterale dell'osso, placche e viti in titanio accompagnano trattamenti che favoriscono la sintesi di nuovo osso. Tuttavia, la riuscita dell'intervento dipende in buona parte dalla salute delle ossa stesse. «Nelle persone molto anziane non è raro che la frattura sia frutto dal definitivo cedimento del tessuto osseo: l'inserimento di infibuli in tessuti con resistenza meccanica ormai ridotta è destinata a fallire», prosegue il traumatologo. Anche quando il trattamento è adeguato, la sopravvivenza non è scontata: secondo il piano nazionale esiti, nel 2017 la mortalità a un anno dall'intervento era del 19 per cento. E circa un terzo dei sopravvissuti rimarrà disabile; e una percentuale simile subirà, nei cinque anni successivi, la frattura dell'altro femore. La perdita autonomia dell'anziano ha conseguenze devastanti sia a livello sociale che economico. La maggioranza delle persone operate ha più di 75 anni e una salute già compromessa da diabete, disturbi cardiovascolari o altre patologie. «L'allettamento prolungato favorisce lo sviluppo di piaghe da decubito, problemi vascolari, polmonari e renali. L'unico metodo efficace per ridurre la mortalità è rimettere in piedi l'anziano in

fretta», chiarisce Accetta. Un tempo si cercava di stabilizzare la situazione dell'intero organismo prima di operare. Negli ultimi vent'anni le prove di efficacia hanno letteralmente ribaltato l'approccio. «Più a lungo si attendeva un miglioramento, più il paziente peggiorava. Oggi le linee guida stabiliscono di operare entro le 48 ore», riprende il traumatologo. Seppur con forti differenze tra regioni - e perfino tra strutture della stessa regione - l'Italia ha imboccato la strada giusta: se nel 2010 gli interventi effettuati entro il secondo giorno erano appena il 31%, nel 2017 la percentuale è salita al 65. In uno scenario ideale, includendo anche la durata della riabilitazione, dopo un mese e mezzo l'anziano dovrebbe poter tornare a casa.

Pur nella consapevolezza che gli anziani di oggi sono molto più in salute dei loro genitori, anche la prevenzione sta dando i suoi frutti. «Il picco di fratture del femore si sposta sempre più avanti nell'età. Nelle donne in menopausa l'importanza del metabolismo osseo è ormai ben compresa, per quanto la prevenzione farmacologica rimanga tardiva: spesso viene attuata solamente dopo la prima frattura», conclude Riccardo Accetta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# L'INCHIESTA/CORSIE SENZA SPECIALISTI SOLO NELL'EMERGENZA MEDICI L'ITALIA È UN PAESE UNITARIO

*Da Nord a Sud, la riforma di quota 100  
voluta da Salvini e le facoltà a numero  
chiuso stanno svuotando gli ospedali*

di **SIMONE DI MEO**

**L'**unità d'Italia? Sì, ma solo in caso di emergenza. Sulla carenza di medici specialisti negli ospedali del nostro Paese, numeri alla mano, si registra una situazione assolutamente sovrapponibile tra regioni settentrionali e meridionali. Una circostanza assolutamente inedita soprattutto considerate le diverse risorse in campo.

Nel 2025 si assisterà, secondo le stime di Anaa-Assomed, a un ammanco di oltre 16.700 unità. Ma quali sono le ragioni che porteranno a questo deficit? Innanzitutto lo svuotamento causato dai pensionamenti anticipati (in virtù della legge Fornero e di Quota 100), che non verrà bilanciato da innesti adeguati. Altro fattore che gioca un ruolo importantissimo è rappresentato dalla insufficienza di investimenti economici, da parte delle regioni, in contratti di specialistica, le cosiddette «borse» e dalle barriere all'ingresso con il numero chiuso.

A ciò si aggiunga che i giovani medici, che dovrebbero rimpiazzare i camici bianchi in quiescenza, preferiscono la professione come freelance, piuttosto che essere «ingabbiati» nelle maglie del sistema sanitario nazionale. Tutti fattori che aiutano a svelare, in maniera incontrovertibile, il «bluff» dell'autonomia differenziata relativo alla questione della sanità in Italia. Anche il ricco nord del Paese prova, dunque, gli stessi problemi e le stesse difficoltà, che stanno affrontando le regioni commissariate del sud.

