

I NOSTRI TEMI

**Industria e società
Farmaci efficaci
ma costosi: un caso
tra etica e salute**

VITTORIO A. SIRONI

Un farmaco rivoluzionario, estremamente efficace, in grado di guarire realmente il malato, ma con un costo talmente elevato che potrebbe sbancare in poco tempo il Servizio Sanitario Nazionale. È il sofosbuvir, il nuovo antivirale per la cura dell'epatite C. Una molecola che inibisce la replicazione del virus responsabile di questa malattia.

A PAGINA 3

L'analisi

Il ministro della Salute: entro il 19 giugno stabiliremo il prezzo del nuovo prodotto per la cura dell'epatite C. Ma è la situazione complessiva che rischia non essere sostenibile a lungo. Occorre cambiare sistema. Bisogna che le industrie farmaceutiche bilancino la copertura dei costi (ricerca e produzione) con un "investimento etico"

ARRIVA SUL MERCATO UNA NUOVA GENERAZIONE DI MEDICAMENTI

Farmaci efficaci ma costosi Questione tra etica e salute

Il caso del sofosbuvir: 50mila euro a trattamento?



di Vittorio A. Sironi

Un farmaco rivoluzionario, estremamente efficace, in grado di guarire realmente il malato, ma con un costo talmente elevato che potrebbe sbancare in poco tempo il Servizio Sanitario Nazionale. È il sofosbuvir, il nuovo antivirale per la cura dell'epatite C. Si tratta di una molecola che inibisce la replicazione del virus responsabile di questa malattia, che se non trattata adeguatamente può portare alla cirrosi, a sua volta causa di grave insufficienza epatica e/o di cancro al fegato. Patologie queste ultime per le quali l'unico trattamento efficace può essere, in determinati casi, il trapianto di fegato. Rispetto ai farmaci usati in precedenza (interferone e ribavirina), talvolta poco efficaci anche dopo lunghi periodi di assunzione e gravati da importanti effetti collaterali, quest'ultimo risulta ben tollerato e in

grado di portare alla normalizzazione della funzione epatica nel giro di poche settimane. Il suo impiego terapeutico è stato autorizzato nel dicembre 2013 dalla statunitense Food and Drug Administration e nel gennaio 2014 anche dell'European Medicines Agency, l'Agenzia europea del farmaco. Il prezzo si calcola che potrà aggirarsi attorno ai 50mila euro per ogni trattamento. Proprio ieri il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha annunciato che oggi «ci sarà una riunione del comitato dell'Aifa con l'azienda produttrice in modo da riuscire a fissare il prezzo per il farmaco entro il limite di 100 giorni, che scade il 19 giugno. Siamo tra i primi Paesi europei a contrattare il prezzo - ha aggiunto Lorenzin -, mentre altri lo hanno introdotto a prezzo di realizzo per l'industria, ad esempio in Germania e in Francia, mentre sarebbe opportuno attivare delle procedure comunitarie, anche per evitare il fenomeno del mercato parallelo».

Va detto comunque che non è tanto il costo per il singolo paziente a spaventare, quanto il numero complessivo dei malati accertati che dovrebbero essere trattati: tra i 300 e i 500mila, per un costo totale che arriverebbe a toccare i 25 miliardi di euro.

La stessa cifra che il nostro Paese destina ogni anno per coprire l'intera spesa farmaceutica, ospedaliera e territoriale, e che attualmente il nostro Sistema Sanitario Nazionale non potrebbe permettersi. L'uso di questi nuovi farmaci, bloccando la progressione della malattia e in molti casi portando alla guarigione clinica del paziente, oltre che rappresentare una cura realmente efficace, consentirebbe di evitare molti trapianti di fegato correlati al virus dell'epatite C (circa 900 all'anno in Italia, con un costo per ogni singolo intervento di 100mila euro) con un evidente risparmio economico, anche se assai inferiore rispetto all'investimento richiesto per l'attuazione della terapia.

Le associazioni dei pazienti chiedono a gran voce di accelerare la dispensazione di questi farmaci da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Se i costi non scendono significativamente non sarà però verosimilmente possibile dare il farmaco a tutti i malati. Bisognerà trovare criteri equi di accesso alla terapia e modalità di scelta dei pazienti da trattare. Quanto sarà possibile investire per l'acquisto di tali farmaci e chi trattare? I casi più eclatanti? I malati più

giovani? I pazienti più urgenti?

Il dilemma dei nuovi farmaci anti-epatite C si pone tra etica, economia e salute e rappresenta solo l'avanguardia di un problema più ampio: l'arrivo sul mercato di una nuova generazione di medicinali con costi sempre più elevati per il trattamento di malattie complesse e di patologie oncologiche.

Gia ora molti antitumorali di terza o quarta linea rappresentano una fonte di spesa rilevante per gli istituti oncologici (talvolta addirittura il 30% dell'intero bilancio annuale) a fronte di un rapporto costi/benefici talvolta poco significativo in termini essenziali (durata e qualità di vita). La ricerca farmaceutica investe molto nel settore dei nuovi farmaci, è vero, talvolta con risultati non sempre in linea con le attese. Negli ultimi vent'anni i prodotti immessi in commercio non superano i 20-30 all'anno e le molecole veramente innovative si possono contare sulle dita di una mano. Questo può in parte giustificare l'elevato costo dei nuovi prodotti. In prospettiva però a chi giovano prezzi così elevati dei farmaci?

Se il banco salta, alla lunga anche le industrie farmaceutiche ci rimetteranno, perché avranno sempre meno mercato per i loro prodotti. Se per un nuovo farmaco viene fissato un prezzo troppo basso, che ripaga solo i costi delle materie prime o poco più, si rischia di penalizzare la ricerca di una vera innovazione. Ma se viceversa è troppo alto, questa spesa diventerà in breve tempo non sopportabile dalla sanità pubblica (e in prospettiva anche da quella privata).

Il complesso delle grandi industrie farmaceutiche globalizzate, la big pharma, sembra non preoccuparsi molto di questo aspetto, puntando solo sulla logica dei guadagni esagerati, ignorando e violando spesso le stesse regole commerciali. Pagare sanzioni anche di centinaia di milioni o di miliardi di

dollari rientra nelle regole del gioco e queste "perdite" sono già preventivamente messe in bilancio quando i margini economici sono così elevati. È già successo in diverse occasioni negli Stati Uniti (nel 2009 a Ely Lilly 1,4 miliardi di dollari e a Pfizer 2,3 miliardi di dollari, nel 2011 alla Merck 1 miliardo di dollari, nel 2012 ad Abbot 1,5 miliardi di dollari e a Gsk 3 miliardi) e il recente caso in Italia di Novartis e Roche (multati di 180 milioni di euro dall'Antitrust per la presunta ipotesi di un accordo commerciale per favorire la vendita di un farmaco per gli occhi, il Lucentis, assai più caro di un identico prodotto di più basso costo) è solo l'ultimo esempio di questa logica.

