

Prevenzione per i tumori: al Nord gratis, al Sud pagando

Più «inviti» dalle Asl per gli screening, ma solo metà delle persone accetta

Il Rapporto

I dati aggiornati sui controlli oncologici per l'intestino, il seno e l'utero



Per saperne di più
Rapporto Osservatorio Nazionale screening
www.salute.gov.it

Disparità

Nel Meridione è grave il ritardo per iniziative pubbliche che andrebbero garantite

Più di 10 milioni di italiani hanno ricevuto nel 2012 l'invito dalla propria Asl a partecipare a screening oncologici gratuiti, ma poco più della metà ha eseguito gli esami consigliati per prevenire tumori al seno, al colon retto e alla cervice uterina.

Lo evidenzia il Rapporto «I programmi di screening in Italia» che, oltre ai dati dell'Osservatorio nazionale screening (organo tecnico di riferimento delle Regioni e del [Ministero della Salute](#)), contiene quelli del Sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia)

dell'Istituto superiore di sanità, che tiene conto anche degli esami eseguiti dai cittadini autonomamente, in privato o pagando il ticket, quindi al di fuori di programmi di prevenzione organizzati.

Se da un lato il Rapporto registra l'aumento di lettere di invito agli italiani, cui ha corrisposto un incremento degli esami effettuati (se pure in misura minore), dall'altro continua a segnalare «il mancato decollo dei programmi di screening organizzati nel Sud», nonostante «le istituzioni regionali siano regolarmente avver-

tite delle carenze».

Cittadini meridionali, dunque, ancora una volta penalizzati. Oppure costretti, come rilevano i dati del Sistema di vigilanza Passi (*vedi articolo sotto*), a sottoporsi a "screening spontanei", cioè pagando di tasca propria.

E se al Centro e al Nord l'attuale crisi economica spinge più persone ad accettare l'invito del programma di prevenzione gratuito, purtroppo al Sud quest'opportunità non viene colta appieno nemmeno dove è proposta.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il bilancio degli screening



Fonte: Rapporto 2014 (dati 2012) Oss. Naz. Screening, Cms

Cds

Quali e quando
Il «calendario» degli esami raccomandato

C sono donne che fanno il pap test una volta all'anno spontaneamente, al di fuori degli screening organizzati dalle Asl, altre invece non lo hanno mai fatto. Ma, allora, chi e con quale frequenza dovrebbe fare i controlli? Spiega Stefania Salmaso, direttore del Centro nazionale di epidemiologia e promozione della Salute dell'Iss: «Le raccomandazioni sugli screening oncologici prevedono: per il tumore della cervice uterina il pap test ogni 3 anni per le

donne tra i 25 e i 64 anni di età; per il tumore del colon retto, la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni tra i 50 e i 74 anni di età e la rettosigmoidoscopia una sola volta tra i 58 e i 60 anni; per il tumore al seno la mammografia ogni due anni tra i 50 e i 69 anni, ma alcune Regioni la prevedono pure in altre fasce di età». In ogni caso, ciascuno, in base alla storia personale, potrà ricevere indicazioni specifiche dal proprio dottore.

M. G. F.



Spending review. Gli effetti del presidio della Centrale acquisti della Pa sulle gare del Ssn nel 2014

Consip, sulla spesa sanitaria risparmi per 3 miliardi

SALUTE TUTELATA

L'ad Domenico Casalino: le gare Consip una garanzia per la salute e la vera carta contro sprechi, corruzione e mala gestione in genere

Roberto Turno

ROMA

«Le gare Consip sono una garanzia per la salute degli assistiti. Sul piano della qualità e del rispetto dei malati, non solo per la salute dei conti pubblici. Con la pubblica amministrazione non si può più barare. Anzi, stiamo valutando una segnalazione all'Antitrust contro i cartelli tra imprese contrari alla concorrenza». Viaggia a doppia cifra e aumenta considerevolmente la sua attività, la Consip, nel delicato settore delle gare in sanità. Tanto che quest'anno, secondo le ultimissime previsioni, garantirà risparmi, solo nel Ssn di 2,5-3 mld. Cifre da capogiro. Tanto più se si arrivasse alle centrali uniche d'acquisto, assicura l'ad, Domenico Casalino, la vera carta contro sprechi, corruzione e mala gestione in genere.

Le cifre 2014 del volume di attività della Consip in sanità, intanto, parlano chiaro. La spesa "presidiata" è arrivata a 18 mld, contro i 15 di un anno fa, il massimo raggiungibile con gli attuali strumenti operativi, con la previsione di poter presidiare con modalità innovative altri 11-12 mld di spesa, non affrontabili con gli strumenti oggi a disposizione: ristorazione ospedaliera, rifiuti sanitari, servizi di lavanolo o di pulizia negli ospedali. Questo presidio nelle gare che toccano la spesa sanitaria, garantirà quest'anno risparmi per 2,5-3 mld sugli acquisti diretti effettuati su strumenti Consip e col benchmark di prezzo fissato dalla stessa Consip. Ma non

basta. Perché poi c'è il picco raggiunto quest'anno degli acquisti effettuati direttamente da Consip, che quest'anno hanno già raggiunto quota 1,8 mld (1,4 mld in tutto il 2013), ma che a fine anno potrà toccare i 2 mld. Con 546 mln, sempre in sanità, dalle convenzioni per diverse tipologie d'acquisto, altri 546 mln dal mercato elettronico della Pa, poi ancora 576 mln dal sistema dinamico d'acquisto della Pa. Una crescita totale in soli 12 mesi del 20 per cento. Per il momento.

Segno di un sistema che sta funzionando. Ma davanti al quale non sono mancate le contestazioni delle imprese, da ultimo del settore del biomedicale (si veda Il Sole-24 Ore del 10 dicembre) che ha contestato sia possibili rischi per la salute per effetto di gare a ribasso che metterebbero a repentaglio la qualità dei servizi, che gli effetti di costi più alti nel futuro per il Ssn a fronte di risparmi immediati. Una tesi che Casalino rigetta in toto. Non senza partire però da una considerazione di fondo: la polverizzazione dei centri d'acquisto nelle regioni: «Dove c'è la polverizzazione di chi gestisce, c'è spesso l'improvvisazione a livello amministrativo. Rendendo più facili sprechi, corruzione, cattiva gestione. Serve una forte programmazione a monte», spiega l'ad di Consip. Insomma, le centrali d'acquisto sarebbero un jolly decisivo: «Sarebbero la soluzione a molti problemi, a partire appunto dalla corruzione e dagli sprechi. Ridurle da decine di migliaia a 25 significa poter aggredire più facilmente quel che non va. E garantire gare fatte bene e controllabili facilmente».

E i paventati rischi per la salute? Casalino non cista: «Le nostre gare sono una garanzia per la salute dei cittadini. Puntano al livello quali-

tativo più alto. Senza dire che per molto contratti c'è una polizza assicurativa di responsabilità civile sul cattivo uso e la qualità di forniture e servizi. Gli aggiudicatari sanno bene che non possono barare, rischiano non solo il fallimento ma risarcimenti milionari». Insomma, è la replica Consip: «Accuse che non stanno minimamente in piedi. La competizione deve avere alla base qualità, capacità ed efficienza. Chi pensa di continuare a fornire alla pubblica amministrazione con contratti che siano spesso fonte di spreco e corruzione, sappia che non è più così. La Pa è un acquirente serio, competente e qualificato. Chi pretende che non lo sia, sbaglia strada».

Poi c'è il capitolo delle gare contestate per la manutenzione degli apparecchi biomedicali, che stanno mettendo in ginocchio un intero comparto. Anche in questo caso Casalino non risparmia le parole: «E qualcosa di singolare. All'esito dell'aggiudicazione di una fornitura sono i secondi che ricorrono contro chi ha vinto, e tutti i produttori poi ricorrono per l'annullamento della gara con ricorsi fotocopia...». Che significa? «È difficile - rivela Casalino - non pensare che non ci sia un'azione concertata. Stiamo osservando la situazione per fare una segnalazione all'Antitrust. Gli atteggiamenti che l'Antitrust analizza sono proprio di questo genere: casi di comportamenti omogenei a fronte di gare che si svolgono. Cartelli, contrari alla concorrenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La **medicina narrativa** cura meglio

Gli studi dimostrano che un paziente che ha la possibilità di «raccontarsi» (e viene davvero ascoltato) segue meglio le terapie e ha più probabilità di guarire



Per saperne di più

Osservatorio italiano medicina narrativa **www.omniweb.org**; Progetto europeo STORE (Story Telling on Record) **www.storeproject.eu**

La proposta

Allo studio una cartella clinica integrata in cui inserire anche le parole del malato

L'esigenza

Chi soffre ha voglia di parlare, di avere una relazione vera con chi si occupa di lui

Secondo Gabriel Garcia Marquez la vita è quello che ricordiamo per poterlo raccontare. E diventa ancora più vero quando ci si ammala: la malattia è ciò che vive e racconta il paziente, non soltanto segni e sintomi.

