



Sesso: con 'compiti a casa' migliora uso condom



14:20 07 NOV 2013

(AGI) - New York, 7 nov. - Per promuovere l'uso del condom tra i maschi puo' essere utile dare dei 'compiti a casa' per insegnare ad usarlo. Lo afferma uno studio dell'istituto Kinsey presentato al meeting della American Public Health Association, che ha sperimentato il modello sia su eterosessuali sia omosessuali. Il kit messo a punto dai ricercatori consiste in una scatola con diversi tipi di condom, lubrificanti e istruzioni su come usarlo. Una volta consegnata e' richiesto di 'fare i compiti', che consistono nell'indossare almeno sei condom da solo e trovare quello piu' adatto. "Tutti gli uomini che abbiamo sottoposto a questo test hanno migliorato i propri comportamenti - spiegano gli autori - usando il condom piu' spesso e meglio".

L'ANALISI

**Costi standard
più vicini,
primo passo
contro gli sprechi****Roberto
Turno**

Tenuti in naftalina per un anno intero, i costi standard per asl e ospedali vedranno la luce dal 2014. Col contagocce e con tutti i dubbi del caso, naturalmente. E senza illudersi che, a parte la grancassa che fa la Lega per ragioni identitarie (ed elettorali), chissà quali risparmi faranno realizzare di punto in bianco alla sanità pubblica. Certo sarà un passo decisivo, un percorso che si avvia per mettere definitivamente spalle al muro le regioni che spendono sopra le righe ma che garantiscono meno cure ai cittadini, per di più tartassando contribuenti onesti e imprese.

L'intesa raggiunta ieri dai governatori sui costi standard – con tanto di richiesta di un incontro in tempi rapidi al ministro **Beatrice Lorenzin** con la quale deve essere concertato il «Patto per la salute» – rappresenta comunque una possibile svolta per la gestione del moloch della spesa sanitaria. Per il 2013, hanno detto ieri i governatori, si partirà in via «sperimentale». È ovvio: l'anno è finito e c'è poco da "standardizzare". Nel 2014 invece – una volta che si metterà mano al riparto da 110 miliardi – si camminerà (forse) più velocemente, ma, se non si cambierà per tempo, secondo le regole attuali delle 5 regioni benchmark (in base ai conti del 2012) da cui pescare le tre che faranno da livella della spesa per tutte le altre. Ma senza illudersi che si sposteranno cifre

miliardarie.

Dal 2015 invece (se non si farà in tempo per il prossimo anno) i costi standard dovranno essere rifatti, secondo la proposta della Toscana che prevede un mix di costi e di qualità, con un benchmark allargato a tutte le regioni con i conti a posto. Un modo per combinare anche i percorsi di aggiustamento e di miglioramento dei conti intanto realizzati nelle regioni canaglia. Dove, per inciso, oggi vive il 40% degli italiani. Un cambio di passo, i costi standard riveduti e corretti, che necessita però di una modifica legislativa, non facile da mandare in porto in tempi brevissimi, anche se il tentativo è di farcela già con la legge di stabilità o con uno dei Ddl collegati.

Ecco perché il cambio di passo è certo solo dal 2015. Anche se il seme ormai sarà gettato. E chissà se a quel punto il combinato disposto costi standard-spending review non riesca a portare i suoi frutti. Nei comportamenti di chi spende, e naturalmente della spesa che non va. Perché questa dovrà essere la sfida del «Patto per la salute», dagli ospedaletti da chiudere alle cure h24 fino ai **farmaci**, per i quali si vuole coniugare l'aspetto dei risparmi col rilancio dell'industria. L'ultima chance, il «Patto», per garantire sostenibilità e l'universalità ancora possibile a un welfare sanitario che rappresenta una delle rare conquiste di civiltà del nostro Paese. E che proprio per questo va salvato dai predoni della nostra salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pronta la riforma della medicina di base

Uno studio unico per medici di famiglia, specialisti e pediatri

■ Addio al medico di famiglia solo nel suo studio. Rivoluzione per la medicina generale con due forme: monoprofessionali (solo medici di famiglia o specialisti) o pluriprofessionali (medici di famiglia, specialisti e pediatri insieme) anche per assicurare cure 24 ore su 24, sette giorni su sette. Ieri, intanto, accordo dei governatori sui costi standard in sanità.
Del Bufalo, Perrone, Turno > pagina 11

