

Nonostante i proclami, epidurale poco utilizzata e troppi cesarei. Questione di costi

Ma la nascita senza dolore è ancora un miraggio

MARIA PAOLA SALMI

Cosa vogliono le donne al momento del parto? Mettere al mondo un figlio in sicurezza e senza soffrire troppo. Un terzo delle partorienti chiede la partoanalgesia ma solo il 4% riesce ad ottenerla gratuitamente in una struttura pubblica. In Italia il parto indolore è ancora utopia mentre il cesareo, ben lungi dal decrescere, è proposto alla donna come panacea di tutti i mali. Le buone intenzioni dell'ex ministro della Salute Livia Turco (che nel 2006 dichiarava: «Garantiremo a tutte le mamme italiane di partorire senza dolore e il SSN assicurerà gratis l'anestesia epidurale») sono cadute nel vuoto, ad eccezione di poche realtà.

In questi giorni il tema è tornato d'attualità dopo l'approvazione in Consiglio dei ministri del DDL su salute e stili di vita che punta ad un inserimento nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) della prestazione per il controllo del dolore nel parto. «Siamo in ritardo rispetto ad altri paesi - ammette il ministro della Salute Beatrice Lorenzin impegnata nella riconversione dei piccoli presidi ospedalieri - ma vorremmo rendere disponibile il parto indolore a tutte le donne».

Il Fatebenefratelli di Roma è stato il primo ospedale ad applicare l'analgesia con epidurale in travaglio di parto convenzionata. «Assicurare la partoanalgesia alla donna che sceglie questa pratica nell'ottica di parto naturale, è un servizio sociale - afferma Antonio Di Pastena, dirigente medico di anestesia e rianimazione al Fatebenefratelli - nella nostra strut-

tura che conta più di 4 mila parti l'anno, la maggioranza delle donne chiede l'epidurale che è possibile fare anche quando s'rende necessario il cesareo. Ovviamente bisogna disporre di personale specializzato e dedicato 24h, strutture e risorse economiche». E sono proprio questi i nodi del problema: organizzazione, personale addestrato, denari sperperati tra infiniti rivoli dei 559 punti nascita italiani, 158 dei quali effettuano meno di 500 parti l'anno mentre 330 sono sotto gli 800. Casistica troppo bassa per sostenere costi e standard di sicurezza previsti dal ministero della Salute. «Il problema è la spesa sanitaria - osserva Enrico Ferrazzi, direttore del Dipartimento donna mamma neonato all'ospedale Buzzi Università di Milano - il parto indolore ben rappresenta l'impossibilità della nostra sanità a fornire alla donna un servizio necessario. La criticità sta nei punti nascita, troppi, e quindi pochi quelli in grado di reggere i costi di un servizio di partoanalgesia con almeno 6 anestesisti nelle 24 ore, ostetriche, ginecologi, pediatri, neonatologi che a turno assistono la donna e il neonato. Studi scientifici evidenziano che più piccoli sono i punti nascita peggiori sono i risultati neonatali e la mortalità».

Il Portogallo ha chiuso in 6 mesi tutti i punti nascita sotto i 500 parti facendo risalire in 5 anni la qualità dei servizi restanti. Il parto indolore dovrebbe diventare una possibilità di scelta concreta e gratuita, insieme ad altre opzioni di accompagnamento "dolce" (travaglio in acqua, travaglio attivo, doccia tiepida, ...) che non siano il cesareo.

Quei combattenti
anticancro
che ci aiutano
a vivere

ALBINI

SALUTE

Tumore

Al congresso mondiale di immunologia a Milano il punto sulle conoscenze del ruolo del nostro sistema di difesa nel contrastare la patologia e potenziare le cure. La sfida: capire perché, pur potendo distruggere il male, non ci ries

Quelle armate di guerrieri bianchi che combattono contro il cancro

**“Chi non è con noi è contro di noi”
Questa la strategia quando i nemici sono troppi**

ADRIANA ALBINI *

ome fa il nostro organismo a combattere i patogeni esterni e le nostre cellule divenute nemiche, come i tumori? I paladini che ci difendono sono principalmente i globuli bianchi, che riconoscono e uccidono il nemico, salvando le cellule sane del nostro corpo. Alcuni globuli bianchi (tra cui i granulociti neutrofili) sono la prima linea di difesa ma hanno scarsa specificità. L'eradicazione di infezioni gravi richiede armate addestrate e istruite del nostro sistema immunitario: i linfociti B e T. Le due armate sono classificate anche come immunità “innata” (ad es. i neutrofili) ed immunità “adattativa”, o acquisita, i linfociti.

Entrambe le armate di guerrieri bianchi individuano i mini-

mi indizi rivelatori della presenza di agenti patogeni. Tra loro “reparti” selezionati per riconoscere una proteina che un virus o un tumore ha nascosto in una cellula, senza però assalire le cellule sane. Dei linfociti vengono attivati solo quelli adatti allo scopo e al tipo di nemico. I linfociti T riconoscono l'antigene, con l'aiuto di un'altra famiglia di globuli bianchi: le cellule APC, che glielo portano a contatto. Spetta poi ai linfociti B produrre gli anticorpi contro la proteina, che sia prodotta da un agente infettivo o da un tumore.

Esistono anche microrganismi e cellule tumorali che celano la loro natura di nemici. A loro pensano i “guerrieri bianchi” NK (natural killer), capaci di riconoscere, e poi attaccare i “non-amici”: cellule che, persa la propria identità fisiologica, non segnalano più la loro appartenenza al corpo. Le NK sono indispensabili anche quando i nemici diventano troppo numerosi ed eterogenei per poter essere riconosciuti singolarmente. In casi di grande confusione è più facile individuare e salvare le proprie cellule sane e distruggere tutte le

altre.

Su questi temi si è tenuto recentemente a Milano il 15° Congresso Internazionale di Immunologia (presidente Luciano Adorini) che ha evidenziato il ruolo chiave di questa disciplina nel progresso delle cure. Al congresso, organizzato dalla Società italiana di immunologia, immunologia clinica e allergologia (Siica) hanno partecipato più di 6.000 scienziati di tutto il mondo, con 500 speaker di grande rilievo, fra i quali tre Premi Nobel: Peter C. Doherty e Rolf M. Zinkernagel, premiati nel 1996 per i loro studi sulla specificità delle difese immunitarie mediate dalle cellule, e Jules A. Hoffmann, insignito nel 2011, per le sue scoperte sull'attivazione della immunità innata. Nella giornata di apertura Rino Rappuoli, di Siena, ha ricordato il successo dei vaccini contro numerose malattie, non solo infettive: «Ogni minuto 5 vite nel mondo sono salvate da un vaccino».

*Dir. Infr. Ricerca-Statistica, IRCCS-ASMN, Reggio Emilia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI ALLEATI

La dieta modifica la flora batterica, che a sua volta influenza lo sviluppo di alcuni tumori. Si sta indagando su come modificare la flora per avere effetti preventivi

I TRADITORI

I macrofagi sono “guerrieri bianchi”. Alberto Mantovani da tempo ha scoperto che, anziché combatterlo, aiutano il tumore. Ora si cerca di capire come fermarli

LE CITOCINE

Sostanze del corpo che regolano le cellule immunitarie. Molte (ad es. interferoni) già in uso terapeutico. In preparazione quelle anti-tumorali

I REGOLATORI

Speranze dalla nuova classe di linfociti T, regolatori degli altri globuli bianchi. Si sta studiando il loro ruolo nell'immunità, tumori, trapianti e infezioni



STUDIO AMERICANO

Una molecola potrebbe farci diventare «invisibili» alle zanzare

Individuate alcune molecole sono in grado di stordire l'olfatto degli insetti, trasformandoli in creature del tutto innocue

MILANO - Vagano giorno e notte a caccia della loro preda e immancabilmente, guidate dall'odore, la trovano. Ma l'incubo estivo delle zanzare potrebbe diventare un ricordo. Sembra infatti possibile mettere a punto una sorta di "mantello dell'invisibilità" che impedisca alle zanzare di stanare la vittima a cui succhiare il sangue. Un team di scienziati del Dipartimento di Agricoltura di Gainesville (Florida) ha descritto, in occasione del congresso dell'American Chemical Society, la scoperta di alcune sostanze, presenti naturalmente sulla pelle umana, in grado di bloccare la capacità delle zanzare di annusare e individuare la propria vittima.

PERICOLOSE - Ulrich Bernier, uno degli autori dello studio, ha ricordato quanto le zanzare siano non solo fastidiose ma pericolose o addirittura letali, perché vettori di malattie. Lo loro puntura trasmette la malaria e altre malattie che ogni anno uccidono un milione di persone nel mondo, in particolare nelle regioni tropicali. In America, per esempio, alcune zanzare diffondono un raro tipo di encefalite. Negli ultimi anni si sono affermati repellenti chimici a base di Deet (Dietiltoluamide), la cui efficacia dura alcune ore. «I repellenti - spiega Bernier - sono stati il cardine per prevenire le punture di zanzara. Tuttavia, alcune persone non tollerano la sensazione o l'odore di questi prodotti. Noi stiamo esplorando un approccio diverso, basato sulla ricerca di sostanze che alterano il senso dell'olfatto della zanzara. Se una zanzara non può percepire che la sua "cena" è pronta, non ci saranno ronzii, atterraggi né morsi». Sono le zanzare femmine a succhiare il sangue per ottenere una proteina necessaria alla produzione di uova fertili. Questi insetti possono sentire l'odore di una persona da oltre 100 metri di distanza.

LE MOLECOLE - Testando una vasta gamma di sostanze, i ricercatori hanno scoperto che alcune molecole (in particolare la 1-methylpiperazine) sono in grado di stordire l'olfatto delle zanzare, tanto da "trasformarle" in creature completamente innocue. La 1-methylpiperazine è già presente in alcuni medicinali e cosmetici, quindi potrebbe essere possibile pensare a un largo uso futuro. La Mosquito and Fly Unit del Dipartimento di Agricoltura di Gainesville ha condotto ricerche sui repellenti anti-zanzara fin dal 1940. Dagli anni '90 i ricercatori hanno analizzato le sostanze secrete dalla pelle umana o formate dai batteri presenti sulla cute in grado di rendere alcune persone più "attraenti" di altre per le zanzare. L'odore di ognuno di noi, secondo Bernier, è il risultato di centinaia di composti sulla pelle, molti emessi attraverso il sudore, altri attraverso i batteri.

