

LA PAROLA AL MEDICO

... per via sistemica • elettroforesi delle proteine plasmatiche

**«DOTTORE,
SI SPIEGHI
MEGLIO»**

che • eritrociti • risonanza magnetica • tomografia • trigliceridi • piastrine • emoglobina • Helicobacter Pylori • menseschima • pericardio...



SECONDO UNA RICERCA INGLESE, **TERMINI DIFFICILI E RICETTE COMPLICATE** SPIEGANO PERCHÉ IL 43 PER CENTO DEI PAZIENTI NON FA CIÒ CHE PRESCRIVE IL MEDICO. E IN ITALIA LA SITUAZIONE NON È DIVERSA

LO SPECIALISTA

Il dottor **Claudio Cricelli**, specializzato in ematologia clinica e di laboratorio, è presidente della Società italiana di medicina generale, della Scuola europea di medicina generale e della Società italiana di medicina delle persone sane e della salute. È past president dell'Unione europea dei medici generali.



Secundo una recente ricerca della South Bank University di Londra è emerso che il 43 per cento dei pazienti non capisce il medico, perché usa termini troppo scientifici e fa prescrizioni molto articolate. Questo però non è soltanto un problema inglese perché anche nel nostro Paese sono tante le persone che vanno dal medico di base o dallo specialista ma poi non fanno quello che viene loro detto. Perché? Magari alcuni si sentono già meglio per il solo fatto di aver riferito al medico i loro sintomi, altri comprano subito il farmaco ma poi per paura degli effetti collaterali temporeggiano, altri ancora cominciano

la cura ma ai primi segni di miglioramento la interrompono. E poi ci sono anche quelli che non seguono alla lettera le prescrizioni del medico perché non hanno ben capito come gestire la cura farmacologica.

Dottor Cricelli, che cosa pensa di questo fenomeno?

«La ricerca inglese si riferisce solo in minima parte al rapporto medico-paziente. In realtà a leggerla per intero si capisce che è una riflessione sociologica che fa riferimento alla comunicazione sanitaria in senso più ampio e che riguarda per esempio l'inadeguata cartellonistica negli ospedali, gli orari dei reparti non ben segnalati, le complicate indicazioni per raggiungere un determinato padiglione o uno specifico ufficio e molte altre criticità che complicano la vita dei pazienti e rendono più difficile la loro aderenza alle cure».

Rimane però il fatto che anche gli italiani non seguono sempre alla lettera le prescrizioni del medico. Perché?

«Il fenomeno è complicato e non esiste un'unica causa. Tuttavia, la prima osservazione positiva riguarda il fatto che i medici non scrivono più le ricette a mano e la tradizione secondo cui i pazienti non capiscono perché non hanno indicazioni chiare per fortuna è stata superata. Abbiamo eliminato tutte le cause legate agli errori di interpretazione della scrittura del medico e in più oggi in studio e in farmacia al momento dell'acquisto, il paziente riceve un coupon da portare a casa con le indicazioni pratiche e dettagliate per i medicinali da assumere».

Questi accorgimenti però non sono bastati a risolvere il problema.

«Il problema non è stato risolto perché non è imputabile soltanto a che cosa c'è scritto sulla ricetta, ma al fatto che i pazienti sono per lo più anziani, con malattie croniche tipo colesterolo alto, diabete o ipertensione. Questi pazienti prendono tanti medicinali in vari momenti della giornata e le scatole non sono immediatamente riconoscibili

li e distinguibili e anche le pastiglie si somigliano tutte tra loro».

Come venirne fuori?

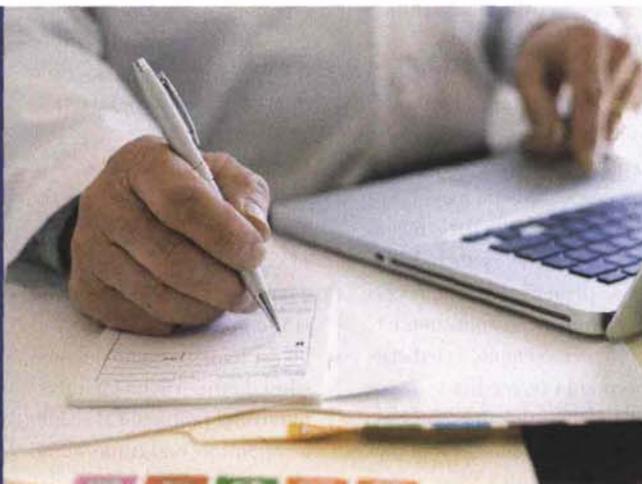
«Uno dei metodi semplici per fare in modo che il paziente rispetti le prescrizioni del medico riguarderebbe l'utilizzo di quelle scatoline porta pillole che si vendono in farmacia; ce ne sono di tutti i tipi e di tutte le misure e basterebbe riempirle con pazienza con le compresse e le pastiglie, in ordine per momento della giornata o per giorno della settimana. Il condizionale però è d'obbligo perché questo semplice e banale trucco in genere non viene messo in pratica. Eppure eviterebbe dimenticanze ed eventualmente darebbe il tempo di provvedere nell'arco della stessa giornata. Invece noi italiani siamo un popolo disordinato, che evidentemente non vuole fare troppi sacrifici».

Ci vorrebbe una persona in grado di supervisionare l'ammalato?