Medici di famiglia sempre «aperti»

Pronto l'atto di indirizzo che il comitato Regioni-Sanità si prepara ad approvare

Aggregazioni mono e pluriprofessionali

Addio al medico che lavora da solo nel suo studio

Previste due nuove forme organizzative

Assistenza permanente

Le cure dovranno essere assicurate

24 ore su 24, sette giorni su sette

VERSO LA RIFORMA

Ridisegnate le convenzioni secondo le indicazioni della legge Balduzzi. Manca solo il via libera dei Governatori, poi trattative con i sindacati

**Paolo Del Bufalo
Manuela Perrone**

■ Addio al medico di famiglia che lavora da solo nel suo studio. Sta per scattare l'ora delle rivoluzioni della medicina generale che prevede due sole forme organizzative, mono (solo medici di famiglia o specialisti o pediatri) o pluriprofessionali (medici di famiglia, specialisti e pediatri che lavorano insieme), con i medici raggruppati nelle nuove "aggregazioni funzionali territoriali" e "unità complesse di cure primarie". I medici del territorio - 45.554 medici di famiglia, 15.554 specialisti delle Asl, 7.701 pediatri e circa 15mila medici di guardia medica - dovranno aderire d'obbligo alla nuova organizzazione che dovrà essere uguale in tutta Italia anche per assicurare le cure 24 ore su 24, sette giorni su sette. E questo anche grazie al

"ruolo unico" che prevede requisiti e accesso uguali per tutti sia nell'assistenza primaria che nella guardia medica attraverso una graduatoria unica per titoli stilata ogni anno a livello regionale. Poi, revisione delle indennità (associativa, informatica, per i collaboratori di studio ecc.) che non ci saranno più, dei diritti sindacali e dei criteri di rappresentatività. Tutto a costo zero, ma con l'applicazione anche a loro dei meccanismi di premialità e trasparenza gestionale previsti per i dipendenti dalla riforma Brunetta (Dlgs 150/2009).

Sono questi i contenuti della bozza di atto di indirizzo che il comitato di settore Regioni-sanità si appresta ad approvare. Manca solo il via libera dei governatori, poi si potranno aprire le trattative con i sindacati per cercare di chiudere in fretta la partita. La bozza, anticipata su www.24oresanita.com, ridisegna la medicina convenzionata secondo le indicazioni della legge Balduzzi (189/2012).

A cambiare dovranno essere regole, assetti, modelli per legare sempre più il lavoro di tutti i medici del territorio alla pro-

grammazione regionale, con una riorganizzazione radicale del sistema azzerando tutti gli accordi ora in vigore.

Con la nuova organizzazione in pratica, i cittadini continueranno ad avere il proprio medico di fiducia, ma in caso di necessità al di fuori del suo orario non dovranno ricorrere al pronto soccorso come unica alternativa e potranno trovare nella nuova struttura vicino casa anche il supporto degli specialisti.

L'atto di indirizzo ieri ha anche tenuto banco al congresso nazionale della Fimmg, il maggior sindacato dei medici di famiglia, da dove è arrivato un secco altolà alle Regioni: «Sbagliano se pensano di poterci affibbiare tutti i doveri e nessun diritto dei dipendenti - ha dichiarato il segretario nazionale, Giacomo Milillo



- minando alla radice il nostro rapporto fiduciario con i pazienti. Non potremo accettare indicazioni applicative che non siano coerenti rispetto al nostro profilo giuridico di liberi professionisti convenzionati. E se fosse così respingeremo l'atto di indirizzo prima di iniziare le trattative, così come siamo pronti a interromperle se fossero inserite strada facendo». E la Fimmg per difendere la sua posizione è pronta allo sciopero e a mettere sul tavolo tutti i casi di cattiva gestione che ha registrato nelle Regioni.

Anzi, i medici di famiglia puntano più in alto e hanno chiesto formalmente al ministro della Salute di partecipare attivamente alla messa punto del nuovo Patto sulla salute, su cui in questi giorni i governatori stanno decidendo le strategie. «Questo Patto non è possibile senza averlo condiviso con chi lavora sul territorio, cioè voi», ha risposto ai medici il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**. «Abbiamo una scelta - ha detto -: possiamo mantenere l'eccellenza del sistema e garantire cure primarie e secondarie a tutti, ma dobbiamo capire come farlo negli anni futuri».

