

## Via libera al riparto per il 2014

È arrivato il via libera della Stato-Regioni al riparto dei 109,9 mld per il 2014. Manca soltanto il disco verde del Cipe. «Quote premiali» per 1,9 mld. (Servizio a pag. 6)

Via libera in Conferenza Stato-Regioni ai 109,9 miliardi tra quota indistinta e vincolata

# Intesa sul riparto Fsn 2014

Assegnati i fondi per gli obiettivi di Piano - "Premialità" da 1,9 mld

La Conferenza Stato-Regioni ha dato il via libera all'intesa sul riparto del Fondo sanitario nazionale 2014. La cifra complessiva ammonta in tutto a 109,928 miliardi tra quota indistinta di 105,775 miliardi e risorse vincolate. Agli obiettivi di Piano sanitario vanno 1,414 miliardi mentre le "quote premiali" assegnano alle Regioni in totale 1,923 miliardi.

Il riferimento per l'assegnazione dei fondi sono le tre Regioni benchmark Umbria, Emilia Romagna e Veneto, le stesse individuate ai fini del riparto 2013 e confermate dall'articolo 42, comma 14-bis del Dl 133/2014 convertito nella legge 164/2014 (la cosiddetta "sblocca-Italia"). In particolare, dopo aver calcolato il costo medio pro capite delle 3 Regioni benchmark rapportato alla popolazione pesata a dicembre 2013, si è moltiplicato lo stesso costo per la popolazione pesata di ciascuna Regione e Provincia autonoma, suddividendo i risultati per singoli Livelli essenziali di assistenza e determinando poi in proporzione i singoli sub-livelli (prevenzione, medicina di base, farmaceutica, specialistica, altra territoriale e ospedaliera), con le percentuali di ciascuno.

La popolazione pesata di ogni Regione continua quindi a rimanere un parametro di riferimento importante ai fini della determinazione della quota di accesso di ciascuna al fabbisogno sanitario nazionale standard 2014, ma quest'anno per tenere conto delle istanze presentate dalle Regioni più "giovani", Campania in testa, si è sottraccia tenuto conto anche del fattore deprivazione. Come dimostrano le cifre presenti nella tabella sulle quote premiali che nel complesso vanno ad assegnare 1,923 miliardi di euro.

Via libera, infine, alle risorse per l'attuazione degli Obiettivi di Piano sanitario nazionale: degli 1,4 miliardi disponibili, il 70% va a titolo di acconto, mentre il 30% è subordinato all'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni dei singoli progetti presentati dalle Regioni stesse. La mancata presentazione e approvazione dei progetti comporterà nell'anno di riferimento la mancata erogazione della quota residua del 30% e il recupero dell'anticipazione del 70% già erogato.

**B. Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Regioni	Prevenzione (finale)	Distrettuale	Ospedaliera	Totale indistinto ante mobilità	Totale indistinto post mobilità
Piemonte	384.638.761	3.991.676.602	3.481.142.933	7.857.458.296	7.831.271.875
Valle d'Aosta	11.144.741	114.329.031	96.843.017	224.316.790	214.669.749
Lombardia	864.251.163	8.818.571.357	7.605.626.717	17.288.449.236	17.822.409.503
Bolzano	44.665.054	446.618.594	381.261.002	872.544.650	890.761.555
Trento	46.458.931	470.672.936	404.651.640	921.783.506	904.953.905
Veneto	426.937.970	4.356.231.733	3.754.436.587	8.537.606.291	8.612.962.833
Friuli	106.589.771	1.110.899.159	969.438.718	2.186.927.649	2.220.371.521
Liguria	138.083.969	1.464.621.941	1.295.385.708	2.898.091.618	2.846.321.835
Emilia Romagna	385.405.789	3.976.273.875	3.461.353.772	7.823.033.436	8.151.011.134
Toscana	325.154.654	3.379.782.551	2.952.040.601	6.656.977.806	6.808.192.261
Umbria	77.738.017	805.935.613	704.157.934	1.587.831.564	1.591.126.886
Marche	134.625.362	1.389.667.084	1.211.556.816	2.735.849.262	2.689.703.329
Lazio	508.647.905	5.166.227.094	4.440.828.493	10.115.703.492	9.914.128.033
Abruzzo	115.608.656	1.186.197.525	1.028.501.544	2.330.307.726	2.259.592.545
Molise	27.279.399	281.161.706	244.552.251	552.993.356	578.715.480
Campania	508.266.468	5.035.334.443	4.262.535.846	9.806.136.758	9.535.733.714
Puglia	354.339.951	3.574.964.189	3.061.126.723	6.990.430.863	6.803.165.664
Basilicata	50.119.402	511.018.716	441.227.815	1.002.365.933	963.569.770
Calabria	171.520.748	1.730.586.191	1.484.491.235	3.286.648.173	3.134.961.320
Sicilia	441.333.756	4.438.829.912	3.800.342.152	8.680.505.820	8.518.824.087
Sardegna	144.195.671	1.474.689.547	1.267.041.226	2.885.926.442	2.815.362.668
B. Gesù	-	-	-	-	194.527.432
Acismom	-	-	-	-	39.551.689
<b>Totale</b>	<b>5.267.056.136</b>	<b>53.724.289.799</b>	<b>46.350.542.732</b>	<b>105.341.888.667</b>	<b>105.341.888.666</b>

### HEALTH AT A GLANCE 2014

## Diminuisce la spesa sanitaria

Calava ancora in Italia la spesa sanitaria. Dal report Ocse "Health at a Glance-Europe 2014", emerge come l'Italia sia seconda solo alla Spagna per speranza di vita, giunta a 82,4 anni nel 2012 (la media è 79,2 anni). Merito della qualità dell'assistenza sanitaria che nell'ultimo decennio ha ridotto ai livelli più bassi in Europa, a esempio, la mortalità post-ictus o infarto. È migliorata anche la gestione di condizioni croniche quali l'asma e il diabete.

Nel 2012 l'Italia ha speso il 9,2% del Pil in assistenza sanitaria, più della media Ocse (8,7%) ma meno rispetto ai Paesi al top: Olanda (11,8%), Francia (11,6%) e Germania (11,3%). La spesa pro capite è di 2.409 euro contro la media di 2.193 euro e contro i 3.829 euro dell'Olanda o i 3.613 della Germania. La spesa pro capite è scesa dell'1,1% negli anni della crisi, con una flessione superiore alla media Ue (-0,6%). La spesa per i farmaci è all'1,5% del Pil (in linea con la media Ue 25) ed è pari a 386 euro pro capite, un po' più della media europea (360), ma ben al di sotto dei 550 del Belgio e dei 500 di Irlanda e Germania.



Quote premiali	
Regioni	Importo
Piemonte	135.986.985
Valle d'Aosta	976.514
Lombardia	267.161.976
Pa Bolzano	14.429.491
Pa Trento	7.076.905
Veneto	158.490.057
Friuli V.G.	16.252.089
Liguria	136.956.407
Emilia R.	104.441.903
Toscana	97.569.201
Umbria	42.814.359
Marche	80.373.985
Lazio	35.555.657
Abruzzo	58.736.820
Molise	17.684.742
Campania	322.122.702
Puglia	153.177.305
Basilicata	40.608.857
Calabria	87.082.344
Sicilia	121.494.726
Sardegna	24.746.974
<b>Totale</b>	<b>1.923.740.000</b>

Gli obiettivi di Piano sanitario nazionale			
Regioni	Totale risorse	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
Piemonte	116.020.559	81.214.391	34.806.168
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	260.800.491	182.560.344	78.240.147
Bolzano	-	-	-
Trento	-	-	-
Veneto	128.834.393	90.184.075	38.650.318
Friuli	-	-	-
Liguria	41.628.592	29.140.014	12.488.578
Emilia R.	116.270.445	81.389.311	34.881.133
Toscana	98.074.418	68.652.093	29.422.326
Umbria	23.449.458	16.414.621	7.034.837
Marche	40.613.961	28.429.772	12.184.188
Lazio	153.510.033	107.457.023	46.053.010
Abruzzo	34.881.991	24.417.394	10.464.597
Molise	8.229.938	5.760.956	2.468.981
Campania	153.497.324	107.448.127	46.049.197
Puglia	106.958.881	74.871.217	32.087.664
Basilicata	15.124.702	10.587.291	4.537.411
Calabria	51.790.175	36.253.123	15.537.053
Sicilia *	64.666.208	45.266.345	19.399.862
Sardegna	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>1.414.351.568</b>	<b>990.046.098</b>	<b>424.305.470</b>

(\*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della Regione ex comma 830 della legge 296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla Regione siciliana ammonta a 62.404.352 €, mentre la quota a carico dello Stato ammonta a 64.666.208 €.

Lunedì 08 DICEMBRE 2014

## **Rapporto Istat. Stipendi Ssn. Dal 2010 una perdita "secca" di 1.000 euro in busta paga. E in quattro anni "bruciati" 22.800 posti di lavoro**

***L'ultimo report sui conti economici delle Amministrazioni pubbliche conferma il calo degli stipendi (al netto dell'inflazione) di tutta la Pa dall'inizio del blocco dei contratti. Ma per la sanità il conto è più salato. La media della PA registra infatti una perdita di "soli" 583 euro annui dal 2010 al 2013, quasi la metà di quella subita dagli operatori sanitari. Pesanti anche gli effetti del blocco del turn over: in 4 anni perso il 3,28% della forza lavoro del Ssn. [LE TAVOLE](#).***

L'Istat ha pubblicato i conti economici annuali delle Amministrazioni pubbliche. Tra questi anche i dati relativi alle unità di personale e ai redditi del personale della sanità pubblica. Due dati saltano subito agli occhi: il calo delle unità di personale e quello dei redditi lordi.