«Nel caso dei pazienti giovani che di solito assumono farmaci per un problema acuto, no;

La tecnologia è un aiuto concreto

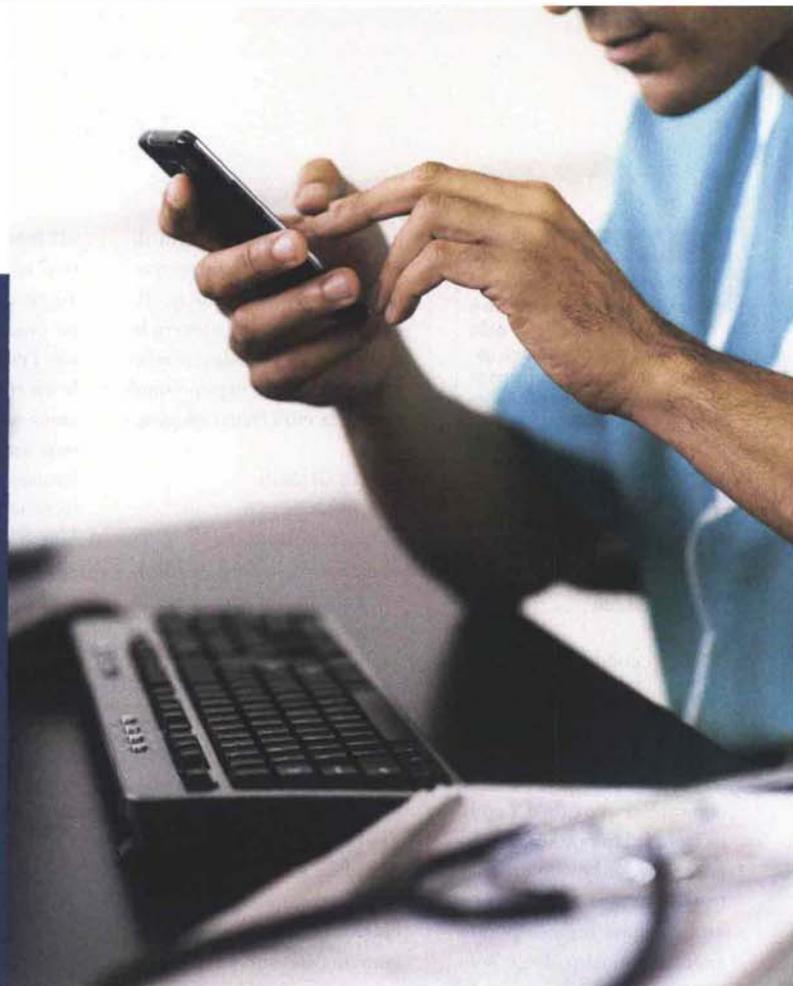
Il 100 per cento dei medici di famiglia oggi è informatizzato, può consultare gli esami di laboratorio online e ha a disposizione specifici sistemi dotati di spie che, attingendo alla cartella elettronica del paziente, segnalano per esempio qual è stata l'ultima volta che ha fatto le analisi del sangue o quali farmaci gli sono stati prescritti. In questo modo può seguire i suoi assistiti con ancora maggiore scrupolo a tutto vantaggio di ogni paziente.



«DOTTORE, SI SPIEGHI MEGLIO»

**SMS E APP
A MISURA DI PAZIENTE**

I software di cui dispongono molti medici possono essere di grande aiuto anche per i pazienti. «Quando il medico fa una prescrizione, i sistemi multicanale mandano alla persona sms che le ricordano di prendere le medicine o di effettuare specifici controlli» spiega il dottor Cricelli. «Non c'è ancora un sistema unico, ma stiamo lavorando perché tutti i medici abbiano questo sistema telematico in grado di raggiungere il paziente sul cellulare o sul tablet con apposite App. Il problema è che i malati cronici di una certa età che ricevono tanti promemoria quanti sono i farmaci da prendere nell'arco della giornata tendono a disattivare la funzione per il numero eccessivo di messaggi in arrivo. Al momento, nella maggior parte delle regioni si hanno programmi di reminder per lettera, che ricordano ai pazienti dopo una certa età per esempio di fare la mammografia o la colonscopia. Che cosa fanno però molti di loro? Li prendono e li strappano via. Questo sta accadendo anche per il vaccino contro l'Hpv* che la metà dei genitori non fa fare alle figlie 12enni. Tutto ciò è la conferma ulteriore che il paziente non sempre fa quello che dice il medico».



www.ecostampa.it

basterebbero più attenzione e maggiore scrupolo. Nel caso dei pazienti anziani cronici, sì, specie quando sono presenti disturbi della memoria, tipici per esempio della malattia di Alzheimer».

Quali altre ragioni possono contribuire a non attenersi alle indicazioni del medico curante?

«Nei giovani c'è l'illusione di poter sottovalutare i tempi di guarigione e questa leggerezza li porta a interrompere la cura appena si sentono meglio, indipendentemente dalle raccomandazioni del medico. L'illusione di guarire in tempi brevi invece negli anziani non c'è. Però, per esempio, i diabetici prendono le medicine e poi mangiano i dolci perché sono convinti che dato che assumo-

no le pastiglie che abbassano la glicemia possono liberamente mangiare torte e pasticcini. È chiaro che questo è un comportamento che non riguarda la cattiva comprensione delle indicazioni dei medici che parlano troppo mediche o che fanno ricette complicate, ma ha a che fare con l'ostinazione a voler fare di testa propria e seguire poco i consigli del medico tipica di molti pazienti».

Il fare di testa propria si riscontra anche in altre malattie oltre al diabete?

«Per la pressione alta per esempio. Dato che non dà sintomi, gli ipertesi giovani non si rendono conto dei possibili danni. Anche gli anziani talvolta praticano lo sconto terapeutico malgrado siano

molto più attenti. Non sono pochi quelli convinti che siano le medicine a far male e non le malattie, e così se il medico prescrive tre pastiglie loro ne prendono una o al massimo due. L'insuccesso delle cure contro l'ipertensione come quelle contro il colesterolo alto è data dalla mancata percezione dei rischi. Ed è questo un altro dei motivi per cui molti italiani vanno dal medico ma poi non fanno quello che lui dice».

Molti pazienti non seguono le cure prescritte anche per paura degli effetti collaterali, tra cui il calo della libido?

