

**DOMANDE E RISPOSTE
D'ATTUALITÀ****CHE COS'È
LA PILLOLA DEI
5 GIORNI DOPO?**

**IN ARRIVO "ELLAONE",
UN FARMACO CHE SI PUÒ
ASSUMERE FINO A 5 GIORNI
DOPO UN RAPPORTO
A RISCHIO. IN CHE COSA È
DIVERSO DALLA RU486, LA
PILLOLA DEL GIORNO DOPO?**

La nuova pillola ElleOne a base di uliripistal può bloccare l'ovulazione fino a 120 ore dopo il rapporto e dunque agisce come un anti-concezionale di emergenza che va a ritardare l'ovulazione. La Ru486, o pillola del giorno dopo che si può assumere fino a 72 ore dopo il rapporto, è invece un farmaco abortivo, a base di mifepristone, che agisce inducendo l'aborto quando c'è una gravidanza in atto. La ElleOne va ora al vaglio dell'Agenzia italiana del farmaco. Intanto è stato chiesto il test di gravidanza preventivo obbligatorio per chi voglia assumere la pillola dei 5 giorni dopo, poiché l'assunzione della ElleOne con una gravidanza in atto danneggerebbe il feto. Certo tale obbligo, come già accaduto con la richiesta di ricovero obbligatorio per chi voglia ricorrere alla Ru486, scoraggerà l'uso della nuova pillola di cui non si conoscono ancora eventuali effetti collaterali. Va ribadito comunque che la migliore arma contro gravidanze non volute è la prevenzione, evitando rapporti non protetti.



Risponde
**NICOLA
SURICO**
Presidente
Società Italiana
di Ginecologia
e Ostetricia

**La nuova pillola
non ha effetto
abortivo, ma
ritarderebbe
l'ovulazione.**

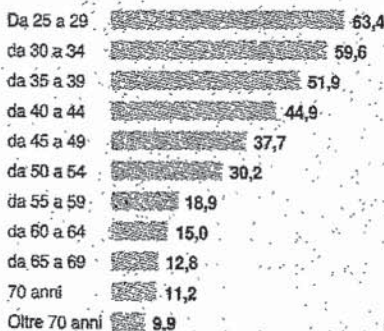


La carica delle donne medico Sono quasi il 40% del totale ma fanno ancora poca carriera

La carica delle donne medico

ANNO	NUMERO MEDICI CORRENTE	DI CUI DONNE	% DONNE
1990	271.126	66.682	24,59
1995	310.882	85.615	27,54
2000	329.099	99.810	30,33
2005	351.345	119.178	33,92
2010	372.340	137.803	37,01

Le donne medico per fasce d'età
In %



Negli under 35, la maggioranza è ormai schiacciante e sale addirittura al 64%

ANDREA RUSTICHELLI

Roma

Numericamente in forte ascesa, preparate e capaci di riscuotere un consolidato consenso nell'accudire i pazienti (più dei colleghi maschi). Sono le donne medico, che nel 2010 erano il 37% di tutti i camici bianchi (137.803 su 372.340 medici complessivi). Una presenza che dal 1990 è cresciuta sensibilmente: due decenni fa le donne rappresentavano poco meno di un quarto (il 24%) della categoria. Una progressione che, se si guarda agli under 35, raggiunge la maggioranza schiacciante: qui la percentuale femminile sul totale dei giovani medici sale al 64%. Nei prossimi anni, dunque, tra le corsie prevarranno le donne.

Un dato che, tuttavia, per ora resta meramente quantitativo: perché, dal punto di vista della qua-

lità della carriera, soltanto una donna su dieci occupa una posizione di rango. Il top management della sanità, infatti, resta saldamente maschile. Né va meglio per quanto riguarda le cariche degli ordini provinciali: su 106, soltanto 2 sono presieduti da donne (Gorizia e Fermo). Le ricerche in proposito si sono susseguite nel corso degli anni, tutte col medesimo esito. E la più recente fotografia dei "camici rosa" è stata promossa dall'Ordine di Roma, il più numeroso d'Italia con 41 mila iscritti, di cui oltre 15 mila di sesso femminile.

Dato saliente del rapporto è che, nonostante il 60% delle donne medico si dichiara soddisfatto del proprio lavoro (e l'85,5% si senta apprezzato dai propri colleghi, specie dove sono minimi i vincoli gerarchici), per-

mane tra le intervistate un diffuso scetticismo circa la probabilità di salire tutti i gradini della carriera: su una scala da zero a 100, ci si ferma a 30. Ma c'è di più: dall'analisi emerge un profondo disagio di lavoro e di relazioni, con discriminazioni, vessazioni e violenze che sono esercitate soprattutto verso le più fragili, ovvero quelle professioniste che non possono ricorrere alla protezione dell'ambiente sociale e familiare.