Questo modo di procedere è dovuto alla progressiva perdita di identità originaria dell'industria farmaceutica avvenuta in questi ultimi decenni. A metà Ottocento la nascita di medicinali per sintesi chimica (non più estratti di sostanze vegetali o minerali presenti in natura, ma composti "costruiti" artificialmente in laboratorio) aveva avviato il processo di industrializzazione della produzione farmaceutica, facendo del farmaco (specialità farmaceutica) un rimedio innovativo per le sue capacità curative e per la sua ampia e facile disponibilità, ma anche un prodotto in grado di determinare un profitto economico e, come tale, sottoposto alle rigide regole del mercato commerciale.

Queste nuove modalità di produzione farmaceutica rappresentavano un'adeguata risposta alle esigenze mediche ma rispondevano anche alle necessità emergenti dalla rapida trasformazione sociale. Gli imprenditori che avevano sviluppato queste fabbriche univano alla competenza tecnico-scientifica una sensibilità antropologico-sociale che li portava a produrre farmaci in grado di rispondere innanzitutto al bisogno di salute e non finalizzati esclusivamente a soddisfare istanze economiche. La loro "aggressività commerciale" era contenuta e bilanciata dall'"impegno etico" profuso in ambito sanitario e sociale. Valori e ideali oggi dimenticati dagli attuali manager delle moderne multinazionali industrie farmaceutiche.

L'attuale logica di esasperare al rialzo i prezzi dei farmaci non potrà essere sostenibile a lungo. Se continueranno ad arrivare sul mercato nei prossimi anni nuovi farmaci "miliardari" si renderà evidente la necessità di cambiare sistema. Bisogna che le industrie farmaceutiche prendano in considerazione l'opportunità di bilanciare la copertura dei costi di ricerca e di produzione con un "investimento etico" che consenta loro un guadagno adeguato, ma non esagerato.

Fornire dati precisi sulle modalità con cui l'industria determina il costo di un nuovo farmaco e rendere trasparente il processo di contrattazione del prezzo tra fabbricante e acquirente possono costituire due passaggi importanti verso la ricerca di un equilibrio che salvaguardi i legittimi diritti (commerciali e di mercato) dell'industria e le altrettanto giuste aspettative (sanitarie ed economiche) del pubblico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RIPARTO DEI FONDI DELLA LEGGE 135/1990

Alle Regioni 98 milioni per formazione e cure

Finanziamento legge 135/90 (Aids) per il 2011 e il 2012 (migliaia)

Regioni	Corsi di formazione	Trattamento domiciliare	Totale	Regioni	Corsi di formazione	Trattamento domiciliare	Totale
Piemonte	2.503	4.422	6.925	Lazio	5.325	9.225	14.550
Lombardia	7.255	20.801	28.056	Abruzzo	806	636	1.443
Veneto	2.022	3.602	5.624	Molise	152	67	220
Liguria	1.913	3.532	5.445	Campania	3.689	2.802	6.491
Emilia R.	3.065	6.191	9.256	Puglia	2.204	2.269	4.473
Toscana	2.894	4.376	7.270	Basilicata	540	184	724
Umbria	413	541	954	Calabria	917	652	1.570
Marche	960	1.231	2.192	Sicilia	1.493	1.441	2.934
				Italia	36.152	61.974	98.126

In programma per la Stato-Regioni rinviiata di fine aprile, il riparto dei fondi destinati all'assistenza dell'Aids approda alla Stato-Regioni del 15 maggio già con l'intesa decisa dai governatori ai quali tra il 2011 e il 2012 sono assegnati in tutto oltre 98 milioni di euro di cui il 37 per cento circa destinato ai corsi di formazione degli operatori e il rimanente 63 per cento al trattamento domiciliare dei malati.

Entrambi i riparti hanno come risorse a disposizione l'accantonamento sul fondo sanitario nazionale (secondo quanto previsto dalla legge 135/1990) di 49.063.000 euro finalizzati ai corsi di formazione e di aggiornamento per il personale dei reparti di ricovero per malattie infettive e degli altri reparti che ricoverano ammalati di Aids e all'attivazione di servizi per il trattamento domiciliare, rispettivamente per 18.076.000 euro e 30.987.000 euro.

La proposta di riparto è analoga a quella degli anni precedenti. I suoi criteri sono basati, per quanto riguarda la quota per la formazione sul numero di posti letto di day-hospital e di degenza ordinaria previsti a inizio anno per le malattie infettive, rilevati nelle strutture pubbliche e nelle strutture convenzionate e il numero dei casi di Aids rilevati nell'anno, pesati rispettivamente per il 70% e per il 30 per cento.

Per la quota per il trattamento domiciliare, invece, i parametri sono il numero di posti di assistenza domiciliare previsti dalla legge 135/1990 e il numero dei casi di Aids, rilevato allo stesso modo dell'altro criterio, pesati questa volta in parti uguali.

In base alla legge in vigore poi sono escluse dalla ripartizione le Regioni a statuto speciale Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di

Trento e di Bolzano, mentre per la Regione Siciliana sono state operate le previste riduzioni previste dalla Finanziaria 2007 pari al 49,11 per cento.

Nei due anni a livello di singole Regioni ci sono lievi differenze nei riparti dovute soprattutto alla modifica proprio di alcuni dei parametri presi come indice. Quello più "modificato" è il numero dei posti letto che nel 2012 rispetto al 2011 è inferiore di 233 unità per i cali registrati in quasi tutte le Regioni tranne le Marche dove sono rimasti invariati e quelli di Toscana e Umbria, aumentati invece rispettivamente 7 e 3 unità. Il calo maggiore è invece quello della Campania che nei due anni perde 76 posti letto. In calo anche la quota di compartecipazione della Sicilia.