Ogni caso ha la sua storia: narrarla può essere terapeutico, ascoltarla significa passare dal curare al prendersi cura.

Un cambio di prospettiva merito dalla medicina narrativa, nata per valorizzare il vissuto dei malati e non considerare più la patologia un semplice fatto biomedico.

Arrivata in Italia da oltre dieci anni, di recente è stata protagonista, a Firenze, di un convegno per fare il punto su ciò che si è realizzato e sulle prospettive future.

«La medicina narrativa si basa sul rapporto fra medico e paziente, strumento potente e sottovalutato — spiega Stefania Polvani, coordinatrice del Laboratorio di Medicina Narrativa della ASL di Firenze, uno dei primi a portare in Italia questo nuovo approccio —. Oggi, se va bene, un colloquio in ambulatorio con il medico dura qualche minuto. Chi soffre, però, ha voglia di parlare, di avere una relazione vera con chi lo cura, di sentirsi chiamare per nome. Se non accade, il malessere diventa più grande e non a caso molti poi si sfogano sui blog nella rete».

«In un nostro studio abbiamo analizzato 100 reclami pre-

sentati in ospedale — continua l'esperta — e abbiamo potuto riscontrare che lo scontento si riferiva quasi sempre alla mancanza di rapporto e di vera comunicazione con i medici».

Nel 57% dei casi i problemi derivavano dalla mancanza di spiegazioni e dialogo, nel 48% si lamentava scarsa relazione con i medici, nel 36% discrepanza fra bisogni del paziente e percezione del curante.

La soluzione potrebbe essere la «cartella clinica integrata» proposta dalla medicina narrativa, nella quale far confluire le parole dei malati per accogliere l'esigenza di raccontarsi e non essere solo un numero, ma anche per migliorare la pratica clinica, come spiega Maurizio Dal Maso, direttore sanitario della ASL di Massa e Carrara e coordinatore scientifico del congresso: «La vera cura passa dal coinvolgimento diretto e attivo del paziente. Metterlo al centro, ascoltandolo per sapere che cosa pensa e come si sente davvero, aiuta a creare percorsi di cura condivisi, ridurre le pratiche inutili, migliorare le terapie».

Il progetto NAME (*Narrative Based Medicine*), portato avanti a Firenze, sta dimostrando che la medicina narrativa consente diagnosi più approfondite, favorisce le relazioni fra paziente, famiglia e medici, ottimizza la qualità del servizio ma, soprattutto, ha un impatto sull'esito delle cure, perché i malati le seguono meglio e si

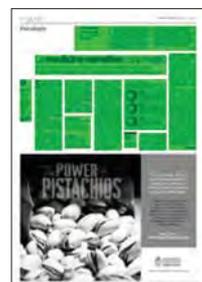
riduce la loro sofferenza.

Uno studio condotto in ambulatori di cardiologia su 150 pazienti, metà visitati secondo metodi standard e l'altra metà coinvolti in un colloquio con uno psicologo e un medico appositamente formati, dice che l'approccio narrativo migliora l'equilibrio del malato, che esce più tranquillo, sereno e consapevole della malattia e dei suoi sintomi.

«Parliamo spesso, ad esempio, di mancata aderenza alle terapie — riprende Stefania Polvani —. Ricordo una paziente che una volta mi disse di avere consapevolmente «dimenticato» le proprie medicine, perché per un giorno voleva fare una passeggiata al mare e non sentirsi malata: ascoltare questi racconti serve per capire meglio chi abbiamo davanti e rispondere davvero ai suoi bisogni di cura. Ed è possibile farlo in qualsiasi reparto: abbiamo applicato la medicina narrativa nelle malattie rare, in oncologia, con i cardiopatici, nella malattia di Alzheimer e perfino in terapia intensiva, dove può sembrare impossibile e dove invece emerge con più forza l'importanza della parola, di non essere considerati un corpo da guarire ma una persona nella sua interezza».

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'iniziativa Italia capofila di un progetto europeo

La malattia non è fatta solo di sintomi, cause e rimedi: per cure appropriate ed efficaci serve ascoltare chi soffre. Oggi la consapevolezza del valore della medicina narrativa è sempre più diffusa. Per raccogliere le diverse esperienze in Italia nel Paese è nato l'Osservatorio italiano medicina narrativa (www.omni-web.org), utile anche per trovare ospedali, medici e psicologi che impiegano questo approccio. Il nostro Paese inoltre è capofila del progetto europeo STORE

(Story Telling on Record, www.storeproject.eu), che coinvolge 7 centri di 6 Paesi ed è coordinato dall'Istituto superiore di sanità per indagare come viene applicata la medicina narrativa e migliorarne e allargarne l'utilizzo. «I dati mostrano che la cosiddetta cartella clinica integrata (vedi sotto) è usata poco: l'obiettivo è formare un buon numero di operatori per diffonderla, dice Paolo Trenta, dell'Usl Umbria2, fra i partecipanti a STORE.

A. V.

I numeri del disagio

In un'indagine su 110 reclami raccolti nel 2009 negli ospedali italiani



il **57%** indicava scarsa comunicazione fra paziente e staff dell'Azienda Sanitaria (poche informazioni e spiegazioni)



il **48%** segnalava comportamenti negativi del personale sanitario, soprattutto del medico quando deve comunicare con il paziente



il **36%** sottolineava discrepanza fra la percezione di urgenza del paziente e dell'operatore sanitario

Fonte: Polvani et al., Clin. Pract. 2014 Corriere della Sera

57%

I ricoverati che vorrebbero più informazioni

Il fatto. Nella Stabilità sanatoria da 500 milioni per i centri scommesse non autorizzati. A carico del settore un "contributo" da 730 milioni

Casa, stop aumenti Ma sempre più azzardo

Riforme: il premier chiede lealtà alla minoranza pd

Il governo congela le imposte sulla casa nel 2015. Niente nuova "local tax" per ora, ma il divieto per i Comuni di aumentare l'aliquota della Tasi che avrebbe potuto essere quasi raddoppiata. Regioni, arriva l'allentamento del patto per un miliardo. Renzi si prepara a "strigliare" i dissidenti nell'o-

dierna assemblea Pd: «Avanti con voi o senza di voi, basta correnti». Civati torna a minacciare la scissione. Riforme verso il sì in commissione alla Camera, ma con nuovi ritocchi (innalzato ai 3/5 il quorum per il Quirinale).

IASEVOLI E PINI ALLE PAGINE 6 E 8

Tasi e canone Rai, bloccati i maxi-aumenti nel 2015

*Dal governo una pioggia di oltre 80 modifiche
Per le Regioni c'è un miliardo fuori dal patto*

Stabilità

Cambia la manovra Raddoppiata l'Iva sul pellet. Attesi per domani altri emendamenti, a partire dal Fisco. Immobili, sventato il rincaro al 6 per mille (ma il caso non è chiuso)

I Comuni non potranno aumentare le aliquote. Ma lo scorso anno era prevista una compensazione da 625 milioni che al momento non è stata prevista. Un punto che potrebbe creare nuove tensioni con i sindaci

NICOLA PINI
ROMA

Rinviata a non si sa quando la *local tax*, il governo stabilizza le attuali aliquote di Imu e Tasi anche per il 2015. Un emendamento annunciato ieri alla legge di Stabilità evita che possano scattare gli aumenti consentiti dalla legge istitutiva della Tasi. Ma indirettamente conferma che la riforma di tutto il pacchetto della tassazione locale non è imminente come annunciato. Altrimenti non sarebbe servito intervenire ora. Per il 2015 viene pertanto confermata l'aliquota attuale del 2,5 per mille (al 3,3 in presenza di detrazioni sulla prima casa) togliendo ai Comuni la possibilità di aumentare l'imposta fino al 6 per mille, quasi un raddoppio. Lo scorso anno però, l'esecutivo garantì una compensazione di 625 milioni ai sindaci. Misura che al momento non è stata prevista e che potrebbe creare

nuove tensioni. Resterà bloccato ai valori di quest'anno anche il canone della Rai, altro balzello sui contribuenti che il governo ha intenzione di riformare. Ieri l'esecutivo ha presentato una seconda tranche di emendamenti alla manovra. Tutto il pacchetto sarà all'esame della Commissione da domani. Tra le novità spiccano, almeno da punto di vista delle risorse che dovrebbero assicurare, quelli sui giochi. Si tratta di due modifiche: l'anticipazione dal 2016 al 2015 della gara per la concessione del Lotto e lo stop all'aumento del Preu (il prelievo erariale unico su slot e lotterie elettroniche) con la contestuale riduzione dell'aggio per i concessionari. 730 milioni le entrate stimate totali. Un altro centinaio di milioni (96 per



l'esattezza) è previsto che arrivi dall'innalzamento dell'Iva dal 10 al 22% sul pellet, un combustibile derivato dalla segatura di legno, che in Italia ha il più importante mercato europeo.

