

Sanità, per i ticket gli italiani hanno speso quasi tre miliardi

I DATI

ROMA Il governo cerca di tenere sotto controllo la spesa sanitaria, ma nel corso degli anni crescono gli importi che i cittadini devono sborsare di tasca propria sotto forma di compartecipazione, ovvero di ticket, che siano su farmaci, su diagnostica e specialistica o sul pronto soccorso.

Nel 2013 gli italiani hanno pagato più di 2,9 miliardi di euro. Una cifra superiore del 25%, rispetto ai 2,2 miliardi spesi nel 2010, anche se nei confronti del 2012 l'importo risulta sostanzialmente stabile. I dati si ricavano dall'analisi dei numeri contenuti nei rapporti di coordinamento della finanza pubblica della Corte dei conti degli anni 2012, 2013, e 2014.

In realtà il ticket era nato con l'idea di essere un calmieratore delle prestazioni. Oggi, invece, è diventata una fonte di finanziamento imprescindibile, visto che vale quasi il 3% del fondo sanitario. Dai numeri del 2013 sono i cittadini della Lombardia ad aver messo mano di più al portafoglio (490 milioni), seguiti dai veneti con 319. Terzi e quarti i residenti di Lazio (281 milioni) e Campania

(238 milioni).

LE NOVITÀ IN ARRIVO

Ma, il sistema, tra l'altro fortemente diversificato a livello regionale, sembra essere arrivato ad un binario morto (rispetto al 2012 i ricavi sono cresciuti dello 0,1%). Con l'inasprimento delle compartecipazioni le persone o rinunciano a curarsi o preferiscono rivolgersi al privato, che offre costi ormai simili e garantisce tempi d'attesa più brevi. Regioni e Governo nel prossimo Patto per la Salute hanno annunciato (senza entrare nei dettagli) che il sistema sarà «ritoccatto». E la stessa Corte dei conti nel suo ultimo report ha «suggerito» alcune misure (maggiore tutela nuclei familiari, nuovi indicatori per esenzioni e tetti di spesa oltre i quali le prestazioni sono gratuite per gli esenti per patologia) e ricordato le modifiche allo studio.

Le ipotesi prevedono un aumento delle prestazioni sottoposte a ticket (la Corte scrive 30% ma precisa che decisioni spettano a Governo e Regioni); una maggiore equità attraverso la differenziazione dei livelli di contribuzione; nuovi ticket su prestazioni più a rischio di inappropriatazza (ad

esempio ricovero diurni e ordinari o pronto soccorso), e su alcune tipologie di assistenza territoriale e farmaceutica. Anche per i ticket sui farmaci in ballo misure che prevedono il ricorso a compartecipazioni crescenti al crescere della tariffa (ma con un tetto massimo per ricetta) o differenziate per situazione economica. Allo studio anche l'introduzione di un tetto annuale massimo differenziato per situazione economica.

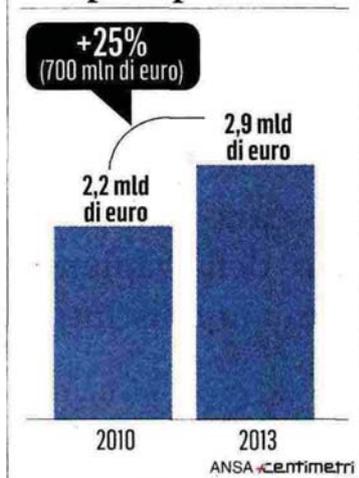
Per la specialistica, si pensa all'abolizione del superticket da 10 euro. Tra le ipotesi anche una revisione dei criteri di accorpamento delle prestazioni per ricetta, rideterminazione del tetto massimo e importi differenziati per situazione economica e per età dell'assistito. Per gli esenti per patologia, una regressione della percentuale di partecipazione su specifiche prestazioni o tetti massimi annuali differenziati per situazione economica. Quale di queste strade sarà presa è ancora ignoto.

Sarà solo il nuovo Patto per la salute, la cui firma è prevista per fine mese, a svelare qualità e quantità dell'intervento e a sciogliere la riserva sulla trattativa 'segreta' portata avanti da Regioni e Governo nell'ultimo anno.

R.E.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La spesa per i ticket



**IN TRE ANNI
ESBORSO CRESCIUTO
DEL 25 PER CENTO
AI PRIMI POSTI
LOMBARDIA, VENETO
E LAZIO**



Cresce l'esborso dei cittadini per i ticket

Ogni anno ci costano 2,9 miliardi

Ticket sanitari sempre più pesanti

In 3 anni la spesa è cresciuta del 25%

LUIGI GRASSIA

Piove sul bagnato. La crisi prosciuga i redditi degli italiani e ci si mettono pure i ticket sanitari: dal 2010 al 2013 il peso di questa voce è cresciuto del 25% a 2 miliardi e 900 milioni, cioè 700 milioni in più. Lo dice una fonte certa, cioè un rapporto della Corte dei Conti.

La questione ha due risvolti: il maggiore costo e la rinun-

cia di molti cittadini a curarsi per l'assoluta necessità di risparmiare, fenomeno già denunciato dall'Osservatorio Civico sul federalismo in Sanità.

Con l'arrivo del superticket sulla specialistica e la diagnostica nel 2011, gli italiani si sono trovati a pagare un fisso extra di 10 euro. Ulteriori problemi hanno creato le differenti scelte regionali nell'applicazione: c'è chi ha preteso 10 euro subito e senza modifiche,

chi non lo ha fatto per niente, chi invece ha modulato il pagamento in base al reddito e chi in base al tipo di prestazione. Così al gravame si è aggiunta l'iniquità.