Embrioni scambiati

«Nessun reato»

La procura archivierà

► Per l'ospedale Pertini sanzioni amministrative. Le coppie coinvolte potranno chiedere giustizia solo nel tribunale civile

L'INCHIESTA

ROMA La battaglia si combatterà al Tribunale civile. Perché dopo i sequestri delle cartelle cliniche e gli interrogatori, l'inchiesta sullo scambio degli embrioni all'ospedale Pertini di Roma va inesorabilmente verso l'archiviazione. Il vuoto normativo non ha consentito al procuratore aggiunto Leonardo Frisani e al pm Claudia Alberti di ipotizzare un reato a carico di chi, per errore, ha impiantato l'embrione fecondato di una coppia nell'utero di un'altra donna che tentava la fecondazione assistita. Le verifiche del Nas dei carabinieri hanno rilevato soltanto lacune nell'organizzazione del Centro di infertilità che, adesso, potrebbero portare, alla contestazione di sanzioni amministrative. Nulla di più. Sembra essere caduta anche l'ipotesi dell'esercizio abusivo del centro, perché il Per-

**I GENITORI NATURALI:
«NON CI SIAMO
RESI CONTO DI NULLA
I BIMBI SONO NOSTRI
PERCORREREMO
TUTTE LE STRADE»**

тини dispone di un'autorizzazione provvisoria, come previsto dalla legge. E così i genitori naturali aprono un altro fronte sperando di ottenere giustizia.

LA BIOLOGA

La biologa che il 6 dicembre scorso avrebbe scambiato le provette ha sostenuto di non ricordare «anomalie» durante le operazioni di transfert di embrioni, effettuate, quella mattina, su cinque coppie. Una versione raccolta dai carabinieri dei Nas, diretti dal capitano Dario Praturlon, e già esa-

minata dai pm. E' possibile che la dottoressa, non leggendo bene i cognomi scritti a mano sulla provetta, abbia impiantato gli embrioni della prima coppia nell'utero della donna sbagliata (ora è in attesa di due gemelli) senza rendersi conto dell'errore. Sembra però inverosimile che, al momento del secondo impianto, dopo aver chiamato l'altra aspirante mamma, la biologa e i suoi assistenti, per la seconda volta, non si siano resi conto di avere in mano la provetta sbagliata.

LE TESTIMONIANZE

Intanto sono state ascoltate le prime aspiranti mamme sottoposte alla fecondazione quella mattina. L'unica che sarà risparmiata allo stress dell'interrogatorio è la signora in attesa dei gemelli non suoi. I genitori genetici dei piccoli, invece, sono stati ascoltati l'altra mattina. «Quel giorno non ci siamo resi conto di nulla. Ma ora che l'ospedale stesso ci ha dato le prove che i bimbi sono nostri per correremo le strade necessarie, magari in sede civile».

LA DENUNCIA

E' stata sentita ieri la coppia che, assistita dall'avvocato Pietro Nicotera, ha fatto scoppiare il caso denunciando alla procura le anomalie. La coppia romana si sarebbe sottoposta alle operazioni di fecondazione il 4 dicembre, e, come accertato poi dai test del dna, non è rimasta coinvolta nello scambio. «Anche quel giorno c'è stata una situazione paradossale», ha ricordato la donna, 37 anni. «Sono stata chiamata in sala operatoria per l'impianto e dopo poco fatta ricomodare fuori. «Scusi mi ha detto un'infermiera, c'è stato un errore. Era il turno di

un'altra signora. E allora ho dovuto attendere ancora mezzora. Ricordo che anche in quel caso il cognome era simile. Non è ammissibile. Ho vissuto col terrore di essere la madre naturale di quei gemellini».

**Valentina Errante
Adelaide Pierucci**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA CONDIVISIONE DEI DATI TRA DIFFICOLTÀ TECNICHE E INCOMPATIBILITÀ

Quei dottori europei allergici all'archiviazione elettronica

Internet veloce per pochi, teleconsulti ed e-prescription esperienze marginali

Ormai quasi tutti i medici di famiglia del vecchio continente hanno a disposizione le infrastrutture di base e gli strumenti informatici, ma internet veloce non è per tutti. Secondo il Report Ue su e-health e medici di famiglia, se la banda larga è accessibile per il 65% del campione, solo il 9,5% usufruisce del Vdsl (very high speed internet connection). Bassa anche la diffusione di smartphone, posseduti da meno di un medico su due. Uno su dieci usa un tablet e il 15% può contare su un laptop connesso al web. I pochi che hanno la disponibilità di questi mezzi ne fanno tuttavia un uso ottimale durante le visite ai pazienti.

L'attenzione alla sicurezza è sorprendentemente poca. Una problematica cruciale dal momento che si parla di «dati sensibili» per eccellenza: il sistema maggiormente utilizzato è una semplice password, mentre solo il 34% ricorre alla crittografia e il 28% alla firma elettronica. E nello scambio di dati è possibile avere problemi di incompatibilità. Un ostacolo incontrato quasi dal 56% dei medici di base intervistati.

L'archiviazione elettronica delle cartelle cliniche dei pazienti in generale piace poco. Vi ricorre solo un medico su due e i registri cartacei sono ancora un'abitudine difficile da stradicare negli studi. Eppure ben il 92% del campione ha a disposizione un sistema di archiviazione elettronica per immagazzinare dati clinici e amministrativi. Perché allora i medici non sfruttano l'archiviazione digitale delle cartelle cliniche? Il 32% perché lo ritiene troppo «complicato», il 27% dichiara di avere ancora dei dubbi, il 20% dice di non averne bisogno, il 19% ritiene che sia troppo costoso e solo il 14% risponde che è inutile. Tra chi utilizza le cartelle cliniche elettroniche, la disponibilità della maggior parte delle 25 differenti funzionalità è piuttosto alta. Solo per sei di queste si scende al di sotto del 60%: fatturazioni, controindicazioni (basate su età, genere o stato di gravidanza), valori di allerta dai test

di laboratorio, linee guida e buone pratiche, immagini radiologiche e interazioni tra farmaci e test diagnostici. D'altro canto chi ha a disposizione queste funzionalità le usa in modo abituale.

Riguardo alle 15 funzionalità relative alla possibilità di scambiare e condividere informazioni sanitarie elettroniche, a livello europeo la disponibilità è molto più bassa rispetto agli strumenti di archiviazione. I risultati dello studio di Bruxelles rilevano infatti che solo per due parametri (referti di laboratorio e certificati di malattia) la disponibilità supera il 60% del campione e l'uso effettivo supera il 40 per cento. Per altre 8 la possibilità riguarda una percentuale superiore al 40 per cento. E anche il gap tra possibilità ed effettivo utilizzo è piuttosto alto.