Partendo dal 2010, primo anno di blocco dei contratti e degli scatti e del perdurare del turn over, si registra infatti un calo complessivo di unità di personale in tutta la PA del 3,9% pari a circa 138mila lavoratori (che sono così passati dai 3.510.200 del 2010 ai 3.372.100 dell'anno scorso) e anche delle retribuzioni annue lorde procapite medie (al netto dei contributi sociali a carico del datore di lavoro), passate dai 34.662 euro del 2010 ai 34.079 del 2013, con una perdita di 583 euro annui.

**E la sanità?** Nel 2010 risultavano 695.100 dipendenti in Asl, ospedali, Irccs e policlinici universitari che sono scesi a 672.900 nel 2013, con una perdita del 3,28%, pari a 22.800 posti di lavoro.

Sul piano delle unità di personale la sanità, quindi, perde poco meno della media degli altri comparti in percentuale, ma perde molto di più sul piano delle retribuzioni. Pur mantenendo una media retributiva superiore a quella del comparto della PA (in sanità la retribuzione lorda ha oscillato dai 40.961 euro del 2010 ai 39.368 euro del 2013) la perdita secca procapite nel confronto tra i due anni è infatti di circa 1.000 euro (per la precisione 998), quasi il doppio di quella del complesso della PA.

Da considerare, infine, che questi calcoli non tengono conto della perdita di valore d'acquisto legata all'andamento dell'inflazione che, se è pur vero che sia molto calata nell'ultimo periodo, ha comunque pesato per l'1,5% nel 2010, il 2,8% nel 2011, il 3% nel 2012 e l'1,2% nel 2013. Indici che comportano inevitabilmente un innalzamento della perdita reale del valore delle retribuzioni per i 672.900 operatori (rimasti) del Ssn.

***Nota: I dati riportati nell'articolo sono frutto di elaborazioni di Quotidiano Sanità su dati Istat***



09/12/2014

## Censis: italiani sempre più diseguali



Le manovre sulla sanità, la spending review e i Piani di rientro nelle Regioni hanno contribuito all'ampliamento delle vecchie disparità e alla creazione di nuovi gap nelle opportunità di cura. Il 50,2% degli italiani è convinto che tali politiche di contenimento abbiano aumentato le disuguaglianze». Al capitolo su "Il sistema di welfare" il 48° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese, presentato oggi a Roma, accende i riflettori sull'aggravarsi delle disparità tra gli abitanti di questo Paese "lungo e stretto", già minati da gap antichi ma particolarmente prostrati, ora, dai rimedi anti-crisi adottati negli ultimi anni. Tanto che il 48% degli intervistati indica tra i fattori più importanti, in caso di malattia, il denaro che si ha a disposizione per curarsi. Ma la funzione di ombrello che è propria del Ssn, è opinione di tutti, tanto più dev'essere preservata: per l'86,7% del campione è fondamentale per garantire salute e benessere. Sfida sempre più ardua: tanto che la crescita degli esborsi out of pocket per la salute si è arrestata nell'ultimo anno solo per l'esigenza di far fronte ad altre necessità.

Disorientati, come del resto sono rispetto al quadro complessivo del Paese e delle relazioni con le istituzioni e con la politica nazionale - nel pieno di una «profonda crisi della cultura sistemica» - il 41,7% degli italiani cercano in internet lumi sulla salute. Con effetti quasi sempre negativi dal punto di vista del rapporto medico-paziente: «Non di rado le informazioni reperite online vengono chiamate in causa al momento del confronto diretto con il medico e utilizzate - si legge nel rapporto - per discutere e confrontarsi sui risultati, ma anche per contestare al medico l'esattezza della sua diagnosi. In aumento è anche il ricorso a forum e blog per discutere di questioni sanitarie». Si cercano informazioni sul web principalmente per «capire meglio» quanto detto dal camice bianco nel 58% dei casi; e nel 55,3% per verificarne diagnosi e indicazioni. Come dire che l'alleanza terapeutica si sta incrinando. Sfiducia a parte, la sovra esposizione a un numero alto di contenuti non sempre correttamente veicolati e facilmente comprensibili determina «un'alterazione della percezione» sul proprio livello di conoscenze. Fenomeno già evidenziato dal Censis nel recente passato e di cui è emblematico lo svarione dei pazienti con fibrillazione

atriale, di cui solo il 58,8% ha correttamente definito l'ictus come malattia del cervello.

Altro campanello d'allarme suonato dal report, la bassa natalità. Si abbassa il numero delle donne in età fertile, certo. Ma a pesare oggi sono gli indicatori di precarietà lavorativa, che non a caso incidono maggiormente al Sud. Dove il tasso di disoccupazione per i 25-34enni sfiora il 30% e dove quello femminile è pari al 21,5% contro il 9,5% del Nord. È la crisi, bellezza. E se non si pone riparo al rischio scissione tra welfare e popolazione giovanile, anch'esso denunciato da quest'ultimo rapporto Censis, ci seppellirà.

<http://www.sindacatomedicaliani.it/smi/?content=AKS20141205120704>

# Se si spezza il segreto sulle donne che non riconoscono i loro figli

Protesta contro la legge che potrebbe togliere l'anonimato

<p><b>90.000</b> «sconosciute» Le donne italiane che dal 1950 ad oggi hanno partorito avvalendosi del diritto alla segretezza</p>	<p><b>100</b> anni Lo Stato riconosce il diritto alla segretezza del parto (l'identità della madre) per 100 anni</p>	<p><b>40.000</b> coppie Sono oltre 40 mila le coppie idonee per l'adozione. I bambini in attesa di nuovi genitori sono 2300</p>
---	--	---



**P**ronto chi parla?». «Sono tuo figlio». Scene di un passato che riappare con un colpo di telefono o lo squillo di un campanello. Il Parlamento sta per dare il via libera alla ricerca delle donne che «in anonimato» hanno messo al mondo bimbi. In ballo questioni pesanti: la tutela del segreto del parto, la difesa della salute delle donne, il futuro dei bambini non riconosciuti. Dietro i principi, 90mila italiane che dal 1950 ad oggi hanno partorito avvalendosi del diritto alla segretezza, che potrebbe avere i giorni contati. Una bufera in arrivo.

In pratica, all'altro capo del telefono potrebbe esserci presto una persona che, a distanza di anni, vuol conoscere chi gli ha dato la vita. «Mamme segrete» vissute finora nella certezza che nessuno lo avrebbe saputo. La legge, infatti, consente di partorire in ospedale, garantendo le cure sanitarie per sé e per il nascituro, anche nel caso in cui decida di non diventarne formalmente la mamma. Così il neonato viene subito dichiarato adottabile e immediatamente inserito in una famiglia adottiva.

Lo Stato le riconosce il diritto alla segretezza del parto: per 100 anni nessuno potrà conoscerne l'identità. Ma nel dicembre 2013 una sentenza della Consulta ha dichiarato illegittima la norma nella parte in cui non consente di verificare in seguito la volontà delle donne di restare anonime. Sono state presentate alla Camera varie proposte di legge, oggi in discussione alla commissione Giustizia che le ha unificate attraverso l'elaborazione di un testo base. Protesta Donata Nova Micucci, presidente dell'Associazione delle famiglie adottive e affidatarie (Anfaa): «La procedura di accesso all'identità della partoriente, nella formulazione del testo base, prevede che il tribunale, su richiesta dei non riconosciuti alla nascita, si attivi per rintracciare la donna». Un dolore che esplose di nuovo.

E ciò «senza formalità», cioè senza garanzia del rispetto del suo anonimato. Avendo effetto retroattivo, la nuova norma (se approvata) avrebbe «conseguenze gravi ed irreversibili sul oltre 90mila donne». Per l'Anfaa «il Parlamento non può tradire l'impegno assunto». Ricercare a distanza di decenni queste donne, in mancanza di una loro preventiva rinuncia all'anonimato, mette in pericolo la serenità della vita che, sicure della segretezza garantita, si sono costruite, con gravi ripercussioni su di loro e sui loro familiari, spesso ignari

di quanto avvenuto in passato.

«Nei confronti delle donne che hanno deciso di non riconoscere il loro nato, nessuno può permettersi di dare giudizi: si tratta di scelte dolorose e sofferte, che tutti dobbiamo rispettare, compresi, per primi gli individui cui hanno dato la vita», sostiene Donata Nova Micucci. Ad allarmare le famiglie adottive e affidatarie sono anche le conseguenze che la nuova norma potrà avere sulle gestanti che in futuro volessero non riconoscere il proprio nascituro. «Lo faranno sapendo che, senza il loro preventivo consenso, potranno essere rintracciate dopo 20 o 30 anni o più? Che ne sarà dei loro piccoli? - si chiede Nova Micucci -. Queste gestanti non andranno più a partorire in ospedale, non avendo garanzie sulla segretezza del parto e aumenteranno gli infanticidi e gli abbandoni dei neonati. Un patto del silenzio.

Un'alleanza infranta con «soggetti deboli», donne spesso giovanissime o vittime di stupri o violenze. Lo Stato si è impegnato a tutelarle e ora «il Parlamento, non può tradire quell'impegno». L'Anfaa, insieme ad altre fondazioni, associazioni e onlus raccoglie firme per la «difesa del segreto del parto, della salute delle donne e del futuro dei bambini non riconosciuti». Diritto all'oblio rispetto a un passato che riappare all'improvviso. Salvaguardia di una «intesa» tra lo Stato e le partorienti di ieri, di oggi e di domani.



«Lo Stato tradisce  
la sua promessa  
Le nostre nuove vite  
saranno distrutte»

**3** **domande  
a**  
**Una madre  
«nascosta»**

Rita, 48 anni, è una «madre segreta» da quando, sedicenne, decise di non riconoscere il neonato.

