

EDITORIALE

IN PRIMO PIANO/ La spietata fotografia dell'ISTAT

**Sigarette elettroniche;
Svapo e nuove dipendenze
Nicotina a 13 anni
La società che invecchia
dimentica i suoi ragazzi**

di Ugo Battaglia

Tra sigarette elettroniche, svapo ecco le nuove dipendenze. Si parla di milioni di adolescenti europei che entrano nel mondo della nicotina prima ancora del liceo. C'è una fotografia che dovrebbe inquietare più di tante statistiche economiche: adolescenti seduti fuori da una scuola, lo zaino sulle spalle, il telefono in mano e una sigaretta elettronica tra le dita. Hanno tredici, quattordici anni. Troppo piccoli per comprendere davvero cosa significhi dipendenza, ma già abbastanza grandi per essere entrati nel mercato della nicotina.

L'Europa scopre così un nuovo volto del disagio giovanile. Non più soltanto il vecchio pacchetto di sigarette nascosto in tasca, ma lo "svapo" colorato, aromatizzato, socialmente accettato, quasi elegante. Un rito generazionale che viene venduto come moderno, leggero, innocuo. E invece crea assuefazione.

La società contemporanea vive una contraddizione gigantesca. Da una parte invecchia rapidamente: si discute ogni giorno di denatalità, pensioni, liste d'attesa, longevità. Dall'altra si dimentica dei giovani. Li osserva distrattamente, spesso soltanto quando diventano un problema statistico o di ordine pubblico. Eppure proprio lì, tra i tredicenni che iniziano a fumare nicotina, si gioca una parte decisiva del futuro sociale ed umano del Paese.

Negli anni Cinquanta il cinema raccontava la "gioventù bruciata". Il simbolo era James Dean: bello, ribelle, inquieto, consumato da una vita veloce fatta di eccessi, motori e fragilità interiori. Morì giovanissimo in un incidente automobilistico, diventando il volto eterno di una generazione inquieta. Oggi il rischio è diverso ma non meno drammatico: creare ragazzi apparentemente normali, perfettamente integrati nei social network e nella società digitale, ma già dipendenti da sostanze che agiscono sul cervello e sui comportamenti.

Il punto più preoccupante è culturale. La nicotina sta tornando ad apparire "normale".

SEQUE A PAGINA 5

L'Italia? Un paese che invecchia male

Si scontano ancora "criticità strutturali" legate alla debolezza della produttività e "ai ritardi" negli investimenti in innovazione, digitalizzazione e sostenibilità. Restano ai margini donne, giovani, migranti. Il calo delle nascite resta una costante e il numero dei nati è inferiore a quello dei decessi. L'economia resiste agli shock ma cresce meno di Francia e Spagna, faticando a compiere un cambio di passo

di Guido Donati

Un Paese diviso, che continua a invecchiare e lascia ai margini donne, giovani e migranti, in cui l'economia resiste agli shock ma cresce meno di Francia e Spagna, faticando a compiere un cambio di passo. Nell'anno in cui l'Istat celebra il suo centenario, il rapporto annuale dell'istituto fotografa un'Italia che sconta ancora "criticità strutturali" legate alla debolezza della produttività e "ai ritardi" negli investimenti in innovazione, digitalizzazione e sostenibilità, in cui l'occupazione non inclusiva, le disuguaglianze di genere e i carichi familiari rappresentano ancora oggi

un fattore che alimenta i divari nelle opportunità sociali ed economiche. Il marcato invecchiamento demografico è determinato dal persistente calo delle nascite, alimentato dalla minore propensione ad avere figli, ma anche dalla riduzione delle generazioni in età riproduttiva. Con un numero di nascite inferiore ai decessi, il saldo naturale nel 2025 continua a essere negativo e la popolazione complessiva si mantiene stabile grazie a un saldo migratorio positivo che compensa quello della dinamica naturale. Aumentano le persone senza figli e i figli unici, mentre continuano a diminuire le coppie con figli.

SEQUE A PAGINA 5



L'INTERVENTO/ Dopo l'approvazione dell'accordo Regione-Federfarma e Assofarm

Farmacie e diagnostica: la prossimità non può diventare deregulation sanitaria

di Mariastella Giorlandino*

La prevenzione è una cosa seria. La sanità di prossimità è una cosa seria. Proprio per questo non può essere trasformata in uno slogan pubblicitario, né in una scorciatoia regolatoria