Le donne medico denunciano di aver subito attacchi alla qualità della condizione professionale in maggior misura rispetto a un pari campione di donne italiane. Per quanto riguarda le relazioni lavorative, in sostanza, esse esprimono un disagio maggiore rispetto alla media nazionale e circa i due terzi ritengono di essere discriminate.

«Purtroppo quelli che emergono dalla ricerca dell'Ordine di Roma sono dati rappresentativi della situazione nazionale», commenta Teresita Mazzei, presiden-

te della Commissione per le pari Opportunità dell'Ordine di Firenze e componente dell'Osservatorio Donne Medico della Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri (è stata la prima donna a entrare nel Consiglio dell'Ordine di Firenze, 15 anni fa). «In generale, la carriera è l'aspetto più penalizzante per noi. La sanità italiana è decisamente maschile: tra i direttori generali o direttori sanitari delle varie aziende è difficilissimo trovare donne, siamo al massimo una su dieci. Per i posti da primario va lievemente meglio, in alcuni casi si toccano punte del 18%».

Le ragioni sono diverse e per lo



più trasversali alle varie professioni: in particolare la cura dei figli e degli anziani. «Così le donne - aggiunge Teresita Mazzei - si tengono in disparte e scelgono specializzazioni meno appaganti dal punto di vista della carriera: come pediatria. I pediatri italiani sono

per l'80-90% donne. Nonostante questa preponderanza numerica, i direttori di cattedra, di istituto o di dipartimento nel mondo accademico della pediatria sono quasi tutti uomini».

Le donne medico, come del resto tutte le professioniste, chiedono disperatamente più servizi. Un grande tema, anche qui, è quello degli asili-nido aziendali. «La richiesta di tutte le nostre giovani è di avere un nido nell'ospedale in cui lavorano: è fondamentale la flessibilità dei servizi e degli orari, soprattutto per le donne chirurgo, che hanno turni gravosi. E resta comunque il problema della prima gravidanza. Per un medico la specializzazione arriva a circa 30 anni: questo ha un impatto evidente sulle scelte familiari».

La ricerca dell'Ordine di Roma riserva anche un capitolo piuttosto inquietante alle molestie: quasi la metà del campione preso in esame dichiara di averne subite.

Nel 41% dei casi il molestatore è il datore lavoro o un superiore, nel 25% un collega, nel 24% un estraneo. E neppure mancano le aggressioni fisiche vere e proprie: le donne medico ne rimangono vittima con una percentuale quasi doppia rispetto a quella delle donne italiane in generale: le lamenta il 4%, contro il 2,1% della media nazionale.

Eppure, a rappresentare uno stridente contraltare, il rapporto con i pazienti sembra eccellente, un altro primato che i "camici rosa" hanno rispetto ai colleghi maschi. «Esistono dati incontrovertibili - spiega Teresita Mazzei - da almeno 10 anni. È dimostrato da ampi studi che, quando il medico è donna, il rapporto col paziente è migliore: la donna ascolta di più e capisce meglio le richieste di chi è in cura. Forse è un'attitudine genetica, legata alla prole».

C'è poi la questione della rappresentanza a livello di istituzioni di categoria. A fine anno i medici italiani rinnoveranno le cariche dei 106 ordini provinciali e della federazione nazionale. Le donne si stanno forse preparando al colpo grosso? «Al momento - sorride la professoressa Mazzei - non abbiamo un candidato donna alla presidenza della Federazione: ma c'è tempo, mancano ancora 6 mesi».

Sanità. A un anno dal titolo oltre l'81% dei laureati trova un impiego: quota più che doppia rispetto alla media generale

Lavoro assicurato ai camici bianchi

Record assoluto per gli infermieri: solo il 7% resta disoccupato

Paolo Del Bufalo

■ A un anno dalla laurea oltre l'81% di medici e professionisti della salute lavora. Un record al confronto degli altri laureati, occupati in modo stabile solo nel 36% dei casi. Tra le 22 professioni sanitarie non mediche il 93% degli infermieri a un anno dalla laurea lavora, mentre "solo" il 56% dei tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria è occupato. Il 98,6% dei medici a tre anni dalla laurea si sta specializzando ed è retribuito, ma il 36,5% di dottori - quasi tutti quelli che hanno concluso il corso di medicina generale e sono tornati all'università per una specializzazione - in media è già a tempo indeterminato.

A tracciare il quadro e stilare la classifica dell'occupazione per le professioni di area medica (quelle che fanno capo alle facoltà di medicina) è per *Il Sole-24 Ore Sanità* Angelo Mastrillo, esperto dell'Osservatorio delle professioni sanitarie del Miur e segretario della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. Mastrillo ha analizzato i dati Almalaurea e Cilea, il consorzio tra le università di Milano, Milano Bicocca, Pavia, Brescia, Varese, Palermo, Pisa.