«Tutti i farmaci hanno effetti collaterali e la possibilità di andarci incontro va sempre prospettata al paziente. I più

frequenti sono a carico dello stomaco, ma possono riguardare proprio il calo della libido, per esempio durante una cura con i betabloccanti usati contro l'ipertensione, o il rallentamento motorio o la secchezza delle fauci se si stanno assumendo farmaci neurologici. Quello che il medico deve fare è spiegare con parole chiare e semplici che la maggior parte di questi effetti collaterali sono spesso tipici della fase iniziale della cura e che spesso scompaiono dopo pochi giorni o poche settimane».

Il bugiardino rappresenta un deterrente nella fedeltà alle cure?

«Sì, la persistenza nelle cure è troppo spesso vincolata agli effetti collaterali letti sempre con sospetto se non addirittura

Se il medico spiega tutti i possibili effetti collaterali, il bugiardino sarà più comprensibile e farà meno paura



ra con terrore sul bugiardino. Ma a maggior ragione è proprio delle conseguenze previste e di quelle che non si possono eliminare che il paziente deve essere messo al corrente subito, perché se una persona sa quali effetti deve aspettarsi da un farmaco, ne sarà meno spaventato e quindi con minore probabilità abbandonerà la cura».

Sottolineare gli effetti collaterali non innesca però l'effetto nocebo?

«Se il paziente è preparato non rischia l'effetto nocebo*, perché la suggestione che il farmaco possa agire in negativo viene esorcizzata. Ma mai come in queste circostanze le spiegazioni, le rassicurazioni del medico sono determinanti, perché solo il

medico può rafforzare il convincimento che il farmaco farà bene nonostante le eventuali reazioni avverse».

Il paziente che non ha ben capito come gestire la terapia spesso si vergogna a chiedere ulteriori spiegazioni e teme di fare domande stupide, non è vero?

«Il medico deve sempre utilizzare un linguaggio semplice e se ha di fronte un paziente anziano deve accertarsi che abbia compreso e che anche il familiare o la persona che lo accompagna abbia capito come seguire a casa le terapie prescritte. Il paziente d'altra parte non deve avere paura di fare domande, e se qualcosa non gli è chiaro deve pretendere ulteriori spiegazioni. Non

temiamo imbarazzi perché seguire correttamente una cura è la cosa più importante».

Il medico ha degli strumenti per monitorare il paziente e per sapere se sta seguendo le cure o le ha interrotte?

«La terapia medica non deve mai smettere di essere sorvegliata e in questo senso i computer sono di enorme aiuto. Il medico deve inoltre chiedere tutte le volte se il farmaco viene preso e deve verificare che non ci siano sintomi che lascino sospettare che il paziente ha abbandonato le sue pastiglie».

Bugiardini più semplici potrebbero aiutare i pazienti?

«Non serve rendere più comprensibili i bugiardini, perché il foglietto illustrativo non ha il fine di informare il paziente, ma serve in primo luogo al medico. Il problema è che in Italia manca uno strumento di informazione dedicato esclusivamente al paziente. Esiste la ricetta medi-

ca dove vengono prescritti i farmaci e indicate le dosi di assunzione, ma a oggi manca una legge e un regolamento che preveda la realizzazione di un foglietto illustrativo pensato esclusivamente per il paziente. Perché l'Aifa non impone una regolamentazione? Il bugiardino non è fatto per il paziente, tanto è vero che per il medico che non lo segue scatta la responsabilità civile, mentre al paziente, che può sbagliare a interpretarlo, non succede nulla».

Pensa che ci sia ancora troppo menefreghismo tra gli italiani in fatto di salute?

«Gli italiani oggi vengono ben informati, ma bisogna lavorare ancora molto per far crescere su tutto il territorio nazionale la cultura della salute, perché l'infarto fa paura, ma tutto ciò che non dà sintomi, no. E se non fa paura non funge da stimolo a fare prevenzione. Fare cultura è il nostro compito».

Claudia Cannone

ABC Dizionario

EFFETTO NOCEBO: come l'effetto placebo, punta sulla suggestione, ma riguarda la paura di soffrire che scatena un meccanismo ansioso che fa percepire più intensamente il dolore.

HPV: Papilloma virus umano, un virus che si trasmette soprattutto per via sessuale. Determina la comparsa dei condilomi, cioè minuscole escrescenze alle piccole e alle grandi labbra, alla vagina e nella zona intorno all'ano. Può infettare anche la cervice uterina, e in alcuni casi, favorirne il tumore.

Alessandria

Epatite da sangue infetto: ministero della Salute non paga risarcimento? Paziente pignora arredi Nas

■ Si sottopone a trasfusioni di sangue, a inizio anni '80, e contrae l'epatite. Fa causa allo Stato e il ministero della Salute, riconosciuto colpevole di non aver vigilato, viene condannato a pagare un indennizzo. Che mai arriva. Al contrario, al paziente divenuto malato cronico, l'Agenzia delle Entrate chiede pure il pagamento della tassa di registrazione della sentenza. Dopo trent'anni di calvario dice basta: il suo legale Massimo Grattarola ha ottenuto il pignoramento di arredi, eseguito ieri, nella sede provinciale del Nas (che dipende in parte dal ministero della Salute). Il ministro Renato Balduzzi, informato, si è attivato e in serata ha assicurato che l'indennizzo sarà liquidato in giornata.