La prevenzione è una cosa seria. La sanità di prossimità è una cosa seria. Proprio per questo non può essere trasformata in uno slogan pubblicitario, né in una scorciatoia regolatoria. In questi giorni si moltiplicano annunci, comunicati e campagne promozionali sulle prestazioni diagnostiche erogabili in farmacia: elettrocardiogrammi, holter cardiaci e pressori, screening, test rapidi, telemedicina, vaccinazioni. Nel Lazio, la Regione ha annunciato l'approvazione dello schema di Accordo Integrativo Regionale con Federfarma e Assofarm, presentando le farmacie come "centri polifunzionali di prossimità"

e precisando che già da gennaio, nelle farmacie aderenti, si possono eseguire esami e screening con pagamento del ticket. Lo stesso comunicato afferma che l'accordo definisce strumenti contabili per remunerazione e rendicontazione dei nuovi servizi. ([Regione Lazio][1]) Il punto, però, è un altro. Prima ancora di parlare di rendicontazione, ticket e remunerazione, occorre chiarire una questione essenziale: quelle prestazioni sono erogate in locali previamente verificati e autorizzati sotto il profilo igienico-sanitario?

SEQUE A PAGINA 3

ECONOMIA&SOCIETÀ



Lavoro, se nessuno si presenta ai colloqui
pagina 6

AUTISMO



La sfida oltre la diagnosi, costruire una rete per famiglie e bambini

pagina 9

SEGUE DALLA PRIMA

Farmacie e diagnostica: la prossimità non può diventare deregulation sanitaria

E sistono elenchi pubblici delle farmacie abilitate? Sono stati definiti e applicati requisiti regionali omogenei? Sono state verificate aerazione, separazione dei flussi, privacy, gestione dei rifiuti sanitari, responsabilità professionali, collegamento con il medico, tracciabilità dei dati e alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico? Se la risposta non è chiara, il problema non è amministrativo. È sanitario. È giuridico. È istituzionale. La normativa sulla farmacia dei servizi non autorizza una deregulation mascherata da prossimità. Al contrario, richiede che le prestazioni siano collocate dentro un quadro di regole, requisiti e controlli. Gli accordi regionali devono fissare requisiti minimi di idoneità dei locali; le prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale devono essere erogate nell'ambito degli specifici accordi regionali e sotto vigilanza dei competenti organi regionali. ([Quotidiano Sanità][2]) Alcune Regioni, come l'Emilia-Romagna, hanno adottato atti dettagliati sui requisiti generali, procedurali, organizzativi, strutturali, igienico-sanitari e tecnologici che le farmacie devono possedere per svolgere attività sanitarie diverse dalla dispensazione del farmaco. ([BURERT][3]) E allora la domanda è inevitabile: nel Lazio, e nelle altre Regioni che promuovono queste attività, dove sono i provvedimenti puntuali che attestano l'idoneità dei locali? Dove sono i disciplinari operativi? Dove sono i criteri di controllo? Dove sono gli elenchi delle farmacie effettivamente abilitate? Non basta dire che la farmacia è vicina al cittadino. Anche un locale inadeguato può essere vicino. Anche un percorso sanitario mal governato può essere comodo. Anche una prestazione non sufficientemente controllata può apparire efficiente. Ma in sanità la comodità non sostituisce la sicurezza, e la capillarità non sostituisce l'autorizzazione. Qui emerge un doppio standard ormai insopportabile. Da una parte ci sono ambulatori, poliambulatori, laboratori, strutture diagnostiche e strutture sanitarie private accreditate, sottoposti a requisiti autorizzativi, verifiche ASL, controlli strutturali, standard tecnologici, obblighi organizzativi, responsabilità professionali, procedure di gestione del rischio, tracciabilità delle prestazioni e controlli sull'igiene dei locali. Dall'altra parte si sta costruendo, passo dopo passo, una rete parallela di prestazioni sanitarie in farmacia, presentata al pubblico con toni promozionali, ma non sempre accompagnata dalla stessa trasparenza sui requisiti, sugli atti autorizzativi, sulle responsabilità e sui controlli. Questo non è sviluppo della sanità territoriale. È disallineamento regolatorio. È concorrenza asimmetrica. Ed è, soprattutto, un possibile rischio per il paziente.

La questione non riguarda le farmacie in quanto tali. Le farmacie svolgono una funzione importante e nessuno nega il loro ruolo di presidio territoriale. Ma proprio perché entrano in ambiti sempre più sanitari, devono essere assoggettate a regole sanitarie piene. Non può esistere una sanità "leggera" per alcuni soggetti e una sanità "pesante" per altri. Non può esistere un ECG di serie A, sottoposto a requisiti rigorosi se eseguito in una struttura sanitaria, e un ECG di serie B se eseguito in

dispensare farmaci e non per sostituire strutture sanitarie autorizzate. C'è poi il tema dei dati. Ogni prestazione diagnostica genera informazione sanitaria. Un ECG, un holter, uno screening, un test rapido, una valutazione eseguita in telemedicina non sono atti neutri. Producono dati clinicamente rilevanti, che devono essere trattati secondo il GDPR, protetti con misure adeguate di cybersicurezza, correttamente refertati, tracciati e resi disponibili nel Fascicolo