Uno studio di Agenas, nell'ambito del progetto Remolet (Rete di monitoraggio dei livelli essenziali tempestiva), mostra una diminuzione dell'8,5% delle prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale. Nella fascia di

popolazione che non ha esenzioni né per reddito né per le patologie (che corrisponde alla metà circa di coloro che fanno ricorso alle prestazioni specialistiche) il dato raggiunge addirittura il 17,2%.

La Corte dei Conti suggerisce alcune misure: maggiore tutela dei nuclei familiari, nuovi indicatori per le esenzioni e tetti di spesa oltre i quali le prestazioni siano gratuite per gli esenti per patologia. Fra le ipotesi figurano una maggiore equità attraverso la differenziazione dei livelli di contribuzione, nuovi ticket sulle prestazioni che più rischiano di risultare inappropriate (ad esempio il pronto soccorso) e ticket sui farmaci differenziati per situazione economica.



Il rapporto della Corte dei conti

Visite specialistiche ed esami, ticket più cari del 25%

Il ministro del Lavoro, Poletti: nessun cambio dell'età pensionabile, né innalzandola né abbassandola

ROMA — Le cifre — scomposte anno per anno — non sono nuove, ma il confronto su base triennale, elaborato dalla Corte dei conti, quello sì, colpisce. Nel 2013 — evidenziano i giudici contabili nei loro Rapporti della finanza pubblica — gli italiani hanno pagato più di 2,9 miliardi di ticket sanitari per farmaci, diagnostica, specialistica e pronto soccorso, cioè il 25% in più, pari a circa 700 milioni di euro, rispetto al 2010, quando avevano speso 2,2 miliardi. Da qui la decisione del governo di rivedere assieme alle Regioni lo schema in vigore per la compartecipazione della spesa sanitaria nel nuovo Patto per la Salute che dovrebbe essere presentato a fine giugno. Allo studio dei tavoli tecnici — ricorda l'Ansa approfondendo i dati della Corte dei conti — ci sono novità su indicatori reddituali, tetti di spesa e criteri di esenzioni. L'obiettivo è quello di ottenere un meccanismo con più equità e più attenzione ai nuclei familiari colpiti dalla crisi. Passando ad un altro settore

colpito dalla crisi, in misura anche maggiore — mercato del lavoro e previdenza — il ministro del Lavoro, Giuliano Poletti, ieri ha ribadito che il governo Renzi «non ha in previsione di cambiare l'età pensionabile, né innalzandola né abbassandola. Tutto resta com'è». Bisogna ora lavorare — ha aggiunto Poletti intervenendo a Napoli al convegno organizzato da Repubblica — «per trovare delle vie di equità, partendo da quelle persone che sono fuori dal mercato del lavoro e con gli ammortizzatori non arrivano alla pensione». Non c'è dunque solo l'emergenza giovani. Il ministro pensa «a chi ha 60 anni e perde il lavoro a tre anni dalla pensione, con la possibilità di usufruire solo di due anni di ammortizzatori e nessuna occasione di trovare un'altra occupazione». A questi, che sono una sorta di «esodati» di fatto, «dobbiamo dare una risposta». Poletti ha quindi ricordato gli elementi della legge delega presentata in Parlamento che

«trasforma radicalmente tutti gli elementi del mercato del lavoro, degli ammortizzatori sociali, della strumentazione per le politiche attive del lavoro». Insomma «altro che antipasto, io dico che questo è il piatto» ha quindi affermato il ministro riferendosi al presidente di Confindustria, Giorgio Napolitano, che sabato aveva definito il provvedimento del governo «un antipasto», a cui dovrebbe seguire una riforma più ampia. Tornando a parlare della legge delega, Poletti ha infine indicato il timing dell'approvazione parlamentare e quello dell'entrata in vigore delle misure previste: «Siamo convinti di poterla realizzare in tempi rapidi: entro fine luglio il Senato concluderà i suoi lavori e quindi a inizio settembre potremo andare alla Camera per chiedere e ottenere l'approvazione definitiva della delega a cui seguiranno i decreti attuativi». Decreti che i tecnici del ministero del Lavoro stanno già preparando.

R. R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2,9

milliardi di euro la spesa sostenuta dalle famiglie per far fronte ai ticket sanitari introdotti dalle normative nazionali e regionali

700

milioni di euro il rincaro della spesa sanitaria rispetto al 2010. Un assegno maggiorato sotto la lente del governo che intende ridiscuterlo con le Regioni



L'incremento maggiore nel Mezzogiorno: in molti rinunciano alle cure

Ticket troppo cari, ci rimette sempre il Sud

Marco Esposito

I tickets sanitari sono troppo cari e non poche persone non si curano più. Effetto del rincaro

dei ticket (più 33% nel 2013 rispetto al 2010) e della crisi economica. Lo sottolinea la Corte dei Conti nell'ultimo «Rapporto sul consolidamento della finanza pubblica» e lo aveva mes-

so in rilievo l'Istat nel suo Rapporto annuale 2014 evidenziando come l'11% degli italiani ormai rinunci a prestazioni sanitarie o all'acquisto dei farmaci, pur avendone bisogno. Quota

che sale al 15% nel Mezzogiorno. Per i ticket su prestazioni sanitarie o per i farmaci gli italiani spendono quasi 3 miliardi all'anno, 50 euro a testa.

