



ELSEVIER 4 febbraio 2014

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Direttiva transfrontalieri mal recepita, in allarme Ue e associazioni utenti

L'approvazione del decreto di recepimento della "direttiva transfrontalieri" potrebbe implicare tempi più lunghi per ottenere le cure all'estero, aprendo contenziosi tra italiani malati e servizio sanitario pubblico. Lo ammette Oreste Rossi membro della commissione sanità dell'Europarlamento all'incontro Motore Sanità organizzato dalla Fondazione Cariplo a Milano con manager ed esponenti del Ssn. La direttiva Ue 2011/24 per aumentare l'accesso alle cure mette in connessione erogatori di prestazioni di tutta Europa, e impone che –ad esempio - un cittadino italiano fruisca in Francia di prestazioni allo stesso prezzo praticato a un francese, o viceversa. Ma lascia agli stati membri la disciplina di come un residente di uno stato Ue può fruire dell'assistenza in un altro stato comunitario. Il decreto italiano licenziato da Palazzo Chigi, che rende operative le indicazioni comunitarie, fissa il rimborso dei costi dell'assistenza fruita all'estero in misura pari alle tariffe regionali vigenti, al netto del ticket. Poi, rimandando il dettaglio ad appositi regolamenti, introduce limiti nelle prestazioni all'estero, fruibili solo se in Italia non ci sono le cure o se i tempi sono lunghi (ma singole regioni possono porre altri vincoli ex articolo 9 comma 8); eccezioni regionali al rimborso delle prestazioni (articolo 8 comma 8); e infine vincoli autorizzativi, con una doppia domanda da fare all'Asl e attese medie di 40 giorni. «Il decreto non individua i centri d'eccellenza, il dettaglio delle norme sul centro nazionale di riferimento è lacunoso – spiega Rossi - e non è escluso che in certi casi i tempi per fruire di cure all'estero si dilatino ulteriormente. Se il regolamento passa con gli attuali vincoli le associazioni dei pazienti sono pronte a ricorrere al Tar. Ma le consultazioni su questa normativa non sono aperte, e quindi ci troviamo in un momento di transizione». Rossi non nasconde che il nuovo modello di assistenza comunitaria ha un cammino ancora difficile: è stato un po' subito dagli stati membri più avanzati (gli indici di guarigione delle strutture dell'Est Europa da certe malattie – oncologia - sono meno di metà di quelli dell'Ovest) e «i ministri nazionali quando si riuniscono in consiglio europeo fanno resistenza alla caduta delle barriere. Tuttavia, insieme ai provvedimenti sulle telecomunicazioni nei quali ho personalmente fatto introdurre la card elettronica per le urgenze sanitarie, la direttiva significa produttività e posti di lavoro».

Mauro Miserendino

Online il Tripadvisor della sanità. Lorenzin: ora più trasparenza

«Una rivoluzione della trasparenza dei servizi sanitari e un cambio culturale». Così il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** commenta il lancio del portale online "[Dovesalute](#)", grazie al quale si potrà effettuare un censimento delle strutture ospedaliere e territoriali del servizio sanitario. Tra le opzioni offerte dal nuovo portale sarà possibile accedere a informazioni e contatti, mappa con l'indirizzo e indicazioni stradali, servizi presenti e commenti di altri utenti che hanno usufruito della struttura, con valutazioni da una a 5 stelle. «L'obiettivo è fare un passo avanti per la trasparenza e fare degli open data un mantra» ha detto il ministro. «Il cittadino potrà, digitando su internet la patologia e il nome della città, sapere - ha spiegato - dove e come viene trattata e con che esiti e si potrà commentare il tipo di ospedalità ed accoglienza ricevuti». Il ministro sottolinea come si sia iniziato con gli Irccs, che sono vigilati dal ministero ma che è stata «lanciata la sfida alle Regioni, chiedendo che ci inviino i loro dati, così da allargare l'offerta a tutto il Servizio sanitario nazionale. È un passo molto importante - ha ribadito Lorenzin - il sistema sanitario ha realizzato per primo costi standard e ora l'open data che vogliamo venga realizzato in tutto l'Ssn».