Per il resto invece le misure annunciate introducono maggiori costi che non è ancora chiaro come verranno finanziati. Il principale riguarda per ora l'allentamento del patto di stabilità delle Regioni che vale un miliardo di euro sul prossimo anno. La norma consente agli enti locali di disporre di maggiori margini per spese in conto capitale senza incorrere nella violazione della normativa. Anche le spese per edilizia scolastica saranno considerate fuori dal patto di stabilità per un costo fino a 50 milioni l'anno per due anni. Misure queste che dovrebbero garantire, con l'avvio di nuovi cantieri, effetti espansivi sull'economia.

56 milioni sono stanziati per il rifinanziamento del fondo emergenze contro il maltempo. Altri 6 milioni vanno al tribunale

di Palermo per rafforzare le misure di sicurezza contro il rischio di attentati. Mentre al piano per l'edilizia sociale vengono destinati 130 milioni nei prossimi quattro anni, dei quali 30 nel 2015.

Un emendamento neutralizza la clausola di salvaguardia relativa al pagamento dei debiti della pubblica amministrazione: nel 2014 l'opera-

zione di rimborso ha fruttato solo 240 milioni di entrate Iva invece dei 650 previsti, ma l'aumento delle accise previsto per far fronte all'ammacco di cassa non scatterà. Restano da sciogliere nodi importanti a partire dalla tassazione sui fondi pensioni e la previdenza complementare sui quali è attesa una riduzione degli aumenti (previsti finora al 20%) forse al 17%. Così come devono ancora essere presentate le norme sulle modifiche al regime Iva dei "minimi" (che prevederebbero un aumento del tetto massimo per accedervi da 15mila a 20-25mila euro) nonché gli sgravi Irap estesi agli autonomi. Con l'obiettivo di correggere l'asimmetria che riguarda una ampia fetta di aziende che non beneficiano del taglio fiscale perché non hanno dipendenti. Sul fronte della riduzione di spesa il governo potrebbe invece decidere di accelerare i tagli alle società partecipate previsti dal piano Cottarelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le novità

RAVVEDIMENTO PIÙ ONEROSO

Diventa più costoso il ravvedimento operoso, per fare pace con il fisco, una volta arrivato il verbale di contestazione da parte dell'Agenzia delle Entrate. Lo prevede un emendamento del governo con l'obiettivo è di «incentivare ulteriormente l'adempimento spontaneo». Il ravvedimento operoso prevede la possibilità di regolarizzare i versamenti di imposte beneficiando di sanzioni ridotte.

UN MILIARDO CONTRO EPATITE C

Con una modifica alla manovra vengono stanziati dallo Stato 100 milioni di euro per garantire ai malati cronici di epatite C l'accesso a un farmaco di nuova generazione che ha dimostrato di poter curare la malattia. In tutto per l'accesso alla terapia (molto costosa) è previsto un miliardo di euro in due anni. 900 milioni verranno reperiti nell'ambito del patto per la salute. Soddifazione del ministro Beatrice Lorenzin.

AUTOTRASPORTO, OK AGEVOLAZIONI

Le agevolazioni per il settore dell'autotrasporto vengono confermate anche nei prossimi 4 anni, con una spesa di 270 milioni l'anno per un totale di oltre un miliardo di euro.

L'emendamento del governo in materia ripristina al 100% le agevolazioni sulle accise, che dal primo gennaio sarebbero scese invece all'85 per cento in base al testo originario della manovra.

IDROCARBURI, SALE IL CANONE

Aumenta il canone annuo per i permessi di prospezione e ricerca e per le concessioni di coltivazione degli idrocarburi, con un +59% di incasso previsto per l'erario, che dovrebbe passare da 1,6 a 2,6 milioni di euro, come si legge nella relazione tecnica all'emendamento presentato dal governo alla legge di Stabilità. Con un'altra proposta si interviene poi per sbloccare la realizzazione di progetti per la coltivazione dei giacimenti di idrocarburi.

ETERNIT, FONDI PER LE BONIFICHE

La battaglia contro l'inquinamento da amianto segna un punto. Grazie agli emendamenti alla Legge di Stabilità, verranno destinati 75 milioni di euro per le bonifiche ai siti inquinati dall'amianto. Accelerati gli interventi nei siti a maggior rischio, sedi di fabbriche di Eternit, dove è più alto è il tributo pagato in vittime e malattie. estesa ai malati l'accesso al Fondo per le vittime istituito all'Inail.

Le novità | Emendamenti legge di stabilità



TASSE CASA

Prorogate al prossimo anno le misure dello scorso (aliquota max Tasi 2,5 per mille)



CANONE RAI

Non potrà superare quello del 2014



SCUOLA

130 milioni per il personale addetto alle pulizie



AREE URBANE

50 milioni nel 2015, che salgono a 75 all'anno per il biennio 2016-2017 per le periferie



REGIONI

Un miliardo per l'allentamento del Patto di stabilità



SALUTE

1 miliardo in due anni al fondo per la cura dell'epatite C con un nuovo superfarmaco



ENERGIA

Sale dal 10 al 22% l'Iva applicata sui pellet di legno, il combustibile ricavato da segatura



DISABILI

20 milioni per favorirne le assunzioni



AMIANTO

75 milioni per le bonifiche per il triennio 2015-2017

ANSA centimetri

MARTEDÌ "TAX DAY"

Italiani in cassa: 44 miliardi da pagare

Entro martedì prossimo gli italiani sono chiamati a versare al fisco ben 44 miliardi di euro. Il 16 dicembre, ricorda la Cgia di Mestre, «è tradizionalmente una scadenza fiscale da far tremare i polsi: tra il versamento dell'Iva, delle ritenute Irpef relative ai lavoratori dipendenti, dell'Imu, della Tasi, delle ritenute Irpef degli autonomi, dell'imposta sostitutiva legata alla rivalutazione del Tfr, delle ritenute sui bonifici riconducibili alle detrazioni Irpef e, in moltissime località, anche dell'ultima rata della Tari, l'erario e i Comuni fanno cassa a scapito della tenuta dei bilanci delle famiglie e delle imprese».

In vista di questo "Tax day" di fine anno, pertanto, l'ufficio studi della Cgia ha stimato il gettito che ciascuna scadenza assicurerà: il versamento dell'Iva garantirà l'importo più cospicuo, pari a 16 miliardi di euro; dalle ritenute Irpef l'Erario incasserà altri 12 miliardi, mentre l'ultima rata dell'Imu, costerà agli italiani ben 10,6 miliardi di euro. La Tasi, che in questa speciale graduatoria è presente per la prima volta solo da quest'anno, consentirà ai Comuni di incassare 2,3 miliardi. Dalla Tari sui rifiuti verrà un gettito di quasi 1,9 miliardi, mentre dal versamento dell'Irpef dei lavoratori autonomi è atteso un miliardo. Infine, dall'imposta sostitutiva sulla rivalutazione del Tfr, l'erario incasserà 231 milioni di euro.

L'AUMENTO È DEL 35%

I diabetici in Italia sono oltre 5 milioni

■ In Italia la prevalenza del diabete diagnosticato, dal 2003 a oggi, ha registrato un aumento del 35%, anche se i dati dell'Italian Diabetes Monitor indicano un'incidenza ancora maggiore, pari a 6,2 casi ogni 100 abitanti. Le cifre snocciate da Emiliano Briante (Senior Consultant dell'European House Ambrosetti), nel corso della sua relazione, evidenziano inoltre che i casi di diabete in Italia sono saliti da 2,4 a 3,6 milioni, ai quali occorre aggiungere almeno 1 milione di non ancora diagnosticati. Entro il 2030 si stima un balzo fino a 6,1 milioni di pazienti diabetici, con un tasso di prevalenza del 9,3%.

Nel dicembre 2012 il Governo e la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome definivano il Piano per la malattia diabetica, con l'obiettivo di una integrazione interdisciplinare sul piano terapeutico, migliorare l'assistenza, garantire un incremento della prevenzione, sostenere l'innovazione e ottimizzare le risorse. Due anni dopo, il workshop «Meridiano Sanità - Diabete 2020», organizzato dall'European House Ambrosetti con il contributo di Merck, ha fornito un'occasione di confronto tra le istituzioni e gli stakeholders, per proporre soluzioni per le criticità.