Nelle università del Nord per le

professioni sanitarie il lavoro a un anno dalla laurea è sempre sopra la media (8,4%), ma al Sud per i 22 profili resta indietro Catanzaro che rispetto al 93,4% di occupati di Padova, prima in classifica, ha solo il 63,4% di laureati già al lavoro. Dato confermato sempre per le professioni da quello regionale: la Calabria è il fanalino di coda con il 63% di occupati, mentre in testa ci sono Piemonte (93%), Liguria, Veneto e Lombardia (92 per cento).

Per i medici invece la geografia non conta e se al Sud c'è qualche "disoccupato" in più, il livello occupazionale è sempre molto al di sopra di quello di tutte le altre lauree a ciclo unico.

Tra le professioni di area medica (28mila "profili" e circa 9mila medici), insomma, la parola "disoccupazione" è rara e medici, infermieri e operatori sanitari battono tutte le altre attività nei livelli occupazionali come in quelli retributivi, visto che la media di incasso mensile, sempre a un anno dalla laurea è già oltre i 2mila euro, contro i poco più di mille delle altre professioni.

«I dati - spiega Mastrillo - dicono che in media l'83% dei professionisti sanitari lavora a un anno dalla laurea. Tasso che si stacca nettamente dal valore medio del 45% dell'insieme di tutti gli altri gruppi disciplinari». Ad esempio, nota Mastrillo, la cosiddetta "ultima in classifica" tra le professioni, con il 56% di occupazione, è comunque superiore alla seconda in classifica generale, ovvero al 43% del gruppo di educazione

fisica e al 41% del gruppo disciplinare dell'insegnamento. «Va inoltre considerato - aggiunge - che il tasso occupazionale delle professioni sanitarie sale al 95% nel corso dei successivi 3 anni dal conseguimento del titolo».

E anche per gli ultimi posti nella classifica occupazionale Mastrillo dà una spiegazione. A esempio per il tecnico di neurofisiopatologia (62%), «la causa è nota e anche già risolta», afferma. «Si tratta dell'eccessiva offerta formativa annuale di 250 posti nel triennio 2004-2006 per sostituire circa 500 infermieri; esuberato che, tuttavia, è stato ridotto a circa 140 dal 2007, proprio in coerenza con gli sbocchi occupazionali».

Per i medici invece nessun problema: «La specializzazione è un lavoro retribuito e deve essere considerato tale, anche se a termine (5 o 6 anni) - spiega Andrea Lenzi, presidente del Consiglio universitario nazionale e della conferenza nazionale dei presidenti di corso di laurea specialistica in Medicina e chirurgia - e la specializzazione è comunque a tutti gli effetti la "porta del lavoro", senza eccezioni». E la conferma arriva dal gradimento dei medici: il 99% è convinto dell'efficacia della laurea per l'occupazione (solo lo 0,8% ne dubita) e dovendo dare un voto da 0 a 10 alla soddisfazione per il lavoro svolto, la media è 8,2. Come dire: i medici proseguono tutti gli studi post-laurea, ma il lavoro davvero non manca e la soddisfazione per quel che fanno è pressoché totale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le professioni

La percentuale di occupati a un anno dalla laurea (laureati 2009 nel 2010). **Valori in percentuale**

Professioni	Occupati a un anno dalla laurea	Professioni	Occupati a un anno dalla laurea
Infermiere	93	Terapista occupazionale	75
Fisioterapista	91	Tecnico audiometrista	70
Logopedista	88	Assistente sanitario	67
Igienista dentale	87	Tec. riabil. psichiatrica	67
Tec. Radiologia	86	Ortottista	66
Educatore profess.	85	Tec. prevenzione lavoro	66
Tecnico Audioprotesista	85	Dietista	63
MEDIA TOTALE	84	Tec. Neurofisiopatologia	62
Infermiere pediatrico	82	Tecnico Laboratorio	60
Terapista neuro età ev.	80	Ostetrica	57
Tec. Ortopedico	78	Tec. fisiopat. Cardiocirc.	56
Podologo	76		

Fonte: elaborazione Osservatorio professioni sanitarie su dati Almalaurea e Cilea

I medici

La condizione occupazionale a tre anni dalla laurea (laureati 2007 nel 2009). **Valori in percentuale**

