

Texas, i repubblicani votano contro l'aborto. Senatrice parla 13 ore in piedi per fermarli

Saranno chiuse quasi tutte le strutture che praticano l'interruzione di gravidanza, limiti all'azione dei medici. Il progetto di legge approvato dal Senato a maggioranza repubblicana ma i democratici contestano la validità del voto: avvenuto dopo mezzanotte a legislatura scaduta. L'impresa di Wendy Davis, che tenta l'ostruzionismo in scarpe da tennis. Proteste dentro e fuori dall'aula

Lo leggo dopo



TAG

[aborto](#), [texas](#), [Wendy Davis](#)

I senatori repubblicani del Texas hanno approvato nuove restrizioni all'aborto che prevedono la chiusura di quasi ogni clinica per l'interruzione di gravidanza nel secondo Stato più popoloso della nazione. In una votazione ancora molto controversa e contestata da centinaia di persone dentro e fuori il Senato di Austin, secondo l'Ap la Camera alta controllata dai repubblicani ha approvato il disegno di legge. E' ancora però contestata la validità del voto: secondo molti giornalisti e i senatori democratici è avvenuto dopo la mezzanotte, il che lo renderebbe nullo perché ieri scadeva la legislatura del Texas. Ma secondo il vicegovernatore David Dewhurst la votazione è iniziata poco prima. Circolano prove cartacee e via web, diffuse dai democratici, che la data del voto sia stata cambiata in corsa (**foto**).

La legge ha provocato un dibattito infiammato, di cui è stata protagonista la senatrice democratica Wendy Davis, impegnata in una maratona oratoria di 13 ore per tentare di bloccare la votazione prima della mezzanotte. Indossando scarpe da tennis rosa e tentando di restare in piedi (le regole vogliono che chi parla non si possa sedere o appoggiare al banco o interrompersi per andare al bagno o mangiare), la Davis non è riuscita però a completare l'impresa: è stata bloccata da Dewhurst che ha deciso che era andata "fuori tema" a un certo punto del suo intervento. I democratici hanno fatto ricorso.

Il disegno di legge vieta ogni aborto dopo le 20 settimane di gravidanza e richiede che tutte le procedure siano effettuate in un centro dotato di sale chirurgiche. I medici che eseguono aborti devono essere abilitati ad operare in un ospedale entro 30 miglia. Il requisito riguardante gli equipaggiamenti chirurgici impedirebbe di fatto l'operatività di 37 delle 42 cliniche che praticano aborti in Texas. Vista la vastità dello Stato (largo circa 1244 chilometri e lungo 1271 km, con una popolazione di 26 milioni di persone), la scarsità di strutture

costringerebbe una donna che vive al confine con il Messico a fare un viaggio di ore per riuscire ad abortire.

Il voto, completato subito dopo la mezzanotte, è stato accolto da urla e proteste nella galleria del pubblico affollata di attivisti pro-choice che indossavano maglie arancioni in sostegno di Davis. mentre dall'aula i senatori democratici li applaudivano e si univano alla protesta.

E [I tuoi argomenti](#) | [Consigliati per te](#) | [Repubblica Blu](#) | [Accedi](#)

discorso, Davis ha detto di voler dare "umilmente voce a migliaia di texani" e ha definito il tentativo dei repubblicani di far passare la legge "un brutale abuso di potere". I democratici l'avevano scelta per l'ostruzionismo perché Davis ha una storia emblematica: di mamma da ragazzina, è riuscita comunque a completare gli studi e a laurearsi alla Harvard Law School. Durante il suo lungo discorso, la donna è riuscita a rimanere in piedi spostando il peso da un'anca all'altra, camminando intorno al banco e leggendo le note su un blocco. Neanche le urla di interruzione degli attivisti antiaborto in galleria l'hanno fatta interrompere. Ha risposto alle domande dei suoi avversari, ha riportato testimonianze di donne che subirebbero l'impatto della nuova legge e una volta si è quasi interrotta per la commozione leggendo una storia particolarmente toccante.

Il Texas è solo uno degli Stati che stanno sfidando la storica sentenza con cui nel 1973 la Corte suprema legalizzò l'interruzione di gravidanza. Anche il North Dakota si appresta a discutere una legge restrittiva.

(26 giugno 2013)

quotidianosanita.it

Mercoledì 26 GIUGNO 2013

Istat. Italia. Siamo 59.685.227 residenti. Sempre meno nascite. Aumenta il tasso di mortalità

Diffusi gli [ultimi dati sulla popolazione](#) residente nel nostro Paese. Gli stranieri sono 4 milioni e 300 mila, il 7,4% del totale. Ma le nascite diminuiscono a livello record e i nuovi nati da donne straniere non compensano più l'aumento della mortalità e il saldo raggiunge il record negativo di sempre.

Al 31 dicembre 2012 risiedevano in Italia 59.685.227 persone, di cui più di 4 milioni e 300 mila (7,4%) di cittadinanza straniera. Il calcolo della popolazione è stato riavviato a partire dal censimento del 2011, sommando alla popolazione legale del 9 ottobre 2011 il movimento anagrafico dal periodo 9 ottobre-31 dicembre 2011 e successivamente quello dell'anno 2012.

Nel corso del 2012 la popolazione è cresciuta di 291.020 unità (+0,5%).A seguito del censimento della popolazione residente i comuni hanno iniziato le operazioni di revisione delle anagrafi, che hanno determinato ad oggi un saldo dovuto alle rettifiche pari a + 165.715 unità, pari a più della metà dell'incremento di popolazione del 2012. Il lavoro si concluderà nel 2013 e si prevede una notevole variazione della popolazione a fine 2013.

Il movimento naturale della popolazione ha fatto registrare un saldo negativo di circa 79 mila unità. In particolare, sono stati registrati più di 12 mila nati in meno rispetto all'anno precedente e circa 19 mila morti in più.

Il movimento migratorio con l'estero nel 2012 ha fatto registrare un saldo positivo pari a circa 245 mila unità.

Il movimento migratorio, sia interno sia dall'estero, è indirizzato prevalentemente verso le regioni del Nord e del Centro

Le famiglie anagrafiche sono 25 milioni e 873 mila; il numero medio di componenti per famiglia è pari a 2,3.

La quota di stranieri sulla popolazione totale residente è pari al 7,4%, in crescita rispetto all'inizio dell'anno (6,8 stranieri ogni 100 residenti). L'incidenza della popolazione straniera si conferma molto più elevata in tutto il Centro-Nord (9,7% nel Nord-ovest, 10,2% nel Nord-est e 9,1% nel Centro), rispetto alle regioni del Sud e delle Isole, dove la quota di stranieri residenti è, rispettivamente, appena del 3,2% e del 2,6%.

La distribuzione della popolazione residente per ripartizione geografica assegna ai comuni delle regioni del Nord-ovest 15.861.548 abitanti (il 26,6% del totale), a quelli del Nord-est 11.521.037 abitanti (il 19,3%), al Centro 11.681.498 (il 19,6%), al Sud 13.980.833 (il 23,4%) e alle Isole 6.640.311 abitanti (l'11,1%). Tali percentuali evidenziano una diminuzione di un decimo di punto percentuale al Sud (mezzogiorno e Isole) a favore di Nord-ovest e centro, rispetto al 2011.

Nel corso del 2012 sono stati registrati 534.186 nati (12 mila in meno rispetto all'anno precedente)e 612.883 decessi (19 mila in più rispetto al 2011). Pertanto il saldo naturale, dato dalla

differenza tra nati e morti, è risultato negativo per 78.697 unità, che rappresenta un picco negativo mai raggiunto prima, ancora più elevato di quello del 2003, quando la mortalità fece registrare valori particolarmente elevati nei mesi giugno-agosto a causa di una eccezionale ondata di calore.

Analogamente, si è osservato un elevato numero di decessi nei primi mesi del 2012, in corrispondenza della forte ondata di gelo, che ha colpito tutto il Paese, in particolare il Centro e il Nord, dove infatti si è riscontrato il maggior incremento della mortalità.

Il saldo naturale è negativo ovunque, con la sola eccezione delle province autonome di Trento e Bolzano e della Campania.

Il numero dei nati è diminuito rispetto al 2011 (-12.399, pari a -2,3%), seguendo un andamento già registrato a partire dal 2009. Il decremento, seppur contenuto, si registra in tutte le ripartizioni, in particolare nelle regioni del Sud e nel Centro (-2,5%), quindi nelle due Isole (-2,3%), ma anche il Nord-est (-2,1%) e il Nord-ovest (-2,0%) presentano diminuzioni di poco inferiori. A livello nazionale si conferma la recente tendenza alla diminuzione delle nascite già osservata negli anni 2009-2011, che ha invertito la serie positiva dell'aumento della natalità.

L'incremento registrato negli anni precedenti era dovuto principalmente all'apporto alla natalità dato dalle donne straniere. Infatti, di pari passo con l'aumento di stranieri che vivono in Italia, anche l'incidenza delle nascite di bambini stranieri sul totale dei nati ha avuto un notevole incremento, passando dal 4,8% del 2000 al 14,9% del 2012; in valori assoluti da quasi 30 mila nati nel 2000 a quasi 80 mila nel 2012.