**Che cosa può cambiare ora?**

«Ho alle spalle un passato doloroso e sono certa che non sarei in grado di riviverlo. Dopo tanto tempo quella ferita è stata riaperta dalla Corte costituzionale che ha accolto l'istanza per smantellare il parto segreto. Quando ho letto la notizia credo il mio mondo si è dissolto in un attimo: ho guardato i miei familiari, ignari, e ho visto la fine della vita che con fatica mi sono costruita e guadagnata. Non ho la forza di raccontare tutto alla mia famiglia attuale, non lo posso immaginare, mi sento morire e nell'attesa di questa condanna, io mi sento morire piano piano»

**Lo Stato «si rimangia» un patto con vittime di violenze, stupri e scelte dolorose?**

«Sì. Che Dio mi perdoni se a volte vorrei farla finita, anche

se poi non so se ne avrei il coraggio. La mia vita ormai dipende dal legislatore. È una violenza contro noi madri segrete e contro la civiltà cancellare con un tratto di penna il parto anonimo. Quelle come me non possono palesarsi, non possono parlare ai dibattiti, devono solo aspettare».

**Quali sono le conseguenze?**

«Ho cominciato a vivere nel terrore che un giorno arrivi a casa una raccomandata che mi obblighi a presentarmi in tribunale, come una malvivente. Ho il timore di dover ripercorrere quella esperienza terribile. Io ho la certezza che non riuscirò a sopportare tutto questo. Uno Stato non può tradire in questo modo un patto stipulato che mi ha portato a fare questa scelta, anche se imposta, che mi ha permesso di non abortire. Sono disperata all'idea di poter fare soffrire i miei cari. Spero anche che la creatura che ho messo al mondo e per la quale prego sempre (sono aiutata da un padre spirituale) sia serena, considerando le sue origini, quelle delle persone che lo hanno adottato, loro sono i veri genitori. Rivivo l'incubo di ieri e ciò non è giusto». [GIA.GAL.]



**> CAMICI & FIGIAMI** PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

## IL COSTO DEI FARMACI E L'ARROGANZA DELL'INDUSTRIA

**L'EPATITE C** è causa del 28% delle cirrosi e del 26% dei casi di cancro del fegato. Mille dollari a pastiglia servono per guarire, ma ce ne vogliono un'ottantina. Se vi sembra poco son diecimila euro al mese per otto mesi! I produttori hanno calcolato quel prezzo non sulla base di spese sostenute per realizzare il brevetto, ma sui costi odierni del servizio sanitario pubblico per curare le persone HCV positive. La questione, secondo il ministro **Lorenzin**, si risolve con un fondo speciale, danaro che dalle tasche del contribuente passa a quelle dell'industriale. Ricatto e risposta sono criticabili. I miliardi in gioco sono così tanti che farmaci prodotti in violazione del brevetto saranno disponibili, come ovvia conseguenza. Eticamente ingiusto escludere i poveri dalle cure, ma intollerabile che il SSN paghi mille euro a pillola. Non nascondo, perciò, una simpatia per chi, infrangendo il brevetto, curerà la povera gente che non se lo può permettere.

*camici.pigiami@gmail.com*





# COSÌ LA NIGERIA HA VINTO EBOLA

AKWE AMOSU\*  
MUHAMMED MUSTAPHA LECKY\*\*

**Q**uando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato che la Nigeria era riuscita a debellare il virus Ebola all'interno del suo territorio, il mondo ha applaudito. Pochi, però, hanno notato una pietra miliare ancora più importante in materia sanitaria per il paese più popoloso dell'Africa: la promulgazione di una nuova legge nazionale di salute pubblica, che ora attende la firma del presidente Goodluck Jonathan.

Se il progetto diventerà legge potrebbe trasformare il sistema sanitario della Nigeria, fornendo un modello per gli altri Paesi dell'Africa occidentale che cercano di fare tesoro della lezione impartita dall'epidemia di Ebola e di fornire assistenza sanitaria a tutti i loro cittadini. Jonathan è in corsa per la rielezione, a febbraio. La firma del disegno di legge dimostrerebbe il suo impegno per migliorare i servizi sanitari per i nigeriani e aprire la strada a chi volesse seguirne l'esempio.

Ebola è apparso in Nigeria a luglio, quando un viaggiatore infetto è arrivato a Lagos dalla Liberia. Le conseguenze di una epidemia su vasta scala tra i 22 milioni di abitanti della città più grande dell'Africa sarebbero potuto essere catastrofiche.

Le autorità, invece, hanno agito rapidamente, isolando i pazienti e monitorando i loro contatti per 21 giorni. Hanno sottoposto a esami i viaggiatori in entrata e hanno condotto una grande campagna di informazione pubblica per spiegare ai cittadini come contenere l'epidemia. Ad agosto il virus si è diffuso a Port Harcourt nella parte orientale del Paese, ma anche lì è stato rapidamente messo sotto controllo. La forte leadership di Jonathan e il forte sostegno da parte dei leader di due Stati nigeriani chiave direttamente colpiti da Ebola, sono stati determinanti nel prevenire la propagazione della malattia.

La riforma sanitaria nazionale in attesa dell'approvazione di Jonathan mostra come potrebbe operare un sistema sanitario più strutturato. Riconosce il diritto di tutti i nigeriani a un livello minimo di servizi, e intende istituire un sistema nazionale con strutture di sostegno dal governo federale fino ai villaggi e ai casolari locali. L'infrastruttura è organizzata attorno al già esistente Consiglio nazionale della sanità e sarebbe finanziata da una sovvenzione annuale dell'1% dal Fondo ricavi consolidati del governo federale e da contributi degli enti statali e locali.

Circa il 50% dei fondi sarà speso per un'assicurazione sanitaria nazionale allargata e rivitalizzata. Un altro 20% sarà ripartito tra farmaci essenziali, medicazioni e materiali di consumo; un 15% è destinato alle strutture, ai laboratori di ricerca e al trasporto; 10% andrebbe al personale; e il 5% ai servizi di emergenza.

Il disegno di legge garantisce un'assistenza sanitaria di base per tutti i nigeriani, e richiede la generale accettazione degli incidenti e di altri casi di emergenza da parte di tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private. Le donne incinte, gli anziani, i disabili e tutti i bambini al di sotto dei cinque anni avrebbero diritto all'assistenza sanitaria gratuita.

La legislazione stabilisce parametri nazionali per i servizi, la cura e il trattamento, e il coordinamento obbligatorio con il sistema sanitario privato, compresi gli operatori sanitari tradizionali e alternativi. Autorizza inoltre il ministro della Sanità a risolvere, con un provvedimento d'urgenza - ogni minaccia che coinvolga il settore sanitario nigeriano - e a tagliare l'uso dei fondi pubblici da parte di pubblici ufficiali nigeriani e funzionari pubblici in cerca di cure all'estero.

Infine, il disegno di legge prevede una ricerca sullo stato di salute del Paese. La raccolta e l'analisi dei dati rilevanti è di vitale importanza poiché il Paese si sforza di raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio stabiliti nel 2000, in particolare gli obiettivi per migliorare la salute materna e ridurre la mortalità neonatale e infantile.

Sono obiettivi ambiziosi, e la Nigeria parte da un sistema sanitario inadeguato. Ma il paese ha dimostrato di avere la capacità di ottenere risultati impressionanti quando una leadership efficace mobilita le sue istituzioni amministrative e mediche. La Nigeria ha affrontato un avversario potenzialmente devastante - il virus Ebola - e ha vinto.

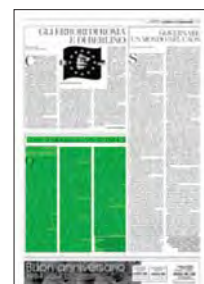
Ma c'è poco tempo. Il termine ultimo per firmare il disegno di legge si avvicina rapidamente. Jonathan ha una grande opportunità per dimostrare che la Nigeria andrà oltre la sua battaglia contro Ebola e trasformerà l'assistenza sanitaria per l'intero Paese. Ciò rappresenterebbe un contributo straordinario per il suo attuale mandato; infatti, la firma del disegno di legge dimostrerebbe quel ruolo guida che pochi dei suoi predecessori hanno avuto.

\*Direttore Regionale per l'Africa della  
Open Society Foundations.

\*\*Segretario esecutivo alla Health  
Reform Foundation of Nigeria (Herfon)

Copyright: Project Syndicate, 2014.

www.project-syndicate.org  
traduzione di Carla Reschia



# La medicina (sbagliata) che viene dal web

di Chiara Daina

Un problema di salute può mandarci nel pallone. In questo caso un italiano su due si rivolge al web in cerca di aiuto. È il risultato dell'ultima indagine di *Dottori.it*, il portale che riunisce i medici specialisti italiani, e l'istituto di ricerca Demoskopoea. Un atteggiamento imprudente, denunciano i camici bianchi. Su un campione di 37 milioni di individui tra 18 e 65 anni, quasi la metà (il 49,1%) ha ammesso di consultare la rete per capire sintomi e trovare soluzioni. E nel 2014 il 22,4% degli intervistati lo ha fatto almeno una volta al mese. Un dato preoccupante, registrato in particolare tra i laureati nella fascia di età compresa tra i 25 e i 34 anni di età. Ma internet non è la bocca della verità, soprattutto quando entra in gioco il nostro benessere. "È senz'altro la più grande fonte di informazioni che l'uomo ha a sua disposizione. Ma quando si parla di medicina e della propria salute, può essere pericoloso utilizzarlo al posto di un dottore - avverte Vito Ciardo, general manager di *Dottori.it* -. Rivolgersi al proprio medico di base o a uno specialista rimane l'unica cosa giusta da fare e la rete può essere lo strumento giusto per rintracciare il professionista più competente. Anche i medici ormai si stanno mettendo al passo coi tempi per creare un contatto immediato con i loro pazienti".

