

Sesso sicuro i teenager “analfabeti”

Dal summit europeo di Lisbona l'appello dei ginecologi per corsi a scuola dal prossimo anno. In aumento le malattie, anche l'Hiv, e le false credenze tra i giovani



DAL NOSTRO INVIATO ELVIRA NASELLI

LISBONA - IL LIVELLO di contraccezione di un paese dipende da molti fattori, dall'entità del rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale, dalla disponibilità dei sistemi più moderni, da quanto le donne sono seguite nella scelta ma, soprattutto, dalla conoscenza diffusa. Conoscenza che passa per l'educazione scolastica, ormai presente in quasi tutti i paesi della Ue ma non ancora nel nostro. Una battaglia lunga decenni. Non a caso la Sigo, l'associazione italiana dei ginecologi e degli ostetrici, ha scelto il palcoscenico di Lisbona, dove si è da poco concluso il tredicesimo congresso dell'Esc, la società europea di contraccezione e salute riproduttiva, per lanciare un appello al ministro della Pubblica Istruzione, Stefania Giannini, perché già dal prossimo anno — con l'ausilio degli specialisti dell'associazione — si possa arrivare nelle classi delle scuole medie per parlare di sessualità responsabile, di salute riproduttiva, di protezione della fertilità, di difesa dalle malattie sessualmente trasmesse. In una parola di educazione affettiva, anticoncezionale e sessuale.

«Oggi permangono delle barriere culturali, non sociali — premette Paolo Scollo, presidente Sigo — e le si possono abbattere solo passando per la scuola. Il nostro obiettivo è abbattere le interruzioni di gravidanza tra le giovanissime, così come le gravidanze under 18. E per farlo è fondamentale arrivare a scuola».

Ragazze poco informate. Le conoscenze delle ragazze, per quanto possa sembrare strano, sono molto poco affidabili: il 31 per cento pensa che il coito interrotto sia uno strumento contraccettivo efficace e il 29 che non si possa restare incinta durante il primo rapporto. Tanti i siti, della Sigo (www.sceglitu.it), circa centomila contatti al mese e schede informative da scaricare, della Smic (www.mettiche.it), la Società medica italiana per la contraccezione, della Sic (www.sicontraccezione.it), la società italiana contraccezione, la campagna Msd (www.lapillolasenzapillola.it) con un servizio di consulenza on line. Il web, insomma, come canale preferenziale per raggiungere i giovanissimi, per i quali, oltre alla contraccezione bisogna considerare il problema delle malattie sessualmente trasmesse, in aumento, come in crescita sono i casi di infezione da Hiv. Non è un caso che una delle sessioni del congresso di Lisbona sia stata dedicata proprio alla protezione dal virus Hiv con nuovi metodi chimici di barriera, tipo gel o creme vaginali.

«Ad oggi per la protezione è necessario il condom — precisa Emilio Arisi, presidente Smic — che va aggiunto sempre ad ogni tipo di contraccezione. E per i più giovani bisognerebbe puntare, come si fa negli Stati Uniti, su sistemi di lunga durata come i dispositivi intrauterini, l'ultimo dei quali, in Italia da qualche settimana (Jaydess), è di dimensioni ridottissime, rilascia soltanto progestinico, è più facile da inserire e adatto a tutte le età. Inoltre dura tre anni e mette al riparo da dimenticanze ed errori. Non a

caso questi dispositivi sono la forma di contraccezione più usata al mondo dopo la sterilizzazione femminile, mentre in Italia vengono utilizzati dal 4--5 per cento delle donne in età fertile».

Le donne. Ogni donna ha la sua contraccezione, soprattutto se questa donna ha il diabete, un tumore, il lupus o è obesa. E si affaccia anche il concetto di «contraccezione verde», quella cioè che per packaging e modalità di utilizzo ha minore impatto ambientale. La più “verde” è la spirale al rame mentre i dispositivi a rilascio ormonale, così come la pillola o gli anelli vaginali, inquinano le acque. I dati sui fiumi Ottawa e St. Laurence (ricerca presentata da Diana Blithe) hanno rivelato dati preoccupanti su inquinamento da etinilestradiolo e il collasso di alcune popolazioni di pesci esposte. L'escrezione di estrogeni è molto elevata nelle donne in gravidanza e in quelle che prendono la pillola. E finora nessuno ci aveva mai pensato.

<http://www.repubblica.it/salute/benessere-donna/2014/06/11/news/sexo sicuro i teenager analfabeti-88647657/>

Ventilata, ma da dimostrare, l'ipotesi che la contraccezione ormonale abbia un ruolo di concausa nella sclerosi multipla (SM) che colpisce la donna il doppio dell'uomo. "Di sicuro - dice il prof. Francesco Patti (università, Catania) - in gravidanza e 4-6 mesi dopo il parto, la malattia è "silenziata" (il progesterone protegge). Gli estrogeni gli ridarebbero via libera. La gravidanza è la migliore terapia ma dura 9 mesi. La ricerca in corso indaga".

Ricercatori e ginecologi, intanto, cercano di sgombrare il campo dal dubbio e preparano "pillole" con minimi ormoni. "È il caso del sistema intrauterino (il più piccolo al mondo: 28x30 mm, già usato in Usa ed altri Paesi), che - dice il prof. Scollo (presidente società ginecologia-ostetricia) - è privo di estrogeni ed ha minimo progesterone (quasi la situazione ormonale della gravidanza), si inserisce in utero e protegge da concepimenti indesiderati per 3 anni al costo di 4 euro/mese, può essere rimosso a richiesta con recupero immediato della fertilità".

Esso ispessisce il muco uterino e rende difficile la progressione dello spermatozoo che, inoltre, rendendolo incapace di perforare la parete dell'ovulo". "Rimedio immediato contro i dubbi rapporti con la SM ed altri effetti collaterali. Un ausilio - dice la prof. Dubini (SIGO) - alle donne che dimenticano l'assunzione quotidiana della pillola o che abbiano controindicazioni.

"Un possibile argine (ma anche educazione e conoscenza) alle 200.000 gravidanze indesiderate, a quelle in età troppo giovane, ai 105.000 aborti/anno" (prof. Arisi, presidente Soc. Contraccezione).