Colpite da fibroma oltre 3 milioni di italiane

Il trattamento con Ustal acetato 5mg può evitare le isterectomie

Dolore addominale e sanguinamento mestruale abbondante, sofferenza durante i rapporti, anemia, ansia e depressione che affliggono principalmente donne giovani in età fertile e nel pieno dell'attività lavorativa, condizionandone in maniera significativa la quotidianità e i progetti di vita: è l'identikit del fibroma uterino, il più diffuso tumore benigno dell'apparato riproduttivo femminile, che interessa 1 donna su 4 in età fertile, 24 milioni di donne in Europa, più di 3 milioni in Italia, con un'incidenza fino al 30-40% nella fascia d'età 40-49 anni. Non solo i sintomi, ma anche l'approccio terapeutico, fino ad oggi



principalmente chirurgico, anche a causa dell'assenza di una terapia medica soddisfacente, impatta fortemente sulla salute e sulla sfera emotiva della donna. Uno scenario che però è destinato a cambiare grazie alla disponibilità anche in Italia di Ulipristal acetato 5mg, il primo trattamento orale per la terapia prechirurgica dei fibromi uterini, approvato in Europa nel 2012 è già ampiamente utilizzato nella maggior parte dei Paesi europei, presentato oggi nel corso di una conferenza stampa promossa da Gedeon Richter, l'azienda produttrice del farmaco, commercializzato con il nome di Esmya. (E. SER.)



FARMACEUTICA

I medici di famiglia molto resistenti all'uso di efficaci farmaci per il dolore

PRESCRIZIONI

Gli antinfiammatori rappresentano la soluzione più diffusa

■ I medici di famiglia italiani alle prese con la gestione della malattia dolore sono promossi in teoria ma bocciati all'esame pratico, poiché in oltre il 50% dei casi, spesso a causa di resistenze culturali, dichiarano di non essere intenzionati a modificare le proprie abitudini prescrittive. A tracciare questo complesso scenario è una recente indagine condotta da Doxa Marketing Advice su medici italiani di medicina generale.

Fino all'85% di loro conosce la Legge 38 del 2010, che tutela gli italiani con dolore, e la Nota numero 66 dell'agenzia AIFA, che evidenzia le controindicazioni dell'impiego di antinfiammatori non steroidei (FANS) e Coxib nei pazienti con patologie cardiovascolari. I medici sono al corrente delle recenti restrizioni sui medicinali che as-

sociano paracetamolo e codeina, il cui impiego è stato limitato a 72 ore. Cresce anche la loro dimestichezza con i farmaci oppioidi: il 94%, infatti, sa citarne le principali marche (contro il 70% rilevato nel 2013). «Gli intervistati, se da un lato conoscono il quadro normativo di riferimento per il trattamento del dolore acuto e cronico, dall'altro non sembrano propensi ad adeguarsi, manifestando un atteggiamento di sostanziale inerzia prescrittiva», commenta Massimo Sumberesi, managing director di Doxa marketing advice. «In particolare, i più anziani sono quelli che dimostrano una maggiore resistenza al cambiamento. Analizzando le risposte relative alle prescrizioni effettuate, i FANS restano la soluzione più diffusa (36%), seguiti dagli oppioidi (26%, in monoterapia oppure in associazione a paracetamolo) e dagli antipiretici (22%). Rispetto a una nostra indagine condotta sempre sui generalisti nel 2013, si evince una situazione di stallo».

LC



L'alcol ora fa paura perché è di moda

Bere fino allo stordimento è un rituale al quale ragazzi e ragazze indulgono frequentemente, soprattutto per adeguarsi al «gruppo» e sentirsi accettati. E fra le donne adulte il consumo di alcolici è sempre più diffuso

È cambiato il profilo di chi esagera con gli alcolici e anche il modo di bere. Nonostante i divieti, chi ne abusa, senza distinzioni di sesso, ha sempre meno anni e non eccede abitualmente, bensì è incline al cosiddetto «binge drinking», l'equivalente di un'abbuffata episodica ma frequente

Un nemico più insidioso i nuovi rischi dell'alcol

F

ino a non molto tempo fa quando si pensava all'alcolista veniva in mente il cliché del vecchio dalla barba sfatta e afflitto dalla cirrosi. Oggi tutto è diverso.

«Adesso chi beve non è quasi mai considerato uno "perso", un "drop out", ma piuttosto un tipo "giusto", uno che "spacca" come dicono i giovani — esordisce Emanuele Scafato, presidente della Società italiana di alcolologia e direttore dell'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto Superiore di Sanità —. E

sono proprio i ragazzi (ai quali, è bene ricordarlo, l'alcol non dovrebbe essere venduto) ad aver cambiato la complessità del "mondo liquido". Non solo si incomincia a bere alcolici a un'età sempre più precoce, ma si è consolidata una modifica sostanziale del modello del bere. Il 17% di tutte le intossicazioni alcoliche che giungono nei Pronto Soccorso si registra tra i ragazzi, spesso minori, perfino di soli undici, dodici anni, vittime della dilagante moda del «binge drinking», il corrispondente alcolico dell'abbuffata episodica ma ricorrente».

Ma non si tratta forse di bravate, non si esagererà con l'allarmismo? «Niente affatto, — ribatte Scafato — consumare sei o più bicchieri in poche ore e anche una sola volta a settimana conduce, al di sotto dei 25 anni, nel giro di pochi mesi, a danni cerebrali riscontrabili con risonanza magnetica che evidenzia una riduzione irreversibile del volume dell'ippocampo, parte del cervello de-

putata all'orientamento e alla memoria. Il cervello tra i 16 e i 25 anni va incontro a un rimodellamento che porta alla definizione del cervello adulto razionale, ma l'alcol consumato in questa "finestra" di massima vulnerabilità interferisce sul suo sviluppo, cristallizzando le modalità cognitive e comportamentali in una fase in cui prevale l'attività cerebrale legata all'impulsività e all'emotività, tipiche della gioventù».

Perché oggi si inizia a bere così presto? «I giovanissimi non bevono in solitudine per dimenticare i loro guai: la bevuta è il modo per entrare al far parte del gruppo, per sentirsi



disinibiti. E la sbornia non è quasi mai un incidente di percorso, ma quello che si cercava. Difficile capire quando il bere diventa un problema e per i giovani è tutto più rapido e tragico. Alla particolare vulnerabilità, connessa all'incapacità di metabolizzare l'alcol, si aggiunge la difficoltà di "agganciare" i minori indirizzandoli verso programmi i cui approcci motivazionali al cambiamento sono calibrati sugli adulti e fanno leva sull'affetto per la famiglia, i figli, sulle responsabilità connesse al lavoro».

Il mondo dell'alcolismo è cambiato anche sotto altri aspetti? «Il consumo abituale di alcol è meno diffuso, — risponde Scafato — ma in tutte le fasce di età è salito quello occasionale, caratterizzato spesso da grandi bevute, ed è aumentato anche il consumo di alcol fuori dai pasti. Altro elemento pericoloso perché è evidente che il "fuori" pasto è a tutte le ore del giorno».

E per quanto riguarda gli anziani? «Precisiamo innanzitutto che dopo i 65 anni si ridiventa adolescenti, incapaci di metabolizzare completamente l'alcol, con conseguenze e danni più gravi. Detto questo, come è sempre stato, l'alcolismo è più diffuso tra gli uomini che tra le donne di una certa età».

«A proposito di donne, va detto — aggiunge però Scafato — che oggi bevono di più: il modello culturale è cambiato. Se vent'anni fa per una donna era "sconveniente" bere alcolici in pubblico, ora per una ragazza bere, meglio se molto, è il modo ideale per mettersi al centro dell'attenzione».

Non esiste un consumo di alcol accettabile? «Per i ragazzi la risposta è no — dice l'esperto —. Per gli adulti i nuovi Larn, la bibbia nutrizionale italiana, hanno ridotto a uno e due bicchieri di vino il consumo massimo quotidiano rispettivamente per le donne e per gli uomini: donò i 65 anni non si

deve bere più di un bicchiere al giorno».

«All'alcol — dice Scafato — sono riconducibili oltre 200 patologie e 12 tipi di cancro. Non solo l'alcol non nutre ma è un anti-nutriente perché non fa, per esempio, assorbire le vitamine. Ed è ormai ridimensionato il possibile ruolo benefico del resveratrolo o dei polifenoli presenti nel vino rosso o nella birra: per ottenere effetti derivanti dal principio attivo bisognerebbe bere cento bicchieri al giorno...». «Dare informazioni, favorire scelte consapevoli è un dovere — conclude lo specialista —. E per chi è alcol dipendente se occorre bisogna trovare strategie realistiche, considerando che anche una diminuzione graduale dell'alcol può garantire la riduzione progressiva del danno. L'obiettivo è comunque sempre l'astinenza, ma in alcuni casi è meglio negoziare piuttosto che veder fuggire il paziente».