> Segue a pag. 10

La Corte dei Conti

Ticket sanitari rincarati scatta la rinuncia alle cure

Dal 2010 al 2013 +33%. Peso maggiore nel Mezzogiorno

Marco Esposito

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

L'aumento della spesa per i ticket sanitari - lo ha sottolineato ieri l'Ansa - è stato di oltre 700 milioni tra il 2010 e il 2013 con una crescita del 33% (e non del 25% come la stessa agenzia di stampa ha riportato per una svista). Le regioni nelle quali l'incremento è stato più marcato sono state Puglia, Basilicata e Campania. Ciò nonostante, nel Mezzogiorno il costo procapite dei ticket risulta più basso della media nazionale. La Corte dei Conti segnala «l'accentuazione delle differenze di carattere ormai strutturale negli importi medi pro capite delle partecipazioni complessive, tra le regioni del Nord, del Centro, tutte superiori ai 50 euro pro capite (ad eccezione delle Marche e del Trentino) con punte superiori ai 60 euro in Veneto e Toscana e quelle del Sud di poco superiori ai 40 euro».

Le tabelle pubblicate nel rapporto, in effetti, dicono questo e rischiano di alimentare l'ennesima polemica tra il Nord che paga e il Mezzogiorno che contribuisce meno. Ma è giusto confrontare la spesa sostenuta con il numero di abitanti? Non è più

I territori

Gli aumenti più marcati registrati in Puglia

corretto confrontarla con la ricchezza? Del resto è la stessa Corte dei Conti a evidenziare che «il solo riferimento ai risultati economici

Basilicata e nella Campania

a sistemi di compartecipazione si sia tradotto (come mette in rilievo un recente lavoro dell'Agenas) in una diminuzione delle prestazioni richieste a ragione della crisi economica». E la crisi economica morde di più nel Mezzogiorno.

Ecco perché Il Mattino ha rielaborato le cifre della Corte dei Conti per valutare il peso dei ticket pro capite regione per regione tenendo conto del contesto economico, come si dovrebbe fare del resto per ogni tassa: la pressione fiscale non si misura forse in rapporto al Pil? E la Costituzione non prevede forse che «tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva»?

I risultati visibili in tabella nell'ultima colonna, quella con gli istogrammi verdi, sono eloquenti: le regioni dove il peso dei ticket in rapporto alla disponibilità economica è più elevato sono Puglia, Campania e Sicilia, tutte oltre i 60 euro, con Lombardia, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige sotto i 40 euro. Quindi il principio costituzionale di una partecipazione alle spese progressiva al crescere del reddito (articolo 53) non è rispettato. Con l'aggravante che per i sistemi sanitari del Mezzogiorno la maggiore pressione contributiva sugli assistiti si traduce in un gettito minore rispetto alla me-

dia nazionale.

La Corte dei Conti - pur non evidenziando il maggiore peso dei ticket sulle famiglie meridionali - indica alcune soluzioni per evitare il fenomeno della rinuncia alle cure necessarie, che comunque è più marcato al Sud. La proposta è di «prevedere una tariffa per alcune prestazioni, attraverso un riferimento determinante alla "condizione economica" del nucleo familiare». In altre parole, secondo i magistrati contabili, dovrebbe aumentare il numero di prestazioni per le quali si paga un ticket, con un tetto oltre il quale tutte le prestazioni diventano gratuite. L'obiettivo è di mantenere l'invarianza di gettito non solo per l'insieme del sistema sanitario ma anche per le singole regioni. Il ricavo dei nuovi ticket dovrebbe essere utilizzato per ridurre la compartecipazione alla spesa per le fasce deboli, in modo da contrastare appunto il fenomeno di rinuncia alla cura e alla prevenzione sanitaria. In ogni caso i ticket, sottolinea la Corte dei Conti, non dovrebbero mai essere talmente cari da spingere gli ammalati verso il ricorso alle strutture o ai prodotti del sistema privato.

L'obiettivo, insomma, è «garantire una maggiore equità sociale e, in particolare, una maggiore tutela delle fasce di popolazione caratterizzate da un reddito modesto in relazione alla numerosità dei componenti del nucleo familiare».

Ma dove scatterebbero i nuovi o i maggiori ticket? Il tema è in discussione nel Patto per la salute. Nel mirino

ci sono il ricovero diurno e ordinario, il pronto soccorso ospedaliero, dispositivi come i plantari e poi gli alimenti per celiaci, i prodotti diabetici, pannolini e ossigeno domiciliare. Si ipotizza anche l'abolizione della quota fissa a ricetta (in genere 10 euro), so-

stituita però da una compartecipazione legata «al totale delle tariffe delle prestazioni per ricetta, ma con una revisione dei criteri di accorpamento delle prestazioni per ricetta, con rideterminazione del tetto massimo di comparte-

ecipazione e importi differenziati per situazione economica e per età dell'assistito e, nel caso di esenzione per patologia, una regressione della percentuale di partecipazione su specifiche prestazioni o tetti massimi della compartecipazione annuale differenziati per situazione economica». Decisioni che andranno prese entro giugno. Ma sin d'ora sembra di capire che, prima di andare dal medico, si dovrà passare dal commercialista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il report
Farmaci
la spesa
è in linea**

Il monitoraggio della spesa farmaceutica segnala il sostanziale rispetto dei tetti previsti. La quota, inizialmente fissata al 14%, è stata progressivamente ridotta al 13,1%. Nel 2013 il limite è stato rideterminato all'11,35% escludendo la spesa del cittadino oltre i tetti stabiliti dall'Aifa. Il nuovo limite è stato in sostanza rispettato (si è arrivati all'11,45%), anche se otto regioni (quelle in piano di rientro come la Campania più le Marche) hanno sfiorato il limite.