L'ESPERIMENTO - Per identificare gli odori che attraggono le zanzare, Bernier e i suoi colleghi hanno usato una gabbia speciale divisa da uno schermo e hanno spruzzato varie sostanze su un lato, documentando gli effetti sugli insetti. Alcuni composti, come l'acido lattico comunemente presente nel sudore umano, ha mostrato di avere un vero "effetto esca", attraendo il 90% delle zanzare sullo schermo. Mentre la reazione ad altri composti è stata praticamente nulla, cioè le zanzare non si sono neanche alzate in volo. In altri casi gli insetti sono andati in confusione. «Se si mette la mano in una gabbia dove sono stati rilasciati questi inibitori, quasi tutte le zanzare restano ferme e non riconoscono la presenza dell'arto. Noi la chiamiamo anosmia o iposmia, cioè l'incapacità o una ridotta capacità di sentire gli odori», spiega Bernier.

Redazione Salute Online

stampa | chiudi

“Stop al fumo, non è mai troppo tardi”

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

AMSTERDAM

UasI trentamila cardiologi per l'ap-
puntamento annuale dell'Esc, la so-
cietà europea di Cardiologia, che si è
appena concluso ad Amsterdam.

Come ormai capita spesso, i progressi della me-
dicina devono fare i conti con budget sanitari or-
mai limitati e i primi studi presentati dimo-
strano - se ce ne fosse bisogno - che alcu-
ne patologie, in questo caso quelle car-
diovascolari, sono più numerose, e spesso
con effetti più gravi, in quei paesi che hanno
criteri di rimborsabilità parziali di alcune
molecole. Nel caso delle statine, per esem-
pio, è significativo il caso della Gran Bre-
tagna, che ha deciso di legare il rimborso
ai medici di famiglia non al raggiungi-
mento del budget ma del risultato, che
è due volte più lusinghiero di quello
della Germania (79,8% contro il 42 te-
desco), grazie anche all'uso di moleco-
le più potenti, come atorvastatina, usata
dal 24,85% dei pazienti inglesi e dal 3,9 dei
tedeschi.

Ovviamente si punta sulla prevenzione pri-
maria e sui fattori di rischio modificabili, fumo in
primis. Anche perché alcuni studi presentati all'E-
sc hanno dimostrato che i primi benefici arrivano
già qualche mese dopo aver smesso. Secondo uno
studio americano di James K. Min e Rine Nakani-
shi, smettere di fumare riduce il rischio di attacco
di cuore e morte, tanto da far arrivare gli ex fuma-
tori allo stesso rischio di chi non ha mai acceso una
sigaretta. «Il tabagismo è un fattore di rischio per le
malattie cardiovascolari - ha premesso Min, Presbi-
terian Hospital di New York - ma il nostro studio è il
primo che dimostra che, mentre esiste un effetto be-
nefico sugli attacchi di cuore, il numero e la severità
delle patologie coronariche e arteriose non cambia se si
smette di fumare».

Dato confermato dal registro prospettico Confirm su
13.372 pazienti di nove paesi in Europa, Nord America ed
Estremo Oriente: prevalenza più elevata di blocchi severi
delle arterie coronarie in fumatori ed ex fumatori rispetto
a chi non ha mai fumato, con una probabilità dei primi più
alta di 1.5 per stenosi severe in una o due arterie maggiori
e di 2 volte maggiore nelle tre arterie cardiache. E l'aspet-
tativa di vita, secondo la Whitehall resurvey britannica,
durata ben 15 anni, è legata all'età in cui si smette di fuma-

re: abbandonare le sigarette a 60, 50, 40 o 30 anni fa gua-
dagnare in media 3, 6, 9 e 10 anni, mentre chi fuma ancora
a 70 annine perde circa quattro. «Il nostro messaggio - con-
clude Min - è che non è mai troppo tardi per smettere». Pur-
troppo la prevenzione - attraverso l'adozione di stili di vi-
ta salutari o addirittura con i farmaci - non è amata dai pa-
zienti. «Molti abbandonano i farmaci - racconta Claudio
Borghi, direttore del dipartimento di Medicina Interna al
S. Orsola Malpighi di Bologna - perché la prevenzione è
una specie di patto tra medico e paziente, che si impegna
a curarsi per non rischiare ma spesso non tocca con mano
il risultato della cura. Mentre nel caso dei farmaci per la
pressione è facile misurare un effetto, anche da soli, con le
statine è più difficile dimostrare l'efficacia. Inoltre questi
farmaci sono stati oggetto quasi di una psicosi mentre or-
mai di grandi effetti collaterali non ce ne sono, e anche i
tanto temuti dolori muscolari permangono quasi sempre
anche se si sospende il farmaco. Eppure molti pazienti non
seguono più la cura o si autoriducono la dose». Come ca-
pita per molti altri farmaci legati alla prevenzione.



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

IL CASO

Arrivano i nuovi anticoagulanti orali la prescrizione è un percorso ad ostacoli

In Italia la prescrizione dei nuovi anticoagulanti orali è un percorso ad ostacoli: succede con il primo arrivato (dabigatran) e c'è da immaginare che accadrà con rivaroxaban, disponibile da giorni, e con l'imminente apixaban. «L'Aifa ha posto criteri stringenti che non ci sono in altri paesi - premette Furio Colivicchi, responsabile Uoc Cardiologia del San Filippo Neri di Roma - il farmaco può essere prescritto liberamente nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare sopra i 75 anni, tra 65 e 75 deve es-

serci una patologia concomitante, sotto i 65 solo a chi ha avuto un ictus o ha scompenso cardiaco».

La prescrizione è riservata ai reparti di Cardiologia, Stroke Unit e Medicina interna di strutture pubbliche o centri privati convenzionati, il direttore sanitario può limitare il numero di medici prescrittori e ogni Regione ha modalità diverse. Il medico deve poi redigere online, sul sito Aifa, un piano terapeutico per il malato. «Richiede da 20 a 40 minuti - continua Colivicchi - si stampano tre copie, con una il malato va nelle

farmacie distrettuali (ospedaliere o Asl) che talvolta, almeno nel Lazio, richiedono anche la ricetta rossa, non necessaria. Infine ogni farmacia consegna il farmaco per 1-2 mesi, arbitrariamente, anche se il piano terapeutico vale un anno». Tutte regole che sembrano create apposta per limitare le prescrizioni e rendere difficile il percorso ai malati. In Gran Bretagna li prescrive il medico di base. In Italia molti si pagano la cura (circa 100 euro al mese).

(e. nas.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INFARTO

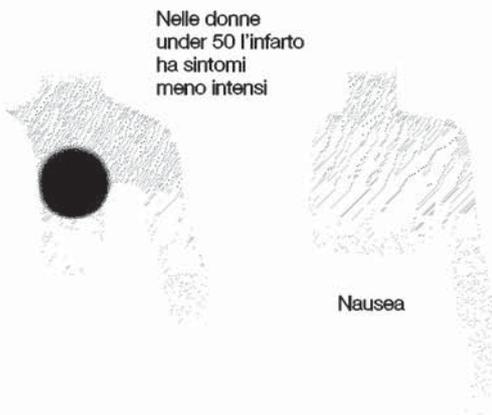
Rappresenta la prima causa di morte nell'Unione Europea per uomini e donne dopo il 40° anno di età

I SINTOMI

Le sedi più tipiche del dolore cardiaco

NEGLI UOMINI

NELLE DONNE



●
Dolore
oppressivo

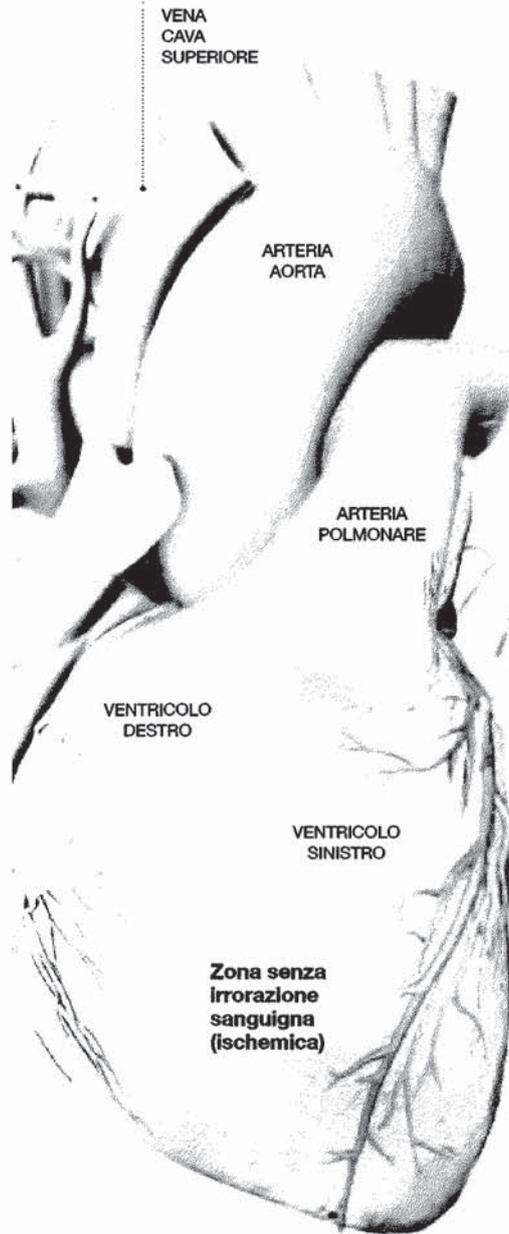
●
Dolore meno
intenso

●
Dolore meno
frequente

Altri sintomi (uomini e donne)

- Fatica
- Sudorazione
- Cefalea
- Respiro affannoso

SELPRESS
www.selpress.com



DALL'ARTERIOSCLEROSI ALL'INFARTO

Si forma un coagulo di sangue all'interno di un vaso con arteriosclerosi. Il coagulo può bloccare il flusso del sangue e provocare l'infarto

Arteria normale

Flusso del sangue normale

Ateroma iniziale

Flusso del sangue ridotto

Ateroma acuto

Stenosi

Arteria ostruita

Coagulo

1 Le arterie coronarie sane permettono la normale irrorazione di sangue a tutto il cuore

2 Comincia l'accumulo di grasso (ateroma) all'interno delle arterie coronarie

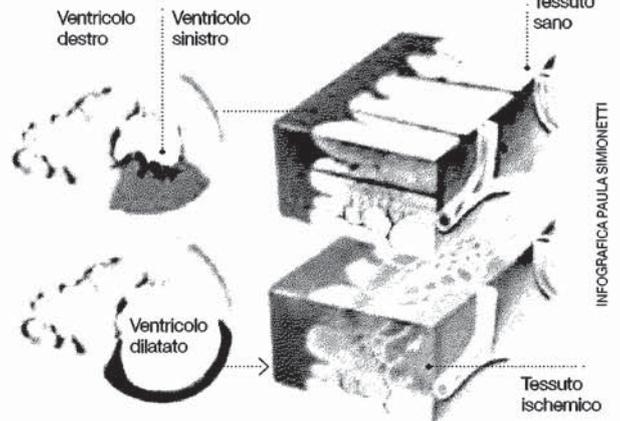
3 Col tempo l'ateroma aumenta di volume restringendo il lume arterioso (stenosi)

4 L'ateroma si rompe formando un coagulo nella ferita (trombo), quindi l'arteria si ostruisce

IL DANNO DOPO L'INFARTO

SEZIONE DEL CUORE DALL'ALTO

SEZIONE DEL MIOCARDIO



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



ANSA/ Ue, per 10% italiani gravi privazioni che incidono su salute

(ANSA) - BRUXELLES, 9 SET - Non riuscire pagare in tempo l'affitto, il mutuo o le bollette di casa, ma anche non poter riscaldare adeguatamente la propria abitazione o non poter permettersi di portare in tavola in modo regolare carne o pesce. Sono solo alcune delle "gravi privazioni materiali" che l'11% degli italiani ha dovuto subire, secondo i dati pubblicati oggi dalla Commissione europea.