Un decreto in Gazzetta individua i criteri per accedere alle prestazioni aggiuntive

Farmacie come mini-ospedali

Esami del sangue, referti e assistenza infermieristica

www.ecostampa.it

Nero su bianco i requisiti che le farmacie comunali dovranno avere per offrire i nuovi servizi, quali assistenza domiciliare integrata, erogazione di servizi ai singoli assistiti, anche avvalendosi di personale infermieristico, prelievi di sangue o di plasma, prenotazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, pagamento dei ticket, ritiro dei referti. Il decreto del ministero della salute 11 dicembre 2012, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 67 di ieri, individua appunto i «Criteri in base ai quali subordinare l'adesione delle farmacie pubbliche ai nuovi servizi, di cui all'art. 1, comma 3, del decreto legislativo 153/2009». Intanto, la chance è riservata a tutte le farmacie di cui sono titolari i comuni, obbligatoriamente convenzionate con il Servizio

sanitario, mentre non sono soggette alle disposizioni le farmacie comunali la cui gestione sia stata affidata nel rispetto delle regole di concorrenza, ivi incluso l'affidamento a società mista pubblico-privata, il cui socio privato operativo sia stato selezionato con procedura a evidenza pubblica. Tra le farmacie potenzialmente ammesse, potranno erogare i servizi aggiuntivi solo quelle che assicurano: osservanza delle indicazioni speciali e generali dei rispettivi Piani socio sanitari regionali; preventiva comunicazione all'azienda sanitaria territorialmente competente, da parte del titolare o del direttore della farmacia, della volontà di erogare i nuovi servizi; invarianza della spesa sanitaria e comunque aderenza alle norme vigenti in materia di patto di stabilità riguardanti gli enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale; l'adesione alle iniziative di col-

laborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. L'accesso all'erogazione dei nuovi servizi da parte delle farmacie gestite direttamente dai comuni in economia avviene nel rispetto, tra l'altro, dei seguenti criteri: rispetto, da parte dei comuni, della normativa in materia di spese e di assunzione di personale; la gestione delle farmacie deve aver prodotto, negli ultimi due esercizi finanziari, un risultato contabile di gestione positivo. L'accesso all'erogazione dei nuovi servizi da parte delle farmacie gestite a mezzo di azienda speciale, di società, di consorzi tra comuni per la gestione delle farmacie di cui i comuni sono unici titolari, e a mezzo di società di capitali costituite tra il comune e i far-

macisti è subordinato unicamente all'inserimento e all'integrazione nei relativi contratti alla condizione che la gestione delle farmacie stesse non abbia registrato perdite progressive nelle ultime tre annualità di bilancio. La remunerazione dei nuovi servizi sarà oggetto dell'accordo collettivo nazionale che definisce altresì i criteri in base ai quali i correlati accordi regionali fissano i requisiti minimi di idoneità dei locali della farmacia nel cui ambito le prestazioni sono erogate. Fino all'entrata in vigore della convenzione i requisiti minimi dei locali sono quelli previsti dalle vigenti disposizioni di legge. L'attivazione e l'effettuazione dei nuovi servizi non può, ripete il decreto, comunque comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, fermo restando che eventuali prestazioni al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.



LA VITA VERA

Dal sangue leggeremo il nostro futuro

Il nostro destino è scritto in un semplice prelievo di sangue. Per ora questi test ci parlano di glicemia, colesterolo, trigliceridi, ma fra non molto potranno svelare se siamo a rischio di Alzheimer e Parkinson, se siamo predisposti al tumore, se nascondiamo alcuni geni della depressione. I primi passi in questa direzione sono stati fatti in vari laboratori del mondo, compresa l'Italia; all'Istituto dei tumori di Milano, i ricercatori guidati da Ugo Pastorino e Gabriella Sozzi hanno messo a punto un test ematico per la diagnosi precoce del cancro al polmone.

«Questo tumore oggi viene scoperto tardi, e anche la tac spirale dà tanti falsi positivi» dice Sozzi, direttore della Struttura complessa di genomica tumorale all'Istituto dei tumori. «Il test che abbiamo sperimentato, su oltre 1.000 fumatori, cerca particolari marcatori, i microRna, circolanti nel sangue: una sorta di firma molecolare del tumore che, nei nostri trial, si è dimostrata accurata nell'individuare in fase molto precoce. E da gennaio stiamo arruolando altri 4 mila forti fumatori».

La diagnosi sempre più precoce è l'obiettivo che ci si pone anche per le malattie neurodegenerative: individuarne i segni biologici decenni prima della comparsa dei sintomi darebbe la possibilità di iniziare le terapie in una fase in cui i farmaci potrebbero davvero fare la differenza, ritardando la comparsa della patologia. «Alcuni marker di infiammazione sono risultati collegati sia all'Alzheimer che al Parkinson, per esempio la proteina alfa-sinucleina» spiega Gianluigi Forloni, capo del dipartimento di neuroscienze all'Istituto Mario Negri di Milano. «I test per individuarla nel plasma sono ancora in fase sperimentale. Ma è la strada da seguire, perché di queste malattie sappiamo molto, eppure facciamo fatica a trovare approcci terapeutici adeguati». *(Daniela Mattalia)*

DEPRESSIONE

Secondo alcuni trial clinici, una dozzina di proteine potrebbero agire come marker ematici per indicare alterazioni nei livelli di neurotrasmettitori implicati nella depressione a esordio precoce (adolescenziale).

CANCRO

In sperimentazione un test per la diagnosi precoce del tumore al polmone tramite l'analisi, nel sangue, di microRna: molecole che rappresentano una «firma» molecolare di questo tipo di cancro. Un altro test (Onkosure) cerca frammenti di proteine, chiamati Fdp, per individuare cellule cancerose.

PARKINSON E ALZHEIMER

Si cercano nel plasma marker biologici, come particolari anticorpi prodotti dall'organismo contro la proteina alfa-sinucleina: un livello basso di questi anticorpi segnalerebbe un maggior rischio di Alzheimer e Parkinson.

AUTISMO

Al momento non esiste un test diagnostico definitivo. Però di recente ricercatori americani hanno individuato, nei soggetti autistici, 24 varianti genetiche che sembrano avere un ruolo nella malattia. In prospettiva, si può pensare a un test per la diagnosi precoce.