Una media del 10% dei medici di base monitorati non utilizza per scelta la maggior parte delle funzionalità che avrebbe a disposizione. Dunque gli scambi di dati con altri fornitori di assistenza avvengono in modo molto limitato e la e-prescription, l'interazione tramite mail con i pazienti, di fatto è una realtà molto marginale.

Per la telemedicina, la possibilità reale di monitorare i pazienti in remoto ed effettuare consulti per via telematica è decisamente scarsa. Per il 36% dei Mmg è possibile effettuare training attraverso la telemedicina, per il 10% teleconsulti, per il 16% consulti con altri medici e solo per il 4% è possibile monitorare i pazienti via pc. E se l'empowerment del paziente si dovesse misurare attraverso la diffusione del Personal health record, il livello sarebbe abbastanza basso. Il paziente è ancora su un'isola. Oltre l'80% dei medici di base ha infatti dichiarato che i pazienti non hanno la possibilità di accedere ai risultati delle analisi, integrare il proprio file, averne visione o chiedere rinvii. Per un medico su quattro i pazienti possono richiedere prescrizioni e per uno su tre un appuntamento. Insomma, un po' poco per essere definito «e-health».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

E per i pazienti accesso negato

Nel Dna potenziato domande ancora aperte

E' di pochi giorni fa la notizia che alcuni scienziati dello Scripps Institute di La Jolla (California) hanno sintetizzato un tratto di Dna che conteneva una "coppia artificiale" formata da due molecole denominate "d5Sics" e "Dnam". Per riuscire a introdurle nell'Escherichia coli è stata usata una specie di microalga, che le ha trasferite dal terreno di coltura nella cellula batterica, dove si sono integrate con il Dna presente. L'obiettivo della ricerca è trovare nuove applicazioni attraverso questi batteri ingegnerizzati: da nuovi farmaci a nuovi tipi di nanotecnologie. Se le novità di ingegneria genetica vengono sempre annunciate con clamore, sembrano restare in ombra sui media alcune domande etiche. Innanzitutto le biotecnologie pongono un problema politico di grande rilievo. Infatti si tratta di decidere se e in che misura intervenire sul patrimonio genetico degli esseri viventi e specialmente dell'uomo. È una questione che riguarda tutta l'umanità e non solo gli esperti,

Oggi si tratta di decidere se e come intervenire sul patrimonio genetico degli esseri viventi

siano essi scienziati o politici. Il principio di libertà della scienza deve trovare composizione con le esigenze di informazione corretta della popolazione e con il diritto dei cittadini a essere corresponsabili. Il dibattito pubblico

richiede condizioni di trasparenza e pubblicità della ricerca e deve occuparsi di valutazione, finalità e modalità della ricerca.

Una seconda questione etica rilevante è quella della giustizia e dell'accesso da parte dei Paesi poveri. La brevettabilità o meno dei prodotti biotecnologici ha anche risvolti di libertà dal bisogno alimentare per masse enormi di popolazioni povere. È eticamente necessaria la condivisione delle biotecnologie con i Paesi in via di sviluppo, per le ricadute agricole, zootecniche e dell'industria alimentare.

Importante è pure la valutazione della sicurezza della ricerca. Il problema è di vasta portata in quanto sono ormai migliaia in tutto il mondo le industrie che usano le tecniche di ingegneria genetica, le colture in vitro, ecc. I principi etici sono quelli della difesa della vita umana e della difesa dell'ambiente. Per le attività interne ai laboratori bisogna valutare l'eventuale patogenicità del microorganismo che si studia e si modifica e le caratteristiche del Dna ricombinante con cui è stato trasformato. Per quanto concerne il rilascio nell'ambiente di batteri e virus, di piante e di animali, la prima condizione di eticità è la valutazione del rischio, in termini di effetti negativi sull'ambiente e sull'uomo. Su queste domande etiche è necessario aprire un dibattito serio e competente.

Michele Aramini



LA SVOLTA Uno studio incoraggia la pratica

«Fate nascere i bimbi a casa» Soldi a chi non va in ospedale

Il movimento per il parto «supernaturale» ha un nuovo alleato, le Regioni che ora rimborsano le spese. Ma molti restano contrari

3mila

Il costo di un parto in casa è di circa 3mila euro per l'assistenza da parte di due ostetriche

30%

In Olanda quasi un bimbo su tre nasce in casa: è uno dei Paesi occidentali dove la pratica è più diffusa

di **Eleonora Barbieri**

Sono ottocento euro: soldi che la Regione Lazio darà alle donne che sceglieranno di partorire in casa. Nel proprio letto, con due ostetriche accanto, magari il marito, manesun medico, nessun muro d'ospedale, nessuna corsia. Non coprono tutte le spese necessarie, ma sono un simbolo, un segnale: una spinta a ripercorrere una strada che per millenni è stata normale, ma che ormai è intrapresa da pochissime donne. Una battaglia vinta per un movimento che da anni cerca di riportare il parto alla «natura». Ma perché partorire a casa, quando in ospedale si è più sicure? È una domanda a cui la gran parte delle donne, almeno in Italia, risponde univocamente: e sceglie l'ospedale. Il Lazio è solo l'ultima delle Regioni a rimborsare in parte le spese per il parto in casa: ci sono già Piemonte, Emilia Romagna, Marche, le province di Trento e Bolzano, che concedono contributi più elevati, oltre i mille euro.

Ma il punto non è il costo: è la sicurezza. Perché (quasi) a nessuno piace frequentare ospedali, ma è ormai dato per scontato che fare nascere un bambino in sala parto dia più garanzie, alla mamma e al piccolo. È il cuore del dibattito, il punto su cui spesso si scontrano ginecologi e ostetriche, sostenitori del parto «tutto naturale» e di quello «ospedalizzato». Ora i numeri spiega lo studio britannico Birthplace (cioè «luogo di nascita») - dicono che, se la donna è alla sua prima gravidanza, le probabilità di rischio sono maggiori in casa (9,3 su mille) che in ospedale (5,3); ma dal secondo figlio in poi le percentuali sono identiche. Tanto che il National Institute for Health and Care è arrivato a incoraggiare il parto in casa quando cisiano le condizioni, e a considerare l'ospedale come la soluzione adatta solo ai casi più complicati. Anche perché così la sanità risparmierebbe parecchio.