Analizzando la mappatura generale, si evince che la carenza maggiore, al nord, si verificherà in Piemonte. Partendo dunque da quest'ultima regione, si prospetta un ammanco di 2.004 me-

dici. Le carenze maggiori di personale saranno avvertite nelle seguenti branche: Medicina emergenza ed urgenza (farà registrare un fabbisogno di 194 medici); Anestesia e Rianimazione (213); Medicina interna (154); Chirurgia generale (148); Pediatria (274). Sulla stima delle carenze, al momento, influisce anche il finanziamento regionale per la formazione di personale specialistico, che in Piemonte è limitato al numero di 10 contratti per anno.

Non se la passa meglio la Lombardia, prima in Italia per numero di abitanti (oltre i 10 milioni), e che quindi deve far fronte a un bacino di utenti considerevole. Nel 2025, nella regione lombarda è previsto un ammanco di 1.921 camici bianchi. Particolarmente in sofferenza andranno i reparti ospedalieri di Pediatria (510 medici in meno); Medicina interna (377); Anestesia e Rianimazione (315); Medicina emergenza e urgenza (177); Psichiatria (165); Chirurgia generale (159); Igiene e medicina preventiva (127). Sul versante delle «borse» aggiuntive, la Regione Lombardia non sembra essere particolarmente «generosa», visto che, nonostante il più alto numero di abitanti, presenta un finanziamento che si attesta solo su 53 contratti all'anno.

Passando all'Emilia Romagna, secondo le stime, nel 2025 si potrebbe assistere a un ammanco di 597 unità. In sofferenza soprattutto Medicina interna (con -238 medici); Cardiologia (-145); Pediatria (-95); Radiodiagnostica (-91). Per affrontare le criticità, la Regione Emilia Romagna ha scelto di percorrere la strada dei contratti aggiuntivi per le branche che registrano maggiori sofferenza. Sullo stesso livello dell'Emilia Romagna, dal punto di vista delle carenze di personale, si attesta anche il Veneto. Nel

2025, si assisterà a un numero tale di pensionamenti che porterà a un ammanco di 501 medici. Le maggiori criticità si registreranno presso i reparti di Pediatria (227 unità in meno); Medicina emergenza e urgenza (184); Medicina interna (92). Anche la Regione Veneto, cercherà di affrontare il deficit con contratti aggiuntivi di formazione specialistica, laddove ce ne sarà più bisogno. È allarme pure in Toscana. Qui, è stimato che nel 2025, si dovrebbe assistere a una mancanza di 1.793 camici bianchi.

L'unica area territoriale in controtendenza, è il Lazio. Al 2025, secondo le stime effettuate, sarà la sola regione italiana a non far registrare deficit di specialisti, anzi si avrà un surplus di addirittura 905 camici bianchi.

Ma da cosa è originato questo scompenso? Anche qui dal fatto che non verrebbero considerate come si dovrebbe, le branche in effettiva difficoltà. E c'è di più, nel Lazio ad occuparsi del finanziamento dei contratti è il Miur mentre l'Ente di Via della Pisana non investe neppure in una sola «borsa» di specialistica. Per quel che riguarda invece le regioni meridionali e le isole, troviamo in testa alla «classifica» la Sicilia. Nel 2025, si stima, la carenza di camici bianchi ammonterà a 2.251 specialisti. A soffrire particolarmente, i reparti di Pediatria (ammanco di 471 medici); Medicina emergenza e urgenza (356); Igiene e Medicina preven-



tiva (196); Anestesia e Rianimazione (153); Ginecologia (180). Non mostra avere particolare attenzione rispetto al fabbisogno effettivo delle branche, la Regione Sicilia sul versante degli investimenti, che si attestano sui 44 contratti all'anno.

I finanziamenti sono distribuiti a pioggia. Nel 2025, si stima una «emergenza» anche in Puglia. I medici che saranno andati complessivamente in pensione tra sei anni, raggiungeranno un numero di 3.292 unità, mentre i neo specialisti ammonteranno a 2.422. L'ammanco totale (negli ospedali e nel Servizio sanitario regionale) dovrebbe attestarsi su 1.686 camici bianchi. Le maggiori carenze si avvertiranno presso i reparti di Medicina d'emergenza e urgenza (ammanco di 498 medici); Pediatria (216); Cardiologia (104); Chirurgia generale (97); Anestesia (93); Medicina interna (78); Radiodiagnostica (77); Ginecologia (73); Ortopedia (64).

Al terzo posto delle regioni meridionali in cui si registreranno maggiori criticità causate dagli ammanchi, si piazza la Calabria. Qui, è stimata, per il 2025, una carenza di 1.410 camici bianchi. A soffrire maggiormente per il numero insufficiente di medici, Medicina d'urgenza (ammanco di 245 specialisti); Pediatria (150); Chirurgia generale e Psichiatria (per entrambi i reparti, ammanco di 90 medici); Anestesia e Rianimazione (63); Ginecologia (51). Sul versante degli investimenti per la specialistica, c'è da sottolineare che la Regione Calabria finanzia 9 contratti all'anno.