SINDROME DOWN

Nuovi esami di laboratorio possono sostituire villocentesi e amniocentesi per scoprire se il feto presenta anomalie genetiche (trisomia 21). Si basano su un prelievo del sangue materno dove circola il dna del feto, e sono attendibili al 99 per cento.



DONAZIONI**Pianeta sangue:
rebus albumina
nel mirino**

Il sistema nazionale sangue marcia alla grande, ma qualcosa ancora non funziona dal punto di vista dell'appropriatezza d'uso dei plasmaderivati. Il rebus resta il consumo d'albumina, - driver con le immunoglobuline endovena (Ivig) della programmazione nazionale della raccolta di plasma.

In Italia se ne fa un uso fino a tre volte maggiore rispetto a Paesi di pari livello economico europei ed extra-europei. E i consumi arrivano a essere fino a 6 volte più alti in alcune Regioni come la Sardegna, la Puglia e la Campania - senza la giustificazione di particolari condizioni epidemiologiche - in coincidenza con una elevata distribuzione tramite le farmacie aperte al pubblico che dovrebbe questa quota rivestire invece un carattere residuale.

A segnalare la necessità di interventi incisivi a favore dell'appropriatezza clinica su questo specifico fronte è stato il direttore del Centro nazionale sangue (Cns) **Giuliano Grazzini**, che giovedì scorso ha presentato con **Fabrizio Oleari** (presidente "in fieri" dell'Istituto superiore di Sanità) il primo lavoro scientifico pubblicato in Italia sul consumo di plasmaderivati (Mp).

Il report Istisan, di 160 pagine, dettaglia tutte le attività di raccolta e lavorazione dal 2007 al 2013: 1 milione 700mila donatori di sangue regalano all'Italia l'autosufficienza per quanto riguarda il fabbisogno di emocomponenti labili, mentre la spesa per i plasmaderivati esclusa dalla produzione nazionale ammonta a circa 550 milioni, pari al 3,1% della spesa farmaceutica totale Ssn nel 2011. Per la gestione delle eccedenze, infine, è scattata a inizio mese la convenzione con la Fondazione Irccs Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - per lo sviluppo di un programma a valenza umanitaria per l'utilizzo etico del Fattore VIII da plasma nazionale a fronte di una eccedenza di 20-30 milioni di unità internazionali l'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Alla sanità la stampella di 5 mld di tasse

Servizi sempre più cari e sempre più scadenti. È questa la drammatica fotografia della sanità pubblica italiana scattata dal Rapporto Oasi 2012, curato dall'Università Bocconi e presentato dalla Fiaso.

Più di un cittadino su due ormai paga di tasca propria visite ed esami, un po' per aggirare le liste d'attesa, ma anche perché, tra ticket e superticket, spesso il privato costa meno. Più difficile, invece, sottrarsi agli aumenti fiscali imposti dalle regioni per riportare in equilibrio i bilanci di Asl e ospedali. Nel biennio 2011-2012, fra Irap, addizionali Irpef e rincari del bollo auto, il conto è lievitato di quasi

5 miliardi di euro. Senza chiedere nuovi sacrifici ai contribuenti, ben 16 regioni sarebbero andate in rosso. Tutte tranne Lombardia, Veneto, Umbria, Marche e Abruzzo. Nulla da fare, invece, per Sardegna, Molise, Campania e Calabria, che hanno comunque registrato un disavanzo. Ma il dato più preoccupante riguarda il peggioramento qualitativo del servizio, rilevato dal 31,7% degli assistiti. Percentuale che sale al 57,8% nelle regioni sotto piano di rientro, a riprova dell'impatto tutt'altro che indolore delle politiche di austerità.

Matteo Barbero



Rapporto delle Regioni sull'attività di prevenzione 2009-2011 - In crescita controlli e sanzioni, calano incidenti e decessi

Sicurezza lavoro, serve una regia

Troppo lavoro nero - Manca la rete tra Asl e Stato - Malattie professionali senza una mappa

Ispezioni in 500mila aziende in tutti i comparti produttivi, 166mila violazioni riscontrate. E ancora quasi 176 milioni di sanzioni. Nelle malattie professionali denunce a +60% grazie a sorveglianza e nuove normative, ma non c'è ancora una loro mappa sul territorio. Sono alcuni risultati dell'attività delle Regioni nella prevenzione nei luoghi di lavoro 2009-2011 raccolti in un rapporto appena approvato dalla Conferenza delle Regioni che documenta una diminuzione del 35% di infortuni sul lavoro e un calo del 61% di incidenti mortali. Ma che sottolinea anche l'eccesso di illegalità e lavoro nero e la necessità di una «leale collaborazione Stato-Regioni» per potenziare l'azione regionale e delle Asl.

A PAG. 2-4

SICUREZZA SUL LAVORO/ Bilancio delle attività di prevenzione nel triennio 2009-2011

Le Regioni a caccia di illegalità

Incidenti in calo del 35%, decessi -61% - Ma serve più partnership con lo Stato

Quasi 500mila aziende ispezionate in tutti i comparti produttivi, 646.450 sopralluoghi effettuati, 166mila violazioni riscontrate. E ancora: 52.568 indagini di polizia giudiziaria per infortuni sul lavoro, di cui 17mila con violazioni delle normative in materia e quasi 176 milioni di sanzioni comminate.

Sono questi - per il triennio 2009-2011 - i grandi numeri dell'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, assegnata alle Regioni dalla legge istitutiva del Ssn ma decisamente implementata dai Governi locali solo in omaggio alle previsioni del Dlgs 81/2008. Il consuntivo in un rapporto messo a punto dalla Conferenza delle Regioni che documenta - nel triennio - una diminuzione del 35% del numero di infortuni sul lavoro registrati a livello nazionale e un calo del 61% di incidenti mortali. Un risultato positivo, che rappresenta però soltanto un punto d'avvio dopo una lunga trascuratezza anche da parte delle amministrazioni pubbliche. «Il lavoro da svolgere resta ancora lungo e impegnativo», sottolinea nella presentazione il presidente dei governatori, **Vasco Errani**, convinto che sia necessario «sostenere» con una «leale collaborazione Stato-Regioni» l'azione regionale e delle Asl «per consolidare i risultati ottenuti e realizzare gli interventi che consentano un'ulteriore significativa riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali».