**AL WEB**, purtroppo, si chiede di tutto. Al primo posto, ci sono le domande sui problemi alimentari (42,7%). Quante volte vi sarà capitato, anche solo

per curiosità, di digitare sulla tastiera del pc: "Come faccio a dimagrire prima dell'estate?", oppure "Soffro di bruciori allo stomaco, quale dieta mi consigliate?", "Ho l'acne, è colpa dei salumi?", "Non digerisco bene, evito il latte?", "Mia figlia è anoressica, cosa faccio?", eccetera. Seconde in classifica, le ricerche sulle malattie dermatologiche (39,7%). Il rischio però è che se vi spuntano delle macchie rosse o color latte, dermatiti, gonfiori, voi non ci capite niente, confondete i contorni e magari finite con il convincervi di avere un tumore alla pelle. Meglio, anche qui, fissare un appuntamento con il medico specialista. Le questioni di sesso e i disturbi dell'apparato riproduttivo (28,5%) conquistano la terza posizione. Protagoniste le donne. Significa che c'è ancora imbarazzo nel parlare davanti al medico. E forse, troppa ignoranza. Seguono le richieste di informazioni sulle allergie (soprattutto da parte degli uomini, il 45%). La maggior parte cerca risposte online per sé (87,6%). Meno quelli che lo fanno per il partner. Quando si tratta dei figli, invece, i genitori preferiscono prenotare una visita dal medico (solo il 19,6% si lascia tentare dalle risposte online).

Un altro errore diffuso è la prescrizione fai da te dei farmaci che hanno l'obbligo di prescrizione medica. Interessa un italiano su quattro. Nell'ordine si assumono senza controllo: antidolorifici, antibiotici, antistaminici, antipiretici. Meno frequentemente gli psicofarmaci.



A sinistra, la home page del sito dottori.it. A destra, una farmacia Ansa



LE STRATEGIE POSSIBILI PER PUNTELLARE IL SSN E CONTRASTARE IL PEGGIORAMENTO DEGLI INDICATORI DI SALUTE MENTALE E FISICA

## Un Libro bianco richiama all'azione ministeri e Regioni

DI GIUSEPPE COSTA \*

Il tema dei determinanti sociali di salute è diventato prioritario nell'agenda europea degli ultimi dieci anni e l'Italia ne ha recepito l'importanza in due atti di indirizzo importanti per la programmazione sanitaria: il finanziamento vincolato agli obiettivi di Piano sanitario nazionale e la proposta di nuovo Piano nazionale di prevenzione. Questi due atti stimolano il ministero e le Regioni a chiedersi cosa può fare il Ssn per ridurre le disuguaglianze di salute. A partire da tali premesse, è stato realizzato il Libro bianco per iniziativa del Gruppo interregionale Ess - Equità nella Salute e nella Sanità della Commissione Salute delle Regioni, coordinato dalla Regione Piemonte. Tale iniziativa si sviluppa in accordo con gli obiettivi di contrasto alle disuguaglianze di salute previsti dal Progetto interregionale 2013-15 dell'Inmp.

Si parla di equità nella salute perché rimangono importanti disuguaglianze di salute anche in Italia. Povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, lavoro poco qualificato, basso titolo di studio sono tutti fattori, spesso correlati un l'altro, che minacciano la salute degli individui. Numerosi studi pubblicati negli ultimi 20 anni hanno dimostrato che in tutta Europa i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima. Mano a mano che si risale lungo la scala sociale questi stessi indicatori di salute migliorano, secondo quella che viene chiamata la legge del gradiente sociale.

A esempio, tra gli uomini in Italia negli anni Duemila si osservano più di 5 anni di svantaggio nella speranza di vita tra chi è rimasto in una posizione di operario non qualificato rispetto a chi è approdato a una posizione di dirigente, con aspettative di vita progressivamente crescenti salendo lungo la scala sociale. Il rischio di morire cresce regolarmente con l'abbassarsi del titolo di studio; tra gli uomini fatto uguale a uno il rischio di un laureato, la mortalità cresce del 16% nel caso della maturità, del 46% nelle medie e del 78% nelle elementari. Questo fenomeno si ripete anche tra le donne e riguarda tutti gli indicatori di salute: ammalarsi, restare a lungo con la malattia e con le sue conseguenze, finire male a causa della malattia.

Inoltre le disuguaglianze di salute sono di intensità variabile. Studi sull'andamento temporale hanno mostrato come le disuguaglianze in Europa si stiano riducendo in senso assoluto (i più poveri hanno beneficiato di una riduzione di mortalità più alta di quella dei più ricchi, partendo da una condizione più svantaggiata) e si stanno allargando in senso relativo (aumenta il rapporto tra rischio di morte dei più poveri

rispetto a quello dei più ricchi). Da un punto di vista geografico in Europa si osservano disuguaglianze più moderate nei Paesi mediterranei, intermedie nell'Europa continentale e del Nord e molto più intense nell'Europa dell'Est; mentre in Italia esse sono più intense nelle Regioni del Sud che in quelle del Nord. Disuguaglianze di salute variabili nel tempo e nello spazio ci dicono che c'è qualcuno che ha saputo far meglio di qualcun altro, cioè che esse sono evitabili.

Se in Italia come negli altri Paesi europei con un colpo di bacchetta magica si potessero eliminare le disuguaglianze di mortalità tra le persone più istruite e quelle meno istruite si stima che si verificherebbe un possibile risparmio di più del 25% delle morti tra gli uomini e più del 10% tra le donne; la stessa cosa capita tra ricchi e poveri o tra operai e dirigenti. Si tratta, a parte ovviamente l'età, del singolo fattore che da solo spiega di più le variazioni di salute nella popolazione.

Oltre che per questo importante impatto sulla mortalità e la morbosità, ci sono altre buone ragioni per doversi occupare di queste disuguaglianze di salute così rilevanti. La prima è che, come abbiamo visto, esse sono ingiuste perché stanno sistematicamente a svantaggio dei gruppi sociali più sfavoriti e perché contemporaneamente sono anche evitabili, almeno in parte. Inoltre esse sono anche inefficienti per il Paese, perché rappresentano un freno allo sviluppo sociale ed economico, in quanto presuppongono l'uscita precoce dal mercato del lavoro di individui altrimenti produttivi, un maggior costo a carico del servizio sanitario, delle politiche assistenziali e del welfare, così come una ragione di minore coesione sociale, con un impatto complessivo stimato intorno al 10% del Pil. Se si potesse intervenire sui meccanismi che generano queste disuguaglianze fino a eliminarle si potrebbero guadagnare notevoli miglioramenti di salute, a esempio riduzioni della mortalità che arrivano fino al 50% tra i giovani adulti maschi.

**Sappiamo da dove nascono e come si possono contrastare le disuguaglianze di salute.** La salute è un bene sociale la cui tutela non dovrebbe dipendere unicamente dal Ssn, ma dall'impegno di tutti i settori che possono avere un impatto sulla distribuzione dei determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini e della comunità, come richiesto dalla dichiarazione di Roma del 18/12/2007 dei ministri europei della Sanità per la strategia Salute in tutte le Politiche. I livelli di salute rilevabili in una società infatti (e la loro distribuzione tra gruppi sociali) non dipendono unicamente dalla capacità dei servizi sanitari di provvedere alla cura o alla prevenzione delle malattie, ma anche dalle scelte delle istituzioni a capo delle politiche che producono e distribuiscono

opportunità e risorse in un territorio (e quindi a esempio di quelle economiche, fiscali, ambientali, culturali, urbanistiche, del lavoro, dell'istruzione e così via), e di tutti gli stakeholder che operano in questi settori. Per ridurre le conseguenze delle disuguaglianze sociali sulla salute occorre quindi intervenire con azioni e politiche, sanitarie e non, capaci di interrompere i vari meccanismi che le innescano. In particolare i meccanismi principali di origine delle disuguaglianze di salute che devono essere intercettati con le azioni sono i seguenti:

1. il contesto economico e sociale e le politiche di sviluppo e welfare sono i principali corresponsabili della posizione sociale a cui ogni persona approda nella sua vita: dalla posizione sociale dipende il grado di controllo che la persona ha sulla propria vita che è garantita da quei determinanti sociali, le risorse materiali, di status e di aiuto, che servono a condurre una vita dignitosa e corrispondente alle aspettative;

2. a sua volta la posizione sociale influenza la probabilità di essere esposto ai principali fattori di salute fisica e mentale, tra i quali: a. i fattori di rischio dell'ambiente sociale e fisico che caratterizzano le condizioni e gli ambienti di vita e di lavoro; b. i fattori di rischio psicosociali, ovvero lo squilibrio tra quello che si esige da una persona e il grado di controllo, remunerazione e supporto di cui il soggetto fa esperienza nelle quotidiane condizioni di vita e di lavoro; c. gli stili di vita insalubri, come il fumo, l'alcool, l'obesità, l'inattività fisica, la cattiva alimentazione, il sesso non protetto; d. le limitazioni all'accesso alle cure appropriate;

3. inoltre la posizione sociale influenza anche la vulnerabilità agli effetti sfavorevoli sulla salute dei suddetti fattori di rischio; in molti casi le persone di bassa posizione sociale esposte allo stesso fattore di rischio manifestano effetti sfavorevoli sulla salute più severi di quanto non succeda alle persone di alta posizione sociale;

4. infine, i gruppi più svantaggiati hanno meno risorse per far fronte o prevenire le conseguenze sociali dell'esperienza di malattia (si pensi al rischio di impoverimento per le spese sanitarie o di difficoltà di carriera lavorativa in presenza di una malattia propria o di un familiare).



Quattro meccanismi di origine delle disuguaglianze di salute sono altrettanti punti di ingresso per politiche e azioni di contrasto e moderazione. Il Libro bianco fornisce ricca documentazione del fatto che ognuno di questi meccanismi è in azione nel nostro Paese e dell'importanza relativa con cui ognuno contribuisce all'impatto disuguale sulla salute. Il Libro bianco documenta inoltre le principali esperienze di contrasto che sono state messe in campo in altri Paesi, in particolare nel Regno Unito, dove negli ultimi 15 anni sono stati sviluppati e finanziati programmi esplicitamente orientati al contrasto delle disuguaglianze di salute.