Occupandoci adesso della Campania, emerge che in base al rapporto tra medici in uscita e innesti di neospecialisti, nel 2025 è previsto un ammanco di 1.090 unità. Particolari criticità si registreranno nei reparti di emergenza e urgenza, con carenza, complessivamente di ben 800 camici bianchi. In Campania si registra il finanziamento di contratti specialistici a pioggia, per branche, per le quali non sono previste condizioni di deficit, ma addirittura di surplus di specialisti.



[https://www.corriere.it/salute/19\\_settembre\\_30/sette-anziani-dieci-non-assumono-farmaci-come-dovrebbero-cf9608c2-e39b-11e9-af1e-85f116ae1c17.shtml](https://www.corriere.it/salute/19_settembre_30/sette-anziani-dieci-non-assumono-farmaci-come-dovrebbero-cf9608c2-e39b-11e9-af1e-85f116ae1c17.shtml)

## Sette anziani su dieci non assumono i farmaci come dovrebbero

*In concomitanza con la festa il 2 ottobre prende il via la campagna nazionale Io aderisco, tu che fai? presentata oggi a Roma: l'impegno dei nipoti per ricordare l'importanza di seguire, con regolarità, le terapie prescritte dal medico*

di Vera Martinella



Cardiopatie, alcune forme di tumore, diabete, malattie respiratorie (come asma e BPCO), alcune patologie mentali, reumatologiche (quali artrosi, artrite reumatoide, gotta) e oculari come il glaucoma. Sono alcune delle malattie croniche, tipiche dell'età che avanza, più diffuse in Italia e nel mondo, che oggi vengono controllate grazie ai farmaci che, se assunti correttamente, possono garantire un'ottima qualità di vita. Ma solo il 70 per cento degli over 65 segue le cure prescritte dal medico con regolarità e

senza errori o modifiche: un problema che si traduce inevitabilmente in una mancata efficacia dei trattamenti. E migliaia di persone, che potrebbero invecchiare bene, si ritrovano invece a fare i conti con molte complicazioni e peggioramenti della malattia di cui soffrono. Per contrastare questo preoccupante fenomeno, in occasione della Festa dei nonni che si celebra il 2 ottobre prende il via [la campagna nazionale Io aderisco, tu che fai](#), presentata a Roma: milioni di nipoti in tutta Italia si impegnano quotidianamente a ricordare ai nonni l'importanza di prendere le medicine. Testimonial dell'iniziativa, il nonno più famoso d'Italia, Lino Banfi.

### ***Ricordare ai nonni di prendere le medicine***

«Oltre al regalo che bimbi e ragazzi faranno ai loro nonni perché aderiscano in modo corretto alle terapie, la campagna prevede inoltre la diffusione di opuscoli e materiale informativo su tutto il territorio nazionale, [un portale web costantemente aggiornato \[www.ciatnews.it\]\(http://www.ciatnews.it\)](#), attività sui principali social network e incontri formativi in alcuni centri anziani della Penisola» ha spiegato Roberto Messina, presidente di Senior Italia Federanziani, che promuove la campagna insieme al Comitato Italiano per l'Aderenza alla Terapia (CIAT) che riunisce oltre 20 società scientifiche. «Plaudiamo all'ottima e innovativa campagna del CIAT – ha commentato Pierpaolo Sileri, viceministro della Salute -. L'aderenza terapeutica è sempre più un'emergenza sanitaria che necessita di essere affrontata urgentemente e con strumenti adeguati. La semplificazione delle modalità di assunzione delle cure, l'utilizzo delle nuove tecnologie e una più precisa formazione del personale medico-sanitario possono essere dei rimedi efficaci. E' comunque fondamentale sensibilizzare i cittadini su un tema ancora sottovalutato».

### ***Il paradosso: le cure ci sono ma troppe persone non le seguono***

«Siamo di fronte ad un grande paradosso socio-sanitario – ha sottolineato Vincenzo Mirone, responsabile scientifico del Ciat -. Abbiamo a disposizione trattamenti estremamente efficaci per contrastare malattie tipiche della terza età, ma gli anziani tendono a non assumerli regolarmente o a farlo solo per pochi mesi. La metà dei pazienti colpiti da ipertensione sospende, di propria iniziativa, la cura dopo un anno dall'inizio della prescrizione. Alla base di queste scelte possono esserci convinzioni personali irrazionali sui farmaci e sulla propria condizione di salute. Tutto questo può causare effetti estremamente negativi e soprattutto pericolosi. Terapie orali come gli anti-ipoglicemici o gli integratori di vitamina D sono efficaci se vengono presi seguendo scrupolosamente le tempistiche indicate dal medico curante. E' quindi arrivato il momento di avviare un'intensa attività educativa rivolta a tutti gli over 65 residenti nel nostro Paese».