LA CONTRACCEZIONE ORMONALE CAUSA DI SCLEROSI MULTIPLA?

di NICOLA SIMONETTI

Le osservazioni gioveranno anche alla soluzione di problemi della SM (siamo nella "settimana nazionale" promossa da Aism e nell'open day in cui gli ospedali "bollino rosa ONDa" sono aperti ai cittadini), grave malattia cronica del sistema nervoso centrale (distrugge la guaina mielinica delle fibre nervose, crea infiammazioni e cicatrici - "placche" - è imprevedibile e spesso invalidante. Colpisce 3 milioni di persone/anno (2 mln donne) nel mondo (72.000 italiani - di cui 48.000 donne - con costo

sociale 2,7 miliardi euro/anno), di solito tra i 20-40 anni di età.

Il soggetto, sin dalla diagnosi, entra in crisi-shock, si altera l'immagine di sé. Poi, depressione, deficit cognitivi, alterazioni psichiche, progressione spesso verso invalidità, perdita di lavoro.

"Importante - dice Patti - diagnosi precoce (1 anno rispetto ai 20 di un tempo) e terapia personalizzata (utilizzo precoce di interferoni) che consente, 50% dei casi, vita libera da malattia e durata sovrapponibile alla durata media.

Non trascurare i risvolti sociali e familiari. L'accudimento è assolto dal partner (52%), da figli (25%) e, tra poco, i genitori.

La riabilitazione anche psicologica si impone per recuperare la riserva cognitiva silente.

PS. Domenica 15 giugno salperà da Copenaghen la barca a vela "Oceans of Hope" che farà il giro del mondo a sostegno di tutte le persone affette da SM. Il progetto è promosso dalla fondazione Sailing Sclerosis sostenuto da Biogen Idec.

All'Humanitas

La radioterapia Gps colpisce solo il tumore

Una radioterapia «pensante» Gps assistita grazie all'innovativo sistema Calypso. Un Google map del tumore da colpire. Il bersaglio è Gps segnalato, l'errore è praticamente sotto zero. Di conseguenza si sparano saette di altissime radiazioni, micidiali per il bersaglio e innocue a pochi millimetri di distanza. Si chiama Edge e di questa apparecchiatura gli italiani possono usufruire grazie all'Istituto Humanitas di Rozzano (Milano) nel reparto di Radioterapia e radiochirurgia diretto da Marta Scorsetti. È il terzo al mondo dopo Lisbona e Detroit. Si tratta di un innovativo acceleratore lineare made in Usa per il trattamento di tumori cerebrali. Colpisce consentendo la massima libertà, oggi possibile, al paziente. E grazie a Calypso consente di operare tumori al polmone, al fegato e alla prostata attaccando solo la lesione, indicata dal Gps, con maggiore precisione e risparmiando il tessuto sano.

M. Pap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La carne rossa favorisce il cancro al seno

Un maggiore consumo di carne rossa, in particolare da giovani, pare sia associato a un aumentato rischio di carcinoma della mammella. Al contrario, le donne che favoriscono una dieta variegata con legumi, frutta secca e pesce vedono abbassarsi il rischio di sviluppare la malattia in età adulta



La carne rossa è già stata imputata di favorire lo sviluppo del cancro al colon, per cui sono molti i nutrizionisti che consigliano un consumo moderato di questo alimento. Ma la carne rossa pare **non si limiti a favorire il tumore all'intestino**, ma arriverebbe a favorire anche quello al seno.

A suggerire che le donne dovrebbero limitare l'assunzione di carne rossa fin dalla giovane età – per evitare di aumentare il rischio di carcinoma mammario da adulte – è un nuovo studio pubblicato sul *British Medical Journal* (BMJ) e condotto da un team di ricercatori statunitensi coordinati dalla dott.ssa Maryam S Farvid.

Il nuovo studio si presenta come il primo ad aver esplorato il collegamento tra l'assunzione di carne rossa fin da quando si è giovani, giovani adulti, e il cancro al seno. I precedenti studi, infatti, **si erano concentrati sul rischio associato alla dieta durante le mezza età o da anziani**. Questi stessi studi hanno suggerito che non vi era alcuna associazione significativa tra la carne rossa e il tumore del seno. Nonostante ciò, vi sono molte evidenze che suggeriscono che alcuni fattori di rischio, come anche i fattori dietetici, possono avere maggiori effetti sullo sviluppo del cancro al seno durante la prima età adulta.

Per questo motivi, il team di ricerca ha deciso di esaminare l'associazione tra fonti di proteine alimentari in età adulta e il rischio di cancro al seno.

Sono così stati analizzati i dati relativi a 88.803 donne in premenopausa, con un'età compresa tra i 26 e i 45 anni, che hanno partecipato al "Nurses' Health Study II", e che avevano completato un questionario sulla dieta nel 1991. I dati richiesti vertevano sul **consumo di carne in generale**, tra cui carne rossa non trasformata come carne di manzo, maiale o agnello e hamburger, e carne rossa lavorata come wurstel, pancetta e salsiccia. Nel questionario erano inclusi la carne di pollo e tacchino; il pesce, tra cui tonno, salmone, sgombro, sardine. Tra i vegetali erano inclusi i legumi come fagioli, lenticchie e piselli e, infine, anche la frutta secca come noci, nocciole, arachidi, mandorle, pistacchi ecc.

In base a questi dati, i ricercatori hanno **suddiviso le partecipanti in 9 categorie di consumatrici di carne**: si partiva da "mai" per arrivare a "meno di una volta al mese" e fino ad addirittura "6 volte al giorno" – con tutte le variabili intermedie.

Sono stati presi in considerazione anche altri fattori quali età, altezza, peso, razza, storia familiare di cancro al seno, storia di malattia benigna del seno, fumo, stato menopausale, ormonale e uso di contraccettivi orali. E' anche stata presa in considerazione la dieta che potevano aver seguito le donne quando adolescenti, prendendo atto degli alimenti comunemente mangiati tra il 1960 e il 1980, quando queste donne sarebbero state al liceo.

Durante i 20 anni di follow-up preso in considerazione, dalle cartelle cliniche **sono stati identificati 2.830**

casi di cancro al seno. Inserendo questi dati in un modello statistico, i ricercatori sono stati in grado di stimare i rischi di cancro al seno per le donne con diete differenti. Le stime ricavate hanno mostrato che per ogni passo d'incremento del consumo di carne rossa, vi era stato un corrispettivo passo di aumento del rischio di tumore al seno, durante il periodo di studio.