Università	Continua a studiare	Lavora (*)	Disoccupato
Ferrara	80,0	84,6	6,7
Catania	88,2	71,4	6,7
Verona	93,1	68,0	-
Firenze	97,7	65,7	-
L'Aquila	96,8	64,7	1,7
Catanzaro	92,1	64,7	2,4
Padova	96,5	61,7	-
Siena	94,7	51,4	-
Bologna	95,4	50,6	0,3
Roma Sapienza 2	100,0	50,0	1,7
Modena Reggio Emilia	98,2	47,6	-
Torino 1	97,5	45,6	0,5
Trieste	97,2	44,4	-
Cagliari	98,6	44,1	1,4
Vercelli-Novara	100,0	43,8	-
Genova	99,3	43,5	-
Sassari	96,0	42,9	4,2
Roma Sapienza 1	99,1	40,8	2,2
Bari	99,3	39,1	-
Chieti-Pescara	97,1	39,0	0,8
Parma	97,8	38,6	0,8
Messina	98,2	37,1	1,9
Milano San Raffaele	100,0	33,3	-
Torino 2	97,2	31,3	-
Perugia	98,1	29,0	2,0
Napoli Sun	99,4	28,1	0,6
Udine	100,0	15,8	-
Foggia	100,0	-	-
Roma Campus	100,0	-	-
TOTALE	98,6	36,5	0,7

(*) la percentuale comprende anche i laureati che proseguono gli studi e al tempo stesso sono assunti con un contratto di lavoro a tempo indeterminato; Nota: per le Università che fanno capo al gruppo Cilea (Milano, Milano Bicocca, Pavia, Brescia, Varese, Palermo, Pisa) e che rappresentano il 20% dei laureati a livello nazionale non sono disponibili i dati scorporati aggiornati relativi alla laurea in medicina

Fonte: elaborazione Il Sole 24 Ore Sanità su dati Almalaurea rapporto

Tessera sanitaria. Anche per i viaggi nella Ue

Una card preziosa con i dati sulla salute

IN CASO DI SMARRIMENTO

Possibile chiederne subito un duplicato alla Asl o all'Agenzia delle entrate. La denuncia è opportuna per evitare usi impropri

■ Con la tessera sanitaria non si scherza: dobbiamo averla con noi quando andiamo dal dottore, acquistiamo una medicina, prenotiamo un esame o ci presentiamo per una visita specialistica in ospedale. Questo documento contiene informazioni importanti, come i dati anagrafici e il codice fiscale. Quindi è bene sapere che cosa fare nell'eventualità di smarrimento, furto, scadenza di validità o errori nei dati riportati.

Qualora la carta venisse rubata, oppure se la dovessimo perdere, possiamo richiederne subito un duplicato all'Asl o a un ufficio dell'Agenzia delle entrate. La legge non impone di presentare la denuncia, ma è opportuno farlo per tutelarsi da eventuali usi impropri da parte di terzi.

Il documento ha una validità di 6 anni e il titolare dovrebbe ricevere automaticamente una nuova tessera prima della scadenza. La carta è inviata ai nuovi nati al momento dell'attribuzione del codice fiscale, ma in questo caso scadrà dopo un anno. Anche se non si dovesse ricevere in tempo la nuova tessera, il

ministero dell'Economia consiglia di non rivolgersi subito alle aziende sanitarie o all'Agenzia delle entrate. «Di norma - spiegano - la nuova carta arriverà automaticamente al completamento del piano di riemissione». Per avere diritto alle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario, comunque, è sufficiente presentare la "ricetta rossa", quella rilasciata dal medico. Inoltre, la tessera è valida come certificazione del codice fiscale e può essere utilizzata da farmacie e strutture sanitarie per il cosiddetto "scontrino parlante" anche quando è scaduta.

La situazione è diversa se si deve andare all'estero in un Paese Ue. In questo caso, se il documento scadrà prima della partenza o nel corso del viaggio, è bene rivolgersi all'Asl per ottenere il certificato sostitutivo della Tessera europea di assicurazione malattia. A ogni modo, è sempre possibile controllare a che punto è l'emissione della nuova carta andando su <http://sistemats1.sanita.finanze.it> e cliccando su "Verifica lo stato della tessera". Nel caso in cui dovesse apparire il messaggio "Non sono presenti tessere sanitarie" è necessario rivolgersi alla Asl, mentre se la carta dovesse risultare "spedita" conviene andare all'Agenzia delle entrate per verificare che la residenza sia aggiornata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO

Ma sui "biosimilari" è sempre più polemica

L'equivalenza nel biotech si ottiene lavorando materia viva e quindi non è così esatta come con la chimica di sintesi

Il nuovo scontro innescato da una sentenza del consiglio di Stato che bypassa i medici

SILVIA MARIA BUSETTI

Nel caso dei biosimilari (i generici dei farmaci biotech), può essere anche il farmacista ospedaliero a decidere se il paziente va curato con i farmaci generici o con quelli originari. Questo il senso di una sentenza del consiglio di Stato della settimana scorsa che ha messo a rumore il mondo della sanità. Si parla di biosimilari, che a differenza dei generici di sintesi non sono perfettamente uguali ai farmaci originari proprio perché fatti lavorando su materia viva e non su meri preparati chimici: secondo Alessandro Sidoli, presidente di Assobiotech, è però sbagliato che «a scegliere i prodotti invece dei medici curanti siano i farmacisti ospedalieri». Sidoli contesta che a decidere su questo tema siano i tribunali: «Occorre una migliore definizione normativa, in maniera da tener conto della salute dei pazienti, della sostenibilità del Ssn e degli interessi dell'industria».