È una svolta di mentalità, sulla scia anche del caso olandese: un paese dove - per l'Occidente - il numero di bambini nati a casa è un record, quasi un terzo del totale. Anche perché il sistema favorisce la scelta alternativa: se la mamma e il bebè non corrono rischi, ma la donna decide di partorire in ospedale, de-

ve poi pagare le spese (in caso contrario, il ricorso alla sanità è gratuito). In Italia sono circa mille e cinquecento le donne che ogni anno partoriscono a casa: una minoranza che, per alcuni, è segno di arretratezza; per altri è già troppo. Poche, ma

L'OSTETRICA

«Non è una moda: garantisce l'intimità che serve alla donna»

comunque - nella convinzione di molti - folli: perché rischiare? Annamaria Gioacchini ha deciso di diventare ostetrica dopo aver dato alla luce sua figlia in ospedale, 34 anni fa. Negli anni Ottanta, a Roma, ha cominciato ad aiutare le donne ad avere i loro figli in casa. Oggi fa parte di «Nascere a casa», una associazione di ostetriche impegnate in questa battaglia. Per lei il parto a casa «non è una moda: garantisce alla donna l'intimità e la tranquillità di cui ogni donna ha necessità in questo evento». I rischi? «C'è un'ansia incredibile sul parto, ma l'Organizzazione mondiale della sanità ha definito il parto fisiologico in casa sicuro quanto quello in ospedale, se seguito da personale adeguato». Le condizioni sono due: «Una anamnesi di gravi-



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

danza fisiologica e l'assenza di patologie nella donna».

L'assistenza è garantita da due ostetriche, si spendono circa tremila euro, oltre alla visita a domicilio del pediatra entro le prime ventiquattro ore. Insomma gli incentivi regionali arriverebbero a coprire, al massimo, la metà della spesa: non tutte possono permetterselo. «Molte straniere del Nord Europa hanno l'assicurazione che le rimborsa: perché per loro è la normalità, per noi è l'eccezione» spiega Gioacchini.

Tutt'altro discorso per le ricche e famose. Ci sono le fan del cesareo, e ci sono le «naturiste»: «Le celebrità hanno tutta la possibilità di garantirsi un'esperienza meravigliosa. Perché non farlo?». Ora, oltre agli sponsor, arrivano i soldi pubblici: il movimento del parto supernaturale è sempre più forte. Anche se la scelta, alla fine, spetta solo alla futura mamma.



La cantante
Giorgia

La cantante ha dato alla luce suo figlio Samuel in casa, con un parto in acqua e ha raccontato spesso la sua esperienza



L'attrice
Meryl Streep

La famosissima attrice è una sostenitrice del parto in casa: tutti i suoi figli infatti sono nati fra le mura domestiche



La modella Elle
Macpherson

La supermodella soprannominata «The body» («il corpo») ha partorito il suo secondogenito in casa, in acqua



La top Gisele
Bündchen

La top model brasiliana ha partorito la sua secondogenita Vivian Lake (avuta dal campione Tom Brady) in casa

Crema Doveva fare la gastroscopia, arresto cardiaco dopo l'anestesia

In ospedale per un esame

Muore bambina di un anno



Adelaide La bimba deceduta per arresto cardiaco (Fotogramma)

CREMA (Cremona) — Meno di un mese dopo aver spento la sua prima candelina, Adelaide Croce, una bambina nata il 23 aprile, è morta all'ospedale di Crema durante una gastroscopia. Chiamati dai parenti della piccola, i carabinieri sono arrivati in corsia e la procura di Cremona ha aperto un'inchiesta.

Stando alle prime ricostruzioni, da qualche settimana la piccola soffriva di problemi legati all'alimentazione, con rigurgiti continui e vomiti. L'esame del sangue aveva stabilito che era celiaca. A quel punto la pediatra dell'Asl aveva consigliato di rivolgersi a una specialista dell'Asl che, a sua volta, aveva prescritto i controlli in ospedale. E così, ieri mattina, il padre Antonio e la mamma Claudia Costa, che abitano a Romano di Lombardia (Bergamo), hanno accompagnato la figlia al «Maggiore» di Crema. Insieme con loro c'erano anche i nonni. Stando alle testimonianze dei familiari, sino a un attimo prima Adelaide giocava tranquilla ma appena le è stato iniettato l'anestetico, è andata in fibrillazione ventricolare e ha avuto un arresto cardiaco. Erano le 9 circa. È stata subito trasferita nel reparto di Terapia intensiva, ma le sue condizioni si sono aggravate con il passare del tempo. Il suo cuore ha definitivamente cessato di battere un paio di ore dopo.

Anche se mancano certezze,

la morte potrebbe essere stata causata da un'intolleranza al farmaco anestetico, anche se la bambina era stata sottoposta a tutti i test preliminari previsti dalle procedure. «Non presentava allergie — dice, sconvolto, il neurologo dell'ospedale, Roberto Sfogliarini —. Si tratta di un esame di routine. Nei soggetti in tenera età si preferisce farlo in sala operatoria perché non serve la collaborazione del paziente. Nei casi di età molto bassa, l'anestesia totale dà la possibilità di eseguire questi controlli senza che il piccolo si agiti troppo o si spaventi». «Siamo senza parole, annichiliti. Stiamo cercando di capire perché è potuto accadere», commentano dalla direzione sanitaria.

Distrutti dal dolore, i genitori della bimba (la loro unica figlia) hanno denunciato l'accaduto ai carabinieri della compagnia di Crema, che si sono recati presso il nosocomio con i Nas di Cremona. È stato ascoltato il personale medico presente, sia durante le fasi dell'anestesia che della rianimazione. La magistratura ha aperto un'inchiesta disponendo l'autopsia (che potrebbe essere eseguita già oggi) per stabilire le ragioni della fibrillazione e della morte. L'ospedale si è messo a disposizione dell'autorità giudiziaria e il suo direttore generale, Luigi Ablondi, ha disposto un'indagine interna.

Gilberto Bazoli



Sanità. La cannabis tra le sostanze «soft» La legge distingue di nuovo tra droghe leggere e pesanti

Rosanna Magnano
ROMA

Il decreto su **droghe e farmaci off label** diventa legge e torna la distinzione tra "leggere" e "pesanti". Ha ottenuto ieri sera la fiducia al Senato (con 155 sì e 105 no) la legge di conversione del decreto legge 36/2014 sulla disciplina degli stupefacenti e l'impiego di farmaci meno onerosi per il Ssn. Il provvedimento - il testo è lo stesso approvato dalla Camera il 29 aprile scorso - ripristina e riscrive le tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope per renderle coerenti con il regime sanzionatorio antecedente alla legge Fini-Giovanardi, dichiarata incostituzionale dalla Consulta con la sentenza 32/2014.