Al congresso Fimmg Milillo ha anche definito la medicina generale «all'ultimo miglio»: il prossimo accordo nazionale rappresenta «un traguardo importante - ha confermato - l'occasione di una profonda riforma delle norme che hanno regolato e condizionato la medicina generale nei trenta anni precedenti, una vera e propria rifondazione della medicina generale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tutte le novità per il settore

MEDICINA GENERALE

60.554

Assistenza primaria
Sono i medici di famiglia (poco più di 45mila) e quelli di continuità assistenziale (guardie mediche) che fanno parte della medicina generale. Si tratta delle categorie che prioritariamente dovranno garantire l'assistenza e la continuità assistenziale, appunto, 24 ore al giorno e sette giorni su sette nelle nuove strutture che si dovranno realizzare sul territorio

I «CONVENZIONATI»

15.454

Specialisti ambulatoriali
Sono gli specialisti convenzionati che oggi operano all'interno degli ambulatori delle Asl e che faranno parte delle nuove strutture in modo coordinato con i medici di famiglia per garantire assistenza specialistica immediata e programmata ai pazienti che fanno riferimento all'aggregazione medica territoriale che si dovrà formare

ASSISTENZA AI BAMBINI

7.701

Pediatri di libera scelta
Si tratta dei pediatri di famiglia, quelli cioè che prendono in carico i bambini obbligatoriamente fino a sei anni e possono mantenerli sotto la loro assistenza fino a 14 anni, quando subentra al loro posto il medico di famiglia. Il loro compito non è solo quello di cura, ma anche di sorveglianza della salute dei piccoli assistiti con visite programmate di controllo anche sullo sviluppo fisico

LA RIORGANIZZAZIONE

Aggregazioni funzionali territoriali e Unità complesse di cure primarie

Sono le due tipologie di strutture che dovranno sostituire tutte le altre oggi esistenti e soprattutto gli studi del singolo medico di base. In queste i dottori potranno lavorare in forma monoprofessionale (cioè tutti medici di famiglia o tutti specialisti o tutti pediatri) e pluriprofessionale, con la presenza nello stesso ambito di tutte le tipologie di assistenza previste

INDENNITÀ E INCENTIVI

Cambia la struttura del compenso dei medici

Il capitolo più insidioso è forse quello del compenso. L'idea delle regioni è di rivedere tutte le indennità e gli incentivi finora erogati per le associazioni, l'informatica e i collaboratori di studio per finanziare i fattori produttivi delle nuove forme associative come previsto dalla legge Balduzzi (189/2012). Gli accordi dovranno individuare requisiti, tempi e modi con cui le Regioni provvederanno alla dotazione delle nuove strutture, senza oneri aggiuntivi

CURE SEMPRE GARANTITE

Un ruolo unico uguale per tutti i medici del territorio

Nasce il ruolo unico: requisiti e modalità uniformi di accesso all'assistenza primaria e alla continuità assistenziale attraverso una graduatoria unica per titoli stilata ogni anno a livello regionale. Il ruolo unico nel distretto deve essere capace di garantire una copertura assistenziale giornaliera 7 giorni su 7 e di favorire una continuità assistenziale effettiva. Un passaggio che le regioni propongono avvenga gradualmente

IN COMMISSIONE CON I VOTI DI PDL E LEGA

Ambulatori privati accreditati, via libera alle nuove regole

VENEZIA - Giovedì scorso il progetto di legge per l'accreditamento degli ambulatori privati è stato rimandato dall'aula alla commissione. Ieri la commissione presieduta da Leonardo Padrin con i voti di Pdl e Lega (no della Sinistra veneta, astenuto il Pd, Idv e Futuro popolare non hanno partecipato al voto) ha licenziato il provvedimento che

ora potrà tornare in consiglio per l'approvazione definitiva. Rispetto al testo iniziale, proposto a marzo dallo stesso Padrin, le nuove disposizioni si limitano a regolare il percorso di accreditamento per i nuovi soggetti privati sinora rimasti alla finestra dal 2002 (data di entrata in vigore della legge regionale sull'accREDITAMENTO) ad oggi.