L'ennesima controversia si inserisce nel complesso dibattito in corso sull'estensione anche ai farmaci biotech del consenso che riscuotono i farmaci generici. Esolveva anche la questione della consapevolezza della differenza fra le varie categorie di farmaci. Da uno studio dell'Eurisko appena effettuato

su un campione di 1000 individui (dai 14 anni in su) e 336 giovani (tra i 15 ed i 25 anni), emerge che metà del campione e il 60% dei giovani, ha un'idea piuttosto vaga di cosa siano le biotecnologie. Nonostante la poca dimestichezza con questa materia, la quasi totalità degli italiani attribuisce alla biotecnologia vantaggi in riferimento alla ricerca medica e farmaceutica (possibilità di nuove terapie, migliore qualità della vita, farmaci più efficaci e con meno effetti collaterali). Dal punto di vista industriale, un'altra indagine condotta da Farmindustria conferma che nel 2010 il settore biotech ha registrato una crescita: l'Italia è il terzo Paese in Europa per numero di imprese dedicate ed è la nazione europea in cui il numero di imprese *pure biotech* ha avuto una crescita maggiore (+2,8% rispetto al 2009). Delle 375 imprese biotecnologiche esistenti, 246 operano nel settore della salute. Il fatturato complessivo è di 7,4 miliardi, con un incremento del 6% rispetto al 2009, e le imprese del farmaco determinano l'84% del totale con un investimento totale di quasi due

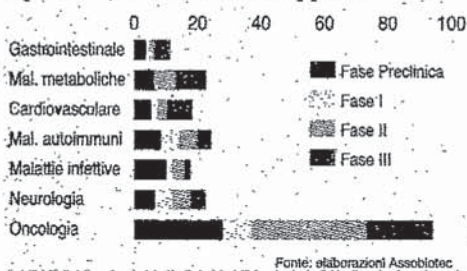
miliardi (+2,5% rispetto all'anno prima). Gli investimenti in R&S rappresentano il 24% del fatturato, un valore decisamente superiore rispetto alla media dell'industria manifatturiera (1%) e anche a quella dei settori a medio-alta tecnologia in Italia (2,5%). Guardando alla pipeline biotecnologica, in Italia vi sono 237 prodotti medicinali in sviluppo.



Alessandro Sidoli, presidente della Assobiotech

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I prodotti biotech in sviluppo in Italia



La sanità integrativa, questa sconosciuta

Se gli italiani considerano in larga parte che la sanità sia un diritto (67%), non per questo ritengono che sia solo lo Stato a doverne occupare. Secondo i dati dell'indagine condotta dall'Osservatorio sanità di Unisalute, commissionata all'istituto Nextplora dalla compagnia del gruppo Unipol specializzata in assistenza e assicurazione sanitaria e realizzata su di un campione rappresentativo della popolazione italiana, il 71% degli italiani ritiene infatti che le aziende dovrebbero occuparsi maggiormente di problematiche legate al mondo della sanità e della salute dei propri dipendenti. In particolare, il 66% degli intervistati crede che le imprese dovrebbero predisporre misure in favore della tutela della salute dei lavoratori. Un ruolo attivo che permetterebbe di ridurre i costi sostenuti dal Sistema Sanitario Nazionale e che risponderebbe a un'aspettativa molto diffusa nel paese.

Tuttavia sembra che gli italiani non siano a conoscenza di ciò che già oggi hanno a disposizione. Il 72% degli intervistati non è infatti a conoscenza del fatto che all'interno dei contratti di lavoro sono previste delle coperture assicurative che coprono diverse tipologie di spese mediche. In particolare sono i lavoratori over 45 a essere poco informati (75%), mentre un intervistato su tre (36%) nella fascia tra i 25 e i 34 anni ne è a conoscenza.

Se si analizzano poi le risposte di coloro che hanno dichiarato di sapere che molti contratti includono questo benefit, la ricerca evidenzia come l'accesso alle informazioni sulla copertura medica assicurativa prevista dal contratto di lavoro firmato sia tutt'altro che uniforme. Il 57% ha infatti dichiarato di essere stato informato dalla propria azienda al momento della stipula del contratto, mentre il 43% ha letto personalmente se e quale tipo di tutela sanitaria il contratto prevedeva.