Alla luce di questi dati, il fatto che in Italia l'intensità e l'ampiezza delle disuguaglianze di salute siano meno severe che nel resto d'Europa, nonostante tutte le statistiche indichino l'Italia al vertice della graduatoria delle disuguaglianze sociali nella ricchezza (subito dopo il Regno Unito), potrebbe avere due spiegazioni. Nel primo caso l'Italia sarebbe in ritardo nella diffusione di tre importanti curve epidemiche pericolose per la salute dei poveri, quella del fumo tra le donne povere e del sud, quella della diffusione di abitudini alimentari scorrette tra i poveri, e quella della crescita delle famiglie monogenitoriali con figli dipendenti tra le donne povere; chiaramente spetta alle politiche di prevenzione italiane ritardare il più possibile l'evoluzione di queste curve epidemiche. Nel secondo caso il Ssn è, oltre alla scuola, l'unico grande presidio sociale distribuito in modo universalistico nel Paese, che sarebbe stato capace di trasferire i benefici della medicina in tutto il Paese e in tutti gli strati sociali senza importanti distinzioni di diritto nell'accesso, salvo alcuni margini di miglioramento soprattutto nella qualità e appropriatezza; dunque il Ssn rappresenterebbe un presidio universalistico importante da valorizzare per le sue capacità di realizzare uguaglianza di opportunità e spesso anche di risultato.

**È possibile che questa "resilienza" italiana alle disuguaglianze venga meno a causa della crisi, con la diffusione della disoccupazione, dell'impoverimento delle persone e delle famiglie e delle conseguenze delle misure di austerità?** Le indagini sulla salute dell'Istat e del Ssn mostrano un buon adattamento agli stress della crisi degli indicatori di

salute fisica, mentre gli indicatori di salute mentale sarebbero in peggioramento soprattutto tra gli adulti maschi, senza distinzione di gruppo sociale. È plausibile che l'aggravarsi e il prolungarsi della crisi possa provocare nei tempi futuri un impatto sfavorevole anche sulla salute fisica che non si è ancora in grado di monitorare tempestivamente con gli attuali strumenti di studio, per cui non sarebbe giustificata nessuna sottovalutazione del rischio.

**Cosa si può fare in Italia per moderare le disuguaglianze di salute?** A partire dai dati e dalle argomentazioni del Libro bianco, che vengono diffusi anche grazie all'impegno dell'Inmp, il **ministero della Salute** e le Regioni sono interpellati dalle seguenti sfide. La situazione più favorevole dell'Italia rispetto agli altri Paesi in tema di disuguaglianze sociali nella salute conforta sulla capacità protettiva della salute che hanno alcune risorse tipiche del Paese, come la dieta mediterranea, il sostegno della rete famigliare, il ruolo del servizio sanitario nazionale: la loro distribuzione universalistica è un punto di forza da proteggere e rafforzare, soprattutto sotto le minacce della crisi e dell'austerità.

Ciononostante, i determinanti sociali di salute rimangono una delle più importanti spiegazioni delle variazioni di salute nella popolazione italiana e quindi rappresentano un bersaglio importante per guadagnare salute, migliorare il capitale umano del Paese e diminuire la pressione sul fabbisogno di assistenza. Il Ssn si dovrebbero impegnare ad assegnare alta priorità al contrasto e alla moderazione dell'impatto sulla salute dei determinanti sociali nelle principali occasioni di programmazione ordinaria e straordinaria delle politiche nel Paese e nelle Regioni.

In particolare, per quanto riguarda le politiche sanitarie, il Patto per la salute e i relativi atti di programmazione sanitaria a esso collegati dovrebbero indirizzare la sanità verso una maggiore equità di accesso ed esito dell'assistenza sanitaria, seguendo i principali punti critici identificati nel Libro bianco.

Per quanto riguarda le politiche non sanitarie il ministero e gli assessorati delle Regioni dovrebbero impegnarsi a riferire sui risultati del Libro bianco agli altri ministeri e alla Conferenza delle Regioni affinché le competenze che Governo e Regioni hanno sulle altre politiche che possono

influenzare i determinanti sociali di salute (sviluppo economico, occupazione e lavoro, scuola, welfare e territorio) vengano esplicitamente sollecitate a valutare e dimostrare l'impatto sulle disuguaglianze di salute delle politiche di competenza e identificare come possano essere ricalibrate per concorrere a ridurre le disuguaglianze di salute. Prerequisito essenziale perché ogni istituzione e soggetto possa fare la sua parte nel contrasto delle disuguaglianze di salute è che ognuno sia messo in condizione di monitorare le disuguaglianze di salute a ogni livello, incluso quello nazionale come nel caso dell'osservatorio epidemiologico dell'Inmp, attraverso (a esempio) la disponibilità di almeno una variabile sociale comparabile in tutti i sistemi informativi sanitari e nel sistema statistico nazionale. Inoltre, la ricerca finalizzata e la sperimentazione di interventi dovranno prestare attenzione alle principali lacune conoscitive sulle cause e sulle soluzioni delle disuguaglianze di salute, in modo da migliorare l'impatto delle azioni di corezione.

Già alcune categorie di professionisti sanitari hanno mostrato sensibilità ai temi delle disuguaglianze di salute, ma molto rimane da fare tramite la formazione di base, specialistica e quella continua per farne degli alleati sia nel miglioramento dell'equità nei vari snodi del funzionamento dell'assistenza sanitaria e per farne degli avvocati dei temi dell'equità nella salute nel resto della società.

Nei Paesi europei dove le suddette raccomandazioni sono state sviluppate con successo e continuità nel tempo, sono stati necessari una regia unitaria e un coordinamento intersettoriale che possono derivare solo da un chiaro mandato di intesa delle Regioni e dello Stato e da un monitoraggio dell'avanzamento delle azioni che l'intesa vorrà intraprendere; il tutto sostenuto dall'assistenza tecnica degli enti e agenzie centrali del Ssn e dalla rete di centri di riferimento delle Regioni. È importante identificare le aree di investimento che sono comuni a diverse politiche di settore, su cui far convergere risorse e competenze e conoscenze sulle azioni che funzionano meglio.

\* Università di Torino

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DA SABATO IN VIGORE LA NORMA CHE IMPONE DI INFORMARE SULLA PRESENZA DI INGREDIENTI CHE POSSONO CAUSARE INTOLLERANZE

# Anti-allergeni, così si dribbilla la legge

Su un cartello l'elenco delle sostanze "a rischio" e un consiglio: chiedete al cuoco

**LOCALI  
E NEGOZI**

**La norma  
si applica  
per bar,  
ristoranti  
e negozi**

**SANZIONI  
DA STABILIRE**

**A fissare  
le multe  
sarà  
un futuro  
documento**

**IL CASO**

**DANIELE GRILLO**

L'OPERAZIONE del regolamento europeo dell'Unione europea sugli allergeni ha un valore importante, quasi rivoluzionario. Perché potrà evitare a molti di trasformare un acquisto o una serata piacevole in un incubo dalle conseguenze alcune volte catastrofiche, altre semplicemente fastidiose. Ma l'arbitrarietà con la quale si sta gestendo l'applicazione del suddetto regolamento, in vista dell'entrata in vigore dello stesso in Italia, fissata per il 13 dicembre, ne costituisce un primo evidente limite. Con risvolti interessanti sotto il profilo della "fantasia" della risposta sul campo.

Per rimediare al caos, le associazioni dei commercianti hanno infatti studiato stratagemmi più o meno creativi, che vanno da un semplice e generico cartello da appendere in negozio che invita a chiedere ragguagli allo chef, a un moderno software per riscrivere automaticamente i menu indicando le sostanze a rischio per la salute dei soggetti allergici.

Latte, glutine, uova, arachidi, semi di sesamo, soia, frutta a guscio, sedano, senape, anidride solforosa, lupini, molluschi, pesce, crostacei. Occhio a questi 14, dice il regolamento europeo. L'obbligo di mettere in pratica la divulgazione di queste informazioni riguarda tutti gli operatori del settore alimentare, e in particolare i titolari di bar, ristoranti e negozi che vendono alimenti confezionati in proprio. Oltre a imporre un'approfondita formazione degli

operatori, il regolamento fissa l'obbligo di rendere manifesta la presenza di una o più delle 14 sostanze all'interno dei prodotti, dei piatti e delle preparazioni servite. Il problema, però, è che i paletti fissati sono assai discutibili, soggetti all'interpretazione di chi dovrà far rispettare queste le regole e di chi dovrà rispettarle nel lavoro quotidiano.

Dice, il regolamento, che l'eventuale presenza di una delle sostanze in grado di provocare allergie, dev'essere evidenziata attraverso un tipo di carattere distinto da quello degli altri ingredienti (per esempio per dimensioni, stile o colore di sfondo). Sì, ma dove? Le possibilità offerte dalla nuova legge sono diverse ma, appunto, soggette a una certa libertà: "nel libro degli ingredienti; nel quaderno delle ricette; su lavagna o cartelloni in cui sono esposti i menu o n altri materiali di accompagnamento o qualunque altro mezzo, compresi gli strumenti della tecnologia moderna o la comunicazione verbale".