Sono stati accantonati articoli ed emendamenti non strettamente legati all'accREDITAMENTO. Il testo uscito ieri dalla commissione prevede che dal 1° gennaio 2014 la Regione possa accreditare nuovi soggetti erogatori di prestazione ambulatoriale, in base a criteri di accessibilità, qualità degli standard, appropriatezza delle pre-

stazioni, che saranno definiti dalla Giunta. Saranno poi i direttori generali delle singole Ulss a siglare gli accordi contrattuali di acquisto delle prestazioni, nel rispetto della programmazione regionale, del fabbisogno territoriale e del budget assegnato. I contratti avranno durata triennale e saranno oggetto di controllo e verifica.



PRESIDENTE Leonardo Padrin



Home Virgilio | Mail | Virgilio Mobile | Telecom Italia:ADSL

virgilio NOTIZIE Cerca nel Web

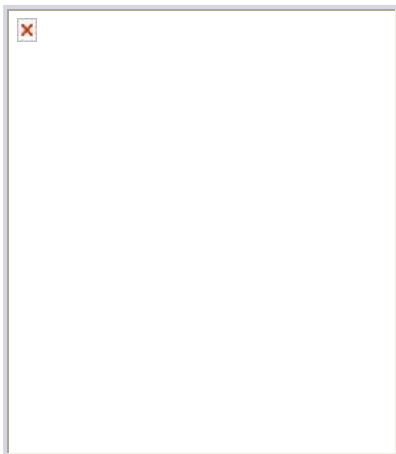
CRONACA | POLITICA | ECONOMIA | SPORT | CINEMA-TV | SCIENZA-TECH | FOTO | VIDEONEWS | ULTIM'ORA

CRONACA

Medicina: 1/3 sperimentazioni non pubblicato a 5 anni fine

Inediti soprattutto studi finanziati da industria

postato fa da ANSA



(ANSA) - ROMA, 7 NOV - Quasi un terzo delle sperimentazioni cliniche non vengono pubblicate cinque anni dopo il loro completamento: è quanto rileva uno studio pubblicato sul British Medical Journal (Bmj), di cui parla anche l'Agenzia italiana del farmaco. Come spiega la ricerca, su 585 trial registrati sul sito Clinicaltrials.gov, che monitora e raccoglie le sperimentazioni negli Stati Uniti, circa 171 studi, pari al 29%, sono rimasti inediti cinque anni dopo la conclusione. Gli studi non pubblicati hanno coinvolto quasi 300mila partecipanti, per la precisione

299.763, e la mancata pubblicazione è risultata essere più comune per le sperimentazioni che avevano ricevuto finanziamenti dall'industria (32%), rispetto a quelli non sponsorizzati dalle aziende (18%). Anche rispetto ai trial pubblicati su ClinicalTrials.gov, la mancata pubblicazione è più comune tra quelli che avevano ricevuto finanziamenti di origine industriale, rispetto a quelli che non ne avevano, secondo lo studio. "La mancanza di disponibilità dei risultati di questi studi - rilevano i ricercatori - contribuisce al cosiddetto bias di pubblicazione, cioè la tendenza a pubblicare solo i risultati positivi di uno studio, e costituisce un fallimento circa la necessità di onorare il contratto etico, che è la base per esporre i partecipanti allo studio ai rischi inerenti alla partecipazione alla sperimentazione. Sono necessarie ulteriori misure di salvaguardia per garantire la tempestiva diffusione pubblica dei dati delle sperimentazioni". (ANSA).

Q CERCA IN NOTIZIE

Effettua la ricerca **CERCA**

CLASS TV MSNBC
 Informazione 24 ore su 24

GALLERY Tutti i processi di Berlusconi

GALLERY Le foto più curiose di settembre

GALLERY Inchiesta escort, ecco le ragazze in visita dal premier

casa.it Trova la casa giusta per te

TROVA SUBITO

Risparmia fino a **500 € su RC Auto**

Confronta 18 assicurazioni

cercassicurazioni.it

VIRGILIO CONSIGLIA

ANTI-VIRUS 2014
 Kaspersky Lab annuncia il lancio delle nuove versioni delle soluzioni di sicurezza per gli utenti domestici