Sono in particolare i lavoratori del Centro Italia a dichiarare di essere stati informati dall'azienda stessa (72%) mentre sono quelli del Nord Ovest che sono risultati i più scrupolosi nel verificare direttamente quanto contenuto nel proprio contratto (58%).

—© Riproduzione riservata—



Un sito interattivo legato al **Ministero della Salute** La Federazione infermieri lancia il suo nuovo portale

Assistenza infermieristica e non solo, on line. Il sito della Federazione italiana degli infermieri si trasforma. Il nuovo portale (www.ipasvi.it) interattivo, in collaborazione con il **Ministero della Salute**, si rivolge agli iscritti all'IPASVI, federazione nazionale collegi infermieri ed ha una sezione rivolta ai cittadini (Click Salute, l'infermiere risponde e ABC Salute) per una comunicazione diretta. Inoltre fornisce informazioni educative ed accrescere la conoscenza di specifiche situazioni di interesse sanitario o medico. Il cittadino che si rivolge al portale potrà trovarvi informazioni ed indicazioni su come comportarsi in specifiche condizioni di salute.

Sono trattati, tra l'altro, temi in dossier dedicati con consigli pratici

come allattamento, lesioni da decubito, cateterismo venoso e vescicale, prevenzione infezioni, ecc.

L'ufficio stampa e comunicazione della Federazione è retto da Emma Martellotti di origini baresi, figlia d'arte. Il padre, dr. Armando, medico di successo a Bari.

“La figura dell'infermiere (oltre 390.000 in Italia di cui oltre 15.000 con formazione universitaria e laurea) – dice la presidente della Federazione, Annalisa Silvestro – si è sensibilmente evoluta nel tempo sia nella pratica quotidiana sia nella percezione comune, passando da un ruolo che veniva considerato “ancillare” ad una piena, autonoma e matura professionalità. Rispetto al passato c'è una maggiore offerta di infermieri italiani sul mercato del lavoro. Ciò

non significa che il problema della carenza sia risolto. Sono infatti diffuse situazioni nelle quali organici ridotti al minimo determinano, a loro volta, sovraccarichi di lavoro e disservizi. Ma molto spesso questo dipende dalla scelta di voler conservare modelli organizzativi ormai obsoleti, invece che puntare su soluzioni che valorizzino il ruolo della componente infermieristica nel sistema: riconoscere la centralità delle competenze infermieristiche significa poter rispondere ai bisogni del cittadino in termini di continuità assistenziale e di integrazione dei servizi sul territorio, significa poter riorganizzare l'ospedale per intensità di cura, etc.

Se ben attuati, questi principi rispondono anche al criterio della economicità e qualità del servizio”.

Infermieri 2010 per macroarea

Ripartizione Collegio	F	M	Ip 2010	Popolazione Istat 2010
Nord Ovest	85.842	14.257	100.099	16.016.223
Nord Est	69.424	12.379	81.803	11.570.346
Centro	63.721	17.008	80.729	11.872.330
Sud	60.143	28.120	88.263	14.166.033
Isole	26.702	14.050	40.752	6.715.396
Totale	305.832	85.814	391.646	60.340.328



Sanità

Terapia post-infarto Mezz'ora di ballo liscio tre volte alla settimana

MILANO — Il ballo, meglio se di coppia, fa bene al cuore. E' la scienza a dirlo: toccasana per la componente emotiva, ma anche per l'apparato cardiovascolare in quanto tale. Il liscio soprattutto. «Preserva il cuore e riabilita dopo un danno (infarto) e ne previene di nuovi», dice il cardiologo Marino Scherillo, presidente dell'Associazione medici cardiologi ospedalieri (Anmco). Scherillo è il promotore della campagna «Il valore della vita», per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica e coinvolgere i giovani: «ambasciatori» in famiglia dell'adozione di stili di vita corretti. «La consapevolezza del rischio cardiovascolare non deve riguardare solo gli anziani o coloro che sono affetti da altre malattie importanti, ma soprattutto i più giovani — spiega Scherillo —. Pochi sono coloro che, dopo un infarto, cambiano lo stile di vita: meno della metà corregge le proprie abitudini alimentari, appena 1 su 10 abbandona il fumo, il 70% resta sedentario». I giovani devono sapere e fare «scuola». Però palestra, bici, camminate, possono anche annoiare. Meglio allora il ballo in gradevole compagnia. E il dosaggio? Risponde Scherillo: «A scuola di ballo tre volte alla settimana per 30 minuti, o una volta alla settimana ma facendo poi attività fisica aerobica le altre due: cyclette, camminata a passo veloce, pilates... Previene infarti o ictus, ne evita di nuovi (il secondo infarto uccide più del primo)». Non solo. Il ballo è antidepressivo, mantiene giovani, contrasta osteoporosi e artriti, migliora libido e performance sessuali. La danzo-terapia è ormai scienza, suddivisa in specialità: tango terapia, valzer terapia, mambo terapia, cha cha cha terapia... Il liscio romagnolo è il preferito da Scherillo: «Si attiva la pompa venosa delle gambe, vengono stimolati ormoni chiave per il benessere, ossa e articolazioni si rigenerano». Una puntata dello show televisivo «Ballando con le stelle» potrebbe essere dedicata proprio alla prevenzione. Così come in Inghilterra, dove il programma Bbc «Salute in movimento» propone il ballo da sala come prevenzione e cura dell'osteoporosi. Curatrici la ballerina australiana Erin Boag e Juliet Compston, docente di osteologia presso la *School of Medicine* dell'università di Cambridge. «I movimenti del ballo sono multi-direzionali — spiega la Boag — e contribuiscono a migliorare la mobilità e la flessibilità delle articolazioni. E poi ballare è divertente a qualunque età». Il maestro di samba Tony (scuola nel centro di Milano, vicino al