Quanto pesano i ticket sanitari

(C) il Mattino S.p.A. | ID: 00000000 | IP: 95.85.17.68

	2010 Milioni di euro	2011 Milioni di euro	2012 Milioni di euro	2013 Milioni di euro	Variazione % del 2013 rispetto al 2010	Euro procapite in base alla popolaz.	Indicatore ricchezza regionale (con Italia =100)	Euro procapite corretti in base alla ricchezza
Piemonte	172,4	199,4	228,8	219,3	27,2	49,1	109	45,0
V. d'Aosta	6,5	7,1	7,2	6,9	6,2	54,0	136	39,7
Lombardia	381,0	444,5	485,4	490,2	28,7	50,6	129	39,2
Trentino A.A.	41,5	44,9	47,1	47,3	14,0	47,3	130	36,5
Veneto	230,9	260,3	319,1	319,2	38,2	66,0	115	57,4
Friuli V.G.	46,0	54,3	63,8	62,5	35,9	50,0	113	44,2
Liguria	59,7	73,2	88,8	85,8	43,7	51,6	105	49,1
Emilia R.	173,3	203,1	222,5	229,2	32,3	51,8	122	42,5
Toscana	147,9	169,2	211,0	228,2	54,3	60,6	108	56,1
Umbria	31,1	37,2	47,2	46,7	50,2	51,6	92	56,1
Marche	54,8	67,4	73,5	70,7	29,0	45,2	102	44,3
Lazio	239,8	268,7	287,6	281,0	17,2	50,9	113	45,0
Abruzzo	54,4	67,5	70,4	71,8	32,0	54,2	84	64,5
Molise	12,4	14,1	14,9	14,2	14,5	44,6	78	57,2
Campania	151,6	229,8	235,0	238,0	57,0	43,0	64	67,2
Puglia	103,1	170,0	182,6	179,3	73,9	45,2	67	67,5
Basilicata	15,4	21,0	26,5	26,1	69,5	45,3	71	63,8
Calabria	67,3	73,1	75,4	75,9	12,8	39,1	65	60,2
Sicilia	189,7	215,8	213,9	211,9	11,7	43,3	66	65,6
Sardegna	43,5	50,9	53,4	53,4	22,8	32,7	77	42,5
Italia	2.222,3	2.671,5	2.954,1	2.957,6	33,1	49,8	100	49,8

Fonte: elaborazioni del Mattino su dati Corte dei Conti e Istat

centimetri

Proposta
Nuovi
servizi a
pagamento
per
finanziare
detrazioni
per i poveri



NEL MONDO MANCANO 7,2 MLN OPERATORI SANITARI, 1 MLN IN UE

(ANSA) - ROMA, 5 GIU - Nel mondo mancano 7,2 milioni di operatori sanitari, di cui un milione in Europa. Lo afferma l'organizzazione internazionale Health Workers for All in un appello all'Europa per un impegno concreto su questo problema, reso piu' grave dall'Austerità. "La carenza di personale sanitario e' globale - si legge nel sito italiano dell'associazione - ben 57 Paesi nel mondo, in maggioranza in Africa, hanno carenze critiche di personale sanitario, e un miliardo di persone al mondo non vedra' mai un operatore sanitario nel corso di tutta la vita". L'Italia, che prima attirava medici e infermieri dall'estero, ora sta per vedere un'inversione di tendenza. "La stessa Italia, paese di arrivo per migliaia di infermieri extra europei fino a poco tempo fa - scrivono infatti gli esperti - rischia di tramutarsi oggi, a causa dei tagli alla spesa sanitaria, in un Paese da cui medici e infermieri partono per cercare lavoro all'estero, vanificando cosi' gli investimenti fatti in formazione di questi operatori negli anni passati". Per far fronte alla situazione, spiega l'appello reso noto a Madrid, ci sono cinque 'passi' che l'Europa deve fare, tra cui maggiori investimenti in sanita' e fare piani a lungo termine che prevedano quanti operatori sono necessari e come formarli.(ANSA).

«Io anestesista, ho aiutato a morire 100 malati»

Lucetta Scaraffia

«O Signore, concedi a ciascuno la sua morte: frutto di quella vita in cui trovò amore, senso e pena» scrive il poeta Rilke, e mai come oggi tale invocazione è sembrata di difficile realizzazione visto che la possibilità di intervenire per prolungare artificialmente la vita si accompagna al desiderio di padroneggiare la morte attraverso l'eutanasia. Lo vediamo anche in questi giorni, sull'onda della notizia - del tutto infondata - che nel cattolicissimo Policlinico Gemelli i medici intervengono per abbreviare le sofferenze dei malati affrettandone la morte.

Continua a pag. 18

Massi a pag. 17

Il commento

La difesa della vita e l'errore dei divieti a ogni costo

Lucetta Scaraffia

segue dalla prima pagina

Cioè mettendo in atto un procedimento, si è detto, che si avvicina molto all'eutanasia. Non è così, non si tratta di eutanasia, ma semplicemente di una scelta di desistenza dalle cure quando queste sono percepite dal paziente come troppo onerose, divenute insopportabili come la malattia stessa. Scelta operata con il consiglio e l'assenso del medico curante. Non è eutanasia, è una pratica prevista dall'ordinamento giuridico italiano, dal codice deontologico medico e, in fondo, anche dall'etica cattolica, che si è sempre dichiarata contraria alle cure sproporzionate.

