



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il decalogo

Riforme, non solo lo Stato: ecco cosa tocca ai privati

Imprese e credito potrebbero rilanciare lo sviluppo: ci sono almeno dieci motivi per farlo

Oscar Giannino

Tre giorni fa è stato il turno di Confindustria, chiedere riforme al governo a nome delle imprese italiane. L'indomani è stata la Banca d'Italia, a fare il punto della condizione italiana. Per tanti versi è giusto così: gli errori più gravi che ci lasciamo dietro da oltre un ventennio - ben prima dell'euro - sono stati commessi dalla politica. E' lei ad aver dilapidato il dividendo dell'euro in aumenti della spesa pubblica corrente prima, accrescendo in maniera vertiginosa le imposte poi, per riequilibrare la finanza pubblica, e dimenticando sempre interventi necessari per rilanciare la produttività. Ma poniamoci per una volta la domanda al contrario. Siamo sicuri che la colpa sia solo di uno Stato oggettivamente bradipo e strangolatore? Oppure, come italiani, è anche a imprese e banche che dobbiamo chiedere una bella lista di cambiamenti?

Non c'è dubbio, è la seconda risposta quella giusta. Imprese e banche hanno la loro bella responsabilità, in tutta Italia e nel Mezzogiorno. Non solo di ritardi accumulati nelle graduatorie internazionali, ma anche di oggettive connivenze con la cattiva politica come del resto la cronaca anche in questi giorni sta abbondantemente dimostrando.

Su questo tema fare prediche generali è sbagliato. Espone al rischio di sposare e rafforzare il pregiudizio ostile all'impresa privata che nel nostro Paese è ancora troppo diffuso ed è parte del problema-Italia, non della sua soluzione. Ha più senso allora fare esempi concreti, compilare una sorta di decalogo delle riforme da chiedere ai privati.

Primo: le imprese italiane

innovano troppo poco. I brevetti depositati per milione di abitanti sono 43,7 nella media italiana, di un terzo inferiore a

quella tedesca, mentre il picco europeo si tocca con i 263 della Baviera.

Secondo: innovano poco nei settori di punta. Nel biotech, i brevetti delle imprese italiane sono 2,8 per milione di abitanti, metà di quelli tedeschi e un quarto rispetto ai 9,2 della Baviera.

Terzo: le imprese innovano poco anche

nella gestione organizzativa. Il problema non è la proprietà familiare, ma la conduzione manageriale familiare delle imprese: in Italia proprietà e management di famiglia coincidono ancora per oltre il 70%, con punte superiori all'80-85% nel Sud, rispetto al 20% in Catalogna, e al 32% in Baviera.

Quarto: le imprese hanno preferito diventare nei decenni oggetti passivi delle regole del mercato del lavoro, invece di trasformarsi in soggetti attivi. E' vero, fisco, burocrazia e soglie dimensionali dello Statuto dei lavoratori sono piombo nelle ali, ma il tasso di occupazione al 59% dell'Italia è tanto distante da quello tedesco che, per raggiungerlo, implicherebbe oltre 5 milioni di occupati in più. La responsabilità di non aver accresciuto la densità di occupati per impresa media non è solo figlia dei limiti pubblici - pesantissimi - ma di una bassa propensione alla crescita, che imporrebbe altrimenti, oltre una certa so-

glia, perdere il controllo manageriale familiare.

Quinto: il limite della bassa occupazione è ancor più pesante nel manifatturiero, in ciò che l'economia italiana deve preservare e rafforzare e dal quale dipende gran parte della sua futura credibilità sui mercati stranieri. In Italia il lavoro manifatturiero pesa il 24,9% degli occupati totali italiani e al Sud la metà, rispetto al 29% della Germania. E la cosa va peggio se guardiamo alle specializzazioni della manifattura medium-high tech, quelle che producono il più del nostro attivo commerciale sui mercati del mondo: solo il 4,9% in Italia di occupati nel medium hi-tech e poco più dell'1% nel Sud, rispetto al 10% della Baviera.

Sesto: le imprese restano poco patrimonializzate, perché la conduzione familiare preferisce spesso arrivare ai limiti di tenuta e poi chiudere, invece di pensare per tempo a raccogliere capitali che impongono gestioni non familiari. I 200 miliardi di ripatrimonializzazione che il governatore della Banca d'Italia Visco ha richiamato come misura di ciò che serve alle imprese italiane per dormire sonni meno travagliati danno l'idea di quanto ampio sia il gap di capitale da colmare (anche se l'Abi difende le scelte degli istituti sottolineando che in nessun altro Paese europeo si sono fatti così ingenti aumenti di capitale come da noi).