Il commissario alla sanita' Tonio Borg ha infatti pubblicato una relazione dedicata alle disuguaglianze in materia di salute tra gli Stati membri che evidenzia come i fattori socioeconomici contribuiscono a determinare le disuguaglianze: vanno dal livello del reddito al tasso di disoccupazione al livello di istruzione di una popolazione, a cui si aggiungono fattori di rischio come il tabagismo e l'obesita'.

E proprio l'Italia - secondo la fotografia elaborata da Bruxelles - emerge come l'unico grande Paese della vecchia Europa dove nel 2011 la popolazione era confrontata a gravi privazioni materiali: in percentuale il doppio rispetto alla situazione in Francia (5,2% della popolazione in difficolta'), in Germania (5,3%) o nel Regno Unito (5,1%). Secondo gli standard europei sono soggette a gravi privazioni materiali, anche coloro che non possono acquistare un'auto, una lavatrice, un televisore a colori, il cellulare, o andare in vacanza una settimana all'anno.

Sul fronte sanitario invece, e nonostante le difficolta' economiche, l'Italia esce a testa alta dalla relazione di Bruxelles. I dati parlano da soli. L'Italia in 10 anni e' riuscita a ridurre ulteriormente - rispetto a Francia, Germania e Regno Unito - la mortalita' infantile, portandola da una media nel 2001 di 4,4 decessi per mille nati vivi, a 3,2 nel 2011. Calo che pure si registra a livello europeo dove nello stesso periodo si e' passati in media da 5,7 a 3,9 decessi.

Incoraggiante e' anche la situazione in Europa che, secondo le conclusioni di Bruxelles, continua a fare passi avanti nella lotta alle disuguaglianze in materia di salute. Infatti, oltre alla diminuzione della mortalita' infantile si riduce tra gli Stati membri anche la differenza sulla speranza di vita dei loro cittadini. Differenza che purtroppo resta ancora elevata. Un solo esempio: nel 2011 la Lituania ha registrato un tasso di mortalita' maschile sotto i 65 anni tre volte piu' elevato di quello dell'Italia, che si pone al secondo posto nell'Ue dopo la Svezia per minor numero di decessi.

Borg non ha dubbi: "colmare le disuguaglianze sanitarie in Europa deve rimanere una priorita' a tutti i livelli". Sono cittadini che, ad esempio, non possono pagare in tempo utile affitto, mutuo o bollette, che mancano di risorse per riscaldare adeguatamente la loro casa, mangiare carne o pesce almeno ogni due giorni, acquistare un'auto, una lavatrice, il cellulare. L'Italia e' pero' anche il Paese che in 10 anni e' riuscita a

ridurre ulteriormente - rispetto a Francia, Germania e Regno Unito - la mortalita' infantile, portandola da una media 2001 di 4,4 decessi per mille nati vivi, a 3,2 nel 2011. Calo che pure si registra a livello europeo dove la media e' passata nello stesso periodo da 5,7 a 3,9 decessi. E' quanto emerge dalla relazione pubblicata oggi dalla Commissione europea, che fotografa le disuguaglianze in materia di salute tra i partner europei esaminando i fattori che le determinano: ossia il reddito, il tasso di disoccupazione, il livello di istruzione, ma anche fattori di rischio come il tabagismo e l'obesita'.

Le conclusioni della relazione sono comunque incoraggianti: nonostante i problemi socioeconomici a cui e' confrontata, l'Europa continua a fare passi avanti nella lotta alle disuguaglianze in materia di salute. Così' oltre alla diminuzione della mortalita' infantile si riduce anche la differenza sulla speranza di vita dei cittadini europei, pur rimanendo ancora elevata. Un solo esempio: nel 2011 la Lituania ha registrato un tasso di mortalita' maschile sotto i 65 anni tre volte piu' elevato di quello dell'Italia, che nell'Ue si situa al secondo posto dopo la Svezia per minor numero di decessi.

Commentando la relazione, il commissario europeo alla sanita' Tonio Borg ha tenuto a sottolineare che 'l'azione per colmare le disuguaglianze sanitarie in Europa deve rimanere una prioritá a tutti i livelli'. (ANSA).

LEN

09-SET-13 20:57 NNNN

Così da capelli, rughe e unghie è possibile capire come stiamo

CLAUDIA BORTOLATO

emozionano le aggressioni, registrano umori e pensieri e li esprimono con un linguaggio "nervoso" ed emotivo. Per questo lo stress cronico rimane impresso nel fusto del capello, non solo minando l'appeal (favorendo opacità, mancanza di vigore, fragilità), ma anche trasformandosi in un indicatore di salute. E in modo così indelebile che si può calcolare il rischio cardiovascolare di una persona. Lo sostiene uno studio pubblicato sul *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* (JCEM). In sostanza, attraverso la misura dell'ormone cortisolo presente nei capelli si può dedurre a quanto stress si è stati esposti negli ultimi mesi. Indagini scientifiche che, in sostanza, ribadiscono un concetto molto semplice: osservando il nostro corpo, possiamo ottenere un giudizio e un'autoanalisi non solo estetica, ma anche di buona salute. «È noto, a proposito dei capelli, che lo stress, non solo per effetto di una maggiore produzione del cortisolo, ma anche dei radicali liberi, accelera l'invecchiamento del fusto. Per questo, per mantenerli i più sani possibili valgono le norme generali di prevenzione dell'aging: dormire a sufficienza osservando un buon ritmo sonno-veglia, perché anche per i capelli, come per la pelle, la fase dell'autoriparazione avviene nelle ore notturne. Evitare fumo e alcolici, seguire un'alimentazione completa e bilanciata, non abusare di farmaci e limitare gli stress psicofisici, regalandosi pause gratificanti e ludiche», spiega il dermatologo e cosmetologo Leonardo Celleno, università Cattolica di Roma.

Enon solo i capelli: anche le rughe, le macchie e gli altri segni dell'aging possono fornire importanti informazioni sullo stato di benessere o, al contrario, di un errato stile di vita. Lo sostengono gli esperti della Società americana di chirurgia estetica e plastica (Asaps), che nelle pagine del loro sito (www.surgery.org) hanno ben descritto le relazioni causa-effetto tra specifiche défaillance estetiche e cattive abitudini. Dormire troppo a lungo nella stessa posizione (meglio alternare), per esempio, favorisce la

formazione delle rughe, mentre l'opacità della pelle può essere la conseguenza di un'alimentazione troppo ricca in cibi industriali e da fast food e povera in vitamine e minerali.

Ma l'osservazione e l'interpretazione delle rughe, delle unghie e di altre parti del corpo era una prassi prima che la tecnologia trasformasse la moderna medicina occidentale. Ed è rimasta tale per le medicine non convenzionali, come omeopatia, ayurvedica e tradizionale cinese. «Oltre all'esame approfondito del polso (valutazione, tra l'altro, di frequenza, forza, spessore), che aiuta a stabilire se e dove il flusso dell'energia vitale subisce degli "inceppamenti", il medico esperto in medicina tradizionale cinese osserva con attenzione anche altri parametri e segnali corporei e, soprattutto, il volto, in particolare le rughe», spiega il dermatologo e immunologo Carlo Di Stanislao, rappresentante per l'Italia del China Medical College di Taipei e Presidente dell'Amsa (Associazione Medica per lo Studio dell'Agopuntura). «Nel volto si possono rilevare, tra l'altro, le condizioni del sistema nervoso, del cuore, degli organi sessuali. Per esempio, le rughe nel labbro inferiore indicano la tendenza a soffrire di problemi digestivi, mentre quelle verticali tra le sopracciglia si formano con maggiore facilità nelle persone tese e segnalano possibili problemi al fegato, soprattutto se sono profonde e la pelle è tendenzialmente untuosa. Naturalmente, i segni del volto vanno interpretati in relazione con altri dati», conclude Di Stanislao.



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

CAPELLI

Caduta copiosa di capelli, insieme a ciglia più rade, irregolarità mestruali nella donna, sbalzi di umore, pallore del viso: possibili disturbi alla tiroide

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LINGUA

Se è ricoperta da una patina biancastra e si accompagna a digestione lenta e alla sensazione di bocca impastata: possibili disturbi dell'apparato gastrointestinale

Lingua e gengive rosso porpora possono rivelare una carenza di vitamine del gruppo B

Arrossamento della lingua e di tutta la mucosa orale, con chiazze biancastre: può trattarsi di mugugno

Papille gustative gonfie, lingua arrossata: reazioni da assunzioni protratta di antibiotici

OCCHI

Palpebre gonfie e arrossate nella parte esterna: possibile dermatite irritativa scatenata, per esempio, da metalli o altre sostanze presenti nei cosmetici

Gonfiore sotto le palpebre al mattino: indica rallentamento della circolazione linfatica dovuto alla posizione supina della notte

LABBRA

La **presenza di fissurazioni** può dipendere da un'allergia al cromo o al nickel presenti nei cosmetici. Altre volte, invece, all'origine c'è una dieta poco equilibrata e carente in vitamine

UNGHIE

Carenza di vitamina A e di calcio
Provoca mancanza di elasticità e fragilità delle unghie

Insufficienza di proteine, acido folico e vitamina C
Favorisce le "pipite" (pellicole cutanee ai bordi delle unghie che si sollevano)

Carenza di vitamine B
Fragilità con striature verticali e orizzontali

Scarso apporto di vitamina B12
Unghie secche, molto arrotondate, scurimenti ed estremità che si curvano

NEI

Regola dell'A.B.C.D.E. per controllare periodicamente eventuali variazioni dei nei:
A. Asimmetria una metà differente dall'altra
B. Bordo irregolare margini irregolari, frastagliati

C. Colore a chiazze gradazioni di marrone, nero, rosso, grigio e bianco a disposizione casuale
D. Diametro solitamente grande (più di 6 mm)
E. Elevazione aumento delle dimensioni del nevo

I SEGNALI D'ALLARME



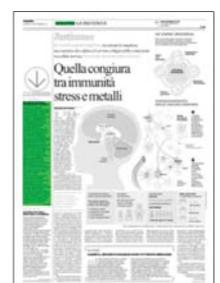
INFOGRAFICA ANNALISA VARELOTTA

SALUTE

SCLEROSI MULTIPLA POLEMICHE E FARMACI

Non esistono rapporti tra alterazioni del flusso ematico dei vasi del collo, la cosiddetta CCSVI, e sclerosi multipla. È quanto ha concluso lo studio CoSMO. L'indagine è stata recentemente pubblicata su *Multiple Sclerosis Journal*. La ricerca era promossa e finanziata da AISM, Associazione Italiana Sclerosi Multipla. I risultati preliminari erano già stati presentati un anno fa. Afferma Giancarlo Comi, direttore del Dipartimento Neurologico dell'ospedale San Raffaele di Milano, uno dei principali ricercatori dello studio: «Questi risultati non lasciano dubbi in merito. Di conseguenza non ci sono più ragioni per condurre sperimentazioni cliniche». Immediata la replica polemica dei sostenitori della correlazione CCSVI (propugnata da Paolo Zamboni dell'università di Ferrara): «È solo uno dei tanti studi compiuti nel mondo, per di più privato e finanziato da privati - Aism, appunto». Intanto la Commissione Europea ha autorizzato l'immissione in commercio di teriflunomide, terapia orale in una sola somministrazione giornaliera. Attende l'approvazione europea alemtuzumab, anticorpo monoclonale in forma iniettiva, indicato per i pazienti con forma recidiva remittente. La sclerosi multipla in Italia colpisce circa 70mila persone, soprattutto giovani tra i 20 e i 30 anni

(al. mar.)



CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**“MANCATA PREVENZIONE”
IMPORRE UN TICKET?****U**

n uomo di 53 anni, iperteso, fumatore, dislipidemico non assume le pillole prescritte dal suo medico. «Non sono tipo da pastiglie io... non inquinare il mio corpo con roba chimica... mi sento bene». Ricoverato per infarto del miocardio il mese dopo, è costato alla Asl almeno 90.000 euro, tra rianimazione, bypass, stent, ricoveri e riabilitazione. La mancata adesione alle prescrizioni mediche coinvolgerebbe una persona su tre e il costo di malattie evitabili arriverebbe a 60 miliardi all'anno. Altro che Imu! Come indurre curanti e pazienti a prevenire le malattie evitabili? Coi ticket, per esempio: chi assume con scrupolo la terapia ottiene l'esenzione, mentre gli altri pagano. Oppure con un ticket ospedaliero per "mancata prevenzione". Una percentuale delle spese sostenute dall'ospedale da rimborsare alla Asl dividendola tramite conciliazione: sarebbe deterrente discutibile ma forte, contestabile ma potente nell'indurre a fare quanto prescritto (dieta e ginnastica incluse)? Aspettiamo suggerimenti.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PATTO E DINTORNI

Il pokerissimo d'autunno

Risorse e organizzazione: le partite aperte tra Governo e Regioni

Patto, riparto federalista, copertura dei ticket e revisione del Prontuario, contratti e convenzioni. L'autunno di Governo e Regioni - eventuali crisi permettendo - si annuncia fittissimo di tavoli e trattative, con l'obietti-

vo del ministro **Lorenzin** di fare in fretta, magari prima della Legge di stabilità e quello dei governatori di stare a guardare proprio cosa ci sarà in quella legge, soprattutto dal punto di vista delle risorse.

A PAG. 9

Patto, riparto, ticket, **farmaci** e contratti: **Lorenzin** e i governatori giocano la partita d'autunno

Tutti i rebus sui tavoli del Ssn

Il giro di boa è la legge di stabilità - Dubbi dalla tenuta del Governo

Patto per la salute, riparto 2013, copertura dei 2 miliardi di ticket, **farmaci**: a settembre si aprono i giochi, con gli occhi puntati alla legge di stabilità 2014 per gli aspetti economici che sono la nota dolente della Sanità pubblica nazionale. E si ricomincia da dove ci si era lasciati all'inizio di agosto, con partite importantissime tutte aperte e da giocare in fretta per il futuro (prossimo) del Ssn. Sempre che il Governo ce la faccia a superare la minaccia di una crisi ulteriore legata alla condanna a sette anni di carcere e all'interdizione perpetua dai pubblici uffici di Silvio Berlusconi su cui deve decidere il Parlamento, che potrebbe aprire la crisi e paralizzare tutto.

C'è in prima linea il grande rebus del nuovo **Patto per la salute** da risolvere. Su cui per ora l'unico accordo formalizzato è quello di dare il via a dieci tavoli di lavoro Governo-Regioni per stabilire tutte le nuove regole. Che partono il 9 settembre e il primo calendario fissato arriva fino al 20 del mese (vedi tabella). Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, auspica di trovare un accordo prima dell'inizio della discussione sulla legge di stabilità per garantire, ha detto, «una reale programmazione degli interventi che le Regioni dovranno fare nei prossimi anni». Ma l'argomento è delicato e i governatori vanno coi piedi di piombo, anche perché il Patto dovrà «garantire l'equilibrio economico-finanziario, col fine di migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire l'unitarietà del sistema».

Gli elementi principali sono il dilemma dei **ticket** da due miliardi da cancellare (con la legge di stabilità che dovrà stabilire i termini economici della partita) e di tutto il sistema comunque da rimodulare, con un occhio al nuovo Isee fresco di approvazione. Poi sempre col Patto, ci sono le **care h24** sul territorio ancora in alto mare e la ristrutturazione della **rete ospedaliera**, rendendo "inoffensivi" i **piccoli ospedali** pericolosi per la salute, riconvertendoli in strutture dedicate a cure di media e bassa intensità e applicando il regolamento sugli standard ospedalieri in cui c'è l'obiettivo di ridurre lo standard di posti letto ospedalieri a carico del servizio pubblico entro i 3,5 per mille abitanti, comprensivi di 0,5 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione. Il regolamento, messo a punto dal precedente Governo, è ancora in stand by, ma il ministro **Lorenzin** ha accelerato, ricordando - dopo averlo affermato nell'intervista di giugno su Il Sole-24 Ore Sanità - che il Ssn ha bisogno di un «processo organizzativo che parte dalle migliori pratiche» e le ottimizza. Ma questi argomenti hanno un altro ostacolo sul loro cammino: i sindacati dei medici. «Annunciare nuovi interventi sugli ospedali è fuori luogo» è la reazione dell'Anao. Perché, dicono, ancora manca la definizione, dopo i Lea, dei livelli essenziali organizzativi cui vincolare Regioni e aziende sanitarie nei loro processi di riorganizzazione spesso dettati esclusivamente da ragioni economiche. Perché i contratti di lavoro rimangono al palo, perché la normativa su riposi e orario di lavoro non viene

rispettata, perché manca ancora una legge sulla responsabilità professionale e sulla riduzione del rischio clinico.

Poi, ancora nel Patto, si dovranno rivedere, tra le altre, le regole sui **piani di rientro**, l'**integrazione sociosanitaria** (i famosi Liveas, mai nati), i **rapporti Ssn-Università** e la questione rovente - la direttiva Ue entra in vigore a ottobre - delle tariffe per la **mobilità** interregionale, ma soprattutto **transfrontaliera**.

E una soluzione rapidissima la richiede anche il nodo irrisolto del **riparto 2013**, di cui non si ha ancora traccia nonostante si sia compiuto il giro di boa di metà anno. Le regole sono quelle federaliste dei costi standard, ma se le cinque Regioni di riferimento sono ormai acquisite (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche e Umbria) la scelta delle tre benchamrk su cui parametrare conti e standard è stata rinviata all'autunno, ormai alle porte. Anche perché i governatori chiedono ancora chiarezza sui finanziamenti del Ssn, che però con tutta probabilità non arriveranno prima di metà ottobre, quando il provvedimento di stabilità 2013 farà il suo ingresso in scena. Una chiarezza necessaria dopo le innumerevoli richieste delle Regioni e per allontanare ogni dubbio di ulteriori possibili manovre - contro cui il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha promesso di vegliare e di far sì che si parli solo di appropriatezza e mai più di tagli lineari - su cui qualche ombra c'è, soprattutto dopo le dichiarazioni estive del ministro dell'Economia Saccomanni che ha annunciato di lavorare a una nuova fase di spending review da 4-5 miliardi

nel 2014, Sanità compresa.

Con il Patto - nonostante le fughe in avanti che dal 2008 a oggi ci sono state con l'ampliamento dei Drg a rischio e l'accelerata su malattie rare e patologie croniche della proposta Balduzzi ferma però all'Economia - c'è anche da risolvere la "questione **Lea**", ancora nel guado. I livelli essenziali sono per la maggior parte ancora quelli approvati nel 2001, ma in questi anni molto è cambiato, dalle indagini diagnostiche divenute obsolete e da cancellare a quelle innovative e tecnologicamente all'avanguardia da prevedere, dall'assistenza a categorie prima dimenticate come, appunto, le malattie rare e le croniche allo stop da dare a un eccesso di prestazioni "inutili" (che nei "vecchi" Lea sono state lasciate alla volontà delle Regioni) e/o a rischio che spesso ancora si erogano a carico del Ssn.

C'è poi la partita dei **farmaci**. La spesa (almeno quella territoriale, visti gli exploit dell'ospedaliera che non accenna a frenare) è calata vetriginosamente e a ritmo costante negli ultimi anni. Anche se alcune prime previsioni Aifa indicano una ripresa (se non uno sfioramento) nel 2013. Ma ci sono altre partite apertissime per il settore. Quella del **Prontuario** da "ripulire" sul quale sono sul chivalà tutte le com-



ponenti della filiera. E quella (rinviata al 31 dicembre 2013 dal Dpcm del 26 giugno) della **remunerazione della filiera distributiva** del farmaco: visti i tempi, i tavoli Governo-industria-grossisti-farmacisti devono essere necessariamente aperti a settembre.

Un percorso delicatissimo quindi. Su cui gli ostacoli non mancano davvero. Dalla tenuta del Governo, più forte dopo la soluzione alla questione Imu, ma che deve fare i conti con una finanza pubblica sempre in riserva ai "rallentamenti" per affrontare le questioni aperte sul versante del personale che non accenna a ridurre le minacce di dure reazioni. Il **blocco economico dei contratti** è confermato per tutto il 2014, ma i sindacati chiedono con forza che la trattativa normativa sia comunque aperta, analogamente a quella che dovrà esserci per legge (la 189/2012) per la **revisione delle convenzioni**. E c'è da trovare una soluzione definitiva all'**obbligo assicurativo** per i sanitari, dopo la proroga nel decreto «Fare» della scadenza di un anno (a metà 2014 quindi).