La proiezione statistica ha permesso di calcolare che una maggiore assunzione di carne rossa era associata a **un aumento del rischio di cancro al seno del 22%** complessivo. Ogni porzione in più al giorno di carne rossa è stata associata con un aumento del 13% del rischio di cancro al seno (12% nelle donne in pre-menopausa e l'8% nelle donne in post-menopausa).

Per contro, i dati hanno rilevato un minor rischio di cancro al seno nelle donne in post-menopausa che avevano dichiarato un maggior consumo di pollame. Sostituendo una porzione al giorno di carne rossa con una di pollame, il modello statistico ha associato un rischio inferiore del 17% di cancro al seno in generale e **un rischio inferiore del 24%** di cancro al seno dopo la menopausa.

Inoltre, sostituendo una porzione al giorno di carne rossa con una di legumi, noci, pollame e pesce, il rischio di cancro al seno in generale e cancro al seno in premenopausa è sceso del 14%.

In conclusione, Farvid e colleghi ritengono che una maggiore assunzione di carne rossa quando si è giovani adulti «può essere un fattore di rischio per il cancro al seno, e sostituendo la carne rossa con una combinazione di legumi, pollame, noci e pesce si può ridurre il rischio di cancro al seno».

<http://www.lastampa.it/2014/06/11/scienza/benessere/alimentazione/la-carne-rossa-favorisce-il-cancro-al-seno-bfHVdLCDp8NfSEnGuif8DJ/pagina.html>

Cure compassionevoli. Corte europea diritti dell'uomo: "Non sono un diritto. Servono evidenze scientifiche"

Pubbligate le motivazioni con cui la Corte europea per i diritti dell'uomo (ECHR) aveva respinto lo [scorso 28 maggio](#) la richiesta di un uomo di utilizzare il metodo Stamina su sua figlia. L'Aifa: "Riconosciuta la validità del nostro operato". LA SENTENZA (in lingua francese).



11 GIU - L'accesso alle cure compassionevoli non è un diritto, ma deve essere supportato evidenze scientifiche. Ad affermarlo è la Corte europea per i diritti dell'uomo (ECHR), nella sentenza che spiega le ragioni della bocciatura pronunciata dalla stessa Corte lo scorso 28 maggio contro il metodo Vannoni. La Corte, infatti, ha respinto il ricorso di un cittadino italiano la cui figlia è affetta dall'adolescenza da una patologia cerebrale degenerativa e che chiedeva di poter far accedere la figlia al metodo Stamina.

La richiesta era già stata respinta dal Tribunale di Udine. Una decisione che, secondo il ricorrente, era lesiva del diritto alla vita e anche discriminatoria, perché per casi simili a quello di sua figlia altri tribunali italiani avevano autorizzato l'accesso al trattamento. La Corte europea ha respinto il ricorso del cittadino italiano affermando che l'interdizione per la paziente al "metodo Stamina", prevista dal tribunale, perseguiva l'obiettivo legittimo di proteggere la salute ed era proporzionata a questo scopo. I giudici hanno stabilito che il caso è stato adeguatamente ponderato e la decisione debitamente motivata e non arbitraria. Secondo la Corte europea quindi la paziente non è stata affatto discriminata, anche se alcuni Tribunali italiani hanno permesso il medesimo trattamento per patologie simili.

A rilanciare la notizia è oggi l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), spiegando che la decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo "rappresenta un ulteriore riconoscimento della validità dell'operato dell'Agenzia Italiana del Farmaco. L'AIFA nasce per garantire l'accesso al farmaco e il suo impiego sicuro e appropriato come strumento per la protezione e la promozione della salute e opera con l'unico obiettivo di tutelare la salute dei cittadini. Ed è proprio per perseguire questo scopo che l'Agenzia ha ordinato nel maggio del 2012 la sospensione delle somministrazioni a base di cellule staminali da parte della Stamina Foundation presso l'Azienda Ospedaliera "Spedali Civili di Brescia" a causa del mancato rispetto delle normative poste a salvaguardia della salute dei pazienti", conclude l'Aifa.

Doctor33

giu
12
2014

Stamina/2, Aifa: nostra azione a tutela salute dei cittadini



ARTICOLI CORRELATI

“I pazienti non hanno diritto di accedere automaticamente a una terapia compassionevole se questa non è supportata da evidenze scientifiche”. Lo ha sancito in un recente pronunciamento la Corte europea dei diritti dell’uomo come ricorda in un’editoriale sul suo sito l’Aifa con riferimento alla vicenda Stamina. Una presa di posizione che, sottolinea l’Agenzia, rappresenta un ulteriore riconoscimento della validità del suo operato. L’Aifa nasce per garantire l’accesso al farmaco e il suo impiego sicuro e appropriato come strumento per la protezione e la promozione della salute e opera con l’unico obiettivo di tutelare la salute dei cittadini, sottolinea l’editoriale. Ed è proprio per perseguire questo scopo che l’Agenzia ha ordinato nel maggio del 2012 la sospensione delle somministrazioni a base di cellule staminali da parte della Stamina Foundation presso l’Azienda Ospedaliera “Spedali Civili di Brescia” a causa del mancato rispetto delle normative poste a salvaguardia della salute dei pazienti. Ieri, nel frattempo, ha tenuto la sua prima riunione il comitato di esperti nominato dal ministro della Salute per pronunciarsi sul metodo. La composizione del comitato di esperti è stata integrata con due nuovi membri segnalati dalle associazioni dei malati. I due nuovi esperti segnalati dalle Associazioni dei malati,

rende noto il ministero della Salute, sono **Alberto Burlina**, (professore Università di Padova - Direttore dell’ Unità Operativa Complessa Malattie Metaboliche Ereditarie, Dipartimento di Pediatria), esperto clinico designato dalla Associazione Bambini Cerebrolesi - Federazione Italiana A.B.C., e **Gianluigi Forloni** (Capo Dipartimento Neuroscienze, Capo Laboratorio di Biologia delle Malattie Neurodegenerative, Istituto "Mario Negri" Milano) esperto di staminali designato dalla Federazione Alzheimer Italia.