Daniela Natali

In gruppo

Gli adolescenti «esagerano» per essere accettati

Tra le motivazioni per le quali un adolescente può essere indotto a bere — come si legge nell'indagine condotta dalla Società italiana di medicina della adolescenza su ragazzi di 13 anni — ne emergono due su tutte: da una parte si beve per «adeguarsi al gruppo» (47,6% degli intervistati), dall'altra per «divertirsi» (47,5%). A poca distanza però viene segnalata come motivazione il fatto che l'alcol è visto come uno strumento di *coping*, ovvero come una strategia

per fronteggiare le avversità. Seguono, in un'ideale graduatoria di elementi che favoriscono il consumo di alcol, tre motivazioni che appartengono tipicamente alla cultura adolescenziale: la ricerca dello «sballo» (per il 34,2%), la «trasgressione» (per il 29,3%) e anche il «darsi delle arie» (per il 26,2%), come strategie per guadagnare prestigio all'interno del gruppo.

D. N.

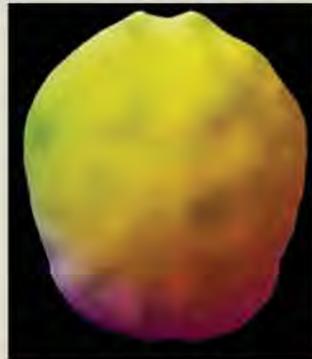
A 13 anni

Come ha rilevato una recente ricerca della Società italiana di medicina della adolescenza, su un campione di 1180 ragazzini di soli tredici anni, in chi ha già avuto ripetute esperienze di ubriacatura, la distanza tra maschi e femmine si è ridotta moltissimo. Il fenomeno adesso coinvolge l'8,6 per cento dei maschi e il 7 per cento delle ragazze.

65

Dopo i 65 anni l'organismo, come accade negli adolescenti, metabolizza male l'alcol e i danni da abuso sono più gravi

Gli effetti sul cervello



Il cervello di un ragazzo di 21 anni che **non consuma alcol**



Il cervello di un ragazzo di 21 anni **dopo 4 anni di ripetuti abusi alcolici**

Immagini presentate al 1° Forum PAIDOSS (Oss. naz. salute infanzia e adolescenza) 2014

IN ITALIA

700.000 - 1 milione
gli alcoldipendenti

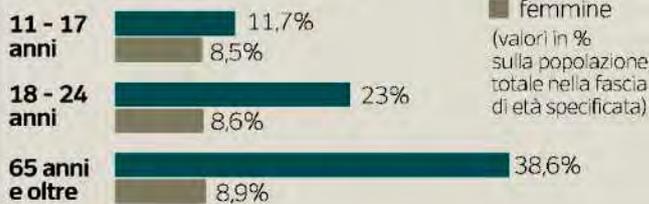


8 milioni circa
le persone con almeno un comportamento a rischio

I COMPORTAMENTI A RISCHIO



LE FASCE DI ETÀ PIÙ A RISCHIO



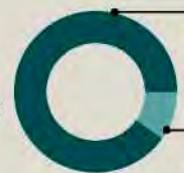
LE CONSEGUENZE

Diventa alcolista il **40%** di chi inizia a bere a 15 anni

Diventa alcolista il **7%** di chi inizia a bere a 21 anni

LE CURE

70 - 100 mila
Gli alcoldipendenti seguiti da Servizi pubblici dedicati



Il **90%** è seguito da

- Servizi di alcolologia
- Servizi per le dipendenze (Sert)
- Equipe alcolologica dei Sert

Il **10%** è seguito da

- Servizi di psichiatria per la concomitanza con altre patologie

Fonte: Istat, Federserd, Journal of Substance Abuse

Corriere della Sera

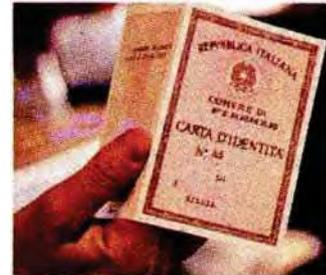
IN EMILIA-ROMAGNA**Donazione degli organi
primo via al consenso
sulla carta d'identità**

BOLOGNA. Dare il consenso al trapianto dei propri organi grazie alla carta d'identità. Da lunedì succederà a Bologna, prima grande città italiana a concedere ai suoi cittadini di adottare la possibilità di scelta per la donazione degli organi al momento del rilascio o del rinnovo del documento. Nella carta d'identità non apparirà nulla mentre una copia della dichiarazione di consenso o diniego, sarà conservata negli uffici comunali. Da domani il nuovo servizio sarà attivo all'Urp di piazza Maggiore. Dal primo gennaio invece sarà esteso a tutti gli altri quartieri della città emiliana.

«Bologna è la seconda delle grandi città italiane che fa questo passo, dopo Roma che l'ha applicato per ora soltanto alla circoscrizione Roma centro», ha sottolineato il direttore del centro nazionale trapianti, Nanni Costa, esprimendo soddisfazione per l'estensione del sistema e ricordando i numeri: 300.000 sono i trapianti l'anno; 1,5 milioni di iscritti per la donazione *post mortem*.

La sensibilità nei confronti della donazione di organi che in caso di trapianto possono salvare altre vite cresce, tanto che le adesioni sono triplicate negli ultimi anni e ora il nostro Paese è tra i primi posti in Europa per numero di donazioni e trapianti. Gli ultimi dati registrano un numero donatori utilizzati nel 2014 pari a 1.151, i pazienti trapiantati sono 2.944 contro i 2.841 nel 2013; gli organi trapiantati sono 3.168. Il dettaglio dei trapianti eseguiti per singolo organo indicano per il 2014: 1.571 di rene; 1.033 di fegato; 228 di cuore; 126 di polmone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il percorso proposto a chi vuole smettere

Servizi dedicati

Che aiuti può trovare chi abusa di alcol e dove? In tutte le Regioni esistono centri pubblici per la cura degli alcolisti, ma possono avere "nomi" diversi: si va dai SerD, Servizi per le dipendenze, ai Servizi di alcologia, alle équipes alcologiche all'interno dei SerT, i Servizi per le tossicodipendenze. Le risorse, il personale, i tempi di attesa variano. Ma non è solo questione di strutture insufficienti, il problema alcol è infatti spesso un problema negato, per il quale non si pensa neppure di chiedere aiuto.

«Il fatto è — sottolinea Raffaella Rossin, coordinatore scientifico degli "storici" Noa, i Nuclei operativi di alcologia del Dipartimento dipendenze dell'Asl di Milano — che l'abuso di alcol viene ricondotto alla categoria "vizio" e non a quella di malattia. Si pensa che chi beve non abbia bisogno di cure e che debba limitarsi a "smettere", da solo. Ma non è così».

I Noa hanno costituito e costituiscono un modello per i Servizi in cui si combatte l'alcolismo. «Chi ci telefona, — prosegue Rossin — l'alcolista stesso, ma anche un parente, ha un colloquio al Noa, entro una settimana, da solo o con i familiari. È un momento importante:

costituisce il primo "aggancio" con il servizio e dà modo di creare un "profilo" della persona e dei familiari. Queste informazioni vengono valutate da un'équipe che comprende medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri».

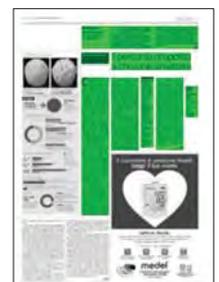
E poi? «Nell'incontro successivo — continua Rossin — si presenta un programma di almeno sei mesi, con visite mediche, colloqui psicologici e se serve anche con l'assistente sociale e l'educatore. E ancora: incontri di gruppo motivazionali e a scopo informativo. Già in questa fase la persona sperimentare l'astinenza alcolica. Se serve si organizza un ricovero ospedaliero per una disintossicazione. Al termine dei sei mesi viene proposto un secondo "step" di trattamento, di un anno, in cui continuano i controlli sanitari e i colloqui con le figure psico-socio-educative. I tempi sono lunghi, ma chi chiede aiuto deve sentire intorno a sé una rete protettiva. Nell'ultimo follow up, a nove anni dalle dimissioni, il 76% degli alcolisti è risultato ancora astinente. Interventi clinici troppo veloci con l'invio ai gruppi di auto-aiuto senza un costante monitoraggio rischiano di far sperimentare al bevitore continui insuccessi».