Ora, ovviamente la risposta sul campo può variare dalla perfezione, con la dettagliata scomposizione piatto per piatto degli ingredienti, alla semplice indicazione di chiedere al cuoco dettagli su possibili allergeni contenuti nel piatto che si vorrebbe ordinare. Va sottolineata la difficoltà di applicazione per un ristorante abituato a mutare spesso la propria lista di pietanze, oppure quella di un locale che serve esclusivamente pesce, uno dei 14 allergeni della lista. Sull'argomento, nelle ultime settimane, si stanno interrogando le associazioni dei commercianti, impegnate nella non facile sfida di supportare i propri iscritti in un'applicazione che se non altro partirà soft: la sanzioni ci saranno, e si dice saranno salate (a farle rispettare saranno le stesse autorità che oggi si occupano di alimenti, e cioè gli ispettori di

Igiene dell'Asl 3 genovese e i carabinieri del Nas), ma partiranno soltanto nel 2015.

Nel frattempo, però, che si fa? Confesercenti ha pensato a realizzare un cartello da appendere nei locali. Generico, che appellandosi all'ultima indicazione del regolamento assolve all'obbligo indicando, semplicemente, la possibilità che in uno dei prodotti serviti o venduti sia presente uno dei 14 allergeni. "Il responsabile è a disposizione per informazioni di dettaglio sulla presenza degli stessi nei singoli alimenti e preparazioni", scrive Confesercenti in fondo al cartello. «Impossibile addentrarsi oltre - spiega Cesare Groppi, responsabile dei pubblici esercizi per l'associazione - la cosa migliore, allora, è avvisare i clienti e chiedere loro, come già oggi si è usi fare, di rivolgersi ai responsabili della cucina». Un'analoga risposta è in elaborazione in Fepag Ascom. Dove però si sono studiati una soluzione in più. «Offriremo la possibilità di appoggiarsi a un software messo a punto dalla nostra associazione nazionale per riscrivere i menu senza troppa fatica - spiega Alessandro Cavo, presidente Fepag - un programma molto semplice, che dopo aver inserito il nome dei piatti serviti restituisce, automaticamente, la lista degli ingredienti contenuti. Allergeni compresi»

grillo@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## TRAPIANTATO A MONZA UN GINOCCHIO INTERO SU UNA DONNA: IL PRIMO IN ITALIA E NEL MONDO



Il trapianto di un ginocchio completo da donatore è stato eseguito al policlinico di Monza su una donna di 37 anni che lavora come fisioterapista a Verona.

L'autore del trapianto, il primo del genere in Italia e nel mondo, è Domenico Siro Brocchetta, primario della divisione di chirurgia protesica di anca e ginocchio.

La paziente aveva subito molti altri interventi e non riusciva più a tenere la protesi totale che le era stata impiantata con l'ultima operazione. «In altre occasioni, a Bologna e a Cortina, sono stati trapiantati parti singole del ginocchio, ma mai l'articolazione intera come è stato fatto a Monza» racconta Brocchetta. Che poi spiega: «Tolta la vecchia protesi, occorre riempire uno spazio di oltre 25 cm. Quindi abbiamo chiesto alla banca dell'osso dell'Istituto ortopedico Gaetano Pini di Milano, di fornirci una articolazione intera comprendente anche porzioni di femore e di tibia, compresi i legamenti, precisando anche le caratteristiche di età e di altezza della donatrice, che dovevano essere simili a quelle della donna da sottoporre a trapianto».

Al momento la paziente ha un tutore esterno. Fra qualche giorno potrà muovere il ginocchio in maniera passiva e, dopo alcuni giorni ancora, potrà alzarsi senza appoggiare il piede (sorreggendosi con le stampelle). Solo dopo una trentina di giorni potrà cominciare a caricare l'arto.

[http://salute.ilmessaggero.it/medicina/notizie/trapianto\\_monza\\_ginocchio\\_donna\\_italia/1045145.shtml](http://salute.ilmessaggero.it/medicina/notizie/trapianto_monza_ginocchio_donna_italia/1045145.shtml)

## CONTRO MAL DI SCHIENA E INSONNIA CAMERA DA LETTO 'TECH-FREE' CHIROPATICI UK, TECNOLOGIA A LETTO FA MALE A POSTURA E SONNO



Fare della camera da letto una zona "tech- free", cioè libera da strumenti tecnologici, per mantenere una postura migliore e riposare meglio. Questa la proposta dei chiropratici inglesi, che lanciano l'allarme sui problemi alla schiena e al collo che si possono avere guardando un film in tv o sul tablet mentre si è a letto, un'abitudine molto diffusa, mettendo in guardia anche su eventuali fastidi che tutto ciò può provocare al sonno, a causa di eccessivi stimoli che il cervello riceve in particolare dalla luce che i dispositivi elettronici emanano.

Guardando una serie tv sul tablet o giocando al pc si assumono infatti secondo gli esperti posizioni scomode: si tende infatti a piegare la parte superiore della colonna vertebrale in avanti per vedere meglio, solitamente appoggiandosi anche male al cuscino, con il risultato che poi si avvertono i dolori. Non solo: i dispositivi elettronici non aiutano a "spegnere" il cervello per aiutarci a riposare, con la conseguenza che inizia una sorta di circolo vizioso che, in mancanza di sonno, ci porta a utilizzarli nuovamente.

"Molti pazienti che non riescono a dormire- spiega Tim Hutchful, della British Chiropractic Association (BCA)- ricorrono al pc o al cellulare sperando che distrarsi così li aiuti a

prendere sonno, ma questo potrebbe ulteriormente impedire loro di dormire: la luce emessa da schermi stimola infatti il cervello e ci fa sentire più svegli e per di più, quando le persone utilizzano la tecnologia a letto, spesso non prestano attenzione alle posizioni che assumono, che possono causare dolore e tenerle sveglie". La cosa migliore, allora, se proprio abbiamo la tentazione di dare un'ultima sbirciatina a Facebook prima di andare a letto, e' farlo in salotto o in cucina, spegnendo poi tutto.

[http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2014/12/04/contro-mal-di-schiena-e-insonnia-camera-da-letto-tech-free\\_291d2193-118d-48fd-94d3-efbf51a53cca.html](http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2014/12/04/contro-mal-di-schiena-e-insonnia-camera-da-letto-tech-free_291d2193-118d-48fd-94d3-efbf51a53cca.html)



## Farmaci, i conti d'agosto

**I**l buco nella spesa farmaceutica ospedaliera del 2014 sarà di tutto riguardo. Secondo il monitoraggio Aifa gennaio-agosto 2014, l'incidenza è del 4,6% sul Fsn. A fine anno, quindi, la stima del rosso è di 1,2 miliardi.

MAGNANO A PAG. 12-13

Il monitoraggio Aifa della spesa farmaceutica regionale aggiornato ad agosto

# Farmaci ospedalieri: all'orizzonte un buco da 1,2 miliardi nel 2014

**I**l buco nella spesa farmaceutica ospedaliera del 2014 ci sarà e sarà di tutto riguardo, ma i nuovi dati di agosto dovrebbero permettere di rivedere al ribasso le stime. Sulla base del monitoraggio Aifa della spesa farmaceutica regionale gennaio-agosto 2014, lo scostamento assoluto rispetto al tetto del 3,5% ammonta a 850,38 milioni di euro e l'incidenza è pari al 4,6% del Fondo sanitario nazionale 2014 (109,299 mln). Un dato che proiettato sui 12 mesi porta a una stima del rosso pari a 1,2 miliardi circa. Uno sfioramento senz'altro superiore a quello registrato lo scorso anno, quando si toccò quota 800 milioni, ma comunque inferiore alle stime circolate a settembre sulla base dei risultati di giugno (proiettati a 1,5 mld). In ogni caso si tratta di un deficit enorme che per metà, ricordiamo, sarà ripianato dalle aziende farmaceutiche coinvolte e per l'altra metà dalle Regioni.

Si tratta di proiezioni ancora non definitive che non tengono conto di alcuni aggiustamenti tecnici e della stagionalità della spesa. In particolare manca la consuntivazione della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A, che nel periodo gennaio-agosto è aumentata del 3,6% rispetto allo stesso periodo del 2013, ma che nell'ultima parte dell'anno tende a crescere.

Sul capitolo farmaci ospedalieri, le Regioni sono di fatto tutte in rosso: la Puglia è quella che si è spinta più oltre, con un esborso pari al 5,8% del Fondo e uno scostamento assoluto di 119 milioni di euro. A seguire la Toscana, con una spesa pari al 5,4% e un deficit in valore pari a 95,49

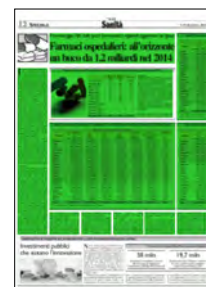
milioni di euro. E la Sardegna che ha speso il 5,3% con uno scostamento di 37 milioni. Lo sfioramento più contenuto in percentuale si rileva in Lombardia, che ha speso per i farmaci ospedalieri il 4% del proprio Fondo sanitario. Le uniche realtà a non sfondare il tetto del 3,5% sono Valle d'Aosta (3,2%) e Trento (3,1%).

Ad alleggerire il conto totale della spesa farmaceutica pubblica, su un altro fronte, è la convenzionata netta in farmacia, che nei primi 8 mesi dell'anno ha registrato un calo del 3,7% (-218,6 milioni di euro) rispetto allo stesso periodo del 2013, attestandosi all'11,16% del Fsn, con un dislivello di 135,89 milioni di euro in meno rispetto al tetto.

L'incidenza della territoriale potrebbe però essere anche più bassa perché in questo dato l'Aifa non ha ancora sottratto il pay-back del 5% e il ripiano dei tetti di prodotto, una serie di importi che verranno contabilizzati in seguito per il dato definitivo.

A sfiorare sulla spesa in farmacia sono solo otto Regioni (a giugno erano sette, si sono aggiunte le Marche), quasi tutte al Sud: Sardegna (14% del Fsr), Calabria (12,9%), Puglia (12,7%), Lazio (12,6%), Campania (12,5%), Abruzzo (12,1%), Sicilia (11,8%) e Marche, che sfiora di poco (11,4%).