Tuttavia, l'incremento che le donne straniere danno alla natalità non compensa la diminuzione dovuta a quello delle donne italiane. Infatti, da un lato le donne italiane in età riproduttiva (15-49 anni) fanno registrare una diminuzione della propensione alla procreazione; dall'altro si registra una progressiva riduzione delle potenziali madri, dovuto al prolungato calo delle nascite iniziato all'incirca a metà anni '70, con effetti che si attendono ancora più rilevanti in futuro. Inoltre, nonostante l'assenza di relazioni dirette di causa-effetto, non si può escludere che la crisi economica abbia prodotto qualche effetto negativo anche sulla natalità, come peraltro potrebbe essere avvenuto per la concomitante diminuzione dei matrimoni, registrata proprio negli ultimi tre anni.

Il tasso di natalità è pari al 9,0 per mille, supera la media nazionale nella ripartizione del Nord-est e varia da un minimo di 7,4 nati per mille abitanti in Liguria e nel Molise a un massimo di 10,7 per mille nella provincia autonoma di Bolzano.

Il numero di decessi, pari a 612.883, è superiore di 19.481 unità a quello del 2011. Il tasso di mortalità è pari a 10,3 per mille, e varia da un minimo di 8,2 per mille nella provincia autonoma di Bolzano a un massimo di 13,9 per mille in Liguria, risultando in aumento in tutte le regioni, eccetto che in Valle d'Aosta e in Molise, dove il numero dei decessi rimane stabile. I maggiori incrementi si evidenziano nella provincia autonoma di Bolzano (+7,2%), in Lombardia (+5,3%), in Umbria (+4,8%), Marche (+4,3%) e Toscana (+4,2%).

La giusta dose d'alcol in gravidanza per non fare del male al nascituro

FABIO DI TODARO

Bere due bicchieri di vino in una settimana, durante la gravidanza, non aumenterebbe il rischio di arrecare al bambino disturbi cognitivi e comportamentali: almeno fino al compimento dei sette anni. È la conclusione a cui è giunto un gruppo di ricercatori dell'università di Londra in uno studio pubblicato sull'«International Journal of Obstetrics & Gynecology». Gli studiosi hanno raccolto i dati attraverso interviste e questionari sottoposti tra il 2000 e il 2002 a genitori e insegnanti di 10534 bambini, nati da donne con una leggera abitudine al consumo di alcolici (gruppo di studio) e da altre astemie (il gruppo di controllo). Nel primo caso i bambini hanno perfino mostrato meno difficoltà comportamentali e punteggi più alti ai test cognitivi rispetto ai coetanei, ma la differenza non è stata significativa. «Ora si tratta di capire come l'ambiente in cui vive un bambino ne influenzi lo sviluppo. Serviranno ulteriori ricerche per capire se eventuali effetti negativi legati al basso consumo di alcol da parte della madre possano emergere a partire dall'adolescenza», spiega Yvonne Kelly, co-direttore dell'«International Centre for Lifecourse Studies» e prima firma della pubblicazione. Ma Emanuele Scafato, direttore dell'osservatorio alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, predica prudenza. «Molti studi e la maggior parte delle linee guida, comprese quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, richiamano al principio di precauzione. Non è un caso che una tra le più note aziende produttrici di superalcolici abbia inserito volontariamente il «bollino» del divieto di consumo in gravidanza». Non esiste, infatti, una dose massima tollerabile dalla donna senza che l'alcol causi un danno al nascituro.



Welfare. L'Health care summit «Serve un patto per la sanità»

ROMA

Cambiare la spending review, abbandonare la strada fallimentare dei tagli lineari, rivedere i modelli di gestione e di organizzazione del sistema, dare spazio ai fondi integrativi. E trovare un nuovo rapporto tra pubblico e privato, riconoscendo e valorizzando in pieno il ruolo delle industrie della filiera della salute. Tra welfare che cambia e risorse che sempre più vanno riducendosi, la sfida della sostenibilità è per la sanità pubblica ormai ineludibile. Tanto più ai tempi della grande crisi che sempre più induce le famiglie a ritardare o addirittura a rinunciare del tutto alle cure. Su questi temi, e sulle mille ricette possibili per salvare il salvabile della sanità pubblica, si è svolto ieri a Roma il secondo «Health care summit» del gruppo Sole 24 Ore.

Un nutrito panel di esperti e di operatori al massimo livello della sanità italiana, ha contribuito ad affrontare tutti i problemi sul tappeto per il Servizio sanitario nazionale e per un sistema che, considerando l'intera filiera della salute, vale l'11,2% del pil. Come dire, la quarta, se non addirittura la terza industria italiana, tra qualità ed eccellenze sanitarie non sempre riconosciute e valorizzate come meritano, ma anche la presenza di isole non esattamente felici, a partire dal Sud.

«È tempo di pensare ad altre forme di coinvolgimento del privato», ha rilanciato Alberto De Negri di Kpmg. Anche perché, ha ricordato Antonio Irione di Ernst & Young Italia, «il privato è una risorsa per sistema pubblico». Un apporto da calibrare con attenzione, ha detto Carla Collicelli, vice direttore del Censis, anche perché se 9 milioni di italiani rinviano le cure, almeno in 12 milioni ricorrono alle cure private sia per ridurre le liste d'attesa sia perché ormai spesso costa di più rivolgersi al sistema pubblico.

La questione della sosteni-

bilità del welfare sanitario, insomma, non è solo, o tanto, di carattere finanziario, ma anche di carattere sociale, ha riconosciuto il presidente dell'Agenas, Giovanni Bissoni. Non senza mettere in guardia: «Dove il pubblico funziona, anche il privato è più efficiente». E viceversa. E in ogni caso va abbandonata del tutto la strada dei tagli lineari, ha aggiunto Gui-

NODI E PROPOSTE

Necessario cambiare la spending review e abolire i tagli lineari per non penalizzare i servizi eccellenti

do Riva, presidente del «Comitato Sanità» di Confindustria, battendo tutte le strade possibili per sconfiggere «sprechi e illegalità». Ma senza fare delle imprese «unbancomat» per finanziare con le varie manovre i tagli alla spesa, ha messo in guardia Daniel Lapeyre, vice presidente di Farmindustria. Tante tessere da sistemare in un puzzle sempre più complicato, insomma. Che forse troverà una cornice entro luglio col nuovo «Patto per la salute» tra Governo e regioni, ha promesso il direttore generale della programmazione del ministero della Salute, Francesco Bevere. Un «Patto» per la sostenibilità ora tutto da riempire di contenuti.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Beatrice Lorenzin: no a ticket in più e tagli lineari - Ma «alla spesa disinvolta non si torna»

Patto-Salute, si parte a luglio

Nei Lea solo prestazioni attuali - Addio mini-ospedali - Medici, un piano lavoro

Dice basta ai «violenti» tagli lineari e ad altri ticket per 2 miliardi. E promette occupazione per i giovani medici a partire dal prossimo «piano lavoro» del Governo. Ma mette in guardia e ce lo ripete infinite volte: «Nessun ritorno alla spesa pubblica disinvolta, tutt'altro». E allora, ecco la ricetta che sta studiando: avanti tutta con i risparmi che dovrebbero garantire i mitici costi standard, con quelli che potrebbero ancora arrivare dall'e-health una volta che andrà (andrà?) a regime, e ancora dalle mitiche cure sul territorio. Anche (ci risiamo) chiudendo («riconvertendo») i piccoli ospedali. Tutto da fare col «Patto per la salute» da discutere e concordare ferreamente (a farcela) con le Regioni. Uditelo: già da fine luglio.

E allora? Allora «possiamo risparmiare miliardi, garantendo qualità e la tenuta del sistema. Ma serve una fase nuova». Beatrice Lorenzin, da ormai quasi due mesi nostra signora ministra della Salute, traccia la rotta della nuova governance del Ssn. La salute d'Italia secondo Beatrice, in questo Governo travicello tra diversi. Bella sfida, alla quale Lorenzin s'è attrezzata studiando assai e ascoltando altrettanto, ci confessa. Aggiungendo che di studiare non si finisce mai... Intanto, tra uno studio in più da fare e incontri e telefonate a valanga, ci ha ricevuto a Lungotevere Ripa. Stesso luogo, stesso piano, stessa stanza splendidamente affacciata sull'isola Tiberina. Una stanza già con qualche tocco femminile. Ma con la polvere di problemi antichi. Nuovo ministro, nuova corsa? Un bicchiere d'acqua - la ministra un caffè - e si parte con l'intervista.

Ministro, quanto ha studiato in questi due mesi dall'insediamento del Governo. Ha studiato?

Ho studiato e soprattutto ho ascoltato molto. E credo di non aver ancora finito, perché di ascoltare e studiare non si finisce mai in un comparto come la Sanità, con tutte le ripercussioni che ci sono nelle scelte anche di indirizzo, riprese in questo ministero, e il livello di complessità del territorio. È un lavoro appassionante e non si smette mai né di studiare, né di cercare soluzioni innovative. E tanto meno di avere disponibilità all'ascolto rispetto alle varie problematiche e alle buone idee che possono arrivare da chi è sul campo.