Infine le questioni aperte in Parlamento (v. anche pagina 12) su cui ancora una volta c'è il pressing fortissimo di tutto il mondo professionale del Ssn: la **responsabilità dei medici** che va di pari passo con la partita dell'assicurazione obbligatoria, e, in pole position, la **revisione degli Ordini professionali**, con le proposte di legge che stanno per essere unificate al Senato e il Ddl del ministro **Lorenzin** che deve fare il suo ingresso a brevissimo - con questo e altri temi - nel dibattito parlamentare.

Alta tensione quindi in autunno, e gli incontri (e gli scontri) si annunciano a ritmo serrato fino a fine anno. Con l'obiettivo annunciato dal ministro **Lorenzin** e stavolta condiviso anche dalle Regioni, di mettere a punto una programmazione di medio termine che non sia più solo triennale, ma copra almeno cinque anni con il Patto che diverrà 2013-2017.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le tappe per il Patto per la salute

Argomenti/Gruppi	Regione capofila	Data avvio attività	Argomenti/Gruppi	Regione capofila	Data avvio attività
<ul style="list-style-type: none"> Fabbisogno Servizio sanitario nazionale e costi standard Aggiornamento dei Lea Revisione compartecipazione 	Lombardia/ Campania	9 settembre	<ul style="list-style-type: none"> Reti territoriali Integrazione ospedale territorio Cure primarie Prevenzione - Izs - Veterinaria 	Emilia Romagna	16 settembre
<ul style="list-style-type: none"> Edilizia sanitaria, investimenti e ammodernamento tecnologico Fondi strutturali e Politiche di coesione Beni e servizi non sanitari 	Puglia	9 settembre	<ul style="list-style-type: none"> Mobilità interregionale e transfrontaliera Tariffe 	Umbria/ Campania	17 settembre
<ul style="list-style-type: none"> Sistema di monitoraggio e verifica degli adempimenti regionali e organismi di monitoraggio - Stern Rivisitazione c.d. piani di rientro Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica Sistema informativo 	Sicilia/ Lombardia	11 settembre	<ul style="list-style-type: none"> Gestione sviluppo risorse umane Professioni sanitarie Formazione 	Liguria	18 settembre
<ul style="list-style-type: none"> Rete assistenza ospedaliera e accreditamento strutture private 	Toscana/ Calabria	13 settembre	<ul style="list-style-type: none"> Sociale Integrazione con il socio sanitario Obiettivi di servizio 	Piemonte	19 settembre
			<ul style="list-style-type: none"> Assistenza farmaceutica e dispositivi medici 	Toscana	20 settembre
			<ul style="list-style-type: none"> Rapporti Università /Servizio sanitario nazionale Ricerca sanitaria 	Lazio/ Marche	20 settembre

Il coordinamento tecnico di tutti i gruppi è del Veneto

CORTE DEI CONTI/ Il Patto funziona: la spesa cala di 6 mld - Ma è allarme bilanci

Quei fondi «dirottati» altrove

Troppe risorse destinate ad Asl e Ao finiscono sui settori a corto di liquidità

La Sanità assorbe ancora quasi il 77% della spesa complessiva corrente delle Regioni, ma non ferma la sua lunga marcia per rientrare dai disavanzi, sostenuta dai meccanismi di monitoraggio e dal Patto per la salute. Eppure gli sforzi rischiano di essere vanificati da una tendenza pericolosa dei bilanci regionali: attingere dalle risorse destinate alla Sanità per fronteggiare le esigenze di liquidità in altri settori. Una distrazione di fondi che aumenta le difficoltà di Asl e ospedali a pagare i fornitori (si vedano le pagg. 4-5) e che la Sezione delle autonomie della Corte dei conti, nella Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni 2011-2011, non esita a bollare come «meccanismo contabile improprio». Che rischia di vanificare il tentativo di raddrizzare i conti della Sanità e di recuperare efficienza senza compromettere il livello delle prestazioni essenziali costituzionalmente garantite. Esempio, sostiene la Corte, il caso del Piemonte, «che ha "cancellato dal bilancio" quasi 900 milioni di euro dovuti ai propri enti del servizio sanitario». O della Puglia (292 milioni) o del Molise, che ha distratto 19 milioni sulla fiscalità destinata al Ssr per pagare le rate del prestito trentennale contratto con l'Economia.

Spostamenti che oscurano gli effetti positivi di manovre e razionalizzazioni. Il risultato di gestione del Ssn nel 2012, pari a 110,8 miliardi di euro, è infatti inferiore di 2,7 miliardi alle previsioni. Per il secondo anno consecutivo, la spesa cala in valore assoluto rispetto al 2011 e smette di galoppare: gli incrementi medi, che viaggiavano al 2,7% nel 2007/2010, si sono ridotti allo 0,13% del 2010/2012. Di pari passo si riduce l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil, passata dal 7,3% del 2010 al 7,1% del 2012.

La Corte dei conti ricorda, citando le statistiche Oece, che la Sanità italiana costa meno che altrove, per esempio in Francia, Olanda e Germania. Nonostante «margini di inefficienza ancora da recuperare», il suo problema non è endogeno ma dipende dal «quadro della finanza pubblica, condizionato da un pesante onere per il servizio del debito che, nel 2012, è stato pari a 86,7 miliardi, ossia al 78% dell'intera spesa sanitaria per quell'anno».

Dal 2000 al 2012 soltanto la spesa per la scuola è diminuita considerevolmente (dal 4,5% al 4,2% del Pil e dall'11,3% della spesa pubblica totale al 9,1%): mentre però la spesa sanitaria accresceva di un solo punto la sua incidenza sul Pil, quella di protezione sociale (pensioni, soprattutto) esplodeva (dal 17,3% al 20,4% del Pil e dal 43,7% della spesa pubblica totale al 45%). Un andamento in parte «specchio» dell'invecchiamento della popolazione.

I progressi nella salute dei conti dei Servizi sanitari regionali sono innegabili. Le perdite sono scese a 2 miliardi contro i 3,23 del 2011 (-38%), soprattutto nelle Regioni con i piani di rientro. «Indice - nota la Corte - dell'efficacia del sistema introdotto dal Patto per la salute per il recupero dei disavanzi sanitari». Il 52,2% del disavanzo resta a carico delle Regioni in deficit (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia) con i deficit più pesanti concentrati in Lazio (660,86 milioni) e Campania (156 milioni). Le Regioni autonome totalizzano il 44,2% dei disavanzi (la Sardegna in testa con 371 milioni di deficit). Tutte le altre hanno il 3,7% del deficit complessivo.

Ma dove e per cosa si spende? L'analisi della spesa corrente mostra il quadro: il settore in cui i risparmi sono stati più consistenti è come sempre, grazie ai tetti e ai controlli, la **farmaceutica** convenzionata, l'unica col segno meno (-24% nel 2000/2012 e -9,1% nel 2010/2012). La spesa per il personale dal 2000 è aumentata del 29%, anche se nell'ultimo triennio esaminato rallenta (-1,5%). Quella per beni e servizi è cresciuta del 62,5%, attestandosi su un aumento medio dell'1,4% nel triennio 2010/2012. Per le prestazioni erogate dal privato accreditato nel 2012 si è speso il 59% in più rispetto al 2000, con valori molto alti in Lombardia (questa voce rappresenta il 29% della spesa corrente) e in Lazio (25,7%) e un aumento medio dello 0,3% nel 2010/2012. Più contenuto l'incremento della spesa per la medicina di base (+44,8% dal 2000 al 2012 e +0,9% nell'ultimo triennio).

Ma i dati medi nascondono grandi differenze regionali. Come emerge dai dati di rendiconto finanziario delle Regioni, negli ultimi tre anni la maggiore riduzione di spesa c'è stata in Piemonte (in media -15,25%), che però sconta forti criticità proprio nella gestione delle passività delle somme dovute agli enti Ssr. All'altro capo del filo c'è il Molise, con il ritmo di crescita più alto (+ 11,46%), seguito da Calabria e Campania.

Nel complesso rispetto al 2010 la spesa complessiva per il comparto Sanità si dovrebbe ridurre di quasi 13 miliardi entro il 2014. Se nel complesso le fonti di finanziamento delle Regioni tengono, l'aumento delle imposte regionali (Irap e addizionale Irpef) previsto nelle Regioni con gli squilibri nei conti sanitari, ha però penalizzato proprio i territori più deboli e più poveri. È l'impatto delle azioni contro l'evasione fiscale è minimo: non supera l'1% del gettito tributario complessivo riscosso a livello regionale.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Regione	Importo (Miliardi di Euro)	Variazione (%)
Lazio	660,86	
Campania	156	
Altre Regioni		
Piemonte		-15,25%
Molise		+11,46%
Calabria		
Campania		

Le variazioni della spesa 2002-2012

Regione	Variazione assoluta 2002/12	% 2002/12	Variazione percentuale media				Regione	Variazione assoluta 2002/12	% 2002/12	Variazione percentuale media			
			2002/12	2002/06	2006/10	2010/12				2002/12	2002/06	2006/10	2010/12
Piemonte	2.492.771	42,60	3,60	6,30	3,20	-0,70	Marche	715.300	35,13	3,10	4,70	3,40	-0,90
V. d'Aosta	89.701	47,15	3,90	6,50	3,20	0,40	Lazio	3.529.664	47,87	4,00	9,40	1,20	-0,70
Lombardia	5.526.926	43,48	3,70	4,80	3,80	1,20	Abruzzo	512.564	28,17	2,50	4,90	1,40	0,10
Pa Bolzano	269.974	31,37	2,80	4,30	1,90	1,40	Molise	192.773	43,10	3,60	7,10	2,90	-1,60
Pa Trento	399.885	53,07	4,30	4,60	5,00	2,60	Campania	2.156.459	28,55	2,50	5,10	2,10	-1,40
Veneto	2.440.682	38,88	3,30	5,80	2,80	-0,40	Puglia	1.910.045	37,93	3,30	5,50	3,70	-2,00
Friuli V.G.	861.018	51,91	4,30	4,60	5,30	1,60	Basilicata	307.199	42,21	3,60	5,80	3,80	-1,00
Liguria	726.243	30,21	2,70	5,30	2,30	-1,70	Calabria	809.388	31,77	2,80	4,20	3,50	-1,30
Emilia R.	2.653.425	45,20	3,80	5,60	3,70	0,50	Sicilia	2.071.449	32,02	2,80	6,80	0,30	0,20
Toscana	2.038.179	40,77	3,50	5,50	3,40	-0,30	Sardegna	1.003.005	45,46	3,80	4,50	4,40	1,30
Umbria	452.878	38,13	3,30	5,30	2,70	0,50	Italia	31.159.528	39,45	3,40	5,80	2,80	-0,20

Fonte: Mef-Rgs - Igespes «Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Aggiornamento 2013»

La variazione 2002-2012 per le principali voci di spesa (migliaia di euro)