Nonostante i risultati estremamente lusinghieri infatti (la piena copertura dei Livelli essenziali di assistenza, consistente nel controllo di almeno il 5% delle unità locali con dipendenti o equiparati, è stata raggiunta e

superata dal 2009, attestandosi stabilmente a livelli superiori al 6,6%) i problemi non mancano.

Nel mirino c'è per prima cosa la necessità di sviluppare il controllo dell'illegalità, in particolare per quanto riguarda la regolarità dei rapporti di lavoro, che - non manca di sottolineare il rapporto delle Regioni - «introduce un elemento di concorrenza sleale nei confronti delle aziende virtuose». Ma serve anche la semplificazione delle norme, senza ridurre i livelli di tutela, per adeguarle anche alle necessità delle piccole e micro-imprese che rappresentano la maggior fetta del sistema produttivo e che sono state le più colpite dalla crisi economica.

Per adeguare il passo - si suggerisce - è indispensabile uno sviluppo omogeneo del Sistema informativo nazionale della prevenzione (Sinp) e di quello di controllo delle malattie professionali (v. pagina 4). Ed è proprio il 2011, secondo il rapporto, il primo anno di vera e propria attuazione dei progetti di prevenzione redatti dalle Regioni sulla base delle indicazioni del Piano nazionale di prevenzione 2010-2012. Secondo le relazioni inviate dalle Regioni al ministro, per ora 64 piani (93%) sono stati regolarmente avviati, mentre solo 5 sono stati rinviati, totalmente o parzialmente, al 2012: il 97% degli obiettivi di processo e/o risultato dei progetti risulta quindi raggiunto. Il rapporto analizza poi nel dettaglio due dei settori maggiormente a rischio sulla sicurezza del lavoro: edilizia e agricoltura.

Per quanto riguarda il piano nazionale di prevenzione in edilizia si è raggiunta una programmazione uniforme in tutte le Regio-



ni, con formazione diffusa degli operatori delle Asl, lotta al lavoro nero, sviluppo di modelli innovativi di controllo nei cantieri e definizione di un piano di valutazione completo di indicatori e standard.

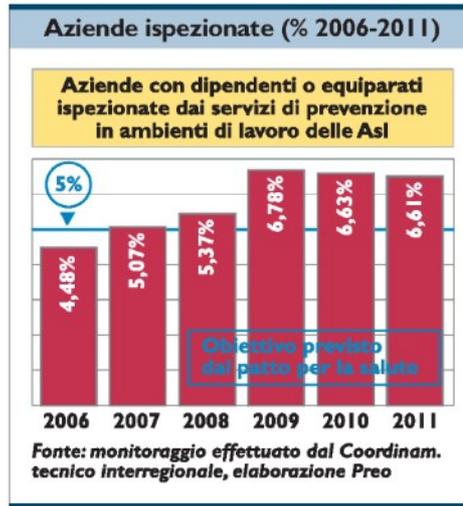
Ma i problemi non mancano: le prime relazioni di attività hanno censito un 61% di lavoratori e un 78% di imprese edili irregolari, con una media di 2 lavoratori irregolari per ogni azienda; le cadute dall'alto - legate nella quasi totalità dei casi al mancato rispetto delle norme di sicurezza nei cantieri - restano la prima causa anche di infortunio mortale.

Per quanto riguarda il settore dell'agricoltura, gli obiettivi nazionali prevedono anagrafi aggiornate delle aziende agricole in tutte le Asl, l'attivazione di programmi per la riduzione dei rischi più gravi (trattori e altri macchinari), controlli sull'applicazione della normativa di sicurezza anche a livello di commercio delle macchine. Poi, campagne di adeguamento delle attrezzature, formazione degli operatori pubblici e dei lavoratori agricoli, diffusione di buone prassi e pubblicazione di materiali informativi.

Tutte ottime azioni che secondo il report «restano tasselli isolati nelle singole realtà». La svolta - lascia capire il rapporto - ci sarà solo realizzando un maggior coordinamento tra le Regioni e gli enti competenti dello Stato che (forse) ancora mancano all'appello.

**Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi
Flavia Landolfi
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