Le ricette si sono mantenute pressoché stabili (+0,1%) e la compartecipazione dei cittadini (ticket e quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento) ha fatto incassare alle Regioni 994,85 milioni di euro, con un aumento complessivo del 3,9 per cento.



Il peso dei **farmaci** innovativi si farà senz'altro sentire: basti ricordare che lo scorso anno la spesa **farmaceutica** territoriale aveva sfiorato di 50 milioni circa, pesando per l'11,4% sul Fsn principalmente a causa del Gilenya, un farmaco per la Sclerosi multipla. E per il 2015 a spargliare i conti interverrà senz'altro l'arrivo del Sovaldi (Sofosbuvir) in procinto di essere autorizzato con la pubblicazione della determina Aifa in Gazzetta ufficiale. Le stime sull'impatto di una serie di **farmaci** di prossima approvazione, che permettono di eradicare il virus

dell'Epatite C, parlano di costi che per l'Italia si aggireranno intorno a 600-800 milioni l'anno per almeno 5 anni e forse oltre.

Di fronte alla tempesta in arrivo, c'è chi mette in discussione il sistema dei tetti e richiede modifiche normative. Eppure secondo gli esperti l'impianto legislativo italiano sarebbe in realtà solido e in grado di garantire un governo della spesa quanto meno trasparente rispetto ai meccanismi vigenti in altri Paesi Ue. Senza contare che l'Italia è comunque riuscita a mantenere il sistema in un sostanziale (seppur fragile) equilibrio con molte meno risorse di

altri Partner comunitari.

Il problema vero è in realtà l'insufficienza dei finanziamenti. Oltre ai prezzi elevatissimi dei prodotti innovativi, in alcuni casi troppo elevati. Quando la coperta è corta, infatti, bisogna scegliere quale parte del corpo lasciare scoperta. Cioè a quali cure rinunciare, che siano innovative o meno. Una responsabilità enorme che i decisori dovranno gestire con la stessa saggezza mostrata sinora.

**Rosanna Magnano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Riepilogo mensile della spesa **farmaceutica** convenzionata nel periodo gennaio-agosto 2014**



	Spesa lorda	Spesa netta*	Ricette
Gennaio 2014	-2,8%	-3,5%	+0,05%
Febbraio 2014	-2,1%	-2,8%	+0,6%
Marzo 2014	-1,7%	-2,4%	+1,3%
Aprile 2014	-2,2%	-3,0%	+0,5%
Maggio 2014	-4,4%	-5,1%	+1,8%
Giugno 2014	-1,7%	-2,5%	+1,1%
Luglio 2014	-2,5%	-3,68%	+1,2%
Agosto 2014	-4,9%	-5,9%	-2,1%
Settembre 2014	-	-	-
Ottobre 2014	-	-	-
Novembre 2014	-	-	-
Dicembre 2014	-	-	-
Gen.-ago. 2014	-2,8%	-3,6%	+0,1%

**Legenda**

**Spesa lorda:** spesa **farmaceutica** a prezzi al pubblico comprensiva di Iva, rilevata nell'ambito delle Dcr acquisite dall'Agenas.

**Spesa netta:** spesa **farmaceutica** a carico del Ssn comprensiva di Iva, al netto degli sconti a carico della filiera distributiva, rilevata nell'ambito delle Dcr acquisite dall'Agenas. Questa spesa è stata ridotta sulla base della previsione di pay-back a carico delle aziende **farmaceutiche** versato alle Regioni ai sensi dell'articolo 11, comma 6, del DL 78/2010, convertito in legge 122/2010 e s.m.i.

**Ricette:** numero delle ricette erogate in regime di assistenza **farmaceutica** convenzionata, rilevato nell'ambito delle Dcr acquisite dall'Agenas.

(\*) Spesa netta al lordo del pay-back sulla spesa **farmaceutica** convenzionata di fascia A

**Spesa **farmaceutica****

Regione	A
	Fsn gen.-ago. 2014
Puglia	5.160.144.176
Toscana	4.937.790.288
Sardegna	2.090.093.583
Umbria	1.183.740.677
Abruzzo	1.729.076.260
Marche	2.042.867.911
Emilia R.	5.832.826.151
Liguria	2.162.432.787
Molise	414.889.662
Piemonte	5.828.362.893
Veneto	6.331.667.075
Campania	7.218.726.044
Sicilia	6.317.232.970
Lazio	7.271.063.797
Basilicata	749.197.673
Friuli V.G.	1.600.605.906
Bolzano	630.412.617
Calabria	2.522.442.322
Lombardia	12.747.427.115
V. d'Aosta	164.363.790
Trento	668.265.295
<b>Italia</b>	<b>77.603.628.992</b>

Con fondino rosa le Regioni che (\*) La spesa non comprende i

**Spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera e verifica del rispetto del tetto di spesa del 14,85 per cento**

Periodo gennaio-agosto 2014, per Regione							
Regione	A = B/14,85%	B	C	D	E = C + D	F = E - B	G = E/A%
	Fsn gen.-ago. 2014	Tetto 14,85%	Spesa territoriale	Spesa ospedaliera	Spesa complessiva	Scostamento assoluto	Inc. %
Sardegna	1.998.659.123	296.800.880	276.127.671	110.172.683	386.300.355	89.499.475	19,3%
Puglia	4.934.405.483	732.759.214	615.497.114	299.672.589	915.169.703	182.410.489	18,5%
Lazio	6.952.979.576	1.032.517.467	866.807.775	320.428.597	1.187.236.372	154.718.905	17,1%
Campania	6.902.931.420	1.025.085.316	853.872.412	324.404.921	1.178.277.333	153.192.017	17,1%
Abruzzo	1.653.435.075	245.535.109	197.667.948	84.367.273	282.035.220	36.500.112	17,1%
Calabria	2.412.094.081	358.195.971	307.168.032	101.702.007	408.870.038	50.674.067	17,0%
Sicilia	6.040.875.592	897.070.025	701.432.867	280.427.094	981.859.960	84.789.935	16,3%
Marche	1.953.499.413	290.094.663	219.239.666	96.447.473	315.687.139	25.592.476	16,2%
Toscana	4.721.778.818	701.184.154	494.303.088	268.312.256	762.615.345	61.431.190	16,2%
Umbria	1.131.956.063	168.095.475	120.524.511	59.601.189	180.125.700	12.030.225	15,9%
Basilicata	716.422.833	106.388.791	80.080.423	32.931.818	113.012.241	6.623.451	15,8%
Liguria	2.067.833.734	307.073.310	225.605.613	100.433.791	326.039.404	18.966.094	15,8%
Molise	396.739.656	58.915.839	42.903.052	19.200.967	62.104.019	3.188.180	15,7%
Piemonte	5.573.391.912	827.648.699	574.883.124	269.319.150	844.202.273	16.553.574	15,1%
Friuli V.G.	1.530.584.861	227.291.852	159.865.024	69.990.658	229.855.682	2.563.831	15,0%
Emilia R.	5.577.659.917	828.282.498	523.759.309	273.780.006	797.539.315	-30.743.183	14,3%
Lombardia	12.189.770.692	1.810.180.948	1.220.699.108	510.037.711	1.730.736.819	-79.444.129	14,2%
Veneto	6.054.678.253	899.119.721	567.225.073	292.038.204	859.263.278	-39.856.443	14,2%
V. d'Aosta	157.173.435	23.340.255	15.248.947	5.219.355	20.468.301	-2.871.954	13,0%
Bolzano	602.834.217	89.520.881	48.322.498	26.994.341	75.316.839	-14.204.042	12,5%
Trento	639.030.970	94.896.099	56.741.782	21.028.517	77.770.299	-17.125.800	12,2%
<b>Italia</b>	<b>74.208.735.123</b>	<b>11.019.997.166</b>	<b>8.167.975.037</b>	<b>3.566.510.599</b>	<b>11.734.485.636</b>	<b>+714.488.470</b>	<b>15,8%</b>

Con fondino rosa le Regioni che non rispettano il tetto di spesa

**Spesa farmaceutica**

Regione	A Fsn gen.-ago. 2014
Sardegna	1.970.463.475
Calabria	2.378.065.989
Puglia	4.864.794.432
Lazio	6.854.891.931
Campania	6.805.549.818
Abruzzo	1.630.109.600
Sicilia	5.955.655.255
Marche	1.925.940.845
Basilicata	706.316.054
Liguria	2.038.662.220
Molise	391.142.737
Umbria	1.115.987.239
Toscana	4.655.167.351
Friuli V.G.	1.508.992.468
Piemonte	5.494.766.499
Lombardia	12.017.806.156
V. d'Aosta	154.956.145
Emilia R.	5.498.974.295
Veneto	5.969.263.198
Trento	630.015.979
Bolzano	594.329.864
<b>Italia</b>	<b>73.161.851.551</b>

Con fondino rosa le Regioni che

**ospedaliera individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco e verifica tetto di spesa del 3,5 per cento**