Marco Malagutti



SALUTE

Salute: 24 mln italiani l'anno in pronto soccorso, 25% per problemi sociali

E' la fotografia scattata dalla Società italiana di medicina di emergenza-urgenza (Simeu), che organizza dal 16 al 22 giugno in tutte le Regioni la Settimana nazionale del pronto soccorso

11/06/2014 18:00

Consiglia Condividi Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



Roma, 11 giu. (Adnkronos Salute) - - Sono 24 milioni gli italiani che ogni anno entrano in pronto soccorso. Casi di differente gravità: alcuni rischiano la vita, altri hanno traumi o patologie molto meno gravi. E nel 25% dei casi presentano problemi di tipo sociale: vittime di abusi sessuali, anziani malati e fragili con patologie complesse e condizioni economiche svantaggiate, tossicodipendenti, senza dimora e stranieri irregolari. E' la fotografia scattata dalla Società italiana di medicina di emergenza-urgenza (Simeu), che organizza dal 16 al 22 giugno in tutte le Regioni la Settimana nazionale del pronto soccorso. L'obiettivo è "creare un'alleanza con la popolazione, al di là della tensione dei casi di emergenza personale in occasione dei quali ci si rivolge al pronto soccorso, per costruire insieme, professionisti sanitari e cittadini un sistema sanitario migliore", sottolinea la Simeu. Secondo i dati del ministero della Salute e dell'Iss rielaborati dalla Simeu e messi a confronto con quelli Istat ed Eurostat, l'84% dei 24 mln di accessi al pronto soccorso viene dimesso dopo aver risolto il problema di salute grazie alle cure ricevute e solo poco più del 15% viene ricoverato; i codici rossi sono l'1% del totale degli accessi, i verdi il 66%, i gialli il 18% e i bianchi, i casi meno gravi, il 14%. Su tutto il territorio nazionale ci sono 844 fra Dipartimenti di emergenza e accettazione (331), più complessi dal punto di vista organizzativo, e pronto soccorso semplici (513). Medici e infermieri Simeu, in collaborazione con le associazioni dei pazienti e le istituzioni locali, organizzeranno incontri, dimostrazioni di manovre di primo soccorso e altre occasioni di confronto con la popolazione, anche fuori dagli ospedali, in luoghi inconsueti per l'emergenza. Tra i temi che saranno affrontati durante la settimana anche alcuni dei problemi che affliggono i dipartimenti d'emergenza: i tempi d'attesa, a cosa è dovuto il sovraffollamento, come funziona l'emergenza sanitaria, quale tipo di assistenza si trova in pronto soccorso. A queste domande la Simeu cercherà di dare una risposta alla cittadinanza, spiegando dinamiche e trasformazioni in atto nel mondo dell'emergenza-urgenza. Sarà possibile seguire gli eventi anche su Twitter (#SETTIMANAPS) sulla pagina Facebook della società scientifica o tramite il sito www.simeu.it. La Settimana del pronto soccorso ha ottenuto il patrocinio del ministero della Salute.

quotidianosanita.it

Mercoledì 11 GIUGNO 2014

Spesa sanitaria. Ecco il primo Rapporto del Mef. "Effetti positivi da un monitoraggio costante"

"Una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi di gestione, comporta molto spesso un peggioramento della qualità dei servizi assicurati ai cittadini". Per questo secondo il Mef necessario un "monitoraggio costante" per intervenire con dei correttivi dove ce ne è bisogno. L'andamento degli ultimi anni illustrato nel [DOCUMENTO](#).

Appena pubblicato sul sito del Ministero dell'Economia il primo rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) che mette insieme tutti i numeri della sanità italiana degli ultimi anni. Un documento che assume grande importanza dal momento che, come si legge in premessa, "una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi di gestione, comporta molto spesso un peggioramento della qualità dei servizi assicurati ai cittadini". Per questo, secondo il Mef, serve un "monitoraggio costante". Che può avere importanti risultati, come quelli già registrati, anche grazie ai piani di rientro.

Ecco una prima parte delle rilevazioni contenute nell'ampio documento della RGS.

Spesa per il personale

La spesa per il personale (o redditi da lavoro dipendente, secondo la definizione del SEC95) passa da un incremento medio annuo del 5,2% nel periodo 2000-2006 allo 0,9% nel periodo 2006-2010. Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria in termini di P.A. passa dal 36,4% nel 2006 al 34,1% nel 2010.

"L'andamento rilevato per la spesa per il personale è influenzato dai criteri di contabilizzazione degli oneri per i rinnovi dei contratti del personale dipendente", si osserva nel Rapporto. La spesa in termini di P.A., infatti, "registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi, in quanto solo a seguito della sottoscrizione del contratto sorge l'obbligazione giuridica al riconoscimento degli aumenti contrattuali nonché di eventuali oneri arretrati. Ad esempio, il dato di spesa per il personale dell'anno 2006 sconta arretrati per circa 2.000 mln di euro, originando un incremento fra l'anno 2005 e l'anno 2006 pari al 7,9%. Analogamente, nell'anno 2008, insistono sul dato della spesa per il personale dipendente oneri arretrati relativi al contratto del biennio economico 2006-2007, che determinano una variazione annua dell'aggregato pari al 9,8%".

"Il contenimento della dinamica dell'aggregato è sostanzialmente il risultato delle politiche di blocco del turn-over attuate delle regioni sotto piano di rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale comunque portate avanti autonomamente dalle altre regioni", spiega il rapporto.

Aggiungendo che "la dinamica dell'aggregato negli anni più recenti è, inoltre, influenzata dal blocco delle procedure contrattuali relative al biennio economico 2010-2012 nonché dalla previsione¹³ di un limite (vigente sino al 31 dicembre 2014) al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non può eccedere il livello vigente nell'anno 2010, fatto salvo il riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale. Le misure sopra esposte si sono riflesse in un contenimento della dinamica dell'aggregato, che fa registrare nel periodo 2010-2013 una riduzione pari al 2,1% medio annuo. Il peso percentuale della spesa per il personale sul totale della spesa sanitaria nell'anno 2013 è pari al 33,0%".

Spesa per beni e servizi (compresi i farmaci ospedalieri)

La spesa per beni e servizi passa da un incremento medio annuo del 9,1% nel periodo 2000-2006 a un incremento del 6,3% medio annuo nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso percentuale della spesa per beni e servizi sulla spesa sanitaria in termini di P.A. passa dal 21,5% nel 2006 al 24,8% nel 2010. Nel periodo 2010-2013 la spesa per beni e servizi ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita, evidenziando un tasso di crescita medio annuo pari all'1,6%. Tuttavia il peso percentuale dell'aggregato sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 26,8%.