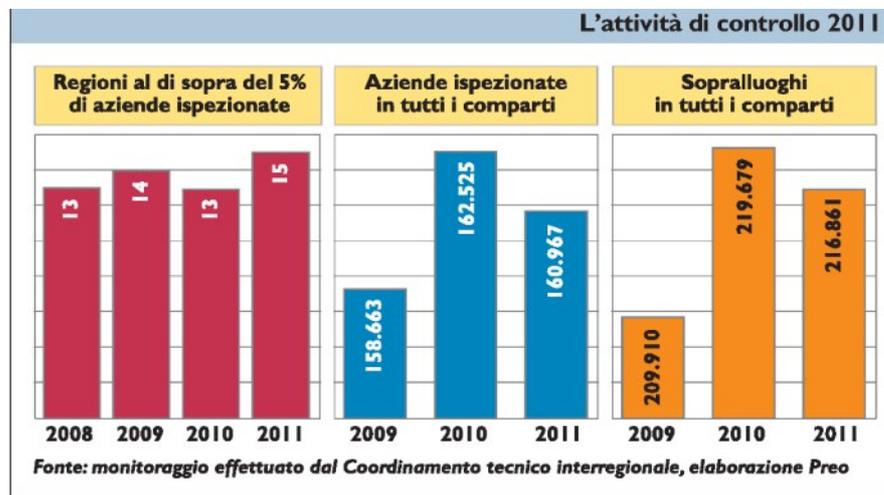


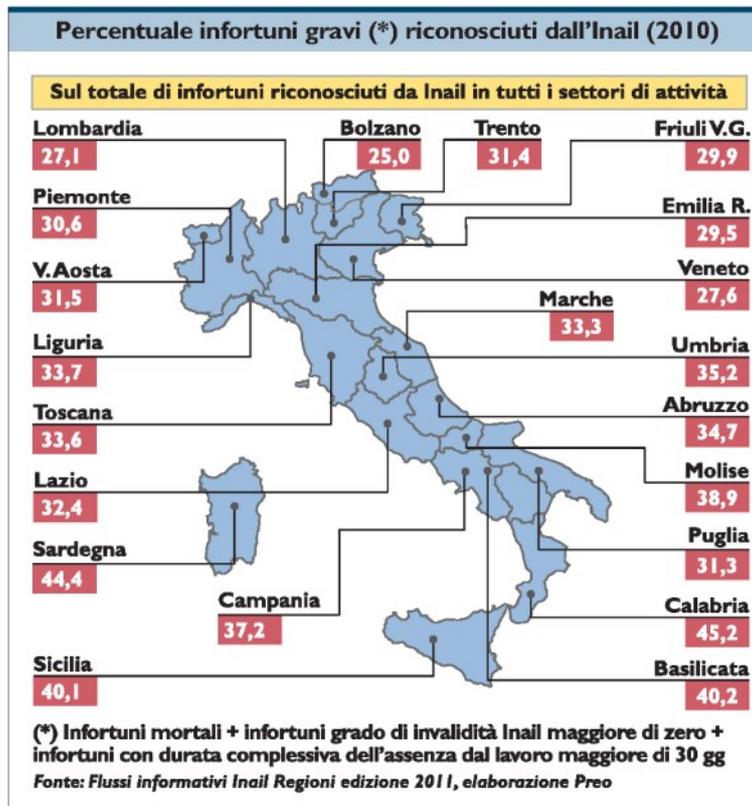
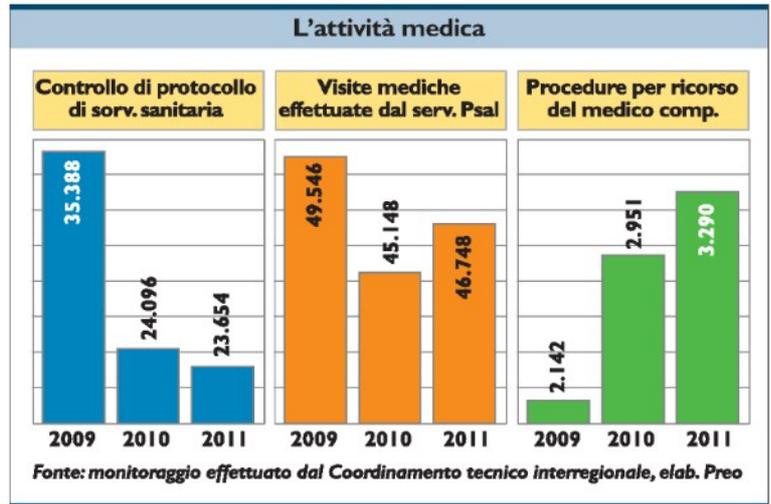
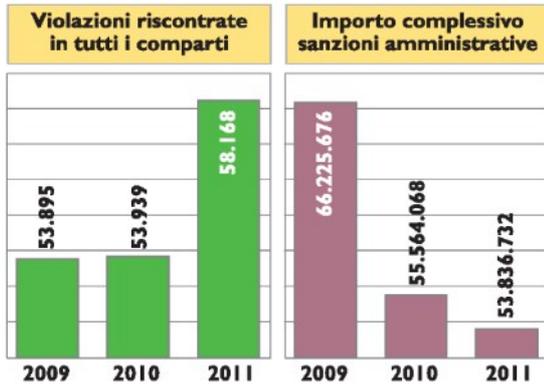
Sintesi dei dati generali di vigilanza (periodo 2009-2011)