Virgilio Notizie su Facebook

f I Più Popolari | Attività Degli Amici



Scopri i vantaggi di PostesaluteShop, i tuoi acquisti a portata di un click

Gruppo Posteitaliane

Home » news » Farma

Farma

Bocca e Digestione

Sistema respiratorio

Sistema endocrino

Reni e Riproduzione

Cancro e Immunologia

Cuore e Circolazione

I cinque sensi

Infezioni

Ossa e Muscoli

Sangue

Parassiti

Pelle e Annessi

Sistema nervoso

▶ Farma

Varie

Glossario

A	B	C
D	E	F
G	H	I
J	K	L

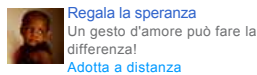
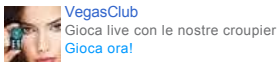
Farmaci, online la banca dati dell'Aifa

Una app dedicata per consentirne la consultazione anche in modalità mobile la Banca Dati Farmaci dell'Aifa che contiene i fogli illustrativi e i riassunti delle caratteristiche del prodotto di tutti i farmaci autorizzati in Italia. La Banca Dati Farmaci è pubblica, liberamente accessibile dal portale istituzionale dell'Agenzia (www.agenziafarmaco.gov.it) e tutti i documenti resi disponibili sono approvati e autorizzati dall'Aifa e dall'Agenzia Europea dei Medicinali. Al momento sono oltre 8.000 i documenti presenti nella banca dati che si configura come l'unico database ufficiale e autorevole sui farmaci in Italia. Ed è proprio in risposta al valore della trasparenza, protagonista assoluto di questo nuovo strumento informativo, che l'Agenzia si impegna, insieme agli attori della filiera, a garantire la totale condivisione ed armonizzazione di tutte le informazioni sui medicinali. Un passo fondamentale verso un'Agenzia sempre più aperta ai suoi interlocutori. Si tratta di un sistema unico nel suo genere, una soluzione informatica che l'Agenzia è la prima in assoluto ad implementare nello scenario internazionale degli enti regolatori.

L'app sarà presentata mercoledì 13 alle 10 presso la sede dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Via del Tritone n. 181) alla presenza del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** e del direttore generale dell'Aifa **Luca Pani**. Bastano pochi clic e pazienti e operatori sanitari potranno accedere in trasparenza e immediatezza alle informazioni utili per la loro salute. È intuitiva e di facile navigazione, consente infatti di impostare la ricerca sulla base di diversi parametri: nome commerciale del farmaco, principio attivo o nome dell'Azienda farmaceutica. Per ciascun farmaco, inoltre, il sistema restituisce una sorta di "scheda anagrafica" ovvero il suo codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio, l'elenco delle confezioni disponibili e il relativo stato autorizzativo (autorizzato, sospeso o revocato), e naturalmente i cosiddetti "stampati" (appunto, foglio illustrativo e riassunto delle caratteristiche del prodotto).

Vedi anche...

- ▶ Vaccino influenzale, sarà importato dall'estero
- ▶ Cocaina, il farmaco che facilita le disintossicazioni
- ▶ Liberalizzazioni: fimmg, farmaci generici solo dopo ok del...