“La dinamica dell'aggregato nel periodo 2010-2013 – spiega il Rapporto - sconta le manovre di contenimento della spesa introdotte dal decreto legge n. 98/2011, dal decreto legge n. 95/2012 e dalla Legge di Stabilità 2013”.

In particolare, per l'anno 2013 è stato previsto:

- la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti 15 nonché l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i Contratti Pubblici;
- la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard;
- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard.

“Unitamente a ciò – prosegue il Rapporto -, la dinamica dell'aggregato è positivamente influenzata dalla messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'AVCP, dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa. Deve rilevarsi, peraltro, che l'andamento complessivo dell'aggregato sconta la dinamica della componente dei prodotti farmaceutici ospedalieri, che registra tassi di crescita sostenuti sia a seguito della continua introduzione di farmaci innovativi (specie in campo oncologico) caratterizzati da un costo elevato sia dalle politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL, con conseguente rimodulazione della spesa dalla farmaceutica convenzionata alla farmaceutica ospedaliera. Al netto della componente dei prodotti farmaceutici, gli altri beni e servizi hanno evidenziato una dinamica contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2010-2013 pari allo 0,7%”.

Spesa farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata passa da un incremento medio annuo del 5,9% nel periodo 2000-2006 ad una riduzione del 3,0% nel periodo 2006-2010, riducendo il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria, che passa dal 12,1% nel 2006 al 9,7% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa farmaceutica convenzionata ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita, evidenziando un tasso di variazione medio annuo negativo pari a -7,5%. Il peso percentuale della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 7,9%.

“Tale performance è principalmente il risultato degli strumenti di monitoraggio e di governance della spesa farmaceutica convenzionata progressivamente introdotti”, spiega il Rapporto, illustrando:

- in primo luogo, la previsione di un tetto alla spesa farmaceutica convenzionata (fissato all'11,35% per l'anno 2013) con un meccanismo di recupero automatico a carico delle aziende farmaceutiche (cosiddetto *payback*) dell'eventuale sfioramento del tetto.
- in secondo luogo, la predisposizione di un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, gestito dalla RGS.

Medicina di base

La spesa per la medicina di base passa da un incremento medio annuo del 6,7% nel periodo 2000-2006 a un incremento del 4,2% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria passa dal 5,8% nel 2006 al 6,2% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa per medicina di base ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita. In tale periodo, infatti, la spesa si riduce dell'1,5% medio annuo. Il peso percentuale della spesa per medicina di base sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 6,1%.

“Anche con riferimento all'acquisto di prestazioni di medicina di base – spiega la RGS - deve

osservarsi che la dinamica dell'aggregato è fortemente influenzata dalle regole contabili del SEC 95, che prevedono che gli oneri per il rinnovo delle convenzioni ed eventuali arretrati siano imputati nell'anno di sottoscrizione della nuova convenzione. Tali modalità di contabilizzazione sono alla base degli incrementi particolarmente elevati registrati in taluni anni, come, ad esempio nel 2005 o nel 2009. Deve osservarsi, inoltre, che in analogia con quanto previsto per il personale dipendente, anche per il personale convenzionato è stato fissato un limite al riconoscimento di incrementi retributivi, che non può eccedere il livello vigente nell'anno 2010".

Spesa per altre prestazioni da privato

La spesa per altre prestazioni da privato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati in convenzione con il SSN. L'aggregato passa da un incremento medio annuo dell'8,0% nel periodo 2000-2006 a un incremento medio annuo del 3,7% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria passa dal 19,9% nel 2006 al 20,8% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa per altre prestazioni da privato ha ulteriormente ridotto la sua dinamica, evidenziando un tasso di crescita medio annuo pari allo 0,7%. Il peso percentuale della spesa per altre prestazioni da privato sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 21,9%.

"L'andamento dell'aggregato – spiega il Rapporto - riflette il miglioramento nella regolazione, in particolare nelle regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale. Esso sconta, inoltre, le misure di contenimento della spesa per prestazioni specialistiche e ospedaliere acquistate da operatori privati introdotte con il decreto legge n. 95/2012".

Spesa sanitaria corrente

La spesa sanitaria corrente è passata nel periodo 2002-2013 da un valore pari a 78.977 mln di euro a 109.260 mln di euro, con un incremento in valore assoluto pari a 30.283 mln di euro nell'arco di undici anni, con un tasso di crescita medio annuo pari al 3,0%.

Nello stesso periodo il prodotto interno lordo è passato da 1.301.873 mln di euro a 1.560.024 mln di euro, con un aumento in valore assoluto di 258.151 mln di euro, a un tasso di crescita medio annuo pari all'1,7%.

In termini di rapporto sul PIL, la spesa sanitaria è passata da una percentuale del 6,1% nel 2002 al 7,0% fatto registrare nel periodo 2010-2013.

Deve osservarsi, tuttavia come la dinamica della spesa sanitaria sia sensibilmente diversa negli anni antecedenti all'anno 2006 e in quelli successivi a tale anno. Infatti, nel periodo 2002-2006 la spesa sanitaria corrente è cresciuta in valore assoluto di 19.971 mln di euro (pari a circa il 66% dell'incremento osservato nell'intero periodo 2002-2013), con un incremento medio annuo del 5,8%.

Nel periodo 2006-2010 la spesa sanitaria è cresciuta in valore assoluto di 11.626 mln di euro, a un tasso medio annuo del 2,8%, con un ulteriore rallentamento nell'ultimo periodo (2010-2013), nel quale si registra un tasso di variazione medio annuo negativo (-0,4%).

"Tale evidente cesura nella dinamica osservata dalla spesa sanitaria – spiega la RGS - è principalmente il risultato del salto di paradigma intervenuto a partire dall'anno 2006 rispetto alla legislazione previgente, a seguito della forte responsabilizzazione regionale e del venir meno della regola "dell'aspettativa del ripiano dei disavanzi", che in precedenza aveva indotto comportamenti opportunistici da parte delle regioni, allentando il vincolo di bilancio e rendendo necessaria una rinegoziazione ex-post della cornice finanziaria: nell'anno 2004 con il conferimento di 2.000 mln di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2001-2003 e nell'anno 2005 con il conferimento di ulteriori 2.000 mln di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2002-2004".