Le tabelle sono cinque. Le prime quattro riguardano le sostanze stupefacenti e psicotrope sotto controllo internazionale e nazionale, mentre la quinta comprende i medicinali (a base di sostanze attive stupefacenti o psicotrope) di corrente uso terapeutico. Semplificazioni per la prescrizione dei farmaci contro il dolore e per le **sureparative**.

La cannabis, nonostante le polemiche, è classificata tra le droghe leggere. Anche se, come sottolinea il relatore del provvedimento, Carlo Giovanardi (Ncd), «il governo ha accolto in commissioni riunite Giustizia e Sanità un ordine del giorno che impegna il ministro della Salute a valutare la pericolosità della cannabis arricchita di ultima generazione, per collocarla in tabella unitamente ai cannabinoidi sintetici assieme a cocaina ed eroina già presenti in quella ta-

bella». Quindi la battaglia continua e il dibattito si svilupperà nei prossimi mesi. Per modificare le tabelle, come si legge all'articolo 1 del provvedimento approvato ieri, serve un decreto del ministero della Salute, sentiti il Consiglio superiore di sanità e l'Istituto superiore di sanità. Per il resto il Dl alligera le sanzioni per fatti di lieve entità (il cosiddetto piccolo spaccio) e ripristina la possibilità per il giudice di applicare i lavori di pubblica utilità al posto del carcere per i tossicodipendenti, su richiesta dell'imputato e sentito il pm. La misura sostitutiva non è irrogabile per più di due volte. Ripristinate poi le sanzioni amministrative (depenalizzazione) per l'uso personale di sostanze stupefacenti. Sanzioni che sono differenziate per droghe leggere (da uno a 3 mesi) e pesanti (da 2 mesi a un anno).

Per i medicinali utilizzati per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata l'articolo 3 del decreto prevede che il fondo istituito presso l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), alimentato con i contributi obbligatori a carico delle aziende farmaceutiche, possa essere destinato - da parte dell'Aifa stessa - anche alla sperimentazione clinica di medicinali per un impiego non compreso nell'autorizzazione all'immissione in commercio (cosiddetto uso *off label*).

Tali medicinali, previa valutazione dell'Aifa potranno essere erogati a carico del Ssn, purché tale indicazione sia nota e conforme a ricerche condotte nell'ambito della comunità medico-scientifica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Geni e ambiente ugualmente importanti nell'autismo

di Brigida Stagno

Commenta

Invia

Cresce l'attenzione per il ruolo dell'ambiente nello sviluppo dell'autismo, importante quanto i geni: a rivelare il reale peso dei due fattori in gioco in questa malattia, che colpisce un bambino ogni cento nuovi nati, è uno studio svedese pubblicato il 7 maggio sull'autorevole rivista scientifica "Journal of the American Medical Association" (Jama <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1866100>), condotto da ricercatori del Karolinska Institutet di Stoccolma, del King's College di Londra e del Mount Sinai negli Stati Uniti. Secondo l'indagine, la più vasta nel suo genere ad aver analizzato su grandi numeri (circa due milioni di persone nate tra il 1982 e il 2006) la vera responsabilità di questi due fattori, il ruolo dell'ereditarietà (considerata finora la causa principale) nello scatenare la malattia andrebbe ridimensionato e il suo peso sarebbe comunque pari a quello dei fattori ambientali. I fratelli di persone con autismo, stando ai risultati, hanno un rischio elevato di ammalarsi (probabilmente anche a causa dello stesso ambiente in cui vivono) rispetto ai coetanei che non hanno parenti colpiti da questo disturbo e maggiore è il grado di parentela, più alta è la probabilità di sviluppare la malattia.

Secondo Sven Sandin, uno degli autori dell'articolo, il cosiddetto "disturbo dello spettro autistico (ASD)" consiste in un deficit dell'interazione sociale e della comunicazione, con interessi ristretti e comportamenti ripetitivi e l'autismo è la forma più marcata di ASD, caratterizzata dall'aumento delle probabilità di ammalarsi tra i membri della stessa famiglia. Nello studio svedese è stata calcolato il rischio individuale di sviluppare autismo in persone con fratelli o cugini autistici rispetto a quelle che non avevano parenti ammalati. Risultato: il rischio di malattia era decuplicato tra i fratelli di familiari con ASD e raddoppiato tra i cugini, un dato che dovrebbe far riflettere sempre il medico sulla necessità di acquisire maggiori informazioni sulla famiglia per consigliare nel modo migliore i pazienti.

Ma quali sono i fattori ambientali dell'autismo? Per ora non sono ancora stati individuati con precisione, ma gli autori ne ipotizzano diversi: dal contesto sociale e familiare (stato socio-economico), all'età avanzata di entrambi i genitori, a eventuali complicazioni al momento della nascita, a infezioni materne, fino ad alcuni farmaci assunti durante la gravidanza. Per quanto riguarda il ruolo del vaccino trivalente (antimorbillo-parotite e rosolia), fonte di numerose polemiche nella comunità scientifica e di allarmismo tra i genitori, l'Istituto Superiore di Sanità ha di recente escluso un suo legame con l'insorgenza di patologie dello spettro autistico. L'ipotesi, sollevata negli anni Novanta da uno studio inglese pubblicato nel 1998 su Lancet, è stata infatti valutata e poi smentita da molti studi europei e statunitensi.

La diagnosi precoce della malattia è necessaria per intervenire tempestivamente e aiutare il bambino a condurre una vita più normale, ma non è facile e arriva in genere intorno ai 3 anni. Per questo motivo è partito un progetto per individuare l'autismo già durante la gravidanza, grazie alle moderne tecnologie di imaging cerebrale: è frutto del lavoro di ricercatori inglesi del King's College, dell'Imperial College e della Oxford University, impegnati nel Developing Human Connectome Project. Durerà sei anni e prevede la risonanza magnetica su 500 feti nel terzo trimestre della gravidanza e su mille bambini appena nati.

Oltre alle indagini diagnostiche più sofisticate, è importante conoscere i segnali da "leggere" in anticipo, cioè quei campanelli d'allarme utili per riconoscere precocemente l'autismo. Se il bambino mostra spesso atteggiamenti inusuali, come ripetere frasi o parole spesso ascoltate da poco e usate fuori dal contesto (ecolalia) o fare alcuni movimenti continui, come torcere le mani, rotarle, dondolarsi, oppure eseguire movimenti complessi con la testa (stereotipie) è importante rivolgersi al medico.