Nel tondino, Mariastella Giorlandino, presidente UAP

farmacia. Non può esistere uno screening sicuro in ambulatorio e uno screening "di prossimità" in locali di cui non sia stata resa pubblica l'idoneità. La prossimità è un valore solo se aumenta la protezione del cittadino. Se invece serve a ridurre requisiti, controlli e responsabilità, diventa un alibi. Il rischio igienico-sanitario non è un dettaglio. Dove si eseguono prestazioni sanitarie, si incontrano persone fragili, anziani, immunodepressi, pazienti con patologie croniche, cittadini che possono avere sintomi infettivi, utenti che accedono agli stessi spazi per acquistare farmaci, fare test, ricevere consulenze, vaccinarsi o sottoporsi a screening. Senza locali idonei, flussi separati, adeguata aerazione, procedure di sanificazione, gestione dei materiali contaminati, formazione del personale e regole chiare, la prossimità può trasformarsi in promiscuità sanitaria. Poi non dovremo meravigliarci se si registreranno contagi in farmacia. La prevenzione non si improvvisa dopo. Si organizza prima. Durante la pandemia abbiamo imparato che il rischio infettivo non si governa con la buona volontà, ma con spazi, procedure, separazione dei percorsi, dispositivi, tracciabilità e responsabilità. È paradossale che quella lezione venga dimenticata proprio mentre si moltiplicano prestazioni sanitarie in luoghi che, per storia e funzione principale, sono nati per

Sanitario Elettronico. Se questi dati restano in circuiti separati, piattaforme private o flussi non pienamente integrati, il sistema pubblico si impoverisce e il medico non dispone di un quadro completo del paziente. La sanità digitale non può essere invocata solo quando serve a rendere più appetibile un servizio. Deve valere anche quando impone responsabilità, sicurezza informatica, interoperabilità, alimentazione del FSE, accountability e presa in carico. Per questo occorre fermare subito la retorica dell'"ormai si può fare". No: in sanità non basta poter annunciare una prestazione. Bisogna poter dimostrare che quella prestazione è legittima, sicura, tracciabile, controllata e integrata nel Servizio sanitario. Al Ministero della Salute, alle Regioni, alle ASL e agli organi competenti va posta una domanda semplice: quali farmacie sono oggi effettivamente autorizzate a erogare prestazioni diagnostiche, in quali locali, con quali requisiti, con quali controlli, con quali professionisti, con quali responsabilità, con quale raccordo con il medico e con quale alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico? E ancora: quali prestazioni sono realmente erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale? In forza di quali disciplinari regionali? Con quali criteri di appropriatezza? Con quali limiti di spesa? Con quali sistemi di rendicontazione e

controllo? Senza queste risposte, ogni campagna promozionale rischia di avallare una zona grigia. E una zona grigia in sanità non è mai neutra: sposta responsabilità, abbassa standard, confonde i cittadini e mette in difficoltà gli operatori che rispettano le regole. UAP non è contro la prevenzione. Al contrario, è favorevole a ogni iniziativa che aumenti diagnosi tempestive, accessibilità e consapevolezza. Ma la prevenzione vera non si costruisce con la deregulation. Si costruisce con qualità, responsabilità, presa in carico e sicurezza delle cure. Il punto è elementare: stesse prestazioni devono significare stessi requisiti, stessi controlli, stesse responsabilità. Se una struttura sanitaria privata deve rispettare requisiti autorizzativi rigorosi per erogare prestazioni diagnostiche, non si vede perché prestazioni analoghe possano essere pubblicizzate ed erogate in farmacia senza la medesima evidenza pubblica di idoneità dei locali, adeguatezza organizzativa, sicurezza del paziente, tracciabilità dei dati e vigilanza sanitaria. La sanità territoriale non ha bisogno di scorciatoie. Ha bisogno di regole serie. Non ha bisogno di comunicati trionfalistici. Ha bisogno di atti, controlli e responsabilità. Non ha bisogno di moltiplicare canali paralleli. Ha bisogno di integrare medici, strutture sanitarie, farmacie, laboratori, poliambulatori e servizi pubblici dentro una filiera ordinata e sicura. Semplificare non significa deregulation. Innovare non significa abbassare gli standard. Avvicinare i servizi ai cittadini non significa rinunciare alla sicurezza. La farmacia può certamente contribuire alla sanità di prossimità. Ma non può diventare, per via pubblicitaria, un presidio diagnostico parallelo, sottratto alla trasparenza dei requisiti e alla parità delle regole. Prima le autorizzazioni. Prima i requisiti. Prima i controlli. Prima la sicurezza del paziente. Poi la comunicazione. Perché in sanità l'ordine delle cose conta. E quando si inverte quell'ordine, il rischio non lo pagano gli slogan: lo pagano i cittadini. * **Presidente Uap (Unione Nazionale Ambulatori, Poliambulatori ,Enti e Ospedalità Privata** [1]: <https://www.regione.lazio.it/notizie/approvazione-accordo-integrativo-federfarma-assoform> " | Regione Lazio | Farmacie, approvato l'accordo integrativo con Federfarma e Assofarm " [2]: <https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/farmacia-dei-servizi-ecco-tutte-le-novita-decreto-per-decreto/> "Farmacia dei servizi: ecco tutte le novità, decreto per decreto" [3]: <https://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=f49a6e70154a46fe8a08e0998671a7ae> "n.75 del 13.03.2024 periodico (Parte Seconda) - Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna — (BURERT)"