Marco Malagutti

Scaccabarozzi: rapporto Istat esalta industria farmaceutica italiana

Il comparto salute si esalta nel Rapporto Istat 2013 su dati del 2011. Il valore aggiunto pro capite balza in alto, sia nella farmaceutica per l'industria manifatturiera sia nella sanità per il settore servizi. L'industria farmaceutica presenta altissimo valore aggiunto per ciascuno dei 62 mila dipendenti della filiera: 131 mila euro ad addetto contro un costo di 68 mila annui, indice di competitività di costo 191, il più alto registrato tra tutti i settori (manifatturieri più servizi). Nella chimica delle materie plastiche ad esempio lo stesso indice scende a 141, nell'informatica a 100. La stessa competitività di costo ad addetto si rivede, nel mondo dei servizi, solo nel settore sanità, con indice 154, anche se per valori ben più piccoli: 37 mila euro di prodotto per 27 mila di costo unitario. Sul Rapporto Istat si è soffermato **Massimo Scaccabarozzi** presidente di Farmindustria al convegno milanese Motore sanità organizzato da Fondazione Cariplo. Con particolare riferimento al peso dell'export italiano, Scaccabarozzi ha dettagliato che «fatta cento la competitività dell'industria farmaceutica italiana, il resto del comparto hi-tech ha una competitività di 72 e il resto del manifatturiero di 61; per quanto riguarda invece intensità di ricerca e sviluppo (voce che comprende gli investimenti in ricerca ndr), fatto 100 il nostro settore, l'indice per l'hi tech italiano è a 44 e per il resto dell'industria manifatturiera è a 17.

Siamo secondi solo alla Germania per produttività ad addetto, e del resto costiamo al Ssn 11 miliardi e ne rendiamo 13 in termini di ricchezza più altri 17 con l'export». Scaccabarozzi a questo punto si sofferma sulla direttiva transfrontalieri il cui decreto di recepimento è stato appena approvato in Parlamento. «Volenti o no, alcune regioni dovranno rimuovere gli attuali vincoli. Perché le nostre strutture possano attrarre pazienti dall'estero, bisognerà far trovare sul nostro territorio e nei nostri ospedali farmaci innovativi che al momento, a seconda delle regole regionali, possono essere approvati in commercio con ritardi fino a due anni e mezzo». Di segno opposto l'intervento di Silvio Garattini farmacologo dell'Istituto Mario Negri che traccia un quadro fosco – ma a legger bene non solo a livello italiano – per l'industria e chiede un cambio di mentalità pure ai governi: «Dove, come in Italia, non si fa prevenzione, le cure si sono andate medicalizzando. E invece, in molti campi, di farmaci non abbiamo più bisogno, mentre 6 mila malattie rare e le antibiotico resistenze aspettano risposte. I 70 milioni di fondi Ue in sette anni per la ricerca? Non sono tanti distribuiti in sette anni tra gli stati membri; e il nostro paese, avendo pochi ricercatori, avrà di meno».

Media, bambini e adolescenti: possibile influenza deleteria

Perché è così difficile credere all'influenza dei media su bambini e adolescenti? A chiederselo è **Victor Strasburger**, pediatra alla University of New Mexico School of Medicine di Albuquerque e coautore di un articolo pubblicato sulla rubrica "Pediatrics Perspectives" della rivista Pediatrics. «L'autore della sparatoria alla Navy Yard di Washington, che lo scorso settembre ha ucciso 12 persone, passava fino a 16 ore al giorno giocando a videogiochi violenti come Call of Duty» esordisce il ricercatore. Ma in risposta a un articolo di **Brad Bushman** sul sito Cnn, oltre 1.400 persone erano dell'opinione che i videogiochi violenti non avessero effetti negativi. E non solo: in una recente sentenza (Brown v. Entertainment Merchants Association et al, No. 08-1448) il giudice Scalia della Corte Suprema degli Stati Uniti ha addirittura paragonato i videogiochi violenti alle fiabe per bambini dei fratelli Grimm e all'Odissea di Omero. «Ma come è possibile che media come videogiochi e Tv non abbiano effetti su bambini e adolescenti che passano davanti a uno schermo circa 7 ore al giorno, ma anche 11 se lo schermo è in camera da letto?» si domanda ancora Strasburger, sottolineando che nonostante le migliaia di studi svolti sugli effetti dei media, molte persone semplicemente si rifiutano di crederci. «Così come c'è ancora chi crede che il presidente Obama non sia nato negli Stati Uniti, che il presidente Kennedy non sia stato assassinato, che l'uomo non abbia camminato sulla luna e che l'Olocausto non si sia verificato» aggiunge il pediatra. Quando miliardi di dollari sono in gioco, è difficile assumersi la responsabilità di ammettere che il rapporto tra violenza nei media e nella vita reale esiste, e può essere anche più stretto di molti legami altrettanto deleteri e più facilmente compresi e accettati dal pubblico. Il fumo passivo e il cancro al polmone oppure l'esposizione al piombo e il deterioramento cognitivo, tanto per fare due esempi. Da qui nasce l'ultima domanda: che fare? «Dobbiamo pensare in modo creativo a come educare meglio il pubblico, e i pediatri non possono farcela da soli. Serve l'aiuto delle scuole di giornalismo e dei futuri giornalisti, delle scuole di cinema e dei futuri produttori e registi. E non dobbiamo scordare di educare i nostri ricercatori a comunicare meglio la scienza al grande pubblico» conclude Strasburger.

Pediatrics