consolato brasiliano) si allinea alla Boag. E sottolinea il ruolo della danza classica: «Dona equilibrio e stile, controllo di ogni parte del corpo, armonia». Il ballo è inoltre fondamentale per restare giovani. Ha una straordinaria capacità anti-invecchiamento sul piano fisico, emotivo e mentale (attiva anche le aree cerebrali della memoria). Al punto che negli Stati Uniti è oggi utilizzato come riabilitazione persino in patologie severe e invalidanti come il morbo di Parkinson. «Anche perché al movimento si abbina lo stimolo musicale», aggiunge Scherillo. Molti gli esempi nel mondo della danza di longevità in buona salute: Fred Astaire, morto a 88 anni; la sua partner Ginger Rogers, a 84. Stessa età raggiunta da Gene Kelly. Vagliato dalla scienza, il ballo è super promosso: allena in modo soft il cuore; abbassa la pressione arteriosa; è anti-stress; mantiene l'agilità articolare; previene l'osteoporosi; aumenta i riflessi; stimola sostanze rigeneranti muscoli e nervi. E, speciale *atout*, somma vantaggi emotivi, cognitivi e relazionali.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I benefici



Liscio

Preserva il cuore sano e lo riabilita dopo un infarto



Tango

Antidepressivo, preserva le articolazioni e migliora la libido



Samba

Attiva la pompa venosa, stimola ormoni chiave, anti-cellulite



Il documento

Opere supercostose, farmaci fuori mercato ecco gli 8 grandi sprechi della spesa pubblica

**I risultati della
commissione
Giarda, uno dei
quattro tavoli
di Tremonti**

**Due impiegati per
fare il lavoro di
uno, tecnologia
scarsa, troppi
centri decisionali**

ROBERTO PETRINI

ROMA — Otto aree di spreco. Otto buchi neri da cui è afflitta l'Azienda Italia. Emergono dal voluminoso documento della Commissione guidata da Piero Giarda, che è stato consegnato al ministro dell'Economia Tremonti, le indicazioni per la manovra da 40 miliardi che sarà varata a fine mese. Sanità, scuola, università, investimenti pubblici, i settori radiografati: la spesa cresce e i denari potrebbero essere utilizzati in modo più efficiente. Solo la dinamica delle pensioni sembra tenere nel decennio 2000-2009 dopo il boom del passato.

«Una tassonomia per gli interventi di governo della spesa pubblica», si intitola l'introduzione che dietro un linguaggio elegante, corroborato da una mole di dati e tabelle, mette nel mirino le aree di inefficienza e le falle della finanza pubblica italiana.

Gli sprechi del primo tipo riguardano le «applicazioni di un fattore produttivo in misura eccedente la quantità necessaria». Caso citato: due impiegati fanno un lavoro per cui uno solo sarebbe sufficiente. La seconda categoria di sprechi, individuata dalla Commissione, è il caso in cui lo Stato paga più del valore di mercato. Un esempio frequente? Lo stesso medicinale ha spesso un prezzo differente da Asl a Asl.

La terza area di spreco è senza appello: «Adozione di tecniche di produzione sbagliate e dunque produzione a costi superiori al costo necessario». La sentenza della Commissione non va per il sottile: lo Stato italiano ha la tendenza «inarrestabile» a utilizzare tecniche di produzione con molta manodopera e pochi macchinari. La quarta reprimenda, si collega alla terza: i servizi pubblici in Italia impiegano modi di produzione «antichi e chiaramente più inefficienti e costosi di quelli che avrebbero utilizzando tecnologie più avanzate e innovative». Un paese che procede come un dinosauro in Jurassic

Park.