Che ruolo hanno i gruppi di auto-aiuto? «Fondamentale. Creano una rete affettiva, amicale, quella che l'alcolista ha perso. Nei Noa ci sono gruppi

in cui si lavora su motivazione, tecniche di rilassamento e psicologia individuale. In chi beve troppo è nascosto un dolore antico che affonda nell'infanzia, nell'adolescenza, ma non tutti hanno le capacità di introspezione per affrontare un cammino di questo tipo e altri percorsi possono funzionare meglio (vedi box a fianco). Siamo noi stessi ad accompagnare verso altri gruppi». (vedi in alto). E i farmaci, sono utili? «Servono, specie nelle prime fasi di trattamento, per aiutare a mantenere l'astinenza, ma da soli non bastano» dice Rossin. «Ci sono farmaci relativamente nuovi — precisa Claudio Menciacci, direttore del Dipartimento di neuroscienze del Fatebenefratelli di Milano — come Acamprosato e Naltrexone che hanno fatto andare in pensione l'Antabuse, responsabile di crisi ipertensive e tachicardia, ma si tratta comunque di sostanze "gestibili" solo dai Servizi per le dipendenze e all'interno di un percorso di cura. Diverso è sembrato il Nalmefene: combattere la "fame" di alcol e potrebbe essere usato anche solo quando si teme di cadere nella trappola di una serata da "sballo". Il che lo renderebbe utile non solo per gli abusatori abituali, ma pure per i giovani vittime del binge drinking. Solo l'esperienza clinica, però, confermerà i vantaggi di questo farmaco».

D. N.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sostegno

I diversi gruppi di mutuo aiuto sul territorio

Quali sono i gruppi di mutuo aiuto ai quali chi abusa di alcol può chiedere sostegno? Tra quelli più noti e con una più ampia diffusione sul territorio ci sono: i gruppi di Al-Anon che si rivolgono alle famiglie dei bevitori problematici; gli Alcolisti Anonimi, il cui impegno è centrato sul singolo e sull'obiettivo del raggiungimento e del mantenimento dell'astinenza; i Club alcolologici territoriali (già Club alcolisti in trattamento) che si ispirano a Vladimir

Hudolin. Questo psichiatra croato, scomparso nel 1996, ha dedicato la vita ai problemi legati all'alcol, non occupandosi solo dell'alcolismo dei singoli, ma di una cultura del bere diffusa nella collettività e sulla quale riteneva si dovesse intervenire per affrontare efficacemente il problema. I Club sono formati da persone e famiglie impegnate nella promozione di uno stile di vita sobrio e della salute in generale.

D. N.

Manifestazione

Per ridurre il consumo di alcol tra i giovani serve anche fornire alternative sane. Oggi, 14 dicembre, a Roma, Istituto Superiore di Sanità e ministero della Salute hanno organizzato all'Eur, una *Alcohol Prevention Race*, corsa o camminata che coinvolge giovani e adulti. Informazioni sul sito www.sanit.org/corsa-e-camminata-per-la-prevenzione-dell'abuso-di-alcol-nei-giovani



Per saperne di più

Il sito della Presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento politiche antidroga www.alcol.dronet.org



14/12/2014

ADDIO AGHI, NUOVO CEROTTO FARA' PRELIEVI DI SANGUE

(AGI) - Londra, 13 dic. - Dite addio alle tradizionali siringhe con aghi metallici, presto i prelievi di sangue potranno essere effettuati con speciali cerotti indolore. Un gruppo di ricercatori della Queens University di Belfast hanno infatti sviluppato un cerotto dotato di 361 micro-ago in polimero che penetrano solo lo strato piu' superficiale della pelle senza toccare le terminazioni nervose, responsabili del tipico dolore "da puntura". In questo modo i micro-ago prelevano la parte liquida che separa le cellule che poi verra' analizzata per verificare la presenza di malattie e problemi vari. Oltre a rendere felici quanti hanno il terrore delle siringhe tradizionali, il nuovo cerotto e' anche molto facile da utilizzare e non richiede alcun particolare addestramento da parte del personale medico e paramedico.

<http://scm.agi.it/index.phtml>

Sabato 13 DICEMBRE 2014

Enpam. Corte dei conti: promossi bilanci 2010/2012. Ma peggiora rapporto tra contributi e spese

Depositata il 9 dicembre scorso ecco la relazione della Corte dei conti che rileva anche un peggioramento del rapporto tra iscritti e pensioni dell'Ente di previdenza dei medici. Segnalata anche una previsione negativa per il decennio 2027/2037 ma poi i conti torneranno a posto. Permane invece una forte esposizione finanziaria. [LA RELAZIONE](#).

“Negli anni di referto (2010, 2011 e 2012), la Fondazione ENPAM ha sempre conseguito risultati economici positivi; l'utile di esercizio, dopo essere diminuito in misura consistente nel 2010 (-13,4%), e ancora nel 2011 (-4,6%), è aumentato nel 2012 (18,9%) fino a 1,3 mld di euro, riportandosi così verso il livello del 2009.

Di conseguenza il patrimonio netto è sempre aumentato negli anni di referto, a una media annua prossima al 10%, giungendo a fine 2012 al valore di 13,8 mld di euro. È sempre stato più che sufficiente a coprire il valore della riserva legale prescritta: nel 2012 è risultato pari a quasi 12 volte gli oneri di pensione sostenuti nell'anno e a 33 volte gli oneri di pensione sostenuti nel 1994”.

Queste la conclusione della Corte dei conti, deliberate nell'adunanza dello scorso 5 dicembre e depositate il 9 dicembre, sui bilanci d'esercizio del triennio 2010/2012 dell'Ente di previdenza dei medici italiani.

“Questi risultati – sottolinea la Corte - sono stati conseguiti nonostante l'appesantimento della gestione previdenziale, che non si è manifestato pienamente nella gestione economica della Fondazione in particolare nel 2012 a causa del prevalere delle riprese di valore sulle svalutazioni operate sulle attività finanziarie”.

Per la Corte infatti “è peggiorato, pur rimanendo abbondantemente superiore all'unità (1,85) il rapporto fra contributi e spese previdenziali. Nel 2012 tale peggioramento ha interessato ciascuno dei cinque diversi fondi gestiti dall'Ente. Permane il grave squilibrio del piccolo Fondo specialisti esterni, già evidente negli anni precedenti”.

Da notare ancora, prosegue la Corte “il progressivo peggioramento -3,5 nel 2012- del rapporto fra il numero degli iscritti e il numero delle pensioni è esteso a tutti i fondi gestiti, salvo il miglioramento, ma su livelli molto bassi, del Fondo specialisti esterni”.

“Il bilancio tecnico predisposto al 31/12/2009 – ricorda ancora la Corte - disegnava pertanto una situazione preoccupante: il Fondo specialisti esterni confermava un saldo previdenziale e un saldo totale (comprensivo del rendimento del patrimonio) negativi per tutto il cinquantennio di previsione; il suo patrimonio, già negativo, sarebbe ulteriormente peggiorato”.

“Ciascuno degli altri quattro fondi gestiti – sottolinea la relazione - avrebbe registrato un saldo previdenziale negativo a partire da anni abbastanza prossimi (fra il 2018 e il 2023 a seconda dei fondi), e così pure sarebbe presto divenuto negativo anche il saldo totale (fra il 2019 e il 2027 a seconda dei fondi)”.

L'importanza della riforma del 2012

“In questa situazione, nel corso del 2012 – segnala la Corte - la Fondazione ha approvato sostanziali

modifiche ai propri regolamenti dei fondi di previdenza, ai sensi di quanto disposto dal d.l. 201/211 convertito con l. 214/2011. La riforma è entrata in vigore il 1° gennaio 2013, e non ha quindi prodotto effetti finanziari sostanziali negli anni di referto. La riforma, ha interessato tutti i parametri rilevanti della gestione previdenziale”.

“In estrema sintesi - specifica la relazione - sono stati gradualmente innalzati sia i requisiti per la pensione di vecchiaia sia quelli per la “pensione anticipata”. Così pure si è gradatamente innalzata l’aliquota contributiva. Si è proceduto al passaggio ad un sistema di calcolo della prestazione di tipo contributivo, nel rispetto del principio del pro-rata, per il Fondo Generale Quota A e per il Fondo degli Specialisti Esterni. Per le altre gestioni (Fondo Generale Quota B, Fondo dei Medici di Medicina generale, Fondo degli Specialisti Ambulatoriali) il metodo di calcolo della pensione è rimasto ancorato al reddito pensionabile computato nell’intera vita lavorativa, con aumento progressivo delle aliquote contributive e riduzione immediata dell’aliquota di rendimento per il calcolo della prestazione. Sono stati riparametrati i coefficienti di rendimento da applicare per il calcolo delle prestazioni ed è stato previsto l’adeguamento dei coefficienti all’aspettativa di vita per anticipo della prestazione rispetto al requisito di vecchiaia (esclusa la Quota A)”.