Regioni	Personale			Beni e servizi (senza farmaceutica)			Prestazioni da privato			Medicina di base			Farmaceutica convenzionata			Prodotti farmaceutici *		
	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002/2012	Variazione % media 2010/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002/2012	Variazione % media 2010/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002/2012	Variazione % media 2010/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002/2012	Variazione % media 2010/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002/2012	Variazione % media 2010/2012	Variazione assoluta 2002-2012	% 2002/2012	Variazione % media 2010/2012
Piemonte	664,4	29,9	-1,5	624,5	56,7	1,0	552,9	54,1	-1,8	156,5	49,0	-	-121,2	-15,9	-9,0	439,3	219,9	2,1
Valle d'Aosta	26,6	30,7	-0,7	38,9	91,9	-2,0	11,1	78,8	10,3	5,9	60,1	3,9	-3,0	-13,4	-7,3	8,8	166,5	1,3
Lombardia	1.266,7	33,2	-0,5	1.315,4	61,7	3,7	2.294,7	77,2	0,5	261,8	40,4	0,2	-368,1	-21,1	-0,6	708,8	206,3	4,9
PA Bolzano	231,9	68,1	2,0	-3,7	1,6	0,5	27,2	26,5	1,9	17,4	47,0	0,7	-25,8	-35,8	-13,3	37,5	156,7	6,1
PA Trento	130,8	46,3	1,3	109,4	83,4	3,5	73,7	92,0	8,1	16,7	38,9	2,0	-2,1	-2,9	-4,4	22,2	91,9	5,0
Veneto	505,4	22,5	-0,4	728,0	52,8	2,5	562,5	52,2	-2,7	182,2	49,8	0,6	-193,3	-24,7	-10,9	375,5	158,9	3,6
Friuli V.G.	326,1	52,4	-0,2	370,5	114,3	7,4	128,6	87,6	1,7	37,4	40,2	1,5	-24,9	-11,2	-7,6	118,7	210,7	0,2
Liguria	256,5	29,7	-2,4	211,1	49,8	-3,0	177,0	84,4	-1,7	49,3	43,1	0,4	-112,5	-31,3	9,2	158,5	198,1	-0,1
E. Romagna	741,1	32,9	-0,1	675,5	54,8	2,9	465,9	59,3	2,1	209,4	66,2	1,4	-212,8	-27,3	10,9	360,1	135,5	1,0
Toscana	568,5	28,5	-1,1	644,2	61,9	-0,3	371,2	72,4	0,3	115,6	38,7	0,8	-176,9	-26,0	9,3	375,8	145,6	1,2
Umbria	136,0	28,4	0,1	143,6	57,0	1,3	72,8	62,4	0,7	25,0	36,9	1,4	-26,5	-15,9	-5,3	78,7	139,1	4,1
Marche	208,5	26,0	-1,5	167,9	43,0	-3,7	187,7	97,5	8,4	44,5	34,3	1,9	-74,6	-24,0	-9,0	165,8	182,5	2,7
Lazio	731,0	33,7	-2,9	1.113,4	107,5	-0,8	869,0	44,9	-	219,2	55,4	3,2	-312,7	-25,1	-11,6	618,0	417,8	4,5
Abruzzo	116,0	17,9	-1,5	207,4	68,4	4,6	44,0	13,5	3,2	38,6	33,9	0,6	-64,7	-22,5	-8,0	106,4	154,3	4,5
Molise	30,0	17,2	-2,5	37,8	48,7	-1,1	90,6	140,6	-	22,5	78,3	1,3	-22,8	-31,9	-8,7	29,5	216,3	10,8
Campania	436,5	17,4	-4,4	567,0	59,3	-0,1	604,6	38,5	0,1	131,2	25,2	0,4	-363,8	-28,9	-8,5	523,4	240,3	3,7
Puglia	393,3	23,8	-3,4	498,4	63,8	-0,7	515,5	51,1	-1,8	206,7	67,5	1,8	-215,7	-25,3	-14,3	473,2	320,6	7,0
Basilicata	101,3	36,2	-1,5	60,0	42,6	0,5	82,0	109,6	-1,9	27,4	51,7	-1,4	-49,1	-37,4	-12,0	57,2	224,2	4,7
Calabria	176,9	16,9	-2,7	179,6	58,5	-0,7	180,3	45,5	0,2	64,2	34,9	-	-119,2	-25,9	-12,2	181,9	279,7	9,4
Sicilia	656,2	29,2	-1,2	395,8	51,6	2,7	817,0	70,1	2,7	170,1	40,6	0,6	-319,8	-26,7	-7,3	415,0	280,9	7,3
Sardegna	284,8	32,1	0,4	295,9	79,2	5,1	186,7	71,4	3,3	59,5	42,6	1,1	-8,4	-2,5	-9,7	170,7	176,0	-0,2
Italia	7.988,1	28,9	-1,5	8.380,7	62,5	1,4	8.315,0	59,2	0,3	2.061,2	44,8	0,9	-2.818,1	-23,8	-9,1	5.424,9	210,9	3,7

(*) Spesa ospedaliera e distribuzione diretta.

Fonte: Corte dei conti 2013

Il peso della Sanità sui bilanci (%)

	2011	2012
Piemonte	85,89	82,95
Lombardia	84,27	86,36
Veneto	88,71	87,82
Liguria	83,38	82,71
Emilia Romagna	86,34	87,50
Toscana	85,86	86,60
Marche	83,94	83,65
Umbria	80,02	81,84
Lazio	81,71	80,82
Abruzzo	81,21	81,75
Molise	79,63	82,85
Campania	77,79	77,35
Puglia	95,28	81,98
Basilicata	76,31	77,13
Calabria	79,07	80,90
Totale Rso	84,43	83,57
Valle d'Aosta	26,57	26,30
Trentino A.A.	0,00	0,00
Bolzano	30,99	32,78
Trento	39,11	40,34
Friuli V.G.	48,57	48,41
Sardegna	53,82	57,14
Sicilia	59,17	57,66
Totale Rss	50,74	50,96
Totale generale	77,30	76,87

Il risultato 2012 prima e dopo le coperture (milioni di euro)

Regioni	Risultati di esercizio da Ce	Risultato da verifiche tavolo tecnico	Coperture	Avanzo/ disavanzo dopo coperture tavolo tecnico
Piemonte (1)	-118,14	-994,05	130,00	-864,05
Lombardia	8,86	8,76	-	8,76
Veneto	6,12	1,05	-	1,05
Liguria	-70,53	-57,48	112,31	54,83
Emilia R.	-34,91	-14,70	35,00	20,30
Toscana	-31,70	-52,47	63,00	10,53
Umbria	8,89	13,36	-	13,36
Marche (2)	29,86	-59,47	59,55	0,08
Lazio	-650,94	-660,86	808,68	147,82
Abruzzo	53,99	5,00	42,04	47,04
Molise (3)	-30,45	-88,26	21,81	-66,44
Campania	-119,59	-156,09	232,98	76,89
Puglia (4)	-41,02	-333,02	-	-333,02
Basilicata (5)	-17,23	-16,00	25,00	9,00
Calabria (6)	-69,93	-314,39	114,22	-200,17
Sicilia	-19,41	-54,05	293,29	239,24
Totale	-1.096,13	-2.772,66	1.937,88	-834,77

(1) Il risultato di esercizio da Ce rettificato dal Tavolo tecnico è pari a -111,045 milioni di euro. Il risultato finale comprende il disavanzo accertato dal Tavolo tecnico da totale dei crediti ridotti e non reimpegnati sul bilancio regionale (-883 mln di euro).

(2) Il risultato di esercizio da Ce rettificato dal Tavolo tecnico è pari a -29,009 milioni di euro. Il risultato finale comprende la situazione debitoria dell'Inrca, pari a -88,479 milioni di euro.

(3) Il risultato di esercizio rettificato - oltre rettifiche contabili e rischi per -3,06 milioni - comprende perdita 2011 non coperta (-35,74) e distrazione risorse per copertura del prestito da rimborsare al Mef (-19,00).

(4) Il risultato di esercizio rettificato comprende risorse del Ssr per 292 milioni di euro distratte dal bilancio regionale.

(5) Il risultato di esercizio rettificato comprende la perdita 2011 portata a nuovo di 8,5 milioni di euro.

(6) Il risultato di esercizio da Ce rettificato dal Tavolo tecnico è pari a -71,95 milioni di euro, considerando le rettifiche relative a contributi vincolati Fsn, mobilità extra regionale, somma risultati di gestione di aziende in utile. Il risultato finale considera i debiti 2007 e ante (-110 milioni) ancora da pagare, i disavanzi 2008 (-62,12 milioni) e 2009 (-88,467), l'avanzo 2011 (+18,149). Il risultato così determinato è al netto degli ulteriori oneri relativi agli ammortamenti non sterilizzati degli anni pregressi, che Tavolo e Comitato si sono riservati di esaminare successivamente.

Fonte: elaborazioni della Sezione delle autonomie della Corte dei conti su dati da verbali del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, e delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza.

SCLEROSI MULTIPLA POLEMICHE E FARMACI

Non esistono rapporti tra alterazioni del flusso ematico dei vasi del collo, la cosiddetta CCSVI, e sclerosi multipla. È quanto ha concluso lo studio CoSMO. L'indagine è stata recentemente pubblicata su *Multiple Sclerosis Journal*. La ricerca era promossa e finanziata da AISM, Associazione Italiana Sclerosi Multipla. I risultati preliminari erano già stati presentati un anno fa. Afferma Giancarlo Comi, direttore del Dipartimento Neurologico dell'ospedale San Raffaele di Milano, uno dei principali ricercatori dello studio: «Questi risultati non lasciano dubbi in merito. Di conseguenza non ci sono più ragioni per condurre sperimentazioni cliniche». Immediata la replica polemica dei sostenitori della correlazione CCSVI (propugnata da Paolo Zamboni dell'università di Ferrara): «È solo uno dei tanti studi compiuti nel mondo, per di più privato e finanziato da privati - Aism, appunto». Intanto la Commissione Europea ha autorizzato l'immissione in commercio di teriflunomide, terapia orale in una sola somministrazione giornaliera. Attende l'approvazione europea alemtuzumab, anticorpo monoclonale in forma iniettiva, indicato per i pazienti con forma recidiva remittente. La sclerosi multipla in Italia colpisce circa 70mila persone, soprattutto giovani tra i 20 e i 30 anni

(al. mar.)



CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS



**“MANCATA PREVENZIONE”
IMPORRE UN TICKET?**

Un uomo di 53 anni, iperteso, fumatore, dislipidemico non assume le pillole prescritte dal suo medico. «Non sono tipo da pastiglie io... non inquinio il mio corpo con roba chimica... mi sento bene». Ricoverato per infarto del miocardio il mese dopo, è costato alla Asl almeno 90.000 euro, tra rianimazione, by pass, stent, ricoveri e riabilitazione. La mancata adesione alle prescrizioni mediche coinvolgerebbe una persona su tre e il costo di malattie evitabili arriverebbe a 60 miliardi all'anno. Altro che Imu! Come indurre curanti e pazienti a prevenire le malattie evitabili? Coi ticket, per esempio: chi assume con scrupolo la terapia ottiene l'esenzione, mentre gli altri pagano. Oppure con un ticket ospedaliero per "mancata prevenzione". Una percentuale delle spese sostenute dall'ospedale da rimborsare alla Asl dividendola tramite conciliazione: sarebbe deterrente discutibile ma forte, contestabile ma potente nell'indurre a fare quanto prescritto (dieta e ginnastica incluse)? Aspettiamo suggerimenti.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.ecostampa.it



Autismo

Da recenti scoperte negli Usa, ricostruito il complesso meccanismo che colpisce il corretto sviluppo delle connessioni tra cellule nervose, l'anomalia alla base della sindrome

Quella congiura tra immunità stress e metalli

FRANCESCO BOTTACCIOLI*

L'uno per cento della popolazione, bambini e adulti, soffre di disturbi autistici, con deficit di socializzazione e di comunicazione da lievi a gravi. Sulle cause il campo si è diviso in chi le cercava nella genetica e in chi nell'ambiente familiare (la metafora della "madre frigorifero" dello psicanalista Bruno Bettelheim negli anni '60). Negli ultimi anni vi è stato un forte sviluppo della ricerca in altri campi collegati tra loro: il ruolo del sistema immunitario della madre e del bambino; lo stress in gravidanza e neonatale; stress ossidativo e

disfunzioni mitocondriali; l'inquinamento ambientale.

Nel giugno scorso, un gruppo del National Institute of Environmental Health Sciences su *Environmental Health Perspectives* ha dimostrato che l'esposizione perinatale (in gravidanza e nelle prime fasi della vita del bambino) a inquinamento da metalli, in particolare mercurio e particolato da motori diesel, è significativamente associata a un raddoppio della frequenza dell'autismo. Altri studi hanno rilevato un'associazione tra autismo e infiammazioni materne connesse a infezioni virali, autoimmunità, allergie, stress, in particolare durante la gravidanza, soprattutto se si è conclusa prima del tempo. Poiché sono gli studi sui malati: nei bambini si trova spesso una disregolazione immunitaria (autoanticorpi, reazioni di tipo allergico) che coinvolge anche l'intestino. Infine, studi post-mortem su pazienti documentano un'infiammazione cere-

brale diffusa con forte attivazione delle cellule microgliali, le cellule immunitarie del cervello, produttrici anch'esse di citochine infiammatorie. Le citochine, essenziali per la formazione delle sinapsi, all'opposto la ostacolano se aumentano troppo, in particolare IL-1, IL-6 e TNF-alfa. E proprio un'alterazione nelle connessioni tra aree cerebrali e quello che si trova nell'autismo.

Ma perché questa infiammazione cerebrale? E si può contrastare?

Un gruppo di neuroimmunofarmacologi della Tufts University a Boston, guidato da T.C. Theoharides, ha individuato una sequenza patogenetica con elemento chiave i mastociti, le cellule immunitarie diffuse in cute, mucosa intestinale e respiratoria e nel cervello (microglia). I mastociti hanno la capacità di rilasciare grosse quantità di sostanze infiammatorie e vasoattive, causando orticaria, rinite, asma. Oggi sappiamo che queste cellule

sono anche nell'ippocampo, ipotalamo e abenula, aree cerebrali legate allo stress. I mastociti possono essere attivati sia dallo stress psichico che dal mercurio o da citochine infiammatorie, che magari giungono dall'intestino infiammato. Infiammazione cerebrale aumentata produzione locale di sostanze tossiche da parte dei mitocondri, organelli cellulari produttori di energia.

E così il circolo si chiude: l'infiammazione danneggia i mitocondri che producono più sostanze ossidanti che danneggiano le cellule nervose, incrementandone l'infiammazione. Theoharides ha documentato nel siero di autistici Dna mitocondriale con effetti autoimmuni.

La conclusione pratica è che occorre abbinare terapie neuropsicologiche e mediche che stanno sperimentando a Boston con risultati incoraggianti.

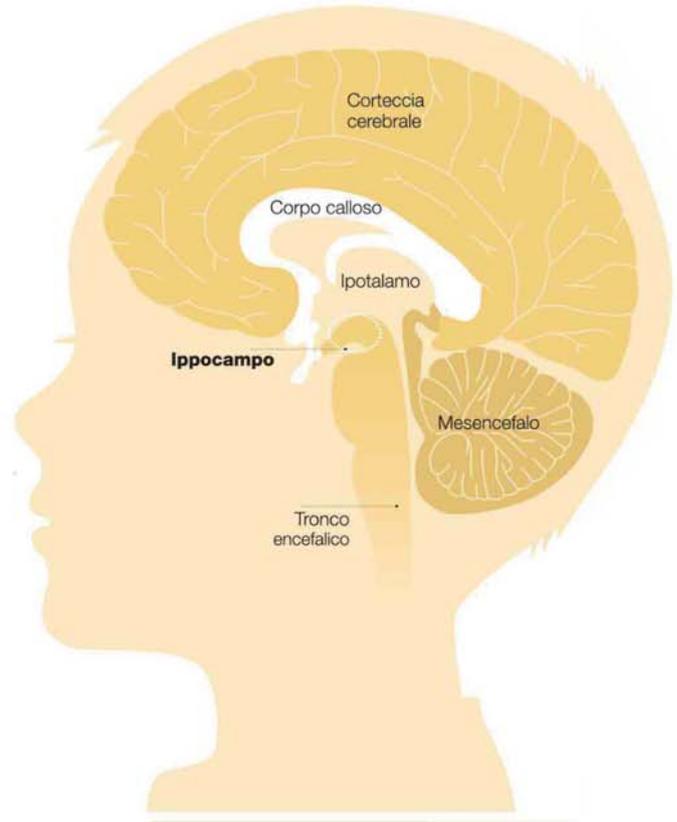
*Presidente on. Società It. Psiconeuroendocrinologia immunologia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

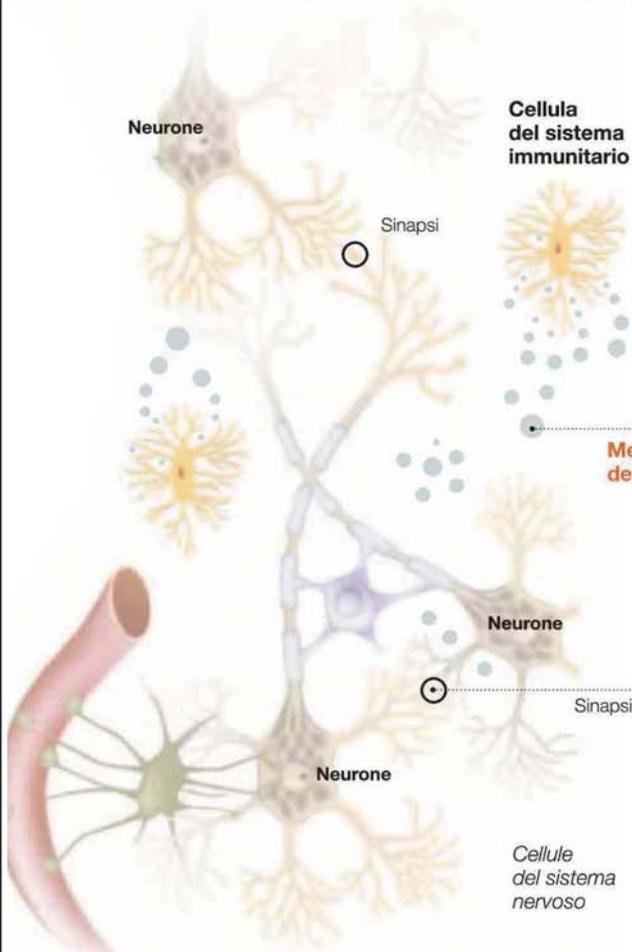
L'uno per cento della popolazione (bimbi e adulti) soffre di disturbi in varie forme

LE CAUSE MULTIPLE

Studi su immunità, stress, inquinanti e mitocondri (gli organelli intracellulari che producono energia) hanno permesso di individuare 4 fattori che interagendo tra loro, sarebbero tra le cause dell'autismo



DANNEGGIAMENTO DELLE CELLULE NERVOSE



I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Sono disturbi causati da un disordine organico dello sviluppo, che coinvolgono:

- l'interazione sociale
- le capacità comunicative
- Il comportamento
- il tipo di interessi e attività

QUANDO ESORDISCE

Nei primi 3 anni di vita. Tra i 10 e i 20 mesi i sintomi cominciano a diventare evidenti



INCIDENZA IN ITALIA

2-6 per mille sul totale della popolazione

PER GENERE

1 femmina ogni 4-5 maschi

NEGLI STATI UNITI sul totale della popolazione

1,2% dei caucasici
1% degli ispanici
0,6% Afro-americani

FONTE: RELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / SISTEMA NAZIONALE PER LE LINEE GUIDA ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, 2012

Martedì 10 SETTEMBRE 2013

Trauma cranico. Come capire se il paziente è ancora cosciente. A Milano si "zippa" il cervello

I ricercatori della Statale hanno scoperto che inviando uno stimolo magnetico al cervello e "zippando" la risposta ottenuta è possibile misurare il livello di coscienza presente nel paziente traumatizzato. La tecnica provata in diverse condizioni fisiologiche, farmacologiche e patologiche in cui la coscienza si riduce, scompare e riappare. Lo studio su Science Translational Medicine.

Quando un paziente ha subito un grave trauma, talvolta è possibile che seppure coscienti non siano in grado di muoversi o rispondere agli stimoli, e a volte neanche di elaborarli. Come si fa in questi casi, nei quali non si può chiedere al paziente semplicemente di "stringere il pugno" o di "aprire gli occhi", a capire se il paziente è vigile o no? Secondo alcuni scienziati dell'Università degli Studi di Milano, per farlo bisogna valutare quanto questo reagisca a un forte stimolo magnetico: comprendendo quanta dell'informazione in esso contenuta e da esso processata poteva essere manipolata hanno costruito una scala di misura della coscienza. Maggiore la risposta, e quindi la coscienza, più difficile comprimere e manipolarla. Lo studio che descrive questo sistema di misura è stato pubblicato su *Science Translational Medicine*.