Periodo gennaio-agosto 2014, per Regione							
B	C	D	E	F = C - D - E - §	G = F - B	H = F/A%	
Tetto 3,5%	Spesa tracciabilità *	Distribuzione diretta di fascia A	Spesa medicinali fascia C e C bis	Spesa ospedaliera	Scostamento assoluto	Inc. %	
180.605.046	468.573.127	145.654.838	23.245.700	299.672.589	119.067.543	5,80%	
172.822.660	463.314.651	168.152.539	26.849.856	268.312.256	95.489.596	5,40%	
73.153.275	205.226.641	85.053.359	10.000.599	110.172.683	37.019.408	5,30%	
41.430.924	99.306.211	32.853.939	6.851.083	59.601.189	18.170.265	5,00%	
60.517.669	134.573.985	42.256.419	7.950.294	84.367.273	23.849.604	4,90%	
71.500.377	165.673.992	57.350.550	11.875.970	96.447.473	24.947.096	4,70%	
204.148.915	466.903.956	161.838.804	31.285.147	273.780.006	69.631.090	4,70%	
75.685.148	175.856.288	63.914.834	11.507.663	100.433.791	24.748.643	4,60%	
14.521.138	30.850.704	9.891.516	1.758.221	19.200.967	4.679.829	4,60%	
203.992.701	443.403.365	147.450.717	26.633.498	269.319.150	65.326.448	4,60%	
221.608.348	461.522.168	135.572.505	33.911.459	292.038.204	70.429.857	4,60%	
252.655.412	561.615.936	217.695.563	19.515.452	324.404.921	71.749.509	4,50%	
221.103.154	446.031.951	143.863.055	21.741.802	280.427.094	59.323.940	4,40%	
254.487.233	566.248.694	219.234.359	26.585.737	320.428.597	65.941.365	4,40%	
26.221.919	59.129.528	22.205.797	3.991.913	32.931.818	6.709.900	4,40%	
56.021.207	117.355.335	39.412.848	7.951.828	69.990.658	13.969.452	4,40%	
22.064.442	44.169.009	13.578.682	3.595.985	26.994.341	4.929.900	4,30%	
88.285.481	191.743.734	81.261.760	8.779.968	101.702.007	13.416.526	4,00%	
446.159.949	806.478.669	254.348.838	42.092.120	510.037.711	63.877.762	4,00%	
5.752.733	9.585.658	3.390.155	976.149	5.219.355	-533.378	3,20%	
23.389.285	37.183.777	13.342.599	2.812.661	21.028.517	-2.360.768	3,10%	
<b>2.716.127.015</b>	<b>5.954.747.377</b>	<b>2.058.323.674</b>	<b>329.913.104</b>	<b>3.566.510.599</b>	<b>+850.383.585</b>	<b>4,60%</b>	

non rispettano il tetto di spesa. § = Pay back a carico delle aziende farmaceutiche vaccini ed è calcolata sulla base della procedura di consolidamento del dato della tracciabilità (documento Aifa "Tracciabilità del farmaco").

**territoriale nel periodo gennaio-agosto 2014 e verifica del rispetto del tetto di spesa dell'11,35 per cento**

Per singola Regione in ordine decrescente di incidenza sul Fsr								
B = A x 11,25%	C	D	E	F	G = C + E + F - §	H = G - B	I = G/A x 100	
Tetto 11,35%	Spesa netta	Quota prezzo di riferimento	Ticket fisso per ricetta	Distribuzione netta	Spesa territoriale	Scostamento assoluto	Inc. % su Fsr	
223.647.604	191.074.313	17.664.324	0	85.053.359	276.127.671	52.480.067	14,00%	
269.910.490	216.978.453	24.942.935	8.927.819	81.261.760	307.168.032	37.257.542	12,90%	
552.154.168	435.483.924	51.092.222	34.358.353	145.654.838	615.497.114	63.342.946	12,70%	
778.030.234	615.028.382	73.749.387	32.545.033	219.234.359	866.807.775	88.777.540	12,60%	
772.429.904	581.390.300	70.222.671	54.786.549	217.695.563	853.872.412	81.442.508	12,50%	
185.017.440	149.315.851	15.566.575	6.095.678	42.256.419	197.667.948	12.650.508	12,10%	
675.966.871	512.183.617	61.559.009	45.386.194	143.863.055	701.432.867	25.465.995	11,80%	
218.594.286	161.889.116	17.950.317	0	57.350.550	219.239.666	645.380	11,40%	
80.166.872	53.533.254	6.529.928	4.341.372	22.205.797	80.080.423	-86.449	11,30%	
231.388.162	149.457.728	16.271.245	12.233.051	63.914.834	225.605.613	-5.782.549	11,10%	
44.394.701	30.652.591	3.847.050	2.358.945	9.891.516	42.903.052	-1.491.648	11,00%	
126.664.552	86.238.447	10.066.555	1.432.125	32.853.939	120.524.511	-6.140.040	10,80%	
528.361.494	319.155.651	36.128.076	6.994.898	168.152.539	494.303.088	-34.058.406	10,60%	
171.270.645	120.452.176	11.510.770	0	39.412.848	159.865.024	-11.405.621	10,60%	
623.655.998	419.918.778	43.099.866	7.513.629	147.450.717	574.883.124	-48.772.874	10,50%	
1.364.020.999	873.035.259	79.024.960	93.315.011	254.348.838	1.220.699.108	-143.321.891	10,20%	
17.587.522	11.858.792	1.101.551	0	3.390.155	15.248.947	-2.338.576	9,80%	
624.133.582	352.317.828	39.154.904	9.602.678	161.838.804	523.759.309	-100.374.273	9,50%	
677.511.373	387.780.752	42.180.982	43.871.816	135.572.505	567.225.073	-110.286.300	9,50%	
71.506.814	43.399.183	3.179.952	0	13.342.599	56.741.782	-14.765.032	9,00%	
67.456.440	31.703.288	3.206.091	3.040.527	13.578.682	48.322.498	-19.133.942	8,10%	
<b>8.303.870.151</b>	<b>5.742.847.682</b>	<b>628.049.370</b>	<b>366.803.681</b>	<b>2.058.323.674</b>	<b>8.167.975.037</b>	<b>-135.895.114</b>	<b>11,16%</b>	

non rispettano il tetto di spesa. § = Pay back a carico delle aziende farmaceutiche.

DAL 13 DICEMBRE

## Alimenti, etichette trasparenti Sanzioni fino a 18 mila euro

Chiarello a pag. 28

Dal 13 dicembre nuovo regime di etichettatura. Sanzioni fino a 18.000 €

# Gli alimenti messi a nudo

## Allergeni e origine di tutte le carni in chiaro

DI LUIGI CHIARELLO

**D**al 13 dicembre nelle etichette dei prodotti alimentari gli allergeni saranno in chiaro, così come la provenienza di tutte le carni e la tipologia specifica dei grassi. Non solo: la presenza di allergeni nei piatti dovrà essere segnalata anche in ristoranti, mense, scuole, ospedali e imprese della ristorazione. Entra in vigore il regolamento CEE 1169/2011, che rende obbligatorio un pacchetto di norme su etichettatura, presentazione e pubblicità degli alimenti. Per i trasgressori sanzioni tra 600 e 18 mila euro. Per le info relative all'etichettatura nutrizionale, invece, bisognerà aspettare il 13 dicembre 2016.

• **Etichette leggibili.** Le indicazioni obbligatorie dovranno essere scritte in caratteri più grandi e chiari.

• **Allergeni in evidenza.** Soia, latte, cereali contenenti glutine, uova, noci, arachidi, pesce, crostacei, molluschi, sedano, lupino, sesamo, senape e solfiti: sono queste le sostanze e i prodotti allergenici la cui presenza negli alimenti dev'essere già ora chiaramente indicata in etichetta. Dal 13 dicembre, se il nome dell'alimento non basta a renderne chiara la presenza, questi allergeni dovranno es-

sere evidenziati con carattere diverso, per essere facilmente identificati dai consumatori. Nel caso di alimenti in cui un allergene è in più ingredienti o coadiuvanti tecnologici, questo lo si dovrà evidenziare in tutti gli ingredienti coadiuvanti tecnologici in cui è presente.

• **Tipologia grassi.** Dizioni come «olio vegetale» o «grasso vegetale» non saranno più ammesse: nella lista degli ingredienti dev'essere specificato di che grasso si tratta. Per esempio «olio di girasole».

• **Scadenza ripetuta.** La data di scadenza dovrà essere riportata su ogni singola monoporzione e non più solo sulla confezione esterna.

• **Provenienza carne.** In etichetta dovrà essere indicata l'origine di carni suine, avicole, ovine e caprine, come avviene da anni per le carni bovine.

• **Origine materie prime.** Su tutti gli alimenti verrà imposto l'obbligo di indicare il paese di origine e provenienza delle materie prime utilizzate. Ma questo vincolo, spiega *Assocarta*, resterà sulla carta «finché non saranno specificati contenuti e modalità della norma». Resta valido, invece, l'obbligo di indicare l'origine dell'alimento nel caso in cui ometterlo possa indurre in er-

rore il consumatore.

• **Info più dettagliate.** Ingredienti e metodi di lavorazione dovranno essere riportati in etichetta in modo evidente. Per esempio, nel caso di alimento «decongelato» questa dizione deve comparire a fianco della denominazione del prodotto.

• **Responsabile più evidente.** Per il consumatore sarà più facile capire se il responsabile delle info sul prodotto è il fabbricante o il punto vendita.

• **Vietato imitare.** Sarà più difficile attribuire a un prodotto una natura o una qualità che non possiede ricorrendo all'aspetto o all'etichetta. Il consumatore potrà pretendere che i supermercati collochino i prodotti sugli scaffali così che siano chiare le differenze.

• **Data congelamento.** Per le carni, le preparazioni a base di carne e i prodotti non trasformati a base di pesce deve essere indicata la data in cui sono stati congelati.



## Brevi

### SANITÀ

#### Fibrosa cistica, la rivolta dei pazienti

«Con uno sciagurato articolo inserito nella Legge di Stabilità per il 2015, si rischia di spazzare via 20 anni di risultati e distruggere un modello che funziona: un atto grave e assolutamente irresponsabile». Così il direttore dell'Osservatorio Malattie Rare, Ilaria Ciancaleoni Bartoli, raccogliendo le proteste dei pazienti di fibrosi cistica, commenta l'ipotesi, ancora in discussione, che stabilisce di fatto «che i fondi prima "dedicati" al contrasto della malattia, secondo precisi criteri finiscano dal prossimo anno nel calderone della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale». Negli ultimi 20 anni, dice Bartoli, l'aspettativa di vita delle persone affette da fibrosi cistica, è quasi raddoppiata. Il sistema, però, rischia di essere «distrutto».