La situazione di squilibrio economico strutturale appariva particolarmente significativa in alcuni contesti regionali. Può osservarsi, infatti, che nell'anno 2006, dei circa 6.000 mln di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, circa 3.800 mln di euro erano concentrati nelle regioni Lazio, Campania e Sicilia. "Al fine di far fronte alla situazione di grave squilibrio economico-finanziario strutturale di alcuni sistemi sanitari regionali, come precedentemente ampiamente illustrato, è stato introdotto lo strumento innovativo del piano di rientro, che si configura come un vero e proprio

programma di ristrutturazione industriale finalizzato al conseguimento di una profonda e strutturale riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale interessato, attraverso l'individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza all'origine dello squilibrio economico e la programmazione e l'implementazione di opportune misure di correzione di tali criticità. In questa prospettiva, il Piano di rientro si configura come uno strumento che individua e affronta selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente il prodursi dei disavanzi. Processo – osserva la RGS - è tuttora in corso, pur con taluni correttivi”.

ANZIANI: IN ITALIA 1,5 MLN BADANTI, CONVEGNO AL GEMELLI

(AGI) - Roma, 11 giu. - "Siamo l'unico Paese al mondo ad avere circa un milione e mezzo di assistenti familiari: un numero incredibile di cosiddetti 'badanti'. Rivela il tentativo di apprestare un'assistenza suppletiva per i nostri anziani, fra i piu' numerosi al mondo, che altrimenti potrebbero contare su un numero insufficiente di letti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (solo 400mila letti, un record negativo: coprono circa il 3,5% degli over 65, mentre nessun Paese europeo si attesta sotto al 7%), o su prestazioni domiciliari ancora molto inferiori alla media europea (garantiscono servizi a meno del 2% degli ultrasessantacinquenni: nessun Paese in Europa si attesta al di sotto dell'8%)". Cosi' Roberto Bernabei, presidente di Italia Longeva e Direttore del Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia dell'Universita' Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico A. Gemelli di Roma, ha presentato la giornata di confronto che si e' svolta oggi a Roma, e che per la prima volta ha restituito una fotografia aggiornata - anche grazie ai dati presentati dall'Istat e dal Censis - dell'assistenza familiare in Italia. E' un fenomeno socio-sanitario, demografico e culturale "con il quale siamo a contatto ogni giorno e sul quale, incredibilmente, nessuno fino ad ora aveva proposto una riflessione organica e strutturata", spiega Bernabei. Italia Longeva, che e' impegnata a tutto campo sulle problematiche che coinvolgono la terza eta', ha quindi pensato di riunire oggi, all'Universita' Cattolica di Roma, tutti gli attori coinvolti nell'analisi, nel supporto e nella gestione dell'assistenza familiare. Un fenomeno, ripeto, che in nessun altro Paese si presenta diffuso e capillare come in Italia: dalle Alpi alla Sicilia e nella stragrande maggioranza delle nostre famiglie". "I nonni italiani - ha proseguito Bernabei - nella maggior parte dei casi hanno ancora un'abitazione di proprieta', nella quale i loro figli, anche in risposta alle carenze dei servizi cui accennavo, scelgono di continuare ad assisterli grazie al supporto di un vero e proprio esercito di assistenti familiari, non sempre in regola e non sempre adeguatamente preparati. Riguardato dal punto di vista del sistema e' una sorta di servizio socio-sanitario parallelo, garantito da operatori della cui formazione nessuno sembra preoccuparsi abbastanza. Al contrario, l'Universita' Cattolica di Roma, attraverso il Centro di Ricerca, Promozione e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica (Cepsag) ha intrapreso da anni uno sforzo di professionalizzazione della figura dell'assistente familiare: migliaia di 'badanti' formati nel cuore del Policlinico A. Gemelli; una goccia nell'oceano a fronte del milione e mezzo di assistenti familiari presenti in Italia, e tuttavia sufficiente a ricordare a tutti che le conoscenze di un semplice collaboratore domestico non possono essere le stesse richieste a una persona impegnata a prendersi cura di un anziano, magari non del tutto autonomo o comunque affetto da diverse cronicita'".

PERUGIA

**ZANZARE MASCHIO
IN LABORATORIO
CONTRO LA MALARIA**

••• ROMA. Popolazioni di zanzare nelle quali, generazione dopo generazione, le femmine diventano sempre più rare perché possono generare soltanto maschi: è la strada nata nei laboratori dell'Imperial College di Londra per debellare le zanzare Anofele e, con esse, la malaria. È l'ultima tappa di una strada intrapresa almeno dall'inizio degli anni '90 e il coordinatore della ricerca, pubblicata sulla rivista Nature Communications, è ancora una volta il gruppo coordinato dall'italiano Andrea Crisanti, che lavora fra la Gran Bretagna e l'università di Perugia. È stato proprio Crisanti a inaugurare questo filone di ricerca. All'inizio modificando le zanzare in modo da stimolare in esse la produzione di anticorpi contro il plasmodio, il parassita responsabile della malattia: una strada complessa, le cui difficoltà non hanno però scoraggiato i ricercatori. I primi risultati ottenuti in laboratorio sono incoraggianti: un enzima ha permesso di intervenire nel processo di produzione degli spermatozoi, tagliando la porzione di Dna dell'Anofele che contiene il cromosoma femminile X.