Difficile calcolarne il peso, nel 2013 Agenas lo stimava in 6 miliardi

Dagli appalti alle nomine, la sanità terreno più a rischio di frodi e abusi

Dai falsi certificati alle irregolarità nelle liste d'attesa, passando per gli appalti per l'acquisto di apparecchiature: l'ammontare delle perdite dovute a frodi e corruzione in sanità "è dell'ordine di miliardi". Non si tratta solo di grandi scandali, ma anche di "una vasta area di pratiche diffuse e spesso tollerate che finiscono per sottrarre risorse pubbliche e compromettere l'equità delle cure". È l'allarme che arriva dal Report dell'Osservatorio Gimbe "Frodi e abusi in sanità", presentato insieme all'Autorità nazionale anticorruzione. La sanità è tra i settori più vulnerabili proprio per l'enorme volume di spesa

legato agli acquisti. Anac stima che nel 2023 il 25% del valore complessivo dei contratti pubblici abbia riguardato farmaci, dispositivi medici e servizi come mense o pulizie negli ospedali, per un totale di 70,5 miliardi, dato che indica l'ampiezza dell'area di spesa pubblica più esposta, questo, già nel Piano nazionale anticorruzione del 2016 l'Autorità aveva individuato nella sanità uno dei settori a più alto rischio. Successivamente, con le linee guida del 2017 sui codici di comportamento nel Servizio sanitario nazionale, ha fissato indicazioni per prevenire conflitti di interesse, regolare rapporti con le case farmaceutiche e rafforzare imparzialità e trasparenza.

"Ridurre il problema alla sola dimensione penale significa sottostimarla - osserva il presidente del Gimbe, Nino Cartabellotta - perché c'è anche una vasta area grigia di pratiche diffuse fatta di malagestione e inefficienze". Il report individua 65 diverse tipologie, inclusi favoritismi nelle nomine e nelle assunzioni. Ma elaborare stime sull'impatto economico resta complesso. La valutazione più citata resta quella di Agenas che nel 2013 stimava un impatto pari al 5,6% della spesa sanitaria pubblica, pari a circa 6 miliardi. Una delle criticità che l'Anac è stata fra i primi a segnalare, è l'esternalizzazione del personale sanitario, con il ricorso ai cosiddetti "gettonisti". Una pratica che -

secondo il presidente Giuseppe Busia - ha aumentato i costi e indebolito la qualità dei servizi". Restano elevate le criticità nelle procedure di acquisto e persistono irregolarità nelle nomine e negli incarichi, che "in un settore così delicato devono essere sempre fondate sul merito", aggiunge il presidente dell'Anac. Il rapporto richiama anche l'attenzione sulla gestione delle liste d'attesa e della libera professione: "Quando un intervento o una visita viene spostata, non per necessità clinica, ma per relazioni personali - avverte il presidente Gimbe - si altera il principio di equità". Gli effetti possono tradursi in ritardi nelle cure e riduzione della qualità dell'assistenza.

E ricadono soprattutto sulle fasce più fragili della popolazione. La letteratura scientifica internazionale, si legge, documenta una correlazione tra alti livelli di corruzione sanitaria e peggioramento degli indicatori di salute, inclusi aumento della mortalità infantile e riduzione dell'aspettativa di vita. Per contrastare il fenomeno, Gimbe chiede l'istituzione di un Osservatorio nazionale, capace di integrare dati sanitari, amministrativi e giudiziari. Un ruolo importante potrà averlo anche la digitalizzazione. "Rendere nativi digitali contratti, dati e processi significa rafforzare la capacità del sistema di prevenire abusi", conclude Busia.