La sua appare quasi una cura da dottore benevolo. Stop ai tagli, sembra un sogno. Ma come fare?

Non sono un dottore benevolo, cerco di essere un medico che dia una prescrizione appropriata. Ma sia chiaro: non sono fautrice del ritorno alla spesa pubblica disinvolta, tutt'altro. Conosco bene - anche per averli affrontati nella passata Legislatura nella bicamerale per il federalismo fiscale - gli elementi di cattiva gestione e di governance che hanno causato lo sprofondamento della spesa sanitaria. E mi rendo perfettamente conto che bisogna perseverare sulla strada del risanamento.

Niente tagli lineari, quindi.

La cornice che abbiamo di fronte è quella di un sistema che ha subito non solo tagli lineari, ma anche una spending review di cui stiamo vedendo gli effetti quest'anno. Siamo in una fase estremamente stressata per quanto riguarda l'organizzazione del

territorio, con un'azione senza precedenti di compressione della spesa. E allora alla sua domanda rispondo: niente tagli lineari. Sono già stati fatti e in modo piuttosto violento. Forse allora poteva essere necessario. Ma adesso si deve pensare alla qualità che con i tagli s'è persa. Ma sia chiaro, voglio ripeterlo e lo ripeterò sempre: non si ricomincia a spendere.

Ma come fare? Per Saccomanni i margini di risparmio ci sono.

Lo penso anche io. Sono possibili miliardi di risparmi. Bisogna passare però dai tagli lineari tout court a una riprogrammazione della spesa in una fase di una nuova responsabilità. Credo che tutte le Regioni si rendano conto che oggi o fai determinate cose e prendi certe misure, o il sistema non è più sostenibile. Bastano due o tre mesi di maglie larghe perché una Regione che ha risanato il bilancio cada di nuovo in uno stato di crisi finanziaria. Questo non può essere permesso. E allora le dico: il problema è di governance e quindi di gestione del management degli enti sanitari e dunque del sistema-salute nel suo complesso.

Dalle parole ai fatti, il passo non è breve.

La governance deve fare la governance, ragionare in termini economici e secondo i parametri necessari. In questo senso il «Patto per la salute» dovrà essere la carta per una nuova programmazione economica e assistenziale del sistema. Un «Patto» in pieno accordo con le Regioni, con un'azione unitaria e forte, alle quali dico: io non faccio tagli lineari, ma voi dovete sponsorizzare un livello di governance e di programmazione dalle Alpi agli Appennini che permetta di attivare i modelli virtuosi che hanno garantito risparmi ed efficienza.

Una scommessa, ministro, tanto più in tempi brevi.

Eppure è così. Con meno ricoveri e più cure domiciliari, possiamo ri-

sparmiare da 800 a 3mila euro per ricovero. Significa meno spese per miliardi di euro. Con l'e-health 7 miliardi di risparmi diretti e altri 7 indiretti. Per non dire dell'assistenza che potremmo garantire alla popolazione che invecchia. O della valorizzazione dei medici di medicina generale. I modelli non ci mancano, adesso le performance vanno esportate ovunque. Per non dire del passaggio ai costi standard, che in alcuni casi ci farebbe risparmiare tra il 15 e il 30% dei costi, in totale più di 10 miliardi. Garantendo più qualità, più diffusa e sempre con meno steccati Nord-Sud.

Sembra la quadratura del cerchio...

Non è così. Le faccio un esempio:

“ **Il Patto per la salute dovrà essere la carta per una nuova programmazione economica e assistenziale del sistema, in pieno accordo con le Regioni. E il meccanismo dei ticket va cambiato ma non so se la franchigia funzionerebbe, non si possono inventare nuove tasse** ”

con la centrale unica di acquisiti della Consip si sono avuti questi margini di risparmio. Su un plafond di miliardi di spesa, si risparmia di sicuro. O pensiamo ancora, a esempio, ai costi della ristorazione, altro che i 2 miliardi necessari per evitare i ticket.

Tutto da fare col «Patto»?

Certo.

Ma i governatori dicono: discutiamo soltanto se ci sono i fondi. E questa musica non piace all'Economia...

Io non sono il ministro dell'Economia e non parlo per lui. Ho trovato però in Saccomanni un interlocutore molto attento e particolarmente sensibile alla questione sociale. È con questo senso di responsabilità che andrò al tavolo con le Regioni e so che c'è piena identità col ministro dell'Economia, e, sono sicura, anche con le Regioni. Non si tratta di fare un braccio di ferro o conflitti di competenze. Ma, a risorse date e in una fase così difficile per tutti, si tratta di gestire e ridistribuire i fondi nel modo migliore possibile. Poi, se c'è l'appropriatezza, si possono anche fare richieste. E valutarle, nel caso. Ma serve più che mai massima responsabilità da parte di tutti, da Governo, Regioni e anche dagli operatori. Partendo col piede giusto e riconoscendo che le Regioni non sono in grado di sostenere altri tagli lineari. Dobbiamo essere tutti realisti e pragmatici, perché i problemi vanno risolti. Siamo partiti da una situazione esplosiva, e anche se a fatica, dura fatica, la si è gestita. Ora siamo nella fase di una nuova programmazione. E questa occasione non va sprecata.

Come cambiare i ticket? Paganò per franchigia a seconda delle fasce di reddito?

Sicuramente il sistema di partecipazione alla spesa va cambiato. Ma non so se la franchigia funzionerebbe. Il problema va inquadrato nella riforma complessiva del Fisco e in questa fase abbiamo la necessità che non si inventino nuove tasse che vanno sempre a opprimere un ceto medio che va scomparendo, mentre è il motore di una nazione. L'obiettivo non è solo di aiutare le persone povere, ma di fare in modo che chi non è povero oggi, non lo divenga domani. Servono pie-

di di piombo.

Quando si parte col «Patto»?

Spero per fine luglio.

Si parlerà anche dei Lea?

Certamente. Ai Lea servono una manutenzione, un aggiornamento che tenga conto delle malattie rare e verifichi le prestazioni non più attuali per i bisogni della popolazione e di altre che sono entrate con forza nell'assistenza.

La riforma della rete ospedaliera è in panne, i tagli sono fermi. Come le mitiche cure h24. Che farà?

Saranno argomenti cruciali del «Patto». Anche per un altro motivo: se si tagliano i posti letto e il territorio non c'è, dove si va? Le due cose devono camminare insieme. Va tagliata la spesa improduttiva, vanno riconvertiti i piccoli ospedali che non garantiscono prestazioni adeguate, salvaguardando le realtà locali. Valutiamo attentamente gli «esiti» che ha prodotto l'Agenas: sono una spia importantissima per valutare lo stato dell'arte e decidere, con le Regioni, le azioni da intraprendere.

Chiudere gli ospedaletti, crede davvero che la gente non capirà?

Guardi, il buon senso delle persone è molto più avanti delle regole burocratiche. La politica ha il compito di mediare questo buon senso e trasformarlo in pratica. Per farlo bisogna rimboccarsi le maniche e spiegare bene, spiegarlo a tutti, che riprogrammare il sistema sanitario conviene, con la pazienza di convertire posti di lavoro magari nel socio-assistenziale, offrire servizi sul territorio. Questo mi creda, la gente lo capisce.

I medici hanno appena minacciato lo sciopero a luglio contro il blocco dei contratti. Altra grana...

Comprendo il disagio degli operatori della Sanità. Ho già avuto modo di confrontarmi con le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e sanitaria per affrontare in modo concre-



to i problemi. Sappiamo tutti che nel servizio sanitario nazionale è in atto una profonda riorganizzazione che deve qualificare la spesa, migliorare i servizi e le prestazioni ai cittadini. Nella scorsa legislatura è stato il Parlamento a decidere di dar vita al rinnovo degli accordi collettivi per il settore della medicina convenzionata, senza oneri economici, per adeguare le convenzioni alle innovazioni nell'assistenza territoriale e dunque nell'organizzazione del lavoro. Adesso abbiamo l'esigenza di operare in maniera analoga nel settore della dipendenza, per armonizzare gli istituti contrattuali normativi ai processi di cambiamento in atto, tenendo conto che nel frattempo il "comparto Sanità" è stato accorpato a quello delle Regioni. A legislazione vigente l'ipotesi di una contrattazione limitata all'area sanitaria non appare quindi percorribile. Auspicio piuttosto l'avvio di consultazioni preliminari per affrontare con un alto livello di approfondimento questioni che per esigenze di celerità potrebbero essere trascurate alla riapertura delle contrattazioni e in quest'ottica Governo e Regioni potrebbero investire il Comitato di settore perché,

insieme alle organizzazioni sindacali, individuino i temi.

E per l'occupazione? I medici vanno in pensione, i giovani dottori non trovano posto. E l'assistenza resta sguarnita, con tutti i drammi del caso.