ultima ora



ASCA > Attualità

A+ A+ A+

CONDIVIDI

Influenza: Aifa a SitI, su vaccini nel 2012 agito correttamente

07 Novembre 2013 - 20:59



(ASCA) - Roma, 7 nov - L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) risponde con una nota agli igienisti SItI e ribadisce di "avere agito con la massima trasparenza, a garanzia della sicurezza e della salute di tutti i cittadini, e senza mai creare nella popolazione allarmismi che potessero in alcun modo inficiare la campagna anti-influenzale 2012", in riferimento alla nota diffusa dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI), in cui si addebita la diminuzione della copertura vaccinale media contro l'influenza verificatasi in Italia nel 2012 "anche alla decisione da parte di AIFA di sospendere cautelativamente la distribuzione di tutti i vaccini commercializzati da uno dei principali produttori in data 24 ottobre 2012" e si auspica "che eventuali future decisioni dell'Autorità di controllo su sospensioni di vaccini tengano conto dei rischi reali, dei benefici e dei danni che le decisioni possono avere per la salute pubblica", "il 18 ottobre dello scorso anno ribadisce l'Agenzia del Farmaco - AIFA fu informata dalla Novartis V&D della presenza di aggregati proteici anomali in uno dei lotti di vaccini, peraltro mai immesso in commercio. Poiché dalle prime notizie fornite dall'Azienda era emersa una difficoltà nella rilevazione del difetto che poteva interessare l'intera produzione, l'Agenzia chiese immediatamente all'Azienda la relativa documentazione per effettuare le necessarie verifiche e informò il Ministero della Salute degli accertamenti in corso. I rapporti di valutazione qualitativa, tossicologica e di farmacovigilanza, presentati dalla ditta produttrice, non fornirono elementi sufficienti a chiarire l'esatta composizione degli aggregati, né l'impatto del difetto rilevato sulla qualità e stabilità del vaccino; di conseguenza anche la sicurezza e l'efficacia dello stesso potevano essere compromessi. Tali motivi resero necessaria l'emanazione del provvedimento di divieto di utilizzo cautelativo sull'intera produzione - anticipato in un comunicato stampa dal Ministero della Salute - in attesa di ulteriori indagini e approfondimenti che consentissero di stabilire inequivocabilmente l'impatto del difetto rilevato. A seguito del provvedimento, l'Agenzia si mise subito a disposizione per rassicurare i cittadini e fornire loro le informazioni del caso. Il divieto fu rimosso dall'AIFA il 9 novembre 2012 in seguito alle accurate verifiche effettuate e alle concomitanti analisi straordinarie e aggiuntive che l'Azienda stessa pose in essere dopo l'emanazione del divieto di utilizzo cautelativo e che ora sono divenute routinarie". L'AIFA ribadisce che "il suo scopo principale è tutelare la Salute Pubblica anche impedendo che vengano posti in commercio lotti difettosi, quando vi sia un dubbio su di essi. D'altra parte, l'impegno dell'Agenzia a promuovere nei cittadini la consapevolezza dell'importanza della vaccinazione anti-influenzale è testimoniato anche dalle numerose iniziative di comunicazione e informazione che, nell'ambito delle competenze dell'Agenzia, sono volte a rassicurare i cittadini circa l'efficacia, la qualità e la sicurezza dei prodotti commercializzati in Italia e circa l'utilità della vaccinazione contro l'influenza al fine di prevenire, specie nelle categorie più a rischio, complicanze gravi per la salute, tali da mettere in pericolo anche la vita". L'Agenzia ricorda infine che "nel Rapporto sulla sorveglianza post-marketing dei vaccini in Italia anno 2012, pubblicato lo scorso settembre, è stato evidenziato l'effetto paradossale che determinano i controlli sui vaccini che, invece di tranquillizzare, generano timori infondati. Il Rapporto è stato redatto e condiviso da autori di provenienza diversa (AIFA, ISS, Ministero, Prevenzioni Regionali, Centri Regionali, Università, etc.) inclusi alcuni componenti del Gruppo di lavoro della SItI "Vaccini e Politiche Vaccinali". "Va sottolineato - conclude - che tali timori infondati si generano, soprattutto, perché alcune fonti non istituzionali forniscono informazioni non adeguatamente verificate, che fanno apparire i necessari controlli come superflui". com/mpd

notizie regioni

- Abruzzo
- Basilicata
- Bolzano
- Calabria
- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Ven. Giu.
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana
- Trento
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto

Attualità Economia Politica Sport

20:59 - Influenza: Aifa a SitI, su vaccini nel 2012 agito correttamente
20:28 - Salute: domani al Gemelli convegno su ospedali universitari e SSN
19:56 - Porti: Serracchiani, sciopero e' sintomo di emergenza nazionale

tag-cloud

governo abruzzo usa pd pdl caso

Segui @Asca_it

Il monito: «Basta tagli per i diabetici»

La riduzione di strumenti come le «strisce» per il monitoraggio della glicemia rischia solo di appesantire la situazione economica dell'assistenza medica

Giuseppe Grifeo

■ Proporre alle Regioni di superare la logica dei «tagli» e adottare nuovi modelli di assistenza sulla base delle indicazioni del Piano Nazionale Diabete. Questo il messaggio portato avanti da Diabete Italia su scala nazionale, dal 9 al 10 novembre, quando avranno luogo eventi speciali in occasione della Giornata Mondiale del Diabete.