### ***Anziani in Italia: oltre 14 milioni over 65 prendono più di 6 farmaci al dì***

I numeri fotografano in modo evidente la portata del problema: oltre 14 milioni di over 65 nel nostro Paese devono prendere in media sei farmaci al giorno. Il nostro Paese è al secondo posto in Europa per indice di vecchiaia: in 40 anni (1975-2015), la speranza di vita si è molto allungata in entrambi i sessi: oggi un over 65 ha ancora davanti a sé più di un ventennio. In particolare, la speranza di vita alla nascita (2017) è pari a 80,6 anni per gli uomini e a 84,9 anni per le donne. Questi risultati sono stati influenzati, nel tempo, dai progressi della ricerca in medicina, dai farmaci, dalle diagnosi precoci, dalla prevenzione. Si vive più a lungo ma spesso con patologie croniche, che colpiscono il 39,9 per cento degli italiani. Circa la metà degli anziani soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente del 59 e 64 per cento. «Agli over 65 sono attribuibili

un terzo di tutti i ricoveri ospedalieri e la metà delle giornate di degenza – ha aggiunto Mauro Boldrini, vicepresidente CIAT -: i problemi maggiori sono riscontrati nei pazienti colpiti da più patologie croniche. E si calcola che entro il 2024 un italiano su cinque sarà “multi cronico”. Per questo va insegnata l’importanza di rispettare sempre le prescrizioni dei medici: così sarà possibile continuare a garantire una buona qualità di vita e risparmiare risorse all’intero sistema sanitario nazionale».

### ***Per migliorare l’aderenza serve lavoro di squadra***

La campagna è promossa anche dalla Federazione degli Ordini dei medici (FNOMCeO), la Federazione Italiana dei Medici di Famiglia (FIMMG), la Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP), il Sindacato Nazionale Autonomo dei Medici Italiani (SNAMI), il Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale (SUMAI Assoprof), i farmacisti (Federfarma) e gli infermieri (FNOPI).«Per migliorare l’aderenza occorre un lavoro in equipe multidisciplinare - ha dichiarato Antonio Magi, segretario del Sumai Assoprof – ovvero un’equipe composta da un gruppo di medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali e ospedalieri, insieme alle professioni infermieristiche e ai tecnici della riabilitazione che in ambulatorio o a domicilio possono seguire meglio i pazienti. E’ bene che a questa squadra di tecnici si uniscano anche le famiglie e i caregivers, target della grande campagna per l’aderenza che come CIAT stiamo promuovendo per agevolare il paziente anziano nell’assunzione dei farmaci e dunque garantire ai senior un miglior stato di salute».

# Telemedicina con vincoli ridotti

## SANITÀ

**L'autorizzazione non serve se l'attività è solo di raccolta di dati relativi al paziente**

**Alessandro Longo**

È possibile fare telemedicina senza autorizzazione, sempre se non sia attività sanitaria ma mera raccolta di dati del paziente. La Corte di cassazione (Terza penale, sentenza 38485/2019) ha annullato un'ordinanza di sequestro di apparecchiature poste in una struttura non autorizzata per prestazioni sanitarie. La società aveva posizionato nell'estate del 2018 una decina di *station* di telemedicina nei centri commerciali di varie città: un infermiere aiutava il paziente e poi inviava i dati a un centro medico (autorizzato) per l'analisi. Nel gennaio scorso i Nas avevano però disposto il sequestro degli apparecchi per mancata autorizzazione, tesi poi confermata dai giudici. La Cassazione rileva invece che il requisito dell'autorizzazione richiede «che all'interno della detta struttura siano compiuti atti aventi una rilevanza medica (...) Non potendo invece qualificarsi tali né gli atti il cui svolgimento è scevro da una qualsivoglia attività organizzativa, né gli atti nei quali è lo stesso paziente ad acquisire i dati anamnestici che, eventualmente, egli successivamente trasferirà al personale sanitario».

Questo è il caso delle *station* contestate dove – rileva la Cassazione – l'acquisizione dei dati anamnestici potrebbe essere svolta anche in autonomia dal paziente e la presenza dell'infermiere non è necessaria, «consistendo in un mero supporto logistico e pratico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