Ma qui si apre una questione che negli ultimi anni ha tenuto banco, non solo nel campo etico, ma anche, se non soprattutto, in quello politico: le cure che garantiscono la sopravvivenza del paziente sarebbero sempre "proporzionate", indipendentemente dal suo desiderio e da quello del medico curante, anche se a garantire la sopravvivenza è una macchina che respira, come nel caso dei malati di Sla, o un tubicino che garantisce l'alimentazione, in altre circostanze. Sarebbe cioè una forma di eutanasia staccare quella macchina, o quel tubo di alimentazione, sapendo che senza questi aiuti i pazienti sarebbero destinati a morire. E non si può affrontare la situazione rifacendosi ai dolorosi casi di Welby ed Englaro, molto diversi tra loro, e talmente manipolati dall'ideologia da non lasciare più spazio a un sereno ragionamento.

I medici sanno che la situazione non è così chiara e semplice: i casi sono molto più complicati, ogni situazione ha la sua storia clinica e umana e, soprattutto, se passa questa posizione legale rigida molti - pazienti o medici - sarebbero indotti a non ricorrere

mai a queste forme di cura, per paura di non potere più staccare la macchina o il tubicino. Con la conseguenza di perdere quella piccola parte di vita che, pur senza speranza di guarigione, potrebbe offrire ancora qualche occasione importante alla realizzazione umana e spirituale del malato. Non sarebbe allora anche una sorta di induzione di morte rifiutare quelle cure fin da principio?

La situazione quindi - da quando la tecnologia è entrata così pesantemente nelle terapie mediche - è molto più complessa e difficile da affrontare di quanto ogni tipo di teoria suggerisce, e certo la via dei divieti non è quella giusta; come sanno bene i medici che vivono il rapporto con la sofferenza dei pazienti, non è neppure sempre realizzabile. Bisognerebbe allora affrontare il problema con coraggio e libertà, senza le pressioni mediatiche di chi, spacciando come eutanasia abituali prassi mediche, vuole tirare l'opinione pubblica dalla parte delle leggi a favore dell'eutanasia. Ma anche senza le pressioni di chi della difesa della vita a ogni costo e in qualunque condizione - cioè anche quando è prolungata artificialmente - fa una battaglia, non solo ideologica, ma anche politica. Facendone anzi la ragion d'essere del suo impegno pubblico. Grazie a queste posizioni, infatti, ottiene o spera di ottenere, a fini elettorali, la garanzia di appoggi senza i quali politicamente non esisterebbe.

Rileggiamo allora Rilke, e ispiriamoci alle sue pieuose parole per arrivare a capire, con una discussione onesta e aperta, senza pesi ideologici, come con serenità si possa affrontare oggi la questione della morte. Che poi, per i credenti, è l'inizio della vita eterna, e certo non un evento da scongiurare a tutti i costi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

Stamina, il sì del giudice e il silenzio del ministro

Silvio Garattini

Sembra impossibile, ma è accaduto. Il dottor Andolina, indagato per accuse infamanti dal Tribunale di Torino, diventa pubblico ufficiale, rappresentante di un altro magistrato per eseguire all'Ospedale di Brescia la stessa attività per cui sta subendo un processo. Il provvedimento del magistrato di Pesaro è una specie di atto estremo per dribblare i medici di Brescia che pure sotto processo hanno deciso di rifiutare altre infusioni del prodotto Stamina. **> Segue a pag. 51**



Segue dalla prima

Stamina, il sì del giudice e il silenzio del ministro

Silvio Garattini

Va ricordato che sotto altra forma sono centinaia i magistrati che in Italia avevano ordinato con sorti alterne, perché non tutti i medici avevano obbedito, di effettuare in ammalati gravi dette infusioni.

Pur ritenendo che questo furore prescrittivo della magistratura sia derivato da buoni sentimenti e dal desiderio di giovare agli ammalati, non si può sottacere che questi atti generano confusione per una serie di ragioni. Si tratta infatti di un prodotto il cui contenuto è mantenuto segreto contro tutte le leggi delle autorità regolatorie che per autorizzare l'impiego terapeutico di un nuovo prodotto devono esaminare e verificare un dossier che riassume dati di laboratorio negli animali d'esperienza, prove di tossicologia e studi clinici. Nessun adempimento di questo genere è stato effettuato per Stamina. Perciò, prima l'Istituto superiore di Sanità, poi l'Agenzia italiana del farmaco avevano proibito, senza essere ascoltati l'impiego del prodotto per completa mancanza di documentazione scientifica. Il sequestro del prodotto da parte del Nas aveva evidenziato nel prodotto solo poche

cellule di dubbia origine, nonché la presenza di detriti cellulari e di altre sostanze che potevano determinarne una pericolosità per i pazienti. Naturalmente, in un Paese che rifiuta la scienza il parere degli scienziati italiani non è stato preso in considerazione e molti mezzi di comunicazione hanno giocato sull'emotività sfruttando il più possibile il parere favorevole di qualche pseudoscienziato in cerca di notorietà per affermare che la scienza era divisa. Si è anche invocato l'impiego «compassionevole» dimenticando che ciò si può applicare solo a casi singoli quando il prodotto sia già in fase di registrazione o comunque abbia una serie di studi che ne documenta la efficacia. Quando ci si è messa la politica le cose si sono ulteriormente complicate raggiungendo il massimo della confusione attraverso leggi e decreti contraddittori.

Incredibilmente sono stati stanziati 3 milioni di euro per una sperimentazione clinica assolutamente illegale non essendo le minime basi scientifiche per giustificarla. Si è messa in moto una Commissione scientifica che avendo dato un parere assolutamente negativo su Stamina è stata smentita dal Tar del Lazio per un cavillo amministrativo. Una seconda Commissione non si è mai riunita, mentre so-

no in corso i lavori di una terza Commissione. Per carità di Patria si sorvola sulle prese di posizioni di vari politici in cerca di gloria, come pure di Regioni che addirittura erano pronte a mettere risorse economiche ed umane per permettere a Vannoni, lo psicologo apparentemente responsabile di questo colossale imbroglio, di realizzare le sue deliranti scoperte.