È una sfida enorme quella sul personale medico e sanitario. Devono essere valorizzati professionalmente: a una categoria si può anche dire di aspettare perché tutti fanno sacrifici, ma ci deve essere una valorizzazione professionale e di un percorso professionale. Dal punto di vista del blocco del turn over e dei numeri della presenza medica, è necessario intervenire presto. Ne ho parlato anche con i ministri Carrozza, D'Alia, Saccomanni, Giovannini. Nel comparto lavoro ci saranno risorse come a esempio i fondi che devono arrivare dall'Europa e c'è uno spicchio molto particolare che riguarda le professioni sanitarie e mediche.

La precarietà dei giovani medici è ormai una vera e propria emergenza, serve agire subito.

Sono d'accordo. Un medico arriva in ospedale dopo dieci anni di formazione e non lo si può tenere precariz-

“ **I medici devono essere valorizzati professionalmente e i giovani non si possono tenere precarizzati per 15 anni: per crescere devono fare percorsi all'interno di una struttura sanitaria. E se hanno meno posti per le specializzazioni rispetto alle lauree non lavorano e quelle lauree sono inutili** ”

zato per 15 anni a fare le guardie mediche al pronto soccorso. È personale che per crescere ha bisogno di fare percorsi all'interno di una struttura sanitaria. Se un medico resta per 10-15 anni "chiuso", anche se poi si stabilizza, è una persona che va rimotivata. Poi c'è il tema delle specializ-

zazioni, di prospettiva direi. Se ho meno posti per la specializzazione di quante giovani si laureano e che senza specializzazione non lavorano, è evidente che ho lauree inutili. Quanto è allora il fabbisogno di medici di qui ai prossimi dieci anni? Ho bisogno di 30mila medici? Devo essere in grado di formarli, altrimenti andremo nel paradosso dell'Inghilterra che li importa dall'estero e paga anche tantissimi soldi.

E per quanto riguarda i medici di medicina generale?

C'è da fare un investimento forte sui medici di medicina generale. Devono essere valorizzati nel sistema salute perché non sono solo i prescrittori, sono i medici di iniziativa, che devono starti vicino e accompagnarti nei processi di cura e che devono essere sempre disponibili. I Mmg sanno che questa per loro è una svolta, che saranno l'elemento di filtro rispetto all'appropriatezza delle prestazioni e dell'ospedale. Un elemento che diventa anche di risparmio.

Giusto per non farsi mancare niente, ci sarebbe anche la bomba della medicina difensiva e del rischio clinico per i medici. La rifor-

ma di Balduzzi non funziona, cosa farà?

Ho aperto un tavolo tecnico: la questione va sistemata perché c'è il problema del Fondo, della definizione della colpa e quindi una serie di situazioni aperte, molto delicate che affronteremo al momento in cui avremo una bozza nuova di regolamento.

La preoccupa la prossima applicazione della direttiva europea sulle cure all'estero? I tempi stringono, siamo ormai alla fase applicativa.

Mi preoccupa, ma può essere anche una grande opportunità. Mi preoccupa perché così come noi assistiamo a un turismo del paziente dalle Regioni che sono percepite come meno funzionanti a quelle che offrono prestazioni sanitarie di eccellenza, se l'esodo fosse dall'Italia si potrebbe finire per proletarianizzare la nostra Sanità.

Ma siamo pronti a essere venditori-esportatori di prestazioni?

Dobbiamo cominciare anche da questo punto di vista a fare un po' di marketing territoriale Italia-salute. Lo stanno facendo il Veneto, la Lombardia, ma ci sono anche altri casi. È ovvio che se si pensa a persone che si spostano per farsi curare, si deve ragionare sulle eccellenze. E sono tante. Abbiamo parlato in questi anni in Italia solo della malasanità e delle cose che non funzionano perché giustamente vanno risolte, ma di quelle che funzionano non ne parliamo mai. Penso che nelle sfide globali per migliorarsi bisogna fare un po' di marketing e l'Italia va "venduta" all'estero con il sistema-salute italiano. Pubblicheremo attraverso il portale della trasparenza tutte le strutture di eccellenza italiane, dando loro anche la possibilità di confrontarsi.

La filiera industriale della salute vale il 12% del pil nazionale, è un volano per la crescita. Eppure si sente una ricchezza dimenticata.

È un serbatoio che ci garantisce occupazione qualificata e investimenti. Sto facendo una serie di incontri con gli operatori dell'industria. Penso a misure attive, anche di semplificazione o coordinamento, che facciano comprendere come intorno alla salute si produce economia, che questo fa bene al sistema sanitario e che vuol dire produrre eccellenze, ricerca applicata, lavoro di altissimo livello. Bisogna capire i bisogni dell'industria per farla rimanere in Italia e non mandarla all'estero. La buona industria non va abbandonata. Va sollecitata, stimolata e pungolata a rimanere nel nostro Paese. (R.Tu.)

L'obiettivo. In tutte le regioni

Una spinta al fascicolo elettronico

**Marcello Tarabusi
Giovanni Trombetta**

■ Con alcune modifiche all'articolo 12 del Dl 179/2012, che detta la disciplina generale del fascicolo sanitario elettronico (Fse), si punta ad accelerarne e uniformarne l'attuazione in tutte le regioni.

Il Fse è lo strumento informatico che raccoglie la storia clinica di ciascun cittadino, attraverso l'aggregazione e la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati durante l'intera vita nell'interazione con le strutture dell'intero servizio sanitario, con funzione di:

- ❶ prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- ❷ studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- ❸ programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Nell'ambito del progetto ePOS (*Smart Open Services for European Patients*), al quale partecipa anche l'Italia, è in corso una sperimentazione su scala europea per il coordinamento del cosiddetto *patient summary*, che contiene una sintesi delle informazioni sanitarie essenziali sul paziente, e della prescrizione elettronica (e-prescription).

Ciò che manca ancora nel disegno del Fse sono, invece, le informazioni sul follow-up terapeutico e sui consumi di medicinali pagati dal cittadino, non presenti sui database del sistema sanitario, che possono invece essere rese disponibili dalla rete delle farmacie attraverso il cosiddetto registro **farmaceutico** e terapeutico del paziente (Rftp) nell'ambito

dei servizi disciplinati dal decreto legislativo 153/2009.

Le linee guida nazionali predisposte dal tavolo tecnico presso il ministero della Salute (approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e pubblicate sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 50 del 2 marzo 2011) definiscono le caratteristiche del Fse e del *patient summary*, gli aspetti infrastrutturali, gli standard tecnologici e i livelli di sicurezza e di protezione dei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy.

L'articolo 17 del decreto "del fare" fissa il termine del 31 dicembre 2014 per l'istituzione del Fse in tutte le regioni e province autonome. Dovrà essere creata un'infrastruttura tecnologica centrale, realizzata dalla Sogei e resa disponibile in modalità cloud computing dall'agenzia per l'Italia digitale.

Entro fine anno ciascuna regione dovrà presentare il proprio piano di progetto per la realizzazione del Fse, che verrà valutato e approvato entro 60 giorni dall'agenzia e dal ministero della Salute, i quali successivamente ne monitoreranno la realizzazione in conformità ai piani così approvati.

L'Agenzia digitale curerà quindi la progettazione e la realizzazione, a opera di Sogei, dell'infrastruttura centrale per il Fse, sulla base delle esigenze avanzate dalle regioni nell'ambito dei rispettivi piani di progetto.

Il budget di spesa assegnato per la realizzazione sarà definito su base annua dal Mef, su proposta dell'Agenzia per l'Italia digitale, entro il limite massimo di 10 milioni di euro per il 2014 e di 5 milioni di euro a decorrere dal 2015.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il medico invia online all'Inps il certificato di gravidanza

Nove mesi per rendere operative le disposizioni sulla spedizione

**Maria Rosa Gheido
Alfredo Casotti**

■ Nel prossimo futuro sarà il medico curante a trasmettere all'Inps i certificati di gravidanza e di parto, come già avviene per quelli di malattia.

Trasmissione telematica

Fra le misure intese a semplificare gli adempimenti formali in materia di lavoro e previdenza rientra anche la modifica dell'articolo 21 del decreto legislativo 151/2001, che disciplina gli obblighi documentali della lavoratrice in maternità. L'articolo 34 del Dl in esame aggiunge all'articolo 21 alcuni commi, fra cui il comma 1-bis che introduce l'obbligo di trasmissione telematica all'Inps, da parte del medico del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato, del certificato di gravidanza indicante la data presunta del parto, della certificazione di nascita del bimbo o di interruzione della gravidanza.

Modalità di comunicazione

Un apposito decreto interministeriale del ministero del Lavoro, della Salute e dell'Economia dovrà stabilire, entro sei mesi dall'entrata in vigore del decreto-legge in questione, le modalità di comunicazione che utilizzeranno il sistema di trasmissione del Dm 26 febbraio 2010, già in uso per i certificati di malattia che, co-

me noto, vengono inviati telematicamente all'Istituto previdenziale dai medici curanti. Secondo la relazione che accompagna la nuova misura, originariamente inserita nel disegno di legge di semplificazione, la telematizzazione dell'intero iter amministrativo della maternità comporta effetti di semplificazione che direttamente coinvolgono anche le prestazioni legate ai congedi parentali, con un effetto di semplificazione e di maggior controllo sulla erogazione di questa indennità. «Si potrà, così, agevolare l'interoperabilità dei dati di interesse in possesso di diverse amministrazioni pubbliche (agenzia delle Entrate, datori di lavoro pubblici, direzioni territoriali del lavoro, Asl e così via) funzionale a una più rapida e completa definizione dei processi amministrativi.»