Settimo: anche le banche hanno colpa, eccome, della durissima restrizione di credito che è stata riservata a famiglie e imprese. I 35 miliardi di euro

di aumenti di capitale degli istituti bancari partiti da inizio 2014 sono stati tardivi, giustificati solo dalla paura dei controlli in arrivo da parte della nuova vigilanza europea unificata.

Dal 2008 in avanti le banche italiane hanno ricapitalizzato solo se e quando costrette con la pistola alla tempia. Mentre aumenti di capitale servivano prima e come il pane, per avere più patrimonio disponibile a reggere l'aumento delle sofferenze. Non lo hanno fatto, e così ci hanno rimesso famiglie e imprese cioè la domanda interna che è l'unica a poter stimolare una crescita meno leggera di quella prevista per i prossimi mesi da tutti gli indicatori economici.

Ottavo: i fondi europei. Non è solo lo Stato e innanzitutto le Regioni destinatarie del 70% delle risorse messe a disposizione dall'Unione europea (più di 40 miliardi per la programmazione 2014-2020), a non

saper fare uso dei fondi europei, e farci puntualmente rischiare di perderne oltre il 50% al Sud, cioè una quarantina di miliardi di euro ogni 6 anni. Sono le imprese, che non si sono dotate di expertise adeguata a concentrarsi su richieste inordinate e organizzate su grandi progetti, ma continuano colpevolmente a disperdere troppe delle loro domande in microprogetti a pioggia e di bassissimo impatto.

Nove: e anche le banche sono in questo responsabili, perché al

Sud sono passate dai decenni in cui il merito di credito era valutato secondo criteri politici e discrezionali - di qui la scomparsa del Banco di Napoli e di quello di Sicilia - a una bassa capacità di valutazione del rischio di credito, che è altra cosa dal dire sempre no.

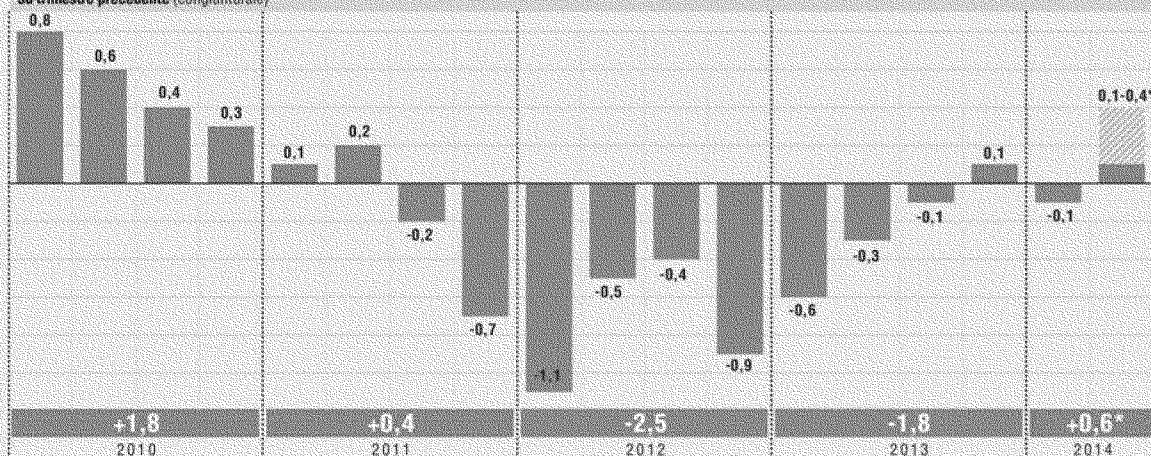
Dieci: E infine il punto sulla legalità. E' vero che la foresta normativa italiana scoraggia gli onesti e copre con le sue mille frasche corrotti e collusi, ma troppo miliardi in Italia vengono bruciati in pratiche illecite anche perché le imprese per decenni hanno tardato ad abbracciare - innanzitutto al Sud - un serio e duro impegno tra trasparenza e legalità.

Come si vede, le riforme per ridare futuro all'Italia spettano certo alla politica e al governo Renzi. Ma non solo a loro. E' l'Italia in quanto tale, anche quella privata delle aziende e delle banche, che deve tirarsi su le maniche.