Andolina ha portato a termine il suo mandato senza trovare ostacoli. Ci si chiede con sgomento se ci saranno altri casi di questo tipo in dispregio a tutte le regole, mentre la comunità scientifica internazionale si interroga incredula su come possano avvenire casi di questo genere. Come se ne esce? Intanto è assordante il silenzio del ministero della Sanità che dovrebbe intervenire per dire una parola definitiva, stimolando la Commissione a non perdere ulteriore tempo. È anche strano il silenzio dell'Associazione dei magistrati che dovrebbe per lo meno fare in modo che le «prescrizioni» mediche debbano passare attraverso qualche filtro competente. Questa farsa di Stamina dovrebbe terminare al più presto anche per rispetto degli ammalati e delle loro famiglie che sono le vere vittime del miracolo di terapie illusorie.

L'alcol rende aggressivi, anche se non si beve

Le parole che si rifanno all'alcol o a termini correlati possono rendere le persone aggressive allo stesso modo di come avviene quando lo si beve. Lo studio che mostra come la psiche possa essere influenzata dalle parole: un fenomeno chiamato priming



Che l'alcol possa rendere le persone aggressive è un dato di fatto dimostrato da diversi studi scientifici. Ma che anche solo le parole e i termini correlati a esso abbiano **gli stessi effetti**, questo forse non tutti lo sapevamo. Eppure è quanto dimostrato da uno studio condotto da un team di ricercatori britannici e statunitensi.

La faccenda prende il nome di "Priming", laddove s'intende un effetto psicologico che deriva dall'esposizione a uno stimolo il quale, a sua volta, **influenza la risposta a successivi stimoli**. Nel caso di questo studio, lo stimolo era semantico, ossia basato sulle parole e sul significato che queste hanno per le persone (e non solo in sé). Il titolo dello studio è emblematico: "Mi stai insultando?". Si è svolto in due fasi distinte e si è basato sull'effetto priming delle parole correlate all'alcol e sui feedback ricevuti a seguito di una prova scritta sostenuta dai partecipanti. I risultati hanno mostrato che le persone **reagivano con un comportamento aggressivo** in particolare quando la provocazione era ambigua e non era ben chiaro se erano stati insultati o meno.

Il dottor Eduardo Vasquez dell'Università del Kent e colleghi hanno sottoposto i partecipanti a due esperimenti. Nel primo, metà degli studenti sono stati esposti a *primes* relative all'alcol: per esempio, le parole "vino", "birra" e "whisky", mentre l'altra metà dei volontari sono stati esposti a *primes* non correlate all'alcol: per esempio, "latte", "acqua" e "succo di frutta". I due test sono stati condotti prima di ricevere i feedback sul saggio che avevano scritto. Una volta ricevuti i feedback, i partecipanti hanno dimostrato un aumento nell'atteggiamento aggressivo di ritorsione quando provocati dal feedback riguardo il saggio, ma solo quando la provocazione **non poteva essere chiaramente interpretata come un insulto**. Una provocazione univoca o chiara ha invece prodotto risposte altamente aggressive, indipendentemente dal fatto che la persona fosse stata esposta a parole relative all'alcol o no (le due serie di *primes*).

Nel secondo esperimento i ricercatori hanno osservato che gli effetti del *priming* dell'alcol era di breve durata. Secondo i dati raccolti, l'effetto **comincia a diminuire dopo sette minuti** ed è sparito dopo circa quindici minuti in seguito all'esposizione alle parole relazionate all'alcol. E' inoltre emerso che l'effetto *priming* dell'alcol ha influenzato l'aggressione rendendo più ostili coloro che erano stati esposti alla provocazione ambigua. Secondo i ricercatori, questi risultati avranno diverse implicazioni per la comprensione del modo in cui le persone si comportano in situazioni in cui è presente l'alcol, compresi bar eventi sportivi e feste.

«Questi risultati forniscono un'altra forte dimostrazione che anche soltanto l'esposizione di qualcuno alle parole correlate all'alcol può **influenzarne il comportamento sociale** in un modo che risulta coerente con gli effetti del consumo di alcol», conclude il dott. Vasquez.

<http://www.lastampa.it/2014/06/09/scienza/benessere/salute/lalcol-rende-aggressivi-anche-se-non-si-beve-dWkQSHdjcYYugW1w0fYyBJ/pagina.html>



SALUTE

Ricerca: ormone della felicità dalle piante, scoperta scienziati russi

“I rami di olivello spinoso - spiega Oleg Lomovsky, che ha guidato il team di ricercatori - contengono moltissima serotonina, una quantità mille volte superiore rispetto al cioccolato o alle banane, le più conosciute fonti di questa sostanza”

Consiglia

Condividi

Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



Roma Scienziati chimici russi hanno sviluppato un metodo per estrarre alte concentrazioni dell'ormone della felicità, la serotonina, dalla pianta dell'olivello, in particolare dai rami che generalmente vengono scartati durante il raccolto. A riportare la scoperta dell'Institute of Solid State ad Mechanical Chemistry di Novosibirsk è il quotidiano St.Petersburg Times. “I rami di olivello spinoso - spiega Oleg Lomovsky, che ha guidato il team di ricercatori - contengono moltissima serotonina, una quantità mille volte superiore rispetto al cioccolato o alle banane, le più conosciute fonti di questa sostanza”. La serotonina, prosegue, è conosciuta come ormone della felicità ma può anche essere utilizzata come conservante naturale per mantenere i fiori freschi da 3 a 5 volte più a lungo rispetto al normale. Con il nuovo metodo messo a punto dagli esperti sovietici sarà ora più facile estrarla dalla pianta.