Attualmente l'articolo 21 del decreto 151/2001 pone gli adempimenti a carico della lavoratrice stabilendo che prima dell'inizio del periodo di divieto di lavoro (astensione obbligatoria) di cui all'articolo 16, lettera a) dello stesso decreto 151, la lavoratrice deve consegnare al datore di lavoro e all'istituto erogatore dell'indennità di maternità il certificato medico indicante la data presunta del parto. Inoltre, la lavoratrice è tenuta a presentare, entro trenta giorni, il certificato di nascita del figlio, ovvero la dichiarazione sostitutiva attestante la data del parto, a norma dell'articolo 46 del Dpr 445/2000. Nulla dice il decreto sulla consegna al datore di lavoro ma è dato ritenere che, come per i certificati di malattia, utilizzando le tecnologie *open date* i datori di lavoro potranno accedere direttamente alle certificazioni trasmesse telematicamente, in modo da esonerare la lavoratrice

anche da questo adempimento.

In tema di certificazioni di malattia, peraltro, l'articolo 25 della legge 183/2010, cosiddetto collegato lavoro, ha reso uniformi le regole nel settore privato e in quello pubblico, prevedendo l'obbligatorietà della trasmissione telematica dei certificati all'Inps con pesanti sanzioni a carico dei medici che non ottemperano e prevedendo, altresì, la possibilità di accesso dei datori di lavoro e dei professionisti che li assistono al sistema di raccolta delle certificazioni.

La fase di transizione

Le nuove procedure troveranno applicazione a decorrere dal novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del previsto decreto interministeriale. Fino a quel momento, rimangono fermi gli obblighi vigenti, vale a dire che la lavoratrice deve trasmettere all'Inps, oltre che al datore di lavoro i certificati di gravidanza, di parto e di interruzione della gravidanza. Si ricorda, peraltro, che l'interruzione di gravidanza, spontanea o volontaria entro il 180° giorno dall'inizio della gravidanza è considerata a tutti gli effetti come malattia derivante dalla gravidanza. Solo dopo tale lasso temporale l'evento è equiparato al parto e come tale genera i diritti collegati all'evento maternità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I Google glass arrivano in sala operatoria

Debuttano in sala operatoria i Google Glass, gli occhiali di «realtà aumentata»: il nuovo prodotto high tech è servito per trasmettere tutte le delicate fasi di un intervento allo stomaco in diretta streaming, con un hangout su Google. «Volevo dimostrare che si tratta di uno strumento intuitivo, con grandi potenzialità per la salute. Potrà migliorare la collaborazione all'interno di un team, favorire il parere di esperti dall'esterno e trasformarsi in un utile strumento didattico», ha spiegato Rafael Grossman dell'Eastern Maine Medical Center, negli Usa. Il medico ha precisato che non ci sono stati problemi di privacy, perché non è stato mai mostrato il volto del paziente.



Il chirurgo americano Rafael Grossman



Creme solari, che passione Ma non abbiamo imparato a usarle

STEFANO MASSARELLI

C'è una contraddizione nel rapporto tra noi e il sole. Da un lato, c'è un mercato delle protezioni solari in crescita che, solo nel 2013, ha fatto registrare un aumento di fatturato dell'1,7%. Dall'altro, è evidente l'aumento dei tumori della pelle, con 7 mila nuovi casi ogni anno e un incremento dell'incidenza del 30% in un decennio. La conclusione è ovvia: gli italiani utilizzano le creme solari in modo non corretto o approfittano della protezione per trascorrere troppe ore sotto il sole cocente, apparentemente ignari dei rischi.

«Le creme solari proteggono dagli eritemi e dalle scottature, ma non hanno alcun effetto contro il fotoinvecchiamento della pelle che, oltre a causare rughe e macchie, può essere la causa dei tumori», chiarisce Gianfranco Altomare, primario di dermatologia all'Irccs Galeazzi di Milano. Notoriamente, infatti, le creme solari schermano i raggi Uvb responsabili delle scottature, ma quasi mai riescono a proteggere la cute dai raggi Uva, che non causano alcun danno immediato sulla pelle e che tuttavia sono in grado di penetrare a fondo nel derma, con rischi nel lungo termine. «Persino le creme ad ampio spettro di protezione, capaci di proteggere la pelle sia dai raggi Uva che Uvb, riescono a schermare solo una parte degli stessi raggi Uva - prosegue -. Quindi è necessario prestare la massima attenzione all'esposizione al sole, poiché, anche in assenza di scottature, questa è comunque in grado di causare danni».

Il modo migliore per godersi l'estate senza rinunciare alla tintarella, quindi, è ristabilire un corretto equilibrio nel rapporto con la sdraio o il lettino in spiaggia, a partire dalla scel-

ta della crema protettiva e al suo corretto utilizzo. «È importante esporsi gradualmente, evitando l'esposizione diretta dalle 10 del mattino alle quattro del pomeriggio, scegliendo la protezione solare a seconda del proprio fototipo», raccomanda Altomare. Ad esempio, nel caso di fototipi I e II - ovvero soggetti con pelle, capelli e occhi chiari - è necessario adottare una protezione massima e armarsi di maglietta e cappello per proteggersi dal sole, mentre i fototipi V e VI (carnagione olivastra, occhi e capelli scuri) possono optare per una protezione più blanda, che non deve mai essere inferiore a 35.

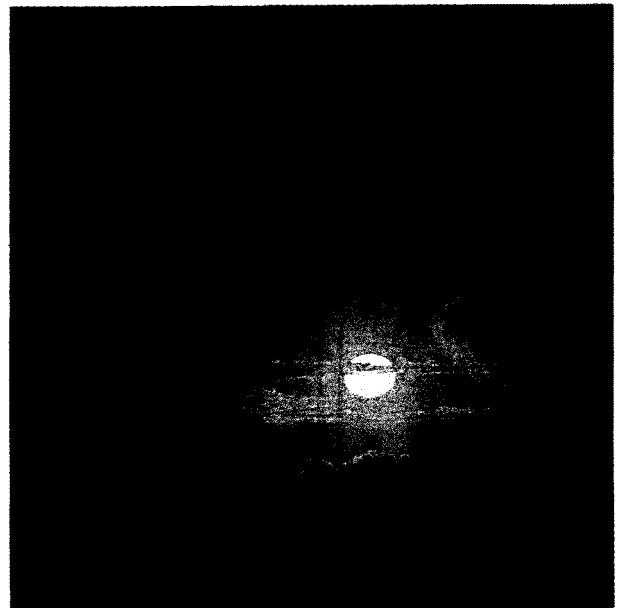
Le creme ad ampio spettro di protezione sono sempre da preferire e l'applicazione va ripetuta almeno ogni due ore, anche nei casi in cui si rimane sotto l'ombrellone, poiché il 50% della radiazione solare riesce a penetrare attraverso gli ombrelloni da spiaggia. E, se oggi il mercato offre una scelta sempre più vasta, tra creme, fluidi e gel, alcuni esperti consigliano di acquistare prodotti contenenti composti di zinco e titanio, che formano uno «schermo» sulla pelle, capace di riflettere i raggi ultravioletti.

In ogni caso le misure protettive vanno adottate sempre, non solo al mare, poiché i danni causati dal sole sono il risultato di esposizioni cumulative che iniziano a partire dall'infanzia. «Il danno solare maggiore è quello che si registra nei primi anni di vita. Per que-

EFFETTO CUMULATIVO
I danni sulla pelle iniziano già dall'esposizione durante l'infanzia

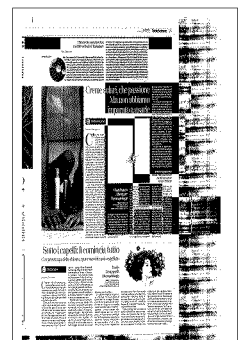
sto motivo i bambini non andrebbero mai esposti eccessivamente al sole fino all'età di otto anni o, comunque, dovrebbero essere sempre ben protetti», avverte Altomare.

La protezione più efficace in questi casi è sempre il vestitino, a partire dalle fibre tessili, quelle in grado di bloccare la radiazione ultravioletta, fino ai berretti. Consigli validi anche per gli adulti, poiché, una volta che si conoscono i rischi e si adottano le giuste precauzioni, il sole può rivelarsi un prezioso alleato della salute: dall'azione benefica sulle ossa e sull'umore, nonché contro numerosi disturbi della pelle, a iniziare dalla psoriasi.