Andamento del Pil

Variazioni % del Pil reale per trimestre (dati corretti per giorni lavorativi) e variazioni % medie annue

Su trimestre precedente (congiunturale)



Fonte: Istat * stima

ANSA centimetri



Innovazione
È ancora sconosciuta
Nel biotech solo 2,8% di brevetti per milione di abitanti



Fondi Ue
Mancano competenze aziendali per puntare ai grandi progetti: vince il micro



Legalità
Troppa tardiva la risposta delle imprese alla criminalità

I DATI DEL GOVERNO

Livelli di assistenza, la Campania bocciata dal ministero della Salute

CASERTA (r.c.) - E un quadro tutt'altro che lusinghiero è emerso dall'ultimo rapporto sui Lea (livelli essenziali di assistenza) dal ministero della Salute: la Campania è l'unica regione italiana a risultare bocciata su tutta la linea. In particolare per "l'assistenza residenziale per anziani e disabili, per

malati terminali, e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. Criticità per le vaccinazioni antinfluenziali per anziani e screening".

La regione è riuscita a totalizzare, sommando i dati di ciascuno degli indicatori dell'indagine, solo 117 punti. All'altro capo della classifica, con il

miglior risultato, l'Emilia Romagna che ha totalizzato ben 210 punti. 31 gli indicatori presi in esame, ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogate da ciascuna regione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bruno Zuccarelli (ordine dei medici): «Sanità settore a rischio se non si volta pagina»



«Siamo lieti che i sacrifici richiesti in questi anni alla classe medica e ai cittadini per risanare i conti della sanità non siano stati vani. Ora però è il momento di interrogarci sull'esigenza di appostare risorse economiche per una seria opera di riorganizzazione del sistema sanitario regionale. È un impegno al quale nessuno può sottrarsi. Le ragioni economiche non possono infatti piegare la richiesta di salute dei cittadini, il diritto di tutti i medici e sanitari di lavorare in ambienti sicuri e adatti al rispetto della dignità professionale di ciascuno; nè tantomeno possono mortificare le speranze e le aspirazioni dei giovani che troppo spesso sono costretti a migrare verso le realtà del Nord Italia».

Così Bruno Zuccarelli che da segretario regionale introduce alcuni temi del VII

congresso campano dell'Anaa Assomed, in programma oggi e domani a Napoli. Zuccarelli anticipa poi alcune delle questioni che preoccupano il sindacato: quelle del precariato e dell'impossibilità per una grossa fetta di giovani di accedere ai percorsi di specializzazione, ma a anche «le ragioni di quanti sono costretti a sopperire ogni giorno con abnegazione e spirito di sacrificio alle carenze di un sistema bloccato ormai da anni».

«Tralasciando - dice Zuccarelli - le questioni legate alla sicurezza, che pure ci sono molto care e sulle quali siamo e saremo costantemente attenti, non è più accettabile che ai colleghi si richieda di andare sempre oltre: nell'accettare, nel sacrificarsi, nel sopportare. Certo, si decide di indossare il camice per passione, per il desiderio di aiutare il prossimo e migliorare, ove possibile, la qualità della vita dei pazienti. Tuttavia, lavorare in condizioni limite, essere costretti a spingersi sempre e comunque oltre le proprie possibilità, non è accettabile. Non lo è per gli operatori, non lo è per i pazienti che hanno sempre diritto a ricevere le migliori cure possibili».

Il segretario regionale affronta anche la questione giovani: «Dopo anni di studio - dice - moltissimi ragazzi si trovano imbrigliati in un sistema 'ad imbutò, solo una piccola parte di quanti arrivano alla laurea possono infatti completare il proprio iter formativo. Assistiamo inoltre ad un triste primato, quello dell'abbandono della regione per necessità. Per la prima volta, il numero di professionisti che sono emigrati per lavorare ha sorpassato quello dei coetanei che sono rimasti. E questo è il segno più evidente del blocco del turn-over che ormai ci vede allo stremo. Il grave rischio è che un'intera generazione si perda. Siamo lontani dagli obiettivi fissati dalla legge Biagi, che puntava ad una flessibilità virtuosa; oggi si guarda ai medici come a lavoratori da usare a cottimo». «Considerando tutto il personale, in regione ci sono oggi poco meno di 1300 precari nelle Asl e negli ospedali, un esercito di invisibili - conclude Zuccarelli - colleghi che non hanno certezze, se non quella dell'amore nei confronti di una professione che continuano a svolgere con assoluto impegno e senza alcun clamore. Medici che, nonostante tutto, riescono ancora a regalare un sorriso ai pazienti».