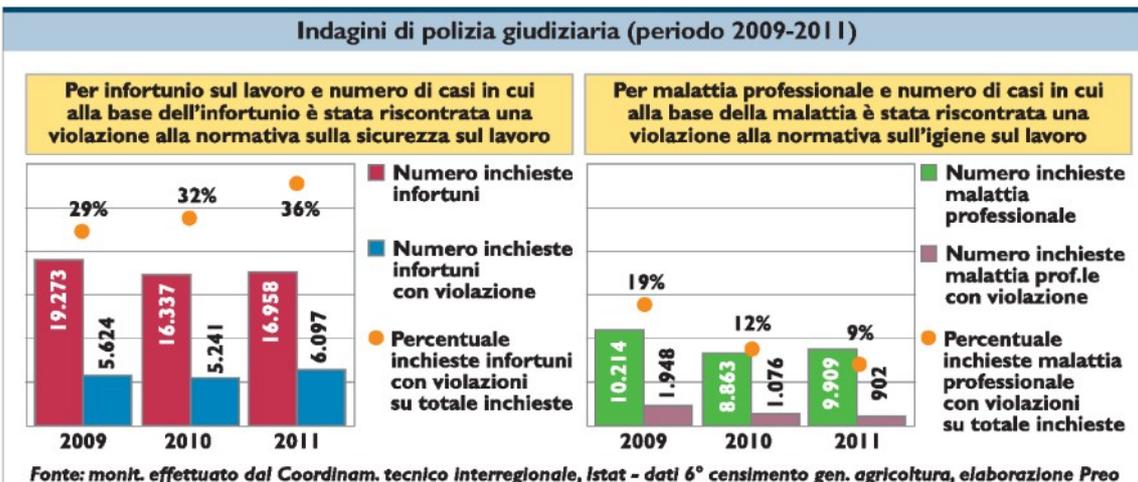
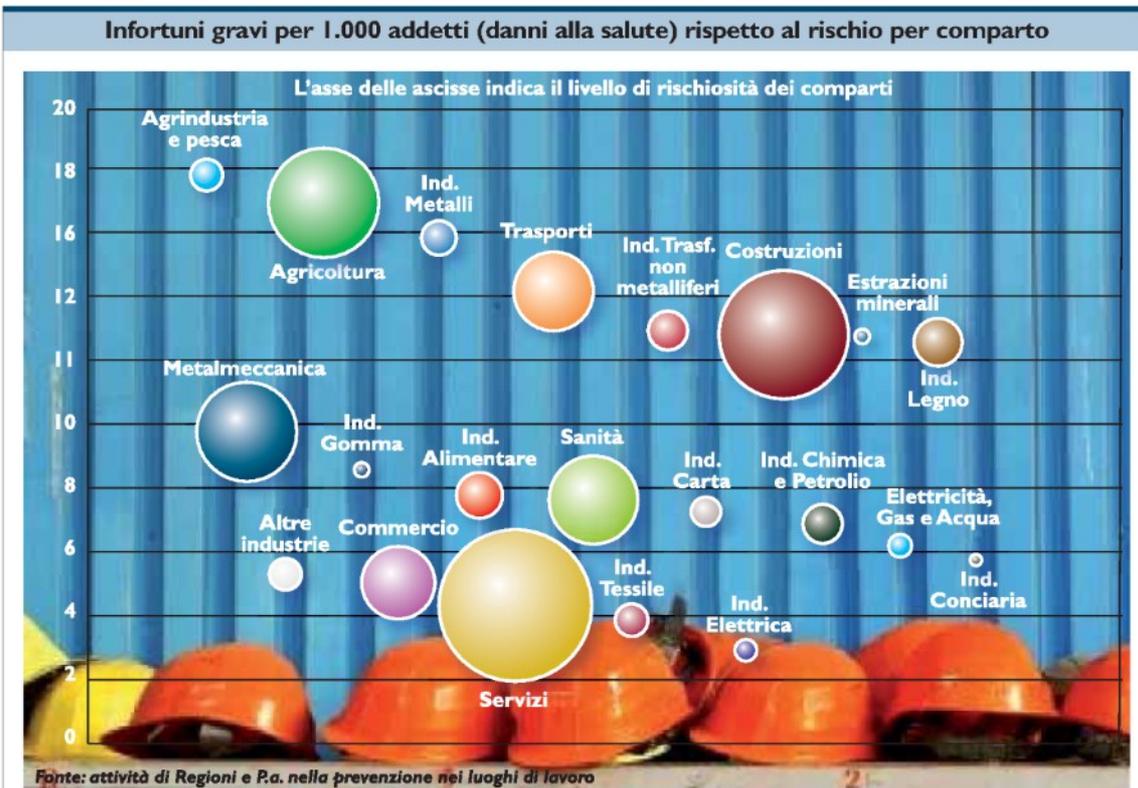
	2009	2010	2011
Totale aziende ispezionate (anche rilascio pareri)	158.663	162.525	160.967
Cantieri edili ispezionati	54.343	53.165	54.683
Cantieri edili non a norma	21.546	19.443	18.530
Cantieri edili non a norma su ispezionati	39,6%	36,6%	33,9%
Aziende agricole ispezionate	4.740	5.980	7.616
Aziende agricole non a norma	763	1.055	1.590
Aziende agricole non a norma su ispezionate	16,1%	17,6%	20,9%
Inchieste infortuni concluse	19.273	16.337	16.958
Inchieste malattie professionali concluse	10.214	8.863	9.909
Aziende o cantieri con indagini di igiene industriale	2.261	3.519	1.872

Fonte: monitoraggio effettuato dal Coordinamento tecnico interregionale, elaborazione Preo

- ### I problemi ancora aperti
1. Serve una precisa mappatura dei rischi sul territorio per la prevenzione delle malattie professionali
 2. Le azioni dei piani regionali sono tasselli isolati: coordinare le azioni di prevenzione tra Regioni e altri enti dello Stato
 3. Disomogeneità territoriale sull'obiettivo del Patto per la salute di sicurezza nei luoghi di lavoro
 4. Incremento della diffusione del sistema di sorveglianza delle malattie professionali secondo il modello «MALPROF.» oggi operativo in 14 Regioni
 5. Aumento nell'ultimo triennio dei lavoratori irregolari







CORRIERE DEL TICINO

CDT.CH



foto di archivio Keystone)

MONDO | POLITICA - 20 MAR 2013 14:49

Sostanze tossiche in bacchette cinesi

L'attore Huang Bo le ha messe nell'acqua, che è ingiallita emanando forte odore

SHANGHAI - Alcune bacchette in Cina, usate per mangiare, potrebbero contenere sostanze tossiche: lo ha denunciato un attore sul suo suo microblog. Domenica sera, infatti, **Huang Bo**, attore tra l'altro del blockbuster cinese **Lost in Thailand** dell'anno scorso, ha postato in rete la foto delle bacchette che aveva ricevuto da un ristorante che, messe in acqua per essere lavate, l'hanno fatta diventare gialla facendo emergere un forte odore. Il messaggio è stato ritwittato oltre 125.000 volte. Secondo quanto **Dong Jinshi**, segretario generale dell'associazione internazionale per il packaging alimentare, ha detto al **China Daily** che la reazione potrebbe essere dovuta al fatto che nelle bacchette usa e getta c'era solfuro o altre sostanze chimiche, potenzialmente dannose per la salute. Secondo Dong i controlli non sono efficaci e la maggior parte delle bacchette usate nei ristoranti, soprattutto quelle usa e getta, vengono fatte in piccole fabbriche nelle regioni montuose, dove le società non hanno bisogno di particolari licenze. Da qui vengono poi spedite alle grandi città dove vengono impacchettate e distribuite.