**Gianfranco
Altomare
Dermatologo**

**RUOLO: È PRIMARIO
DI DERMATOLOGIA ALL'IRCCS
GALEAZZI DI MILANO
IL SITO: WWW.GALEAZZI-GSD.IT/**



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Direttore Responsabile
Mario Calabresi

Diffusione Testata
279.921

“Hanno scaricato su noi malati tutto il deficit della Sanità”

Assistenza senza fondi per i malati cronici non autosufficienti

MARCO ACCOSSATO

«**N**on potete far pagare la crisi ai più deboli». Hanno portato in piazza i loro drammi, la malattia, il muro contro muro di una burocrazia sorda. Hanno portato in piazza la stanchezza di non sentirsi ascoltati, neppure capiti forse. Hanno portato in piazza anche la rabbia.

Erano centinaia, ieri mattina, di fronte a Palazzo Lascaris, i familiari dei malati cronici non autosufficienti che il deficit della Sanità condanna a un'esistenza due volte difficile. Avrebbero diritto a un'assistenza che non è loro riconosciuta, «ma né le petizioni, né le manifestazioni che si sono ripetute, e neppure due sentenze del Tar che giudicano illecite le liste d'at-

LISTA D'ATTESA

«Trentamila persone aspettano un posto in una struttura»

tesa nelle Rsa, sono mai state ascoltate».

Promosso dalle associazioni di volontariato e dalle organizzazioni del settore socio-sanitario, il presidio di fronte al palazzo del Consiglio regionale è stato un intrecciarsi di storie spesso tragiche, una più emblematica dell'altra. Simboli, una dopo l'altra, della solitudine nella quale sono lasciate troppe famiglie dove c'è un malato preda dell'Alzheimer, o una disabile, o autistico grave.

Assistenza obbligatoria

«Chi sta pagando in proprio un'assistenza a domicilio o un



«No all'abbandono, sì all'assistenza»

Molti gli slogan di protesta, ieri, di fronte a Palazzo Lascaris dov'è stato organizzato il presidio contro le condizioni in cui sono costretti a vivere i malati cronici non autosufficienti

ricovero privato in Rsa potrebbe far causa all'Asl per farsi rimborsare le somme versate», spiega Maria Grazia Breda, presidente della Fondazione promozione sociale che alla giunta Cota ha presentato una serie di richieste urgenti, a cominciare «dal rimborso forfetario ai congiunti di anziani non autosufficienti o dementi che scelgono volontariamente di occuparsi dei loro familiari a domicilio». Rimborso «che deve essere erogato dall'Asl per

almeno il 50 per cento del costo che la stessa azienda sanitaria sosterrrebbe per il ricovero in una Rsa».

Familiari e associazioni riunite davanti al palazzo del Consiglio regionale ripetono che «non è un problema di risorse, ma di scelta delle priorità». E citano, ad esempio, «i

I VERI SPRECHI

«Per i malati niente soldi mentre certi consiglieri fanno spese pazze»



rimborsi gonfiati a dismisura dei consiglieri regionali», «il contributo straordinario di 3,5 milioni di euro per la ricostruzione del Filadelfia», «i contributi per la promozione di un centinaio di svariate organizzazioni musicali regionali», fino ai «200 milioni di euro persi dopo il ritiro dalla costituzione di parte civile nel processo sulle "quote latte"».

«Fondi indispensabili»

«La giunta Regionale - conclude la Breda - deve trovare le risorse necessarie perché le Asl e i Comuni o i consorzi socio-assistenziali assicurino la continuità delle cure dopo un ricovero in ospedale o in una casa di cura convenzionata agli anziani non autosufficienti, ai malati psichiatrici con un'autonomia limitata». Le dimissioni con interruzione delle terapie, ribadiscono le associazioni, «sono illegali».

marco.accossato@lastampa.it

quotidianosanita.it

Mercoledì 25 GIUGNO 2013

Usa. Per uso "sbagliato" dei farmaci in fumo 213 miliardi di dollari l'anno

Una cifra pari all'8% della spesa sanitaria americana. Nel conto le spese per ricoveri ospedalieri, visite ambulatoriali e accessi al pronto soccorso evitabili. Ma anche la non aderenza alle terapie, il ritardo nell'inizio di queste e l'uso di antibiotici per patologie come l'influenza o il raffreddore. [Lo studio dell'Ims.](#)

Sono 213 miliardi di dollari, l'8% della spesa sanitaria annua totale, i soldi che il sistema statunitense potrebbe risparmiare ogni anno, se pazienti e personale usassero i farmaci in maniera più responsabile. A dirlo uno studio dell'IMS Institute for Healthcare Informatics, che ha fatto questa valutazione considerando i fondi utilizzati per le ammissioni evitabili in ospedale, i risultati dei trattamenti dei pazienti, le prescrizioni emesse e gli accessi in pronto soccorso.

Il report "Avoidable Costs in U.S. Healthcare: The \$200 Billion Opportunity from Using Medicines More Responsibly" ha infatti esaminato tutte le aree che contribuiscono a costi sanitari non necessari. Oltre a quelli già accennati ci sono anche la non aderenza alle terapie, il ritardo nell'inizio di queste, il cattivo uso degli antibiotici o anche veri e propri errori nei trattamenti. Numeri da record, quelli pubblicati dell'IMS: sono 10 milioni le ammissioni ospedaliere evitabili negli Stati Uniti ogni anno, 78 milioni di trattamenti in ambulatorio, 246 milioni di prescrizioni di medicinali e 4 milioni di accessi al pronto soccorso.

In particolare, lo studio ha portato alla luce alcune cose:

- la maggior parte dei costi evitabili nella sanità statunitense sono dovuti a non aderenza ai trattamenti prescritti: i pazienti che non seguono le indicazioni dei propri medici presentano complicazioni che da sole costano al sistema 105,4 miliardi di dollari che potrebbero essere evitati ogni anno. Chiaramente le motivazioni della non aderenza ai trattamenti sono varie e rappresentano un problema di vecchia data, tuttavia i nuovi strumenti di analisi e la collaborazione tra strutture sanitarie, farmacisti e pazienti sembrerebbe far ben sperare perché in futuro questo problema possa essere meglio compreso e risolto in maniera efficace;
- i ritardi nell'inizio dei trattamenti portano a costi evitabili per 39,5 miliardi di dollari: lo studio ha analizzato quattro aree in cui i pazienti non hanno diagnosi tempestive o in cui i trattamenti non sono iniziati nei giusti tempi. L'impatto maggiore in questo senso è sicuramente quello del diabete, in cui i ritardi portano al maggior numero di visite ambulatoriali o ospedalizzazioni evitabili. Secondo l'IMS questo impatto potrebbe essere ridotto con l'allargamento del bacino di assicurazioni mediche, programmi di screening e l'uso di test diagnostici;
- alcuni miglioramenti si vedono già, nell'uso più responsabile degli antibiotici: il cattivo uso di questi medicinali contribuisce allo sviluppo di resistenza ai farmaci e a costi evitabili per 34,1 miliardi l'anno per i pazienti ricoverati. Un ulteriore miliardo l'anno è speso per i circa 31 milioni di ricette mediche emesse erroneamente ogni anno, di solito per infezioni virali. Tuttavia, ci sono segni incoraggianti di un'inversione di tendenza: il numero di prescrizioni di antibiotici per il raffreddore o l'influenza stanno infatti diminuendo;
- molti sforzi sono fatti per riconoscere le cause di spesa e migliorare l'uso dei farmaci: un largo numero di iniziative si stanno facendo largo nel panorama sanitario statunitense, compresi nuovi metodi di intervento per questo problema, analisi critica delle soluzioni possibili, cooperazione tra gli attori in causa. Molte di queste iniziative implicano un maggiore coinvolgimento dei farmacisti, un

approccio integrato alle problematiche dei pazienti, un migliore utilizzo delle risorse finanziarie, un uso maggiore dell'e-health per guidare il processo decisionale e monitorare il progresso delle iniziative stesse.

Lo studio ha dunque individuato la necessità di migliorare il metodo di somministrazione dei farmaci: la cosa che manca, secondo l'istituzione statunitense, è la sicurezza che ogni paziente riceva il medicinale giusto nel momento giusto, e che lo assuma correttamente. "Spesso i farmaci non sono usati in maniera ottimale. Questo fa sì che la spesa salga anche se non ce ne sarebbe bisogno e anche che i pazienti sentano maggiormente il peso della malattia"; ha spiegato **Murray Aitken**, direttore esecutivo dell'IMS Institute for Healthcare Informatics. "Sono costi evitabili, che gravano sulla sanità statunitense molto di più che non i 24 milioni di cittadini americani che non hanno assicurazione sanitaria".

Il report dell'IMS non è il primo tentativo di valutare questo tipo di spese. Tuttavia, forse per la prima volta si comincia a intravedere un miglioramento: l'aderenza alle terapie per pazienti affetti da condizioni come ipertensione, iperlipidemia e diabete è migliorata del 3-4% dal 2009; la percentuale di pazienti affetti da influenza o raffreddore che hanno assunto antibiotici come trattamento è diminuita dal 20 al 6 per cento dal 2007; i pazienti fanno uso nel 95% dei casi di farmaci generici equivalenti a quelli di marca ma meno costosi, se questi sono disponibili.

stampa | chiudi

STUDIO OLANDESE

Inquinamento da farmaci Milano è la prima in Europa

Antibiotici e antitumorali che contaminano i suoli e le acque rappresentano il 12% del totale di tutta la penisola

MILANO - L'area attorno a Milano guadagna un nuovo primato negativo in fatto di ambiente: qui, infatti, l'inquinamento da farmaci è il più alto d'Europa e, se ci si ferma all'Italia, le quantità di medicinali che contaminano i suoli e le acque di quella parte della Lombardia rappresentano ben il 12 per cento del totale di tutta la penisola.