Cinque milioni di italiani hanno il Diabete, 1,5 milioni non direttamente risultanti alle strutture sanitarie, inconsapevoli del loro stato, venuti fuori grazie a stime e campionamenti, la parte che suscita maggiori preoccupazioni, il tutto per la mancanza di screening seri. Una situazione esplosiva che potrebbe portare a una gran-

de emergenza e a enormi spese.

I tagli della Sanità pubblica su strumenti efficaci, rischiano solo di appesantire la situazione economica dell'assistenza medica: è ormai provato che limitare, per esempio, il numero di «strisce» e lancette per il monitoraggio della glicemia a disposizione di ogni malato, portarsi un risparmio immediato nel bilancio di una Asl, ma già nello stesso mese che si instaura una simile misura, si impenna il numero di casi di ricoveri di diabetici per ipo o iperglicemia, con maggiore aggravio per le casse del Sistema Sanitario Nazionale.

Ancora più grave è che fra regioni possono esserci grandi differenze sui tagli e sui limiti imposti, discrepanze anche fra una asl e un'altra così che due diabetici ottengono un'as-

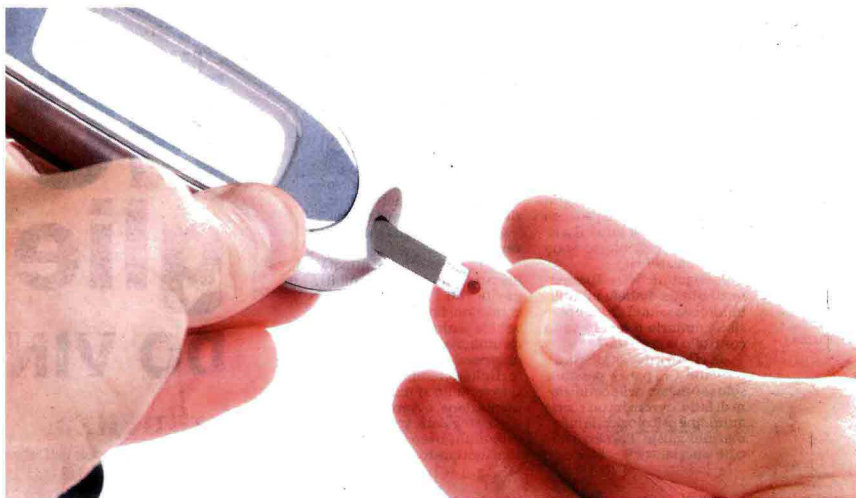
sistenza diversa fra loro, un fattore di maggiore o minore rischio nell'evoluzione del diabete solo per una differenza di codice di avviamento postale. Troppe le variabili in gioco fra chi è in terapia intensiva con assunzione di insulina, chi la prende tradizionalmente o in combinazione con farmaci, donne diabetiche in gravidanza, chi con grave squilibrio insulinico.

Ogni caso deve essere valutato dal diabetologo che deve poter derogare dal tetto del numero di automonitoraggi per paziente. L'evidenza del problema è venuta fuori nell'indagine nazionale svolta da Alessandro Ozzello, Responsabile del Servizio di Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'Ospedale di Pinerolo in Piemonte, dai diabetologi Andrea Giaccari, docente all'Uni-

versità Cattolica di Roma e a Giorgio Grassi, del Servizio di Diabetologia dell'Ospedale San Giovanni Battista di Torino.

«In realtà solo 8 su 21 tra regioni e province autonome prevedono tetti coerenti con quelli previsti dalle Linee Guida - sottolinea Ozzello - Sette prevedono dei tetti inferiori alle prescrizioni, mentre 5 regioni o non hanno comunicato i dati o concedono autonomia alle singole asl».

È solo uno degli esempi possibili, degli aspetti da correggere. In questo senso Diabete Italia vuole spingere le regioni verso modelli di assistenza efficaci e appropriati previsti nel Piano Nazionale Diabete redatto dopo ampia consultazione col ministero della Salute, approvato dalla Conferenza Stato Regioni e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale.



5

Milioni

Gli italiani con il Diabete 1,5 milioni quelli inconsapevoli

Prevenire

Monitorare la glicemia è un'azione fondamentale per i malati di diabete

Le differenze

Ogni regione adotta

misure diverse creando

malati serie A e di serie B