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 06 GIUGNO 2014

Fisioterapisti. Il lavoro piace, ma il 75% teme il futuro e vuole l'Ordine. L'indagine Aifi

In 7 su 10 si dicono soddisfatti del proprio lavoro e lo consigliano alle nuove generazioni. Ma ai fisioterapisti non piace come il loro profilo viene gestito dalla politica e chiedono maggiore attenzione per poter competere al meglio e fornire servizi migliori ai pazienti. Chiesta anche più collaborazione alle altre professioni mediche e sanitarie.

Fisioterapisti italiani soddisfatti del proprio lavoro, ma non di come viene gestita, a livello politico e istituzionale, la loro professione. Per questo il futuro preoccupa un po'. Al centro dell'attenzione i mutamenti del profilo sociale e culturale del fisioterapista, i paradigmi scientifici, le relazioni con le altre professioni mediche e sanitarie, le problematiche occupazionali. Questi, in sintesi, i risultati della prima indagine nazionale sulla figura del fisioterapista in Italia lanciata dall'Associazione Italiana Fisioterapisti (Aifi) e che sarà presentata domani, in occasione del 55° anniversario della fondazione dell'associazione.

I numeri parlano chiaro: 7 fisioterapisti su 10 sono soddisfatti del loro lavoro e lo consiglierebbero ai giovani. Oltre due terzi investono in formazione e vorrebbero percorsi formativi più approfonditi e specializzati. Ma non sono soddisfatti per come viene gestita, a livello politico e istituzionale, la loro professione. Il 75% mette come prioritario l'ottenimento di un vero Ordine professionale e vorrebbe una tutela contro l'abusivismo, ma molti puntano anche a una definizione europea comune del fisioterapista e allo sviluppo scientifico della professione.

“I professionisti che servono oggi, ed ancor di più quelli che dovranno reggere il confronto con le sfide di domani, devono avere un livello di preparazione alto e sempre più specifico”, commenta **Antonio Bortone**, presidente dell'Aifi. “Vi è la necessità – aggiunge - di confrontarsi con contesti di salute molto più complessi e profondamente cambiati rispetto a quelli di vent'anni fa quando si è avviata la formazione universitaria triennale. Il fisioterapista deve aver coscienza che col suo operare può e deve dare un contributo all'accrescimento del sapere riabilitativo e ad una migliore organizzazione dei servizi offerti al cittadino. Il fisioterapista con una cultura bio-psico-sociale, è tenuto ad avere una visione integrata dei problemi di salute della persona, con una formazione orientata alla comunità, al territorio, alla prevenzione della malattia ed alla promozione della salute, con un risvolto 'umanistico' e allo stesso tempo un orientamento all'appropriatezza clinica ed al corretto uso delle risorse economiche disponibili”.

“La nostra indagine sociologica – ha proseguito il presidente dell'Aifi - ha messo in risalto proprio questo nuovo sistema, nonché diversi contesti, scenari e prospettive future. In due punti: rispondere in maniera più adeguata alle attuali esigenze di cura e salute, centrate soprattutto sulla persona considerata nella sua globalità, inserita nel contesto sociale; riprogrammare la formazione, intesa come il primo elevato segmento di un'educazione che, dovendo durare nel tempo, fornisce conoscenze che lo studente acquisisce in questa fase dando giusta importanza all'autoapprendimento, alle esperienze negli ambiti sanitari ospedalieri e nel territorio, all'epidemiologia, per lo sviluppo del ragionamento clinico e della cultura della prevenzione”.

“La Ricerca – spiega **Marco Ingrosso**, direttore del “Laboratorio Paracelso - Studi sociali sulla salute, la cura e il benessere sociale” dell’Università di Ferrara, che ha condotto la ricerca – si compone di quattro parti fra loro coordinate. Un quadro storico, l’analisi della professione, un’indagine su questionari on line e un’analisi di casi specifici. Nel suo complesso questo lavoro evidenzia, da un lato, una serie di mutamenti di fondo del profilo sociale e culturale dei fisioterapisti italiani e, dall’altro, mette in luce i punti di forza della professione (in particolare il rapporto stretto coi pazienti, l’interesse per la formazione, la grande motivazione al lavoro) in questa travagliata epoca societaria. Essa chiarisce una serie di problemi e dilemmi che si affacciano alla professione in questa fase. In particolare la volontà di combinare scientificità, capacità relazionale, visione olistica del corpo; la necessità che la rivendicazione di autonomia sappia raccordarsi con le esigenze della cooperazione; l’attesa di un ridisegno e di un miglioramento della formazione di base; lo sviluppo di forme contrattuali più stabili e che preservino l’autonomia della professione. Queste alcune indicazioni d’azione nella prospettiva di sviluppare il potenziale del gruppo professionale, nonché il ruolo di guida dell’Aifi nel prossimo periodo”.

Nella prima parte viene presentato il quadro storico, normativo, formativo e organizzativo entro cui si definisce questa professione sanitaria anche in ambito associativo. La seconda parte analizza la condizione della professione in Italia attraverso interviste semi-strutturate e focus-group rivolti alla dirigenza regionale e nazionale dell’Aifi. Ma è la terza parte quella che presenta e discute i risultati di un’indagine campionaria condotta attraverso questionari strutturati somministrati on line ad un numero consistente e significativo (260) di fisioterapisti in servizio attivo. Essa tocca i principali temi già affrontati nella seconda parte, evidenziando differenze culturali, di orientamento, di posizione lavorativa, di età, di formazione e genere che attraversano questo gruppo professionale.