DUE FATTORI - Lo rivela una mappa pubblicata sulla rivista *Environment International* da un gruppo di ricercatori diretti da Rik Oldenkamp, del Dipartimento di Scienze ambientali dell'Università di Nijmegen (Olanda). La contaminazione ambientale da antibiotici e antitumorali - le due categorie prese in considerazione - è piuttosto elevata anche nel resto della pianura padana, nella provincia di Roma e in Campania; nel continente, tuttavia, a seguire Milano nella poco onorevole "top five" ci sono Parigi, Londra, Cracovia e il bacino della Ruhr. Le vie che portano i farmaci nell'ambiente sono essenzialmente due: il loro scorretto smaltimento e i sistemi fognari, poiché molti principi attivi non vengono degradati dal nostro organismo e finiscono nelle urine così come sono. Nel definire la mappa, gli olandesi hanno quindi tenuto conto della densità abitativa delle varie zone, dei dati sul consumo dei medicinali, ma anche di quelli su raccolta differenziata, densità abitativa, e presenza ed efficacia di sistemi di depurazione delle acque. Da questa operazione è stato possibile calcolare un fattore di rischio per l'ambiente, che è tanto più elevato quanto maggiore è la contaminazione, e un fattore di rischio per la salute umana, che invece dipende da molti altri fattori, e non coincide con il primo.

QUALI RISCHI? - A determinare l'effetto sulla popolazione, che entra in contatto con i farmaci ambientali principalmente attraverso l'acqua e i cibi, concorrono infatti le sue caratteristiche demografiche (i bambini e gli anziani sono ritenuti più vulnerabili), la tendenza o meno a consumare cibi locali, il modo in cui questi sono coltivati, e il tipo di inquinante maggiormente diffuso nella zona, giacché non tutti hanno la stessa tossicità. Mettendo assieme questi parametri, i ricercatori hanno così stabilito che, sebbene siano i milanesi a vivere nell'area più contaminata d'Europa, a correre i rischi maggiori sono gli anziani di Lisbona e i bambini spagnoli. A fare la differenza è soprattutto il tipo di inquinante maggiormente diffuso nelle due zone: l'antibiotico levofloxacina, i cui livelli sono particolarmente elevati in Italia, è infatti meno tossico della ciprofloxacina, più usata nella penisola balcanica. Gli esperti, comunque, tendono a rassicurare sui possibili danni alla salute, perché le concentrazioni rilevate nell'ambiente sono di gran lunga inferiori rispetto a quelle necessarie a determinare un effetto sull'organismo.

COCKTAIL - L'articolo tuttavia ricorda che possono esistere categorie di persone più vulnerabili, nelle quali si potrebbero avere conseguenze a lungo termine, non ancora note e determinate anche dal mix di

sostanze presenti. Difatti, sebbene lo studio abbia considerato solo due classi di farmaci a titolo esemplificativo, altre indagini hanno messo in chiaro che a contaminare l'ambiente è un vero e proprio cocktail fatto soprattutto di antibiotici, antipertensivi, medicine per il sistema cardiocircolatorio, antiepilettici e antinfiammatori. Delle conseguenze di tutto ciò sapremo qualcosa di più fra un paio di anni, quando si concluderà lo studio europeo "Pharma", che intende proprio valutare quanta parte dei farmaci venduti nel Vecchio Continente finisce nelle acque e nei suoli, e quali sono le ripercussioni sull'ecosistema locale e sulle persone.

Margherita Fronte

stampa | chiudi

Tempi lunghi per l'invalidità civile. Un anno per ricevere il riconoscimento

Il Rapporto di Cittadinanzattiva. In base alla legge ci vorrebbero 120 giorni. La Corte dei Conti: "Aumentano i costi, nel 2011 bruciati 24 milioni di euro". "I veri invalidi penalizzati da chi non ne ha diritto"

di VALERIA PINI

Lo leggo dopo



TAG

invalidità civile, Handicap, Cittadinanzattiva

ROMA - Ci vorrebbero 120 giorni per legge, ma per ottenere l'invalidità civile bisogna aspettare in media un anno. Un tempo fatto di burocrazia e attesa. In Italia un cittadino che fa domanda per l'invalidità si scontra infatti con un percorso labirintico e ostile. E la situazione da un anno all'altro peggiora, spesso per colpa dei controlli sui 'falsi invalidi' che rendono più difficile la vita di chi è veramente malato. Nel 2012 solo per essere convocati alla prima visita sono passati in media 8 mesi con un peggioramento rispetto ai 6 del 2011, mentre per ricevere il verbale ce ne sono voluti 11 rispetto ai 9 del 2011. E' quanto emerge dal *Rapporto nazionale sull'invalidità civile e la burocrazia*, presentato oggi a Roma da *Cittadinanzattiva*, che nel maggio 2011 ha lanciato la campagna 'Sono un V.i.P. - Very invalid People'. Il Rapporto prende in esame 3.876 segnalazioni giunte al Pit Salute nazionale e alle sedi del Tribunale per i diritti del malato nel corso del 2012.

Bruciati 24 milioni. Una lentezza eccessiva che fa anche lievitare i costi dello Stato. Nel 2011, secondo la Corte dei Conti, questi ritardi hanno portato a un incremento della spesa di 24 milioni di euro. "Se a questo si aggiungono i 34 milioni di spesa per i medici convenzionati Inps - calcola Cittadinanzattiva - sono in totale 58 i milioni di euro di fatto "bruciati" dalla cosiddetta caccia ai falsi invalidi che, secondo il Rapporto 2012 della Guardia di Finanza, sono poco più di 1000, pari allo 0,4% degli aventi diritto".

Burocrazia e ostacoli. Analizzando l'indagine accanto alla lunghezza dei tempi, si scoprono una serie di segnalazioni su altri punti. Nel 45,6% dei casi (rispetto al 28,4% del 2011) i cittadini segnalano la lunghezza e tortuosità del percorso burocratico da intraprendere per la richiesta di invalidità: in un caso su tre (34% nel 2012 vs 30% nel 2011) innanzitutto incontrano grandi difficoltà nel presentare la domanda, in un caso su 5 (24,8% rispetto al 23,7% del 2011) lunghe attese per la convocazione a prima visita, in un caso su 4 ulteriori attese per la ricezione del verbale definitivo (19,4% nel 2012, 12,7% nel 2011), da cui conseguono i relativi benefici economici.

I disagi. I mesi di attesa e il 'labirinto burocratico', con tutti i disagi che ne conseguono, è affrontato "da persone fragili", che spesso lottano per la sopravvivenza: il 39% dei pazienti che si sono rivolti a *Cittadinanzattiva* hanno una patologia oncologica, il 26,8% una malattia cronica e neurologica degenerativa, il 12,2% una patologia legata all'anzianità. Quasi il 30% dei cittadini considera inadeguata la valutazione della propria condizione clinica da parte della commissione medico-legale: o per la mancata concessione o revoca dell'assegno di accompagnamento (48,5%), o per una inadeguata percentuale di riconoscimento dell'invalidità/handicap (42,4%), o ancora perché vien loro riconosciuta una pensione di invalidità rivedibile (9,1%). Come conseguenza di questa "inadeguatezza", dalle segnalazioni dei cittadini emerge un maggiore ricorso alle vie giudiziarie, avverso i verbali di invalidità civile.

Le cause. Dalle segnalazioni dei cittadini emerge un maggiore ricorso alle vie giudiziarie contro i verbali di invalidità civile. Sembra crescente, infatti, la tendenza a considerare come prassi l'accesso al ricorso giudiziario, una tendenza che rappresenta una evidente disfunzione del sistema.

Ag I tuoi argomenti

Consigliati per te

Repubblica Blu

Accedi

agevolazioni: lo denuncia nel 2012 il 18,2% rispetto al 19,1% dell'anno precedente. In particolare pesano i ritardi per l'erogazione delle agevolazioni legate all'handicap (62,9% del 2012 rispetto al 55,6% del 2011), dell'indennità di invalidità (20,4% nel 2012 e 17,8% del 2011), e dell'assegno di accompagnamento (16,7% vs 26,7%). Le problematiche generali sulla rivedibilità sono in calo (dal 13,3% del 2011 al 6,4% del 2012), ma è preoccupante l'ascesa delle mancate esenzioni dalla visita segnalate dal 58,8% dei cittadini che, di fatto, nella fase che intercorre tra una visita e l'altra, vedono sospesi i relativi benefici sospesi.