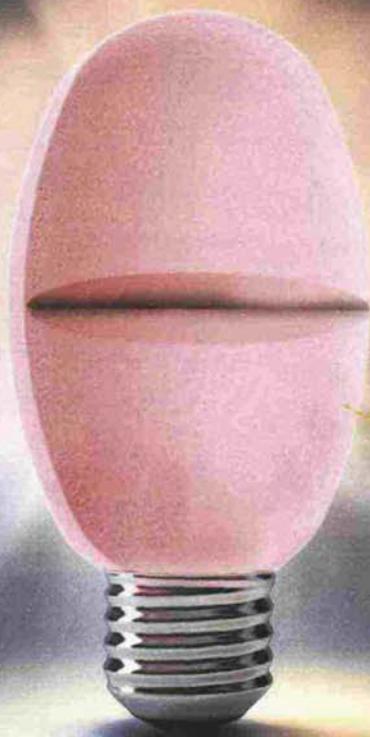
BIMBI PIU' INTELLIGENTI SE GIUSTO LIVELLO IODIO IN GRAVIDANZA

MA SOLO 22.9% MEDICI CONSIGLIA SALE IODATO A GESTANTI

(ANSA) - ROMA, 11 GIU - Piu' iodio alle mamme, bambini piu' intelligenti. Lo iodio, infatti, e' un elemento essenziale per lo sviluppo del cervello nel feto e anche deficit lievi possono determinare effetti avversi nello sviluppo cognitivo e psicomotorio nei bambini. Il tema e' stato affrontato in una sessione del 70/o Congresso Nazionale di Pediatria in corso a Palermo. "Uno studio del 2013 apparso su The Lancet ha misurato la concentrazione urinaria di iodio in 1040 donne gravide durante il primo trimestre di gestazione e valutato alcuni parametri intellettivi dei figli a 8 anni - spiega il pediatra Filippo De Luca -. Ne e' risultato che i figli di quelle che, in occasione del controllo, avevano dimostrato una carenza iodica lieve o moderata nel primo trimestre di gestazione, avrebbero poi dimostrato all'eta' di 8 anni un rischio aumentato di punteggio basso nel QI per quanto riguarda le performance relative al linguaggio, alla lettura ed alla comprensione dei testi, rispetto ai coetanei di madri con livelli di iodio normali in gravidanza. Due meta-analisi hanno inoltre stimato che l'effetto di una severa carenza nei bambini possa essere responsabile di un QI piu' basso di circa 12-13 punti". Eppure secondo un' indagine dell'Istituto Superiore di Sanita' del 2012, i medici di famiglia non sono molto preparati sulla problematica della carenza di iodio nell'alimentazione. Solo il 23% conosce la raccomandazione del Ministero della Salute sul sale iodato e la legge sulla iodoprofilassi, il 45,6% conosce solo la raccomandazione o solo la legge ed il 31,1% non conosce ne' la raccomandazione ne' la legge. "Solo il 22.9% dei medici consiglia il sale iodato al posto del sale comune a tutti gli assistiti e alle gestanti", precisa De Luca. "La legge 55/05 che ha deliberato interventi di iodoprofilassi in Italia risale al 2005 ma rimane sostanzialmente disattesa - conclude - e nel nostro Paese esistono ancora sacche di carenza endemica: uno stato di carenza iodica lieve-moderata persisteva ancora nel 2011 in molte regioni italiane, in particolare in quelle del Sud". (ANSA).

SCENARI FRONTIERE

CITALOPRAM:
ANTIDEPRESSIVO
CHE AGISCE
SUI LIVELLI DI
SEROTONINA



Questa pillola accenderà il cervello?

Un antidepressivo di uso comune si è rivelato in grado di rallentare i segni della malattia.

Un farmaco che blocca l'Alzheimer, arrestando la devastazione del cervello: è il traguardo ultimo, finora lontano, della ricerca. Un passo avanti lo hanno compiuto giorni fa scienziati della Washington University: hanno testato su topi, e poi su volontari giovani e sani, un antidepressivo di uso comune a base di citalopram (inibitore della ricaptazione della serotonina). Nel cervello dei topi il farmaco ha bloccato la crescita delle placche di beta-amiloide, la proteina che si pensa sia la causa dell'Alzheimer; negli umani una dose da 60 milligrammi ha ridotto del 37 per cento la produzione.

Sarà dunque un semplice antidepressivo a salvarci dal declino cerebrale? I risultati, promettenti, vanno presi con cautela. «La scoperta conferma, come io credo, che la proteina beta-amiloide ha davvero un ruolo chiave nell'Alzheimer» commenta Fabrizio Tagliavini, direttore del dipartimento di malattie

neurodegenerative all'Istituto Besta di Milano. «È il meccanismo iniziale che innesca la slavina: quello che poi avviene a valle è una catena di eventi molto complessi, e non è detto che ridurre le placche di beta-amiloide incida sulla progressione della malattia». In altre parole, le placche nel cervello possono pure diminuire, ma i sintomi rimanere tali e quali.

Premesso questo, lo studio merita di essere approfondito. «Già ora, ai malati di Alzheimer con sintomi depressivi viene dato il citalopram, anche se a dosaggi più bassi per evitare problemi al cuore» dice Tagliavini. «Un domani, se trial clinici su ampi numeri confermeranno i risultati americani, si potrà pensare di somministrarlo a pazienti con l'Alzheimer anche in assenza di depressione, magari in una fase precoce della malattia, quando intervenire con i farmaci potrebbe fare la differenza».

(Daniela Mattalia)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Elaborazione grafica di Stefano Carrara

Statali in esubero, pensione 2 anni prima

► Il personale in eccedenza che non vorrà essere prepensionato ► Stop al trattenimento in servizio dal 31 ottobre, chi ha già potrà scegliere il part time. Subito una ricognizione in tutta la Pa raggiunto i requisiti per il ritiro non potrà più restare al lavoro

LA BOZZA

ROMA Usciti dalla porta, rientrano dalla finestra. Gli «esuberanti» della Pubblica amministrazione, quantificati in almeno 85 mila dal Commissario straordinario alla spending review, Carlo Cottarelli, saranno uno dei pezzi forti del decreto legge che il ministro della Funzione pubblica Mariana Madia si prepara a portare nel consiglio dei ministri di domani. L'articolo 2 della bozza di provvedimento (in tutto per ora sono 26 articoli) prevede che tutte le pubbliche amministrazioni effettuino annualmente «rilevazioni delle eccedenze di personale su base territoriale per categoria o area, qualifica e profilo professionale». Cosa sarà di questo personale in eccesso? Se fino ad oggi era previsto un lungo iter che coinvolgeva anche i sindacati e che si concludeva con la messa «a disposizione» dei lavoratori che avrebbero continuato a percepire l'80 per cento dello stipendio, le soluzioni paiono ora più drastiche. «Decorsi trenta giorni dall'avvio dell'esame (con i sindacati, ndr), in assenza dell'individuazione di criteri e modalità condivisi», si legge nel testo, «la pubblica amministrazione procede alla risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro di coloro che entro il biennio successivo maturano il diritto all'ac-

cesso al trattamento pensionistico». Insomma, gli statali in esubero a cui mancano due anni alla pensione saranno messi alla porta. In pratica saranno prepensionati (il testo parla di «conseguente corresponsione del relativo trattamento»). Un punto delicato, che fino all'ultimo minuto era stato smentito anche per il timore di provocare differenze di trattamento con gli esodati del privato, lasciati a casa senza stipendio e senza pensione. Ai pubblici dipendenti in eccesso, tuttavia, verrà data anche un'altra chance: accettare contratti di solidarietà o «forme flessibili di gestione del tempo di lavoro». Insomma, accettare il part-time sarebbe il modo per evitare il licenziamento. È qui che, nelle intenzioni del governo, dovrebbe scattare la staffetta generazionale. I soldi risparmiati in questo modo potrebbero essere utilizzati per assumere giovani grazie alla modifica del meccanismo del turnover.