Il problema quando si parla di coscienza, spiegano gli scienziati, è che non è ancora chiaro quali aspetti del funzionamento del cervello siano fondamentali per farla emergere. "Per affrontare questo problema abbiamo cercato di misurare direttamente ciò che, almeno in teoria, rende il cervello così speciale per la coscienza: la sua incredibile capacità di integrare informazione", ha spiegato **Marcello Massimini**, coordinatore dello studio e professore di neurofisiologia all'Università degli Studi di Milano. In pratica, i ricercatori hanno compresso, o "zippato", l'informazione generata dall'intero cervello quando questo viene attivato da un forte stimolo magnetico, più o meno come vengono "zippate" le immagini digitali prima di essere inviate per email. "L'idea" spiega ancora Massimini "è che, più informazione il cervello genera come un tutto integrato, meno saremo in grado di comprimere le sue risposte a una perturbazione. In estrema sintesi, bussiamo sul cervello e misuriamo la complessità dell'eco che esso produce."

Questa nuova misura è stata messa alla prova dai ricercatori in diverse condizioni fisiologiche, farmacologiche e patologiche in cui la coscienza si riduce, scompare e riappare, come la veglia, il sonno profondo, il sogno, l'anestesia e il recupero dal coma. In tutti i casi in cui la coscienza era ridotta, o abolita, l'eco del cervello era facilmente comprimibile e in tutti i casi in cui la coscienza era presente le risposte erano complesse, e quindi difficili da zippare. In questo modo, gli scienziati sono stati in grado di costruire, per la prima volta, una scala di misura affidabile lungo lo spettro che va dall'incoscienza alla coscienza. Una scala oggettiva che può essere utilizzata per rivelare la presenza di coscienza anche in pazienti che sono totalmente isolati dal mondo esterno.

"Al di là della loro importanza clinica – ha concluso Massimini – questi risultati confermano, per la prima volta, l'ipotesi che la coscienza ha che fare con la capacità del cervello di integrare informazione, ovvero con una quantità incredibile di informazione concentrata in un singolo oggetto. Una cosa più unica che rara nell'universo fisico."

Vercelli Il piccolo aveva trascorso due mesi con i nonni in Guinea equatoriale. La Procura di Novara apre un'inchiesta La malaria dopo le vacanze in Africa uccide bimbo di 6 anni

Crisi respiratorie

L'allarme è scattato quando ha iniziato ad avere delle crisi respiratorie

Si può morire di malaria anche in Italia, anche a sei anni. È successo venerdì scorso in Piemonte e la vittima è Lorenzo, un bambino italiano che si è ammalato durante una lunga vacanza in Africa. Dopo aver trascorso i mesi di luglio e agosto nella casa dei nonni che vivono in Guinea equatoriale da vent'anni, il piccolo è tornato al paesino dove abitava, in provincia di Vercelli, e tempo una settimana ha accusato i primi sintomi: raffreddore e febbre. Inizialmente i genitori non si sono preoccupati perché non era la prima volta che il figlio aveva quel malessere al rientro dalle vacanze in Africa, dove era già andato nei due anni precedenti con le sorelline di 6 (gemella) e 11 anni. L'allarme è scattato quando ha iniziato ad avere delle crisi respiratorie e difficoltà a deglutire. L'hanno allora portato al Pronto soccorso di Vercelli dove i medici hanno capito la gravità della situazione: si trattava di un'infezione estremamente estesa che aveva attaccato il 60% dei globuli rossi. Il parassita aveva aggredito Lorenzo con ferocia e bisognava intervenire con urgenza in un ospedale specializzato. Per questa ragione il baby paziente è stato subito trasferito al «Maggiore» di Novara. Troppo tardi. Quando Lorenzo è arrivato al nosocomio i medici hanno potuto infatti solo allargare le braccia: l'infezione aveva vinto. E il piccolo, che giocava come attaccante

nella scuola calcio della Pro Vercelli, è morto.

Fin qui, i fatti. Poi c'è l'indagine, sollecitata da un'informativa della Direzione sanitaria dell'ospedale alla procura di Novara che sulla vicenda ha aperto un'inchiesta. Dovrà verificare se è stato fatto tutto il possibile per salvare la vita al bambino. È stata disposta l'autopsia che avrebbe dovuto essere eseguita ma è stata rinviata per la decisione

di famiglia di volere partecipare all'esame con un proprio consulente. Nel frattempo medici e investigatori hanno tranquillizzato tutti: non c'è alcun rischio di diffusione della malattia.

A. P.

Domande & risposte

È una malattia che si può trasmettere?

1 Per il contagio è necessario un veicolo, la zanzara anopheles, che «trasporta» il parassita della malaria da un individuo all'altro. In Italia l'anopheles non c'è. Il contagio non è possibile

Quali sono i sintomi e a chi rivolgersi?

2 Il segnale inconfondibile sono improvvisi picchi di febbre molto alta che poi si abbassa e torna ogni 3-4 giorni. In questi casi bisogna rivolgersi ai centri di malattie infettive

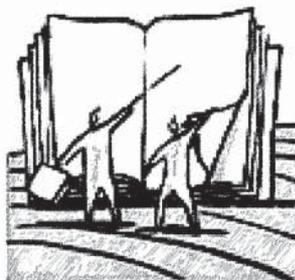
Esistono farmaci specifici per curare l'infezione?

3 Sì, sono disponibili diverse terapie che, se somministrate tempestivamente, contrastano l'infezione. Chi parte per Paesi dove la malaria è endemica deve sottoporsi alla profilassi



Che cosa cambia

Dalla connessione internet agli aiuti per le famiglie meno abbienti

COSÌ VERRANNO SPESI I 400 MILIONI PER LA SCUOLA**I testi****I manuali
in prestito
ai bisognosi**

Per quest'anno gli studenti potranno usare liberamente libri di testo nelle edizioni precedenti, purché conformi alle indicazioni nazionali. Otto milioni complessivi (2,7 per il 2013 e 5,3 per il 2014) vengono stanziati per finanziare l'acquisto da parte di scuole secondarie (o reti di scuole) di libri di testo ed ebook da dare in comodato d'uso agli alunni in situazione economica disagiata. Cambiano le regole sui tetti di spesa: saranno i dirigenti scolastici ad assicurarne il rispetto non approvando le delibere del collegio dei docenti che ne prevedono il superamento. I testi «consigliati» potranno essere richiesti agli studenti solo se avranno carattere di approfondimento o monografico.

8

milioni Per l'acquisto dei libri da parte delle scuole secondarie

Sostegno e ruolo**Gli interventi
a favore
dei docenti**

Saranno subito assunti a tempo indeterminato 26 mila insegnanti di sostegno per garantire continuità nell'erogazione del servizio scolastico agli alunni con difficoltà di apprendimento. La misura vale quest'anno (ultimi tre mesi del 2013) 13 milioni di euro, a regime saranno 107 milioni. Si darà così una risposta stabile a più

107

milioni Quanto sarà stanziato a pieno regime per le assunzioni

di 52 mila alunni oggi assistiti da insegnanti che cambiavano da un anno all'altro. Sarà anche definito un piano triennale a partire dal 2014 per l'immissione in ruolo di 69 mila docenti e 16 mila Ata (personale tecnico ausiliario) che terrà conto dei posti vacanti e disponibili ogni anno e del pensionamento. È anche prevista l'assunzione di 57 dirigenti tecnici (ispettori).

Gli insegnamenti**Più geografia
nei tecnici
e professionali**

Si investe sulla geografia, con 13,2 milioni (3,3 per il 2014 e 9,9 per il 2015) che verranno utilizzati per potenziare l'insegnamento della geografia generale e di quella economica. Verrà dedicata un'ora in più all'insegnamento di tutte e due le materie nel biennio negli istituti tecnici e professionali. È prevista la spesa di 3 milioni per il 2014 per finanziare progetti didattici nei musei e nei siti di interesse storico, culturale e archeologico e nelle fondazioni culturali. Per l'orientamento degli studenti, già dal quarto anno delle superiori, sono finanziati 6 milioni e 600 mila euro. Ed è stato deciso di coinvolgere docenti, camere di commercio e agenzie per il lavoro. Le attività eccedenti l'orario scolastico, per il progetto orientamento, saranno remunerate.

16,2

milioni Gli investimenti nella geografia e nei progetti culturali

Borse di studio

SELPRESS
www.selpress.com



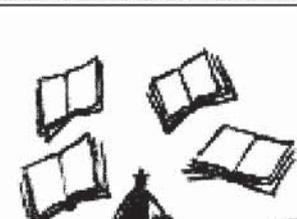
Treni e bus ecco il **welfare** per studenti

Arrivano 100 milioni di euro per il Fondo per le borse di studio degli studenti universitari a partire dal 2014 e per gli anni successivi. Il Fondo non sarà più temporaneo ma «consolidato», ossia definitivo. Sei milioni, inoltre, per il 2014 sono stanziati per le borse di studio destinate agli studenti iscritti alle istituzioni dell'Alta

115 milioni Borse di studio e lotta alla dispersione scolastica (nel 2013/14)

formazione artistica, musicale e coreutica. Nasce un welfare scolastico, con 15 milioni che le Regioni assegneranno a studenti di medie e superiori meritevoli ma privi di mezzi per spese di trasporto e di ristorazione. Contro la dispersione scolastica saranno spesi 3 milioni e 600 mila euro nel 2013 e 11 milioni e 400 mila nel 2014. Scuole aperte al pomeriggio nelle zone dove è maggiore l'evasione e la dispersione scolastica.

Il personale



La formazione «digitale» dei professori

Nove risorse per la formazione dei docenti. Dieci milioni di euro prevede il decreto per il 2014 per la formazione del personale scolastico. In particolare si punta a rafforzare le competenze digitali, e ad approfondire i percorsi scuola-lavoro. E anche a potenziare la preparazione di studenti che vivono nelle aree ad alto rischio. Altri dieci milioni sono poi destinati nel 2014 all'accesso gratuito del personale docente di ruolo nei musei statali e nei siti di interesse archeologico, storico e culturale. Quanto ai presidi, i nuovi dirigenti saranno selezionati annualmente attraverso un corso-concorso di formazione della Scuola nazionale dell'amministrazione. Nelle regioni in cui i precedenti concorsi non si sono ancora conclusi, saranno assegnati incarichi temporanei.

20 milioni Per la formazione dei docenti e le visite gratis ai musei

Tecnologia



DISEGNI DI ROBERTO PIROLA

Connessione wireless

nelle aule

Nel segno di una sempre maggiore apertura alla tecnologia e in particolare alla rete, 15 milioni sono spendibili subito nel pacchetto scuola per la connettività wireless nelle scuole secondarie, con priorità per i licei e le superiori. Gli studenti potranno accedere a materiali didattici e contenuti digitali in modo

15 milioni Per portare nelle scuole la connessione wireless

rapido e senza costi. Anche a questo scopo il ministro ha voluto che l'adozione dei testi scolastici diventasse facoltativa, i docenti potranno sostituirli anche con altri materiali e strumenti, facendo quindi ricorso alla rete e ai libri digitali. Vietato il fumo nelle aule ma anche nei cortili delle scuole, divieto esteso alle sigarette elettroniche. Per l'edilizia scolastica, le Regioni potranno accedere a mutui trentennali.