martedì 3 giugno 2014

Digitalizzazione. Le regole per la produzione della documentazione elettronica in vista dell'appuntamento del 6 giugno

FatturaPa, i codici al contratto

Cig e Cup vanno chiesti al momento della stipula del rapporto di fornitura



Rosario Farina
Benedetto Santacroce

Per arrivare preparati al prossimo avvio della **fatturazione elettronica**, previsto per il 6 giugno, i fornitori della pubblica amministrazione devono adeguare i sistemi di fatturazione secondo il percorso tracciato dal decreto del ministero delle Finanze 55/2013 e dai successivi interventi interpretativi (circolare 37/2013 della Ragioneria generale dello Stato; circolare 1/2014 del dipartimento delle Finanze di concerto con il dipartimento della Funzione pubblica) e composto da precisi step che non coinvolgono soltanto l'aspetto tecnico-informativo ma anche

l'aspetto organizzativo e di revisione dei processi aziendali.

Il tracciato

Il primo passo da affrontare riguarda la formazione della fattura costituita da un documento informatico in formato strutturato XML (eXtensible Markup Language) che prevede nel tracciato, oltre alle informazioni fiscali previste dall'articolo 21 del Dpr Iva, anche altri elementi obbligatori come il codice ufficio della Pa destinataria e il codice Cig e/o Cup.

Il Sistema di interscambio (Sdi), attraverso il quale viene trasmessa la fattura, controlla, prima di inviarla alla Pa destinataria, il rispetto delle regole del tracciato: ad esempio un campo destinato a un numero intero non potrà contenere lettere, un campo obbligatorio non potrà

essere privo di dati, eccetera.

I campi

Ciò comporta, oltre all'utilizzo di un determinato linguaggio informatico, anche una correlazione tra i dati della fattura gestiti dai propri sistemi di fatturazione e i campi presenti nel tracciato definito dal Sistema di interscambio che, in alcuni casi, richiedono dei codici vincolanti (ad esempio per le natura delle operazioni fatturate e per le tipologie Iva utilizzate) da gestire tramite opportune tabelle di trascodifica. Inoltre è necessario definire i processi interni di acquisizione delle informazioni divenute obbligatorie nei rapporti con la Pa. In particolare, tutti gli uffici devono essere identificati per mezzo di un codice univoco assegnato dall'Ipa (Indice delle pubbliche amministrazioni) che deve essere inserito a cura dei fornitori nell'elemento «CodiceDestinatario» del tracciato XML.

L'ultima circolare del 31 marzo del ministero dell'Economia e delle finanze e della Funzione pubblica consente di individuare il codice ufficio anche in caso di mancata comunicazione da parte della Pa: dall'Ipa è infatti possibile desumere, rispetto al codice fiscale del destinatario della fattura, il codice univoco o, nel caso di presenza di più codici associati, il codice di fatturazione centrale.

I nuovi codici

Inoltre l'articolo 25 del decreto legge 66/2014 ha incrementato le informazioni obbligatorie delle fatture elettroniche verso la Pa con la previsione del Codice identificativo di gara (Cig) e del

Codice unico di progetto (Cup), che non erano di norma oggetto di gestione nei sistemi di fatturazione delle imprese in quanto la loro gestione era principalmente a carico della stazione appaltante piuttosto che dei fornitori. Certamente la soluzione più efficiente per i fornitori è quella di acquisire queste informazioni già in fase di stipula dei contratti di fornitura, provvedendo a una modifica delle modalità di gestione dei rapporti commerciali e contrattuali con la Pa.

Il reperimento dei codici ufficio comporta l'esigenza di un'associazione degli stessi con le anagrafiche clienti presenti nei propri sistemi di fatturazione attraverso l'unico campo chiave comune con l'Ipa, ossia il codice fiscale della Pa destinataria. Ciò richiede una preventiva bonifica degli archivi gestionali in quanto il sistema di controllo dello Sdi verifica anche la presenza nell'anagrafe tributaria della partita Iva e del codice fiscale riportati nella fattura dal fornitore e in caso contrario scarta la fattura.