Ma anche un paese dove la pubblica amministrazione non si parla - questa è la quinta area di spreco. L'esempio viene da sanità, istruzione e università. «L'esperienza mostra - sentenza il rapporto - che le decisioni di spesa su questi tre grandi e importanti comparti non prevedono il criterio di valutazione comparata dei benefici associati all'aumento o alla contrazione della spesa in un settore rispetto all'altro». Segnalano poca lungimiranza gli sprechi del «tipo 6» e del «tipo 7»: i benefici futuri non vengono rapportati ai costi come è avvenuto negli Anni Novanta con l'Alta velocità ferroviaria e non si conoscono la dinamica della spesa in termini reali in rapporto ai servizi prodotti.

Infine lo spreco dell'ottavo tipo che va a colpire al cuore il nostro sistema di Welfare: «Le politiche di sostegno dei redditi degli individui o delle famiglie bisognose possono generare disincentivi che riducono la crescita dell'economia e trasformano le condizioni temporanee di bisogno in condizioni permanenti di dipendenza». Un j'accuse all'assistenzialismo.

Se queste sono le linee guida di intervento, tre settori - sanità, scuola e università - vengono scandagliati a fondo. In primo piano la spesa sanitaria: tra il 2006 e il 2009 la spesa è cresciuta del 2,9% contro un incremento del Pil dello 0,8. Spicca la crescita del 14,1% della spesa per prodotti **farmaceutici**, e quella del 7,6% per l'acquisto di beni e servizi.

L'assegno che lo Stato ogni anno paga per l'istruzione scolastica è pari a 42 miliardi, in termini assoluti non è tra le più alte dell'area Ocse, ma se si guarda la spesa per il personale ci si accorge che assorbe l'81,5% del totale contro il 79,2 dei paesi maggiormente industrializzati. E in Italia gli studenti per classe sono meno che altrove: 21 nel nostro paese per la scuola secondaria, 23 in Inghilterra, 24,7 in Germania, 23,2 nella media Ocse.



I casi

- 1 PRODUTTIVITA'**
Nella pubblica amministrazione spesso due impiegati vengono utilizzati per fare un lavoro per il quale ne basterebbe uno soltanto
- 2 MEDICINALI**
Non è raro verificare come i prezzi dei farmaci varino da Asl a Asl. Lo Stato paga spesso più del valore di mercato i prodotti che acquista

- 3 TECNOLOGIA**
C'è la tendenza a utilizzare tra le diverse opzioni produttive quella con la più alta intensità di lavoro e a bassa tecnologia
- 4 METODI ANTICHI**
Molti servizi vengono prodotti dallo Stato con metodi antichi, inefficienti e quindi più costosi. Manca l'innovazione

- I casi
- 5 COORDINAMENTO**
Le spese per i tre principali servizi pubblici - salute, istruzione e università - vengono decise in modo autonomo e senza coordinamento
 - 6 INFRASTRUTTURE**
Come è accaduto per l'Alta velocità ferroviaria non si stimano i costi e benefici futuri degli investimenti fatti dal pubblico

- 7 SERVIZI PUBBLICI**
Non si conosce il trend del costo dei servizi pubblici e la dinamica della spesa futura al netto dell'inflazione
- 8 ASSISTENZIALISMO**
Le politiche di sostegno dei redditi corrono il rischio di trasformarsi in condizioni di dipendenza e frenare la crescita

La spesa per i consumi pubblici

Fonte: Commissione Glarda

Tra cui retribuzioni, contributi e acquisti di beni, quote in %

	2000	2009		2000	2009
Servizi generali	14,1	13,8	Abitazioni e assetto del territorio	2,3	2,2
Difesa	5,9	6,9	Sanità	30,7	33,8
Ordine pubblico e sicurezza	10,3	8,7	Attività ricreative, culturali, di culto	2,2	2,2
Affari economici	6,7	6,7	Istruzione	22,5	20,0
Protezione dell'ambiente	1,1	1,4	Protezione sociale	4,3	4,3

Come è cresciuta la spesa sanitaria Dati 2009

	in % sul Pil	var. % 2006-2009
37.188 Redditi lavoro dipendente	2,4	+0,7
27.344 Beni e servizi	1,8	+7,6
di cui 6.854 Prodotti farmaceutici	0,5	+14,1
41.066 Prestazioni sociali in natura	2,7	+2,1
di cui 11.010 Assistenza farmaceutica	0,7	-3,7
6.979 Medicina base	0,5	+5,6
23.077 Altro	1,5	+4,4
4.990 Altre prestazioni	0,3	+4,2

110.588 milioni di euro
in % sul Pil **7,3%**
var. % 2006-2009 **+2,9%**