L'appello. *Cittadinanzattiva* lancia un appello per lavorare su alcuni punti. Tra questi: "semplificare l'iter burocratico per richiedere l'invalidità; rivedere le 'Linee guida operative' del 2010, già bocciate dal Parlamento, con cui l'Inps rivede al ribasso i criteri di riconoscimento dell'accompagnamento; approvare il ddl 538: il diritto va legato al reddito del richiedente". "E' inaccettabile - spiega Tonino Aceti, responsabile del *Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici* - che, per contenere la spesa assistenziale, si neghi al cittadino il diritto costituzionale alla invalidità civile, aumentando momenti accertativi e rivedendo al ribasso i

criteri reddituali e sanitari per l'assegnazione delle indennità, e al contrario non si semplifichi l'attuale iter amministrativo. Nè ci è dato sapere quanti siano e quali provvedimenti siano stati presi nei confronti di quei funzionari Inps e Asl che hanno concesso indebitamente quel numero irrisorio di indennità, accertato dalla Guardia di finanza".

(25 giugno 2013)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La tecnica delle stampanti 3d applicata alla bioingegneria e alla medicina comincia a dare risultati: inchiostri a base di cellule per creare "pezzi di ricambio"

La fabbrica degli organi

LA RICERCA

Il campus della Washington State University sembra un'università come tante altre: viali alberati, laboratori e scienziati sulle panchine in pausa pranzo. In realtà all'ombra delle luci in pixel emesse da monitor con straordinaria potenza di calcolo si nasconde un grande segreto: nei corridoi della scuola di specializzazione Mechanical and Materials Engineering si sta progettando l'ultimo scatto dell'evoluzione.

Tessuto umano, innesti di ossa e addirittura organi artificiali prodotti in futuro da stampanti in 3D. L'ultimo sviluppo della medicina rigenerativa vede un team di scienziati impegnati a realizzare parti del corpo in laboratorio elaborando elementi chimici e biologici da far incontrare come in nuovo esplosivo Big Bang a misura d'uomo. Alla base degli studi che potrebbero rivoluzionare la scienza medica c'è il nuovo prodigio della tecnologia, la stampante in grado di creare oggetti, in uso da tempo negli studi di architettura per riprodurre modellini, che ha recentemente conquistato nuova vita. E' stata usata recentemente per creare la prima pistola fatta in casa, ma anche per stampare cioccolato. Plastica o polveri di cibo al posto dell'inchiostro, ma a Washington c'è un nuovo modo di pensare il futuro, utilizzando le stampanti 3D come macchine in grado di riprodurre parti del corpo uma-

no. L'Uomo bicentenario di Isaac Asimov non è ancora tra noi, ma lo sviluppo delle bio-stampanti può riservarci grandi sorprese. Anche il presidente degli Usa Barack Obama nel suo ultimo Discorso sullo Stato dell'Unione ha elogiato la stampa 3D «che ha il potenziale per rivoluzionare il nostro modo di fare quasi tutto». Obama ha citato il primo laboratorio di produzione innovativa a Youngstown, Ohio e chiesto aiuto al Congresso per realizzare un network di aziende per favorire la «rivoluzione nella produzione made in Usa».

LA PROCEDURA

I professori Susmita Bose e Amit Bandyopadhyay dell'università di Washington studiano la possibilità di produrre tessuti, vasi sanguigni e condutture nervose attraverso lo sviluppo dell'ingegneria molecolare. Si parte, come nei progetti sviluppati per le stampanti 3D tradizionali, da un disegno tridimensionale della parte interessata. In particolare la dottoressa Bose racconta che alla base dell'ingegneria di tessuti c'è biofisica, biologia cellulare e la sofisticata tecnologia delle bio-stampanti. Nel bio-ink (bionchiostro) ci sono gocce composte da decine di migliaia di cellule umane: si tratta di cellule del paziente che vengono usate per creare i nuovi tessuti, cosa che dovrebbe evitare il problema del rigetto immunitario. Il collega Bandyopadhyay racconta di file generati da una risonanza magnetica che ha ricevuto da un

neurochirurgo in India. Attraverso l'uso di quei file è stata stampata una placca di titanio, una sezione di cranio riprodotta per un paziente che aveva avuto un incidente automobilistico. Il team a Washington è impegnato in modo particolare sulla possibilità di usare la stampante in 3D per correggere difetti delle ossa.

Inchiostri a base di cellule, tessuti progettati al computer e poi "stampati" è questo il futuro della medicina? Vladimir Mironov direttore del MUSC Bioprinting Center dell'università del South Carolina pubblica online un manuale dal titolo curioso che rende bene l'idea: come stampare gli organi. A realizzare le prime bio-stampanti 3D sono state due società, la californiana Organovo e l'australiana Invitech. Il professor Gabor Forgacs, dell'Università del dipartimento di Fisica Biologica del Missouri-Columbia, dal 2009 attraverso la nascita della Organovo sta studiando le applicazioni della stampa in 3D nella medicina rigenerativa. Il 22 aprile ha annunciato la creazione, anzi la stampa, di tessuto epatico.

ALL'INIZIO FU IL LOBO

Alla Cornell University, nello stato di New York, il dottor Lawrence Bonassar del Dipartimento di Ingegneria Biomedica ha utilizzato una stampante 3D per creare il lo-

bo di un orecchio. Il primo passo è stato la scansione della testa del paziente al fine di creare un modello computerizzato. La Wake Forest Institute for Regenerative Medicine in California è stata la prima a trapiantare vesciche prodotte in laboratorio. Ora sono impegnati a generare tessuti con

stampanti in 3D da trapiantare su persone ustionate. Il direttore dell'istituto, il chirurgo Anthony Atala, ha mostrato in un video un esperimento in fase iniziale: una stampante 3D che stampa un rene. Secondo Gordon Wallace, direttore del Centro di scienze degli elettromateriali dell'Università di Wollongong

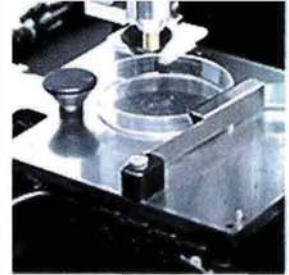
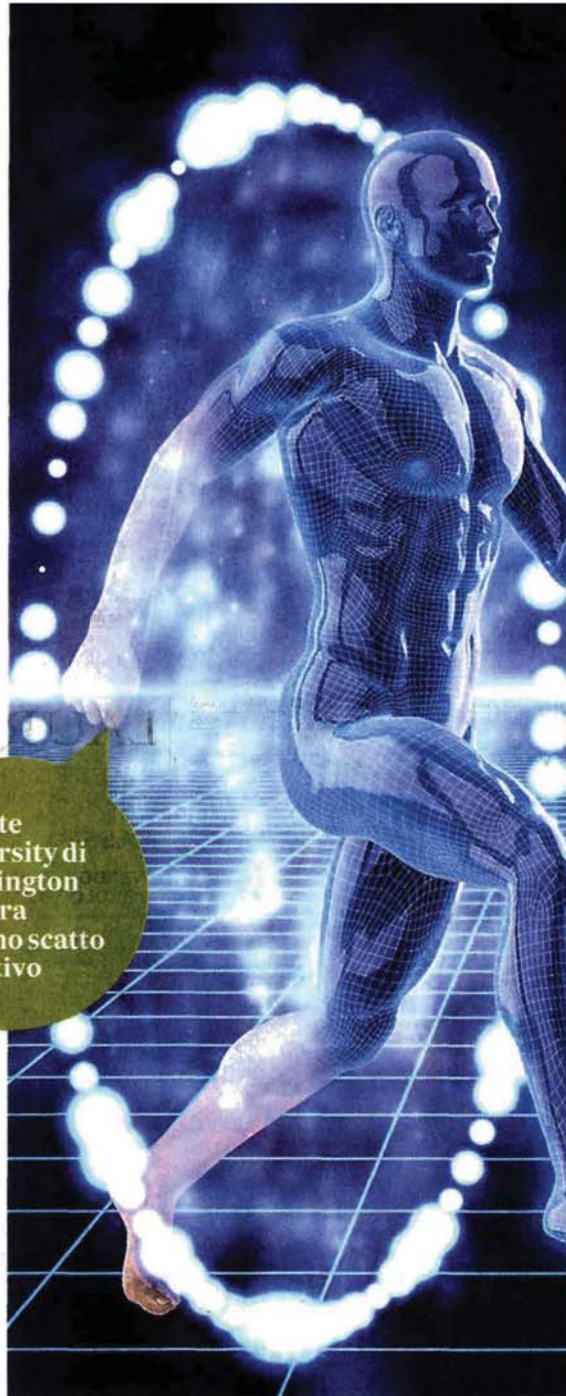
in Australia «entro il 2025, sarà possibile fabbricare articolazioni, ossa e anche organi». Digitali già lo siamo, saremo tutti un giorno un po' cyborg?

Laura Bogliolo

laura.bogliolo@ilmessaggero.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SI PARTE COME
PER GLI OGGETTI
DA UN DISEGNO
TRIDIMENSIONALE
POI SI PRODUCONO
TESSUTI VIVI**



CI VUOLE FEGATO
Strumento di Organovo per produrre tessuti umani

La State University di Washington prepara l'ultimo scatto evolutivo