I NUOVI CRITERI

Oggi il sistema è quello delle teste. Ogni dieci statali che escono ne possono essere assunti due. Il criterio introdotto dal decreto è quello finanziario. Per quest'anno le assunzioni non potranno superare il 20 per cento della spesa del personale cessato. Questo limite salirà al 40 per cento il prossimo anno, al 60 per cento

nel 2016, all'80 per cento nel 2017 per arrivare al 100 per cento nel 2018. Un criterio più favorevole ci sarà per gli enti di ricerca che già da quest'anno avranno un limite del 50 per cento della spesa. Confermata anche l'abolizione del trattenimento in servizio, ossia la possibilità di rimanere al lavoro per i due anni successivi alla maturazione dei requisiti per andare in pensione. I trattenimenti in servizio in essere saranno validi solo fino al 31 ottobre di quest'anno. Intanto ieri, in attesa dell'incontro di oggi con la Madia, i sindacati di categoria hanno presentato una loro proposta di riforma. «Noi pretendiamo», ha detto il segretario confederale della Fp-Cgil Rosanna Dettori, «che, a fronte dei 400mila posti persi in 10 anni, 100mila possano entrare», chiedendo un «confronto vero» sulla riforma e non «un ennesimo spot». Non solo. «Fare la staffetta con 5mila giovani è una risposta ridicola», ha aggiunto il segretario della Cisl-Fp Faverin. Le sigle del pubblico impiego, Fp-Cgil, Cisl-Fp, Uil-Fpl e Uil-Pa, hanno presentato la propria proposta unitaria «organica, di riorganizzazione del lavoro pubblico», per il suo rilancio e semplificazione, i cui punti centrali sono lo sblocco del turnover e del contratto, fermo al 2009.

**Andrea Bassi
Francesco Bisozzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dipendenti statali all'ingresso di un ministero



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Le misure**1****Dimezzati subito
i permessi sindacali**

La tagliola sui permessi sindacali nella pubblica amministrazione scatterà già dal prossimo primo agosto. Un articolo del decreto prevede infatti che i contingenti complessivi dei distacchi, aspettative e permessi sindacali già attribuiti in base alle norme attualmente vigenti siano ridotti del cinquanta per cento per ciascuna organizzazione. In seguito, una volta attuato il taglio, attraverso le procedure contrattuali e negoziali previste dai rispettivi ordinamenti la ripartizione tra le varie associazioni potrà essere modificata.

2**Via cinque scuole
di formazione**

Preannunciata da tempo, l'unificazione tra le attuali scuole della pubblica amministrazione dovrebbe diventare realtà con il provvedimento all'esame del Consiglio dei ministri di domani. Vengono quindi soppresse la Scuola superiore dell'Economia e delle Finanze, l'Istituto diplomatico Mario Toscano, la Scuola superiore dell'Interno, il Centro di formazione della Difesa e la Scuola superiore di Statistica. Resterà quindi la Scuola nazionale dell'amministrazione, della quale però vengono cancellate le sedi distaccate prive del centro residenziale.

4**Il Pra sopravvive
aumenta il bollo**

Il documento unico per l'auto che accorperà libretto di circolazione e certificato di proprietà, ci sarà. Quello che non ci sarà, invece, è l'accorpamento del Pra dell'Acì con gli uffici della Motorizzazione civile. Sopravviveranno entrambi. Cambierà però tutto il sistema di tassazione dell'automobile. Scomparirà l'Ipt, l'imposta provinciale sulle compravendite di veicoli e anche il superbollo. Saranno sostituiti da un'imposta di immatricolazione sui veicoli nuovi e da un aumento del bollo fino al massimo del 12 per cento. Il gettito per le casse dello Stato resterebbe invariato.

5**Autorità, basta
incarichi in serie**

Nuovi vincoli per i componenti delle Autorità indipendenti: dopo aver terminato il proprio incarico non potranno essere nuovamente nominati componenti di un'altra Autorità prima di un periodo pari alla durata legale dell'incarico precedente. Per Banca d'Italia, Consob e Ivass vale anche un vincolo di tre anni dalla cessazione dell'incarico, durante i quali gli interessati non potranno avere rapporti di collaborazione, consulenza o impiego con soggetti pubblici o privati operanti negli stessi settori di competenza.

3**Il Formez sarà
commissariato**

Il Formez, il centro servizi per la formazione nella pubblica amministrazione, sarà commissariato e la sua struttura modificata. Invece dell'attuale presidente, del consiglio di amministrazione e del comitato di indirizzo, ci sarà solo un cda presieduto dall'amministratore delegato, un collegio di revisori e un'assemblea. Del cda farà parte di diritto Mauro Bonaretti, segretario generale della Presidenza del Consiglio e Pia Marconi, attuale capo dipartimento della Funzione pubblica, che già oggi sono presenti nel comitato di indirizzo dell'organismo pubblico che ha un budget di 70 milioni l'anno.

6**Ai malati cronici
una sola ricetta**

Del capitolo semplificazione fa parte anche una novità che tocca da vicino la vita di molte persone in difficoltà: coloro che soffrono di patologie croniche e sono spesso costretti a richiedere frequentemente le ricette per i farmaci che devono assumere. Un articolo del decreto prevede che in attesa dell'andata a regime del sistema della ricetta dematerializzata, il medico possa prescrivere per le malattie di questo tipo medicinali fino a sei pezzi per ricetta, purché il paziente li utilizzi da almeno sei mesi. La durata della prescrizione non potrà comunque superare i 180 giorni di terapia.