La firma

Ogni fattura Pa, dopo la sua completa compilazione e prima di essere inviata, deve essere firmata dal soggetto che la emette tramite un certificato di firma qualificata attraverso il quale viene garantita l'integrità delle informazioni contenute e l'autenticità dell'emittente. Per dotarsi di un certificato di firma qualificata è necessario rivolgersi a uno dei certificatori autorizzati presenti nell'elenco pubblicato sul sito dell'Agenda per l'Italia digitale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il calendario

IL DEBUTTO



DAL
6 GIUGNO
2014

L'avvio dell'obbligo di fatturazione elettronica verso le Pa centrali

Per le imprese fornitrici la fatturazione elettronica è obbligatoria dal 6 giugno nei confronti di ministeri, Agenzie fiscali ed enti di previdenza

I CONTENUTI



DAL
6 GIUGNO
2014

Nel documento i dati fiscali, il codice ufficio Pa e i codici gara e progetto

La fattura elettronica è in formato XML e prevede le informazioni fiscali, il codice ufficio della Pa destinataria e quelli identificativi di gara e progetto

IL SECONDO AVVIO



DAL
31 MARZO
2015

L'avvio dell'obbligo nei confronti di tutte le Pa

Il 31 marzo 2015 avvio a regime della fattura elettronica obbligatoria nei confronti di tutte le pubbliche amministrazioni, comprese quelle locali

L'ADEMPIMENTO



ENTRO
DICEMBRE
2014

L'individuazione degli uffici destinatari della fattura elettronica

Tre mesi prima del secondo avvio dell'obbligo dovranno essere individuati gli uffici delle Pa destinatari della fattura per consentire allo Sdi di recapitarle correttamente

Attenti a quei due «Basta ragionieri»

«**B**asta ragionierismi: della sanità deve occuparsene la Salute, non l'Economia». Questo l'avviso del ministro Beatrice Lorenzin che annuncia un Patto in partnership con le Regioni al terzo Healthcare Summit organizzato a Roma da «Il Sole-24 Ore».

A PAG. 8-9



L'avviso della Lorenzin al 3° Healthcare Summit del "Il Sole 24 Ore"

«La sanità è della Salute»

Patto in partnership con le Regioni per la tenuta del sistema

«**D**ella Sanità se ne occupi la Salute. Altrimenti il ministero è meglio abolirlo». Atto di fede o atto di guerra che sia, lo slogan d'apertura del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, al 3° Health Care Summit de "Il Sole 24 Ore", mercoledì scorso a Roma, conferma il cambio di passo impresso dall'attuale Governo nella gestione del capitolo Sani-

tà, alla vigilia dei quindici giorni cruciali per la definizione del nuovo Patto per la salute. Un patto che - promette il ministro - vedrà le Regioni protagoniste ma anche responsabili in prima persona del cambiamento. «Stiamo salvaguardando il Fsn come un fortino» - dice Lorenzin, che destina il dicastero di **Padoan** al ruolo di «falco che vola su tutti noi».

Ma nel passaggio dal "rapporto muscolare" con i Governi locali che ha caratterizzato l'ultimo decennio della gestione sanitaria alla partnership proposta oggi da Lorenzin c'è un pedaggio

che impegna come mai prima d'ora i territori: «Bisogna recuperare una visione complessiva del sistema che cerchi di garantire la qualità dei servizi in una visione nazionale: voglio capire se le Regioni sono pronte a questo cambiamento senza dover aspettare la riforma del Titolo V che le obbligherà a fare questo salto di qualità». Vuole «un Patto che guarda al futuro e che affronti le criticità del sistema sanitario», Lorenzin. E ha ben chiari gli elementi che servono a confezionarlo: «Certezza del budget e qualità della governance: perché dove c'è governance di qualità le cose funzionano».

Primo punto nella cassetta degli attrezzi del ministro, la ricetta disincantata per il vivaio dei manager: «Di competenti ce ne sono pochi, sono sempre gli stessi, sono visti come dei guru - dice Lorenzin -. Serve una formazione mirata e servono professionalità nuove da inserire in un albo nazionale da cui le Regioni possano attingere liberamente. È inutile demonizzare il rapporto fiduciario tra i Dg e l'amministrazione regionale: il manager va scelto in base agli obiettivi che deve perseguire e premiato in base ai risultati raggiunti». Là dove invece la politica deve fare un passo indietro - aggiunge Lorenzin - è sulla nomina delle direzioni scientifiche e sanitarie (da affidare a «procedure più meritocratiche»), mentre c'è da rafforzare il ruolo dell'Agenas affidando all'Agenzia «nuove responsabilità sul fronte del controllo di gestione e di verifica del sistema» e va rifondata l'Aifa che il ministro vorrebbe tarata sul modello della Fda, con una Cts che lavora a tempo pieno e regole certe perché «la scienza va più veloce di noi e stravolge il nostro modo di immaginare la medicina, e per evitare che ci siano cittadini di serie A e di serie B per questