

**POLITICA E SANITÀ****Dip. prevenzione, Cimo: se Patto li indebolisce peggiora divario nutrizionale**

Eliminiamo quell'avverbio "possibilmente", i servizi dei Dipartimenti di prevenzione devono diventare unità operative come nel 1992 ha previsto la riforma Dlgs 502. Le quattro gambe del Dipartimento - Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare, con Igiene pubblica e Sicurezza sul lavoro - sono servizi ultraspecialistici non delegabili ad altre professionalità e molto i Dipartimenti possono fare per migliorare la qualità della nutrizione per gli italiani, che oggi appare intaccata dalla crisi». A prendere posizione è **Ernesto Cappellano** coordinatore di Cosips, il settore dei medici territoriali del sindacato Cimo. L'articolo 18 del Patto Salute prevede che le strutture di sanità veterinaria e sicurezza alimentare possano essere considerate complesse. Ma ammette che le regioni pongano vincoli alla trasformazione dei servizi del Dipartimento in unità complesse, specie ove si trovino sotto piano di rientro: «Un'indicazione che porterà ad abbassare la guardia dal punto di vista della sicurezza nutrizionale, se non in tutte, nelle regioni meno ricche, e che potrebbe mettere a rischio la sopravvivenza di questi servizi», dice Cappellano. «Solo nel Lazio il piano di rientro ha colpito con il blocco del turn-over proprio i 12 dipartimenti di prevenzione, che non assumono dal 2006. Ma dati simili riguardano altre realtà, proprio in un momento in cui del nostro lavoro c'è sempre più bisogno». Cappellano si riferisce allo studio Cnr-Siprec "Impatto della crisi economica sulla prevenzione cardiovascolare" che confronta dati del quadriennio 1998-2002 e 2008-2012, evidenziando come in dieci anni nelle fasce di età più istruite sia diminuita la prevalenza di diabete e soprattutto ipercolesterolemia, mentre nelle fasce meno scolarizzate i dati sono opposti ed evidenziano una crescita dei fattori di rischio principali. Cappellano ricorda come «i programmi di educazione alimentare Occhio alla salute e Occhio alla ristorazione portati avanti dal personale dei dipartimenti di prevenzione, e attivati con incontri nelle mense aziendali e scolastiche, stanno dando risultati evidenti nell'abbattere l'obesità nelle fasce d'età minori, e proprio in quella scuola primaria che è il primo mattone nell'istruzione di un cittadino. Ma la prevenzione resta un settore guardato con distacco dalle istituzioni perché questi programmi non hanno esiti immediati né spettacolari, i soldi investiti non pagano politicamente nel breve periodo». E se da una parte bisogna fare autocritica («i singoli servizi dei dipartimenti in qualche caso non hanno prodotto sinergie», dall'altra ogni figura ha una specificità non derogabile: «Il veterinario sorveglia la sicurezza degli alimenti d'origine animale, l'igienista la sicurezza dell'impatto degli alimenti sulla persona dal punto di vista igienico e nutrizionale. Sono missioni diverse da saper collegare e, insieme, preservare».

Mauro Miserendino**Riforma titolo V: costi standard per comuni e più controlli a carico stato**

Più stato nelle regioni povere e meno nelle ricche: potrebbe leggersi in questo modo l'indirizzo che scaturisce dall'approvazione in commissione affari costituzionali di alcune modifiche al testo di riforma del titolo V della Costituzione (Federalismo) in cui si delineano le regole d'ingaggio stato-regioni nelle materie di rispettiva competenza. Il testo base prevede che sparisca la legislazione concorrente su una stessa materia che vari contenziosi ha portato tra stato e regioni davanti alla Corte Costituzionale, mentre resta esclusiva per le regioni la potestà di legiferare sull'organizzazione dei servizi sanitari e sociali, e si conferisce allo stato il potere equilibratore di emanare norme generali a tutela della salute, della sicurezza alimentare e del lavoro. Su proposta del governo, la legge statale potrà disciplinare competenze conferite alle regioni come la sanità. Peraltro, un emendamento approvato martedì all'articolo 116 accentua la possibilità di fughe in avanti di "una o più regioni" che potranno emanare leggi regionali su materie in cui hanno competenza, quindi anche la sanità, previa intesa con lo stato, purché assicurino equilibrio tra entrate e uscite. Nell'articolo 117 emendato, lo stato si riprende competenze in tema di infrastrutture, ma ricordiamo che tra le 21 materie, tante quante le lettere del nostro alfabeto, su cui lo stato potrà legiferare in modo esclusivo tornano tutte le competenze su sicurezza alimentare, sicurezza sul lavoro, energia, istruzione, previdenza e professioni. Altra novità inserita ora: i costi standard. Comuni città metropolitane e regioni dovranno tenere conto di indicatori di costo e di fabbisogno comuni per le proprie spese. E ancora: il Senato delle autonomie potrà trasformarsi al pari della Camera in elemento "accentratore", disponendo inchieste (nuovo articolo 82) su materie di pubblico interesse concernenti le regioni, e conducendole con commissioni ad hoc. Infine, i nuovi emendamenti danno al presidente della repubblica (nuovo articolo 74) il potere di rinviare alle camere per nuova deliberazione anche i decreti convertiti in legge rinviando di 30 giorni la conversione, che non può abbracciare temi diversi da quelli del decreto legge.

Mauro Miserendino**Censis, cresce richiesta cure ma welfare non regge**

Aumenta la domanda di cura e di assistenza, ma per la prima volta diminuisce la spesa sanitaria privata (-5,7%). Nell'ultimo anno, infatti, la spesa sanitaria privata ha registrato una flessione, il valore pro-capite si è ridotto da 491 a 458 euro all'anno e le famiglie italiane hanno dovuto rinunciare complessivamente a 6,9 milioni di prestazioni mediche private. Per la prima volta è diminuito anche il numero delle badanti: 4mila in meno. Sono i dati Rapporto 2014 "Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali" di Censis e Unipol. Secondo le stime del Censis 4,1 milioni di persone in Italia sono attualmente portatrici di disabilità (il 6,7% della popolazione), nel 2020 diventeranno 4,8 milioni, per arrivare a 6,7 milioni nel 2040. La spesa totale per le disabilità ha registrato un forte incremento, superiore al 20% in termini reali tra il 2003 e il 2011, passando da 21,2 miliardi di euro a quasi 26 miliardi. Cresce anche, secondo i dati la richiesta di assistenza. Il welfare pubblico intanto si è ristretto.

Negli anni a venire l'incremento della domanda di sanità e di assistenza proseguirà a ritmi serrati. Una domanda che l'offerta pubblica però non potrà soddisfare. In Italia gli anziani che usufruiscono di assistenza domiciliare integrata sono passati da poco più di 200mila nei primi anni 2000 a oltre 532mila nel 2012, cioè dal 2,1% della popolazione anziana (persone con 65 anni e oltre) al 4,3%. La spesa complessiva per gli anziani serviti dalla long term care è pari attualmente all'1,7% del Pil, ma nel 2050 l'incidenza potrebbe arrivare al 4%, alla luce delle proiezioni demografiche. Il 73% delle famiglie italiane ha fatto ricorso almeno una volta negli ultimi due anni a visite specialistiche o a esami diagnostici a pagamento (in intramoenia o presso studi privati). La motivazione principale (per il 75%) sono i tempi inaccettabili delle liste d'attesa. Il 31% delle famiglie ha invece dovuto rinunciare almeno una volta negli ultimi due anni a visite specialistiche, a esami diagnostici o a cicli di riabilitazione. In più, il 72% delle famiglie dichiara che oggi avrebbe difficoltà se dovesse affrontare spese mediche particolarmente impegnative dal punto di vista economico.

Calo vaccinazioni, Villani (Sip): rischio di scendere sotto soglia di efficacia

«Assistiamo a una diminuzione forte delle vaccinazioni in molti Paesi» e al riemergere di alcune malattie, lo ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin intervenendo alla conferenza stampa organizzata in occasione dell'anno di vita del portale informativo "VaccinarSi", patrocinato dalla Siti, insieme al ministero stesso e all'Iss. Per queste ragioni il ministro ha inserito il tema delle vaccinazioni all'interno del programma del semestre europeo. «Purtroppo siamo di fronte a dati reali e a una tendenza che sta assumendo contorni molto preoccupanti» commenta Alberto Villani, vicepresidente della Società italiana di pediatria (Sip) e responsabile dell'Unità di malattie infettive dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma che sottolinea come ultimamente la copertura abbia registrato la perdita di un punto percentuale all'anno. Villani spiega che non basta vaccinare una parte della popolazione ma, perché un programma di vaccinazioni risulti efficace, occorre superare una soglia: «In genere è al di sopra del 92-95% e la perdita di pochi punti percentuali fa sì che si passi da una situazione di sicurezza e protezione della popolazione a una di rischio. Una diminuzione della copertura dal 99% al 95% è molto meno pericolosa di un calo dal 92% all'88%». Che cosa si può fare? Secondo il vicepresidente Sip, «medici e pediatri fanno il possibile per parlare con i genitori, ma molto dipende da un'informazione corretta e sarebbe anche importante fare delle vere campagne pubblicitarie. Si tende a porre sullo stesso piano le informazioni che provengono da chi è esperto e le opinioni di chi non lo è; bisognerebbe verificare sempre la fonte. Inoltre, l'autorevolezza dei medici è sempre più messa in discussione e certo questo non aiuta». C'è poi una sottovalutazione della pericolosità di certe malattie, come il morbillo: «Se non c'è una protezione diffusa in tutta la popolazione, è molto facile che riesploda e può avere conseguenze come encefalopatie gravi o decessi»: con il vaccino si sono evitati due milioni di casi di morbillo e 2000 decessi solo dal 1996.

Renato Torlaschi

Epatite C, Aifa: procedura negoziale sofosbuvir rinviata a settembre

L'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) comunica che la ditta Gilead non ha ritenuto possibile presentarsi alla riunione del Comitato prezzi e rimborso indetta dello scorso 4 luglio al fine di concludere la procedura negoziale del prodotto Sovaldi (sofosbuvir) ed ha chiesto una proroga fino al 29 settembre 2014. Indipendentemente dall'attività di negoziazione del prezzo del medicinale, è già attiva una procedura di fornitura gratuita del farmaco, per rendere disponibile da subito il medicinale ai pazienti affetti da epatite C nei casi più urgenti, quali quelli di pazienti con:

1. recidiva severa di epatite dopo trapianto di fegato (epatite fibrosante colestatica o epatite cronica con grado di fibrosi >F2 METAVIR)
2. cirrosi scompensata in lista per trapianto epatico (MELD < 25).

Il medicinale verrà fornito secondo le modalità previste dal D.M. 08/05/2003 (Uso compassionevole) e a tal proposito la Gilead ha attivato un indirizzo di posta elettronica epatitec@gilead.com a cui i soli medici potranno inoltrare le richieste per i pazienti che rientrano nei criteri indicati. In tale occasione si ribadisce, vista l'urgenza del trattamento di tali pazienti, l'importanza da parte degli operatori sanitari coinvolti ed in particolare dei Comitati Etici, di valutare tempestivamente l'inserimento degli stessi nel programma di accesso gratuito al farmaco.

Rischio tromboembolismo venoso non aumenta con vaccino anti-Hpv

Anche dopo i necessari aggiustamenti statistici sull'età delle pazienti e sull'uso di contraccettivi orali, non emergono aumenti del rischio di tromboembolismo venoso dopo la vaccinazione quadrivalente per il papillomavirus umano (Hpv). Ecco, in sintesi, le conclusioni di una lettera di ricerca pubblicata su *Jama* dagli epidemiologi dello Statens serum institut di Copenhagen in Danimarca. Dice il primo autore, **Nikolai Madrid Scheller**: «Due studi precedenti hanno riportato un'associazione potenziale tra vaccino e tromboembolismo venoso ma il primo si basava sui dati di un sistema di sorveglianza passivo e l'altro includeva pochi casi vaccinati, di cui molti con fattori di rischio per tromboembolismo venoso. In ogni caso, i problemi connessi alla sicurezza del trattamento possono compromettere i programmi di immunizzazione a scapito della salute pubblica e le valutazioni tempestive di tali preoccupazioni sono essenziali». Partendo da questi presupposti gli epidemiologi danesi hanno valutato la potenziale correlazione tra vaccinazione con vaccino quadrivalente anti-Hpv e tromboembolismo venoso utilizzando dati provenienti da registri nazionali danesi. «Dai registri abbiamo ricavato le informazioni sulla vaccinazione, l'uso di contraccettivi orali oppure di anticoagulanti, nonché i dati clinici relativi a diagnosi di tromboembolismo venoso fatte in ospedale e non collegate alla gravidanza, a interventi chirurgici o alla comparsa di neoplasie maligne» riprende il ricercatore. Lo studio ha incluso tutte le donne danesi di età compresa tra 10 e 44 anni da ottobre 2006 fino al luglio 2013. «In tutto le partecipanti erano 1.613.798 di cui 500.345, ovvero il 31%, avevano ricevuto il vaccino quadrivalente anti-Hpv» puntualizza l'epidemiologo, sottolineando che ci sono stati 4.375 casi incidenti di tromboembolismo venoso, il 20% dei quali verificatisi in donne vaccinate nel periodo di studio. «Ciononostante, l'analisi dei dati non ha trovato alcuna associazione tra vaccino anti-Hpv quadrivalente e tromboembolismo venoso durante i 42 giorni successivi all'immunizzazione, periodo definito come finestra di rischio principale» conclude Scheller.

Jama 2014;312(2):187-188. doi:10.1001/jama.2014.2198