Brigida Stagno

Medico

Segui questo autore



Nuove cure per l'epatite C: disponibili per tutti? postato il 06 mag 2014 in **Salute** | **0**

Amianto, vietato abbassare la guardia postato il 28 apr 2014 in **Salute** | **3**

Diete vegetariane, quali i rischi e i benefici? postato il 24 apr 2014 in **Salute** | **6**

Endometriosi: malattia diffusa, ma poco conosciuta postato il 14 apr 2014 in **Salute** | **1**

[Tutti gli articoli](#)



Tiscali Socialnews

Per accedere [clicca qui](#)



Disturbi del sonno: divertimento e colpi di scena nel nuovo viral di Nathura

La notte si sa, è meglio dormire: anche perché di notte, a volte, succedono cose che sarebbe meglio non vedere.

Shopping



I costumi più trendy dell'estate

[Vedi](#)

Scarica la tua **NUOVA** App Asca gratuita e scopri come navigare dal sito mobile!



asca
 agenzia stampa quotidiana nazionale

- ascamobile
- Home
- Chi Siamo
- Speciali ▾
- Salute Oggi
- Arts&Movies
- Radio Asca
- My Asca
- Regioni ▾
- Breaking News
- Economia
- Politica
- Attualità
- Sport
- AscaChannel

martedì 13 maggio 2014 - ore

direttore responsabile Paolo Mazzanti

Esame Scoglio?
 Studia con Cepu e Supera l'esame Senza Difficoltà. Info ora!
esami.cepup.it

Voglia di cambiare?
 Luce e gas insieme in una rata personalizzata! Scopri l'offerta

SDA Bocconi EMCFB
 Corporate Finance&Banking. Scopri il programma e la deadline
www.sdabocconi.it

Bolli Gratis fino al 2015
 Approfitta Subito dei Vantaggi del Conto Corrente Youbanking
www.YouBanking.it

4WNET

CERCA

in Asca in Google

ultima ora



ASCA > Attualità

A+ A+ A+

Farmacie: il modello italiano promosso anche dall'Europa

13 Maggio 2014 - 16:02

(ASCA) - Roma, 13 mag 2014 - Negli ultimi anni la Corte Costituzionale e la Corte di Giustizia Europea si sono piu' volte pronunciate sulla normativa italiana che regola l'attivita' delle farmacie, ribadendone non solo la piena legittimita', ma anche la validita' e l'efficacia ai fini della tutela della salute dei cittadini. Per fare il punto sui pronunciamenti dei massimi organi giurisprudenziali europeo e nazionale, Massimo Luciani, professore ordinario di Diritto costituzionale nella Facolta' di Giurisprudenza dell'Universita' degli Studi di Roma, "La Sapienza" e Gian Michele Roberti, professore ordinario di Diritto dell'Unione Europea alla medesima Universita', hanno realizzato un documento di analisi e studio con l'obiettivo di fornire al Legislatore un quadro di riferimento significativo. Lo studio dal titolo "Il ruolo sociale e sanitario della farmacia nelle sentenze della Corte Costituzionale e della Corte di Giustizia Europea. Un sistema di regole a tutela della salute" e' stato presentato stamani a Roma, presso l'Associazione Stampa Estera. Dallo studio emerge che sia la Corte Costituzionale italiana che la Corte di Giustizia Europea riconoscono la tutela della salute come un valore primario dell'ordinamento comunitario. Sottolineano, inoltre, che l'attivita' della farmacia, assicurando la corretta dispensazione del farmaco, ha un ruolo essenziale nel garantire elevati standard di tutela della salute all'interno dell'Unione. Nelle loro sentenze la Corte Costituzionale e la Corte di Giustizia Europea hanno sempre, sistematicamente, affermato la prevalenza della tutela della salute rispetto alle istanze di liberalizzazione e deregolamentazione del mercato, confermando cosi' la piena legittimita' europea delle normative italiane. La Corte Costituzionale, peraltro, e' chiamata a esprimersi il 24 giugno prossimo sulla questione della vendita dei medicinali di fascia C con ricetta medica al di fuori delle farmacie. "La Corte Costituzionale e la Corte di Giustizia Europea hanno sempre confermato la validita' del modello italiano di farmacia, basato sulla programmazione territoriale e sull'indipendenza professionale ed economica del farmacista titolare. I principi riconosciuti dai Giudici delle due Corti sono finalizzati a garantire nel modo piu' efficace la tutela della salute dei cittadini", osserva Annarosa Racca, Presidente di Federfarma. red/mpd



CONDIVIDI

notizie regioni

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

Attualità Economia Politica Sport

16:49 - Tv/ascolti: La7, oltre 1 mln spettatori per "Piazzapulita"
 16:39 - Federmeccanica: con Unindustria promuove progetto per le elementari
 16:38 - Cinema: Cannes chiude con 'Per un pugno di dollari' in digitale HD

Segui @Asca_it

Trovaci su Facebook

tag-cloud

governo ue europee dl lavoro ucraina

Ricerca e Sviluppo

Salute: 'Curami, salvami', appello online Msf contro tubercolosi

14:21 13 MAG 2014

(AGI) - Roma, 13 mag. - Cinquantamila firme per fermare la tubercolosi multiresistente ai farmaci, forma letale dell'antico "mal sottile" la cui allarmante diffusione rappresenta oggi una delle piu' gravi minacce per la salute globale. A una settimana dall'assemblea generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanita', a Ginevra dal 19 al 24 maggio, Medici Senza Frontiere (Msf) lancia l'ultimo appello a firmare il TB-Manifesto 'Curami, Salvami' per chiedere migliori trattamenti per la TB multiresistente, migliore accesso alle cure e gli investimenti necessari per realizzare tutto cio'. A Ginevra Msf presentera' le richieste ai leader della salute globale, insieme alle firme di medici, pazienti e societa' civile raccolte in ogni parte del mondo, tra cui l'Italia. A oggi oltre 35.000 persone hanno gia' aderito alla campagna, ma l'obiettivo e' arrivare a 50.000: ancora per una settimana, si firma online su www.msf.it/TBmanifesto. La tubercolosi multi-resistente vede ogni anno 500.000 nuovi casi in ogni parte del mondo. Solo una persona su cinque riceve il trattamento e dopo due anni di cure, 10.000 pillole, 8 mesi di iniezioni quotidiane - con effetti collaterali gravissimi e un costo di circa 4.000 dollari a paziente - solo il 50% guarisce.