Ma il saldo previdenziale andrà in rosso nel decennio 2027/2037 per tornare in attivo fino al 2065

“Nel complesso della gestione previdenziale – sottolinea più vanti la Corte dei conti - è ora previsto che il saldo previdenziale assuma valore negativo nel periodo 2027-2037, per poi tornare positivo fino alla fine del periodo di previsione, cioè fino al 2065. Ai fini del calcolo del saldo totale, il rendimento del patrimonio al netto dell’inflazione è stato ipotizzato pari allo 0,5% fra il 2012 e il 2015, e pari a zero per il restante periodo di proiezione, quindi inferiore a quanto consentito dalla relativa circolare ministeriale emanata a seguito della Conferenza di servizi del 18 giugno 2012. Nonostante ipotesi particolarmente prudenti riguardo al rendimento del patrimonio, il bilancio tecnico predisposto dalla Fondazione prevede ora che il saldo totale, comprensivo di tale rendimento, si mantenga positivo per tutti i cinquanta anni di previsione; conseguentemente il patrimonio complessivo non si azzererebbe mai, e resterebbe sempre sufficiente a coprire la riserva legale (pari a 5 volte le pensioni in pagamento)”.

“Il miglioramento appena descritto, sebbene con intensità diverse – scrive ancora la Corte - si estenderebbe a ciascuno dei singoli fondi gestiti dall’Enpam, con l’eccezione del Fondo Specialisti Esterni il cui saldo previdenziale resterebbe, come già è, negativo in ciascuno degli anni di previsione, come pure il saldo totale; ovviamente, il patrimonio di pertinenza continuerebbe a restare negativo, anzi continuerebbe ad aggravare il suo squilibrio. Situazione di squilibrio, questa ultima, che trova ricomposizione solo attraverso il ricorso alla solidarietà fra i vari fondi, solidarietà che, come suggerito dai Ministeri vigilanti, dovrebbe trovare più robusti presidi statuari”.

Ancora forti esposizioni per la gestione finanziaria

“Riguardo alla gestione finanziaria – rimarca infine la relazione - permane una forte esposizione della Fondazione sul mercato dei titoli strutturati: a fine 2012 si tratta di 78 titoli, per un costo complessivo di 2,5 mld di euro e un valore stimato di 2,4 mld di euro. Sebbene si tratti di conseguenze di scelte compiute in passato, e l’esposizione della Fondazione su questo mercato si stia lentamente ridimensionando, occorre ribadire la necessità che la gestione finanziaria venga attentamente monitorata, e che le scelte contemperino la ricerca della redditività con la sicurezza dell’investimento, in coerenza con le finalità istituzionali affidate alla Fondazione”.

<http://www.ilsole24ore.com/>

Rapporto Oasi 2014: «Quel sociosanitario ingessato»



Nel settore sociosanitario il sistema di produzione è largamente esternalizzato a una moltitudine di soggetti di diversa dimensione e natura sui quali ricadono alcune questioni critiche per la tenuta del comparto, in particolare quello della Non autosufficienza. La ricerca presentata nel capitolo 6 del Rapporto Oasi a cura di Cergas Bocconi ha l'obiettivo di indagare il punto di vista dei produttori circa le dinamiche in atto nel settore citato e di comprendere come le stesse aziende produttrici abbiano risposto negli ultimi anni agli stimoli esterni e con quali impatti sull'assistenza erogata ai cittadini.

Dal 2011 a oggi diversi fenomeni hanno prodotto importanti cambiamenti nel settore. Dal punto di vista delle risorse finanziarie, gli stanziamenti al livello regionale sono rimasti pressoché stabili in tutte le più grandi Regioni italiane (spesa sanitaria dedicata a prestazioni sociosanitarie e spesa regionale per le politiche socioassistenziali) consentendo una generale stabilità nei livelli di finanziamenti garantiti al sistema dei produttori, ma bloccando le dinamiche di crescita e di ampliamento della copertura assistenziale che erano state protagoniste degli anni pre-2010, soprattutto nelle Regioni del Sud Italia. All'interno di budget stabili, le Regioni hanno attuato però un vero e proprio giro di vite in modo da ottenere nei fatti un aumento nell'intensità assistenziale media erogata per riuscire a rispondere al peggioramento del quadro epidemiologico della popolazione anziana.

Lungo tutto lo stivale si sono registrati aumenti nei controlli amministrativi e di appropriatezza, con conseguente innalzamento degli standard richiesti per caso trattato, senza un parallelo aumento delle tariffe riconosciute per i servizi residenziali (le strutture di accoglienza per anziani) e non. Questo ha determinato un peggioramento dell'equilibrio economico dei

produttori e un aumento delle spese per le famiglie degli utenti.

Le famiglie si sono trovate schiacciate tra rincari delle tariffe e crisi economica. Da un lato la richiesta di tariffe più alte per l'accesso ai servizi e, dall'altro, una generale minore capacità di pagare rette e tariffe come conseguenza della crisi economico-finanziaria. La crisi ha infatti modificato anche le preferenze e la domanda sociosanitaria dei cittadini che sempre più richiedono interventi flessibili e modulabili e a minor costo e sempre meno si adattano alla rigida e costosa struttura di offerta che è andata configurandosi nell'ultimo decennio.

Il principale target degli anziani non autosufficienti, sta "cambiando pelle". Gli anziani soli e poveri sono sempre di più e i bisogni di assistenza e cura diventano sempre più critici all'aumentare dell'incidenza di patologie croniche e/o degenerative (gli over65 che dichiarano di stare male o molto male e che hanno risorse economiche scarse o insufficienti per provvedere alla propria cura nel 2012 erano il 30,2%, percentuale che sale al 49% se si restringe il campo agli anziani multi-cronici e al 50,7% agli over65 cronici gravi; dati Istat).

Il combinato disposto di questi fenomeni ha un importante impatto sulle condizioni di sostenibilità delle aziende sociosanitarie, e in particolare nel comparto delle strutture residenziali per anziani: la pressione sul rispetto dei budget da parte dei committenti pubblici, l'innalzamento de facto dell'intensità assistenziale richiesta a pari finanziamento accompagnata dalla riduzione delle domande delle famiglie e della loro possibilità di pagare la componente alberghiera, hanno messo a dura prova l'equilibrio finanziario degli operatori.

» Malati & Malattie

di Gloria Saccani Jotti

L'orologio biologico umano si è adattato alle diversità dell'ambiente

Tutti gli organismi viventi regolano le proprie attività in base ad un ritmo circadiano, corrispondente alla durata del giorno, grazie ad un orologio interno costituito da complessi meccanismi molecolari. Tale orologio determina molti parametri fisiologici, tra cui i ritmi sonno-veglia, e si mantiene sincronizzato con il ciclo naturale del giorno e della notte mediante stimoli esterni, il più importante dei quali è la luce solare. Tutti noi sperimentiamo i risultati della desincronizzazione del ritmo circadiano quando un viaggio ci porta in una zona con diverso fuso orario (jet-lag) ed in alcune malattie psichiatriche come schizofrenia, disordine bipolare e depressione la perdita del ritmo circadiano contribuisce allo sviluppo della sintomatologia. Uno studio, nato dalla collaborazione tra Istituto Eugenio Medea, Fondazione Don C. Gnocchi e università degli Studi di Milano, pubblicato su *Genome Biology*, ha analizzato le varianti nei geni che codificano per le componenti molecolari dell'orologio biologico umano. Gli autori sono partiti da dati di variabilità genetica per 52 popolazioni che vivono a diverse latitudini e da una considerazione semplice: gli esseri umani hanno avuto origine in Africa, in una regione vicino all'Equatore dove i ritmi giorno-notte sono più o meno costanti durante tutto l'anno e da qui sono migrati, raggiungendo latitudini dove le variazioni stagionali nella durata del giorno e della notte sono molto ampie. È possibile che, durante la migrazione che ha portato l'uomo a colonizzare il pianeta, il suo orologio biologico si sia evoluto per adattarsi a queste diverse condizioni ambientali? «Certamente la frequenza di molte varianti in geni che regolano il ritmo circadiano varia in base alla latitudine a cui vivono le popolazioni», rileva Manuela Sironi del Medea. «Questo fenomeno si osserva anche per varianti che predispongono a malattie psichiatriche». Gli autori hanno osservato una connessione funzionale tra tali varianti e la regolazione dell'orologio interno. Queste osservazioni aggiungono un tassello alla storia evolutiva delle popolazioni umane, mostrando le sfide ambientali superate dai nostri progenitori a.

gloriasj@unipr.it



Medicina

La pressione alta
va abbassata
ma non troppo

di **Elena Meli**

Limiti meno bassi per la **pressione**

Dati recenti indicano che è importante affrontare subito l'ipertensione perché non faccia danni. Sbagliato invece puntare a ridurre troppo i valori

Cuore e reni

L'«aggressività» della terapia può far mancare ossigeno a questi due organi

Cervello

In questo caso vale il concetto «meno pressione meno rischio di ictus»

Alcuni anni fa sembrava certo: più si fa scendere la pressione arteriosa, meglio è. Oggi si è capito che non è sempre così, anzi: «spingere» troppo per abbassare i valori può addirittura provocare problemi seri.