“L’indagine – continua Ingrosso – raccoglie, accanto a dati fattuali che disegnano la nuova composizione di genere, età e occupazione della professione, le opinioni e valutazioni degli appartenenti alla categoria su diversi temi centrali quali: i percorsi formativi attuali e attesi, le prospettive occupazionali, le condizioni di lavoro, le percezioni relative all’identità, al riconoscimento, alle relazioni con le altre categorie sanitarie e con i pazienti”.

“Dai dati – osserva Bortone – emerge che l’identità operativa (ossia le competenze possedute) è piuttosto consensuale e condivisa nella categoria (85-90%), ma, oltre alla sofferenza per l’identità formale non conclusa (ossia l’Ordine), si assiste ad una certa differenziazione sui passi da fare per un completamento. Uno dei punti dolenti è quello del riconoscimento: si ritiene che questo derivi soprattutto dai pazienti, ma sia limitato (in termini di conoscenza e apprezzamento) soprattutto da parte dei medici e delle Direzioni aziendali. Di ciò soffrono anche i rapporti con le categorie sanitarie e mediche del settore riabilitativo, che sono mediamente discreti (variabili da situazione e situazione) ma che, nel complesso si vorrebbero migliori. La crisi occupazionale e il lavoro precario rischiano di minare i livelli di autonomia raggiunti, anche se si respira, come si è detto, una forte voglia di fare, approfondire, realizzare da parte di gran parte degli intervistati, nonostante le difficoltà della situazione economica e sociale attuale”.



AGI Solution

09-06-2014

AIDS: SCOPERTO METODO CHE SMASCHERA HIV LATENTE

(AGI) - Washington, 8 giu. - Individuata una strategia che permette di smascherare l'Hiv latente, un traguardo che potrebbe contribuire a superare uno dei maggiori ostacoli allo sviluppo di una terapia efficace e definitiva per l'infezione da Hiv. I ricercatori del Gladstone Institutes di San Francisco hanno scoperto che aumentando l'attività casuale - o rumore - associata all'espressione del gene Hiv - senza incrementare il livello medio dell'espressione genetica - è possibile riattivare l'Hiv latente. I risultati dello studio sono stati pubblicati sulla rivista 'Science'. Quando l'Hiv infetta una cellula immunitaria inserisce il suo materiale genetico nel Dna della cellula infettata. Nella maggior parte dei casi, la "fabbrica" di cellule immunitarie produce copie del materiale genetico virale, un processo noto come trascrizione. Il meccanismo conduce infine alla produzione - o espressione - di tutti i componenti necessari a diffondere nuovi virus, infettando altre cellule immunitarie del corpo. In alcuni casi, tuttavia, l'espressione dell'Hiv entra in un circuito di attesa e il virus si ferma ad uno stato di latenza all'interno della cellula immunitaria infettata. Una piccola percentuale di Hiv è quindi in grado di nascondersi, introvabile anche dai farmaci più innovativi. Ecco perché comprendere come riattivare l'Hiv latente è una delle maggiori sfide da vincere per trovare una cura definitiva contro il virus. . .

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

Eutanasia Saba, 87 anni, ex della Sapienza «Ho aiutato a morire un centinaio di malati»

«Ho aiutato a morire un centinaio di malati, non la chiamo anestesia letale ma dolce morte, una questione di pietà». Lo confessa un medico in un'intervista al quotidiano *L'Unione Sarda*. Non un medico qualunque. Giuseppe Maria Saba, 87 anni, anestesista e rianimatore, docente per anni nella sua specialità all'università di Cagliari prima, a La Sapienza di Roma poi.

E mentre l'annoso dibattito, etico e non etico, sull'eutanasia e sul testamento biologico (o di fine vita) non fa decidere mai nulla al riguardo, c'è chi in scienza e coscienza (secondo lui) agisce. Nel silenzio. Il dottor Saba non è il primo, e non sarà l'ultimo, a decidere insieme al suo paziente se è giusta o sbagliata quella richiesta. Più da amico che da medico? «Da medico di fiducia». Ma perché parla ora? «Perché non ne posso più — dice Saba — del silenzio su cose che tutti sanno. La dolce morte è pratica consolidata negli ospedali italiani, ma per ragioni di conformismo e di riservatezza non se ne parla». Tanti dottor «dolce morte» che agiscono in silenzio. «Io sono laico,

non credo ai miracoli — si descrive Saba —. E non è la prima volta che parlo. Nel 1982 in un'altra intervista ho raccontato di aver dato una mano ad andarsene a mio padre e, più tardi, anche a mia sorella. Io stesso sono per l'auto-eutanasia. Ho un accordo preciso con mia moglie».

Va bene, ma c'è pur sempre un Codice deontologico da rispettare. «Certo, alcuni parlano di desistenza terapeutica anziché di eutanasia. Il termine desistenza, cioè smetto di ventilarli meccanicamente, significa che sto comunque staccandoti la spina». Una stoccata alla fiera degli ipocriti.

Nella sua carriera, è in pensione dal 1999, Saba ha aiutato malati «quando era necessario, quando te lo chiede e quando tu, nella veste di medico, ti rendi conto che ha ragione. Che senso ha prolungare un'agonia, assistere allo strazio di dolori insopportabili che non porteranno mai a una guarigione?». Lui non si rimprovera nulla. «Ho sempre agito da medico».

Mario Pappagallo

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