La tubercolosi e' una malattia antichissima, ma ancora oggi colpisce ogni anno circa 8 milioni di persone, di cui piu' di 1,3 milioni non sopravvivono, tanto da essere seconda soltanto all'Hiv tra le malattie infettive letali. La tubercolosi e' curabile, ma una risposta globale inadeguata ha consentito l'affermazione di nuove forme della malattia contro le quali i farmaci disponibili sono del tutto inefficaci. Secondo il recente rapporto di Msf "Il nuovo volto di una vecchia malattia", diffuso all'avvio della campagna, ogni anno vengono individuati circa 500.000 nuovi casi di tubercolosi multi-resistente (MDR-TB) praticamente in tutti i paesi del mondo. (AGI).

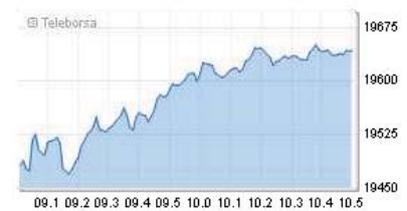


Tweet

BORSA

Descrizione	Valore	Var. %
FTSE MIB	21.271,08	-1,04 ▼
FTSE Italia All-Share	22.661,61	-1,02 ▼
FTSE Italia Mid Cap	29.244,23	-0,99 ▼
FTSE Italia STAR	18.767,87	-0,44 ▼

Spread BTP-Bund	151 punti	0,00 ▬
-----------------	-----------	--------



NEWS
PEI NEWS
 il nuovo servizio di informazione sulla Politica Estera Italiana.

Ambasciata d'Italia a Bucarest

ASSOCIAZIONE ITALIA EMIRATI ARABI
ITALY-UNITED ARAB EMIRATES ASSOCIATION

iNews AGI
 L'INNOVAZIONE CHE FA NOTIZIA

I PORTALI

- ▶ AGI Europa
- ▶ AGI Energia
- ▶ AGI Salute
- ▶ AGI China
- ▶ AGI Arab

Scelte Sostenibili

NAVIGA CON NOI
LA MAPPA SEMANTICA
 Visualizza le relazioni tra gli argomenti del giorno e leggi le notizie sul portale

LA VOCE DEL CONSUMATORE

ADICONSUM
 associazione di liberi consumatori e aziende

ANAS

News

LA CONDIVISIONE DEI DATI TRA DIFFICOLTÀ TECNICHE E INCOMPATIBILITÀ

Quei dottori europei allergici all'archiviazione elettronica

Internet veloce per pochi, teleconsulti ed e-prescription esperienze marginali

Ormai quasi tutti i medici di famiglia del vecchio continente hanno a disposizione le infrastrutture di base e gli strumenti informatici, ma internet veloce non è per tutti. Secondo il Report Ue su e-health e medici di famiglia, se la banda larga è accessibile per il 65% del campione, solo il 9,5% usufruisce del Vdsl (very high speed internet connection). Bassa anche la diffusione di smartphone, posseduti da meno di un medico su due. Uno su dieci usa un tablet e il 15% può contare su un laptop connesso al web. I pochi che hanno la disponibilità di questi mezzi ne fanno tuttavia un uso ottimale durante le visite ai pazienti.

L'attenzione alla sicurezza è sorprendentemente poca. Una problematica cruciale dal momento che si parla di «dati sensibili» per eccellenza: il sistema maggiormente utilizzato è una semplice password, mentre solo il 34% ricorre alla crittografia e il 28% alla firma elettronica. E nello scambio di dati è possibile avere problemi di incompatibilità. Un ostacolo incontrato quasi dal 56% dei medici di base intervistati.

L'archiviazione elettronica delle cartelle cliniche dei pazienti in generale piace poco. Vi ricorre solo un medico su due e i registri cartacei sono ancora un'abitudine difficile da stradicare negli studi. Eppure ben il 92% del campione ha a disposizione un sistema di archiviazione elettronica per immagazzinare dati clinici e amministrativi. Perché allora i medici non sfruttano l'archiviazione digitale delle cartelle cliniche? Il 32% perché lo ritiene troppo «complicato», il 27% dichiara di avere ancora dei dubbi, il 20% dice di non averne bisogno, il 19% ritiene che sia troppo costoso e solo il 14% risponde che è inutile. Tra chi utilizza le cartelle cliniche elettroniche, la disponibilità della maggior parte delle 25 differenti funzionalità è piuttosto alta. Solo per sei di queste si scende al di sotto del 60%: fatturazioni, controindicazioni (basate su età, genere o stato di gravidanza), valori di allerta dai test

di laboratorio, linee guida e buone pratiche, immagini radiologiche e interazioni tra farmaci e test diagnostici. D'altro canto chi ha a disposizione queste funzionalità le usa in modo abituale.

Riguardo alle 15 funzionalità relative alla possibilità di scambiare e condividere informazioni sanitarie elettroniche, a livello europeo la disponibilità è molto più bassa rispetto agli strumenti di archiviazione. I risultati dello studio di Bruxelles rilevano infatti che solo per due parametri (referti di laboratorio e certificati di malattia) la disponibilità supera il 60% del campione e l'uso effettivo supera il 40 per cento. Per altre 8 la possibilità riguarda una percentuale superiore al 40 per cento. E anche il gap tra possibilità ed effettivo utilizzo è piuttosto alto.

Una media del 10% dei medici di base monitorati non utilizza per scelta la maggior parte delle funzionalità che avrebbe a disposizione. Dunque gli scambi di dati con altri fornitori di assistenza avvengono in modo molto limitato e la e-prescription, l'interazione tramite mail con i pazienti, di fatto è una realtà molto marginale.

Per la telemedicina, la possibilità reale di monitorare i pazienti in remoto ed effettuare consulti per via telematica è decisamente scarsa. Per il 36% dei Mmg è possibile effettuare training attraverso la telemedicina, per il 10% teleconsulti, per il 16% consulti con altri medici e solo per il 4% è possibile monitorare i pazienti via pc. E se l'empowerment del paziente si dovesse misurare attraverso la diffusione del Personal health record, il livello sarebbe abbastanza basso. Il paziente è ancora su un'isola. Oltre l'80% dei medici di base ha infatti dichiarato che i pazienti non hanno la possibilità di accedere ai risultati delle analisi, integrare il proprio file, averne visione o chiedere rinvii. Per un medico su quattro i pazienti possono richiedere prescrizioni e per uno su tre un appuntamento. Insomma, un po' poco per essere definito «e-health».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

E per i pazienti accesso negato