Lo ha indicato una ricerca pubblicata sul *Journal of the American College of Cardiology*, per la quale sono stati analizzati i dati di circa 400 mila ipertesi in trattamento, riscontrando che mortalità e probabilità di danni ai reni salgono sia quando la pressione oltrepassa il limite per la massima di 140 mm di mercurio, sia quando si scende sotto 130. Certo, il rischio cresce del 40 per cento quando si sfiorano i 140 e «solo» del 10 per cento per i valori bassi. Un rischio ben più limitato, quindi, che però non deve essere trascurato.

Così, se finora si è temuta soprattutto la scarsa aderenza alle terapie che lascia alzare la pressione senza controllo, ora si scopre che anche esagerare sul versante opposto fa male.

«È vero in particolare nei pazienti ad alto rischio, che hanno già lesioni d'organo dovute all'ipertensione — precisa Gianfranco Parati, direttore della Divisione di Cardiologia all'Auxologico di Milano e docente di Medicina interna all'Università di Milano-Bicocca —. Un livello adeguato di pressione serve a portare ovunque una giusta quantità di sangue. Se siamo troppo aggressivi nel far scendere i valori con i farmaci esiste il pericolo di far mancare ossigeno a cuore e reni facendoli andare in crisi, soprattutto se sono già compromessi. Il cervello è l'unico organo per il quale sembra valere la correlazione diretta, meno pressione uguale meno probabilità di ictus; per tutti gli altri bisogna fare attenzione a non eccedere con la terapia. Del resto non conta il «numero» di pressione raggiunto, ma l'effetto protettivo complessivo».

Per ottenerlo non bisogna perseguire valori tenuti al minimo a tutti i costi; piuttosto, si deve intervenire prima possibile, per evitare che si instaurino le lesioni da ipertensione.

«Se in chi è iperteso da tempo facciamo calare la pressione da 200 a 180, il pericolo di infarti e ictus scende ma la probabilità residua resta comunque alta e non lo avremo davvero protetto; se invece interveniamo presto, impedendo che si sviluppino i danni agli organi, possiamo fare la differenza — osserva Parati —. Inoltre, un

buon controllo significa non solo raggiungere un valore di pressione adeguato, ma anche, e soprattutto, assicurarsi che questo sia mantenuto in ogni momento della giornata. È importante, ad esempio, verificare che la pressione non salga troppo di notte, perché questo si associa a un rischio elevato di eventi cardiovascolari al mattino. Una buona terapia, in sostanza, non «aggrede» inutilmente l'ipertensione, ma inizia quando ci si accorge che i valori sono oltre i limiti, così la pressione alta non potrà fare troppi guasti».

Ci sono categorie di pazienti per le quali si è parlato spesso di «soglie a parte», come i diabetici o gli anziani: vale anche per loro la regola di non «esagerare»?

«Nel diabete non ci sono evidenze certe che scendere al di sotto di 130, come si consigliava in passato, porti benefici aggiuntivi, per cui i valori da raggiungere sono i 140/85: sembra infatti utile mantenere la minima poco sotto i 90, ma è l'unica eccezione ai canonici 140/90 — informa Parati —. Non ci sono ancora certezze, invece, sui valori «giusti» per gli anziani: le linee guida dicono di tenere la massima sotto 160, ma negli ultrasessantacinquenni senza altre patologie potrebbe avere senso raggiungere l'obiettivo 140. In ogni caso non pare ragionevole, voler scendere per forza sotto i 140».

Elena Meli

RIPRODUZIONE RISERVATA

Sovrappeso

Insieme ai chili salgono i millimetri di mercurio

Non bisogna curarsi troppo né troppo poco, ma come riuscire nell'impresa di tenere sotto controllo la pressione? Secondo un'indagine pubblicata su *Circulation*, andando dal medico almeno un paio di volte all'anno: le visite triplicano la probabilità di seguire le terapie e avere uno stile di vita sano, fondamentale per combattere l'ipertensione. Lo conferma una ricerca presentata durante l'ultimo congresso dell'American Heart Association,

secondo cui anche un piccolo aumento di peso può avere ripercussioni sulla pressione. Ad alcuni volontari è stata misurata la pressione nell'arco delle 24 ore, quindi sono stati sottoposti a 8 settimane di dieta ipercalorica, tale da far guadagnare loro dai 2 ai 5 chili, poi di nuovo a un controllo: i risultati indicano che i livelli di colesterolo, insulina e glucosio nel sangue non cambiano, ma la pressione sale sensibilmente.

E. M.



CRONACA VERA

Le storie di Aids dimenticate

di **Andrea Di Consoli**

Abbiamo letto con molta attenzione il libro-inchiesta *Grande Raccordo Criminale* (Imprimatur, pagg. 288, 15,00 euro) di Floriana Bufon e Pietro Orsatti. È un lavoro abbastanza particolareggiato che, insieme ai libri di Yari Selvetella e agli articoli di Lirio Abbate, ci aiuta a capire il ruolo e il potere delle "mafie" a Roma. C'è solo una cosa che ci risulta incomprensibile a fine lettura. Insomma, tutti, a Roma, sapevano chi fosse e che ruolo svolgesse Massimo Carminati, "il Nero". Tutti conoscevano il suo ruolo storico di "raccordo" tra eversione neo-fascista e criminalità organizzata e il ruolo attuale di collettore di interessi illegali. Eppure, da decenni, questo "capo mafioso" (sia pure a capo d'una mafia anomala, autoctona) viveva alla luce del sole, senza condanne giudiziarie, libero di parlare al telefono e di incontrare personalità del

mondo imprenditoriale romano. Strana libertà, per un capo mafia. Due sono le cose: o questo gelido e violento signore non è quel che si dice (ovvero un capo mafia), oppure le sue attività illegali non erano così rilevanti (per la magistratura) ai fini di una cattura. O c'è qualcosa che ci sfugge?

L'Italia del cemento

In Italia, ogni secondo, 8 mq di suolo vengono cementificati. Si dice di voler puntare sul turismo delle nostre bellezze storico-paesaggistiche e sull'agricoltura di qualità eppure, alla prova della dura realtà economica e sociale, la soluzione edile - come nel dopoguerra - sembra l'unica praticabile per garantire movimenti finanziari immediati e occupazione a bassa specializzazione. Il boom economico del dopoguerra - che è stato anche in parte un boom cementizio - sta ora presentando il conto al Paese. Perché, e lo si legge in *8 mq al secondo. Salvare l'Italia dall'asfalto e dal cemento* (Emi, pagg. 64, 4,50 euro) di Domenico Finiguerra, «i comuni a elevata criticità idrogeologica sono 6.631, l'89,1% del totale, per una popolazio-

ne potenzialmente a rischio pari a 5,8 milioni di persone». Inoltre, si legge che «gli edifici a rischio sono 4,2 milioni, di cui 3,9 milioni abitazioni e 34.000 capannoni».

Aids, il calco vuoto dello "sballo"

Nel silenzio, cresce in Europa (e anche in Italia) il numero dei sieropositivi. Ma se ne parla poco, perché l'Hiv è una malattia che interroga i comportamenti più intimi, e dunque è a rischio rimozione. Squarcia il silenzio un intenso libro di Rosalba Baldino che, sulle tracce del professor Arnaldo Caruso, direttore della sezione di Microbiologia dell'Università di Brescia, dove si sta sperimentando un vaccino terapeutico di rilevanza mondiale, scopre e racconta storie "dimenticate", il dolore nascosto di centinaia di persone che, tra indifferenza e vergogna, si curano negli anfratti invisibili (e sono tanti) della società italiana. Eppure le loro storie sono importanti, perché sono il calco vuoto dell'edonismo, dell'irresponsabilità e dello "sballo" diffuso in ogni dove, soprattutto nel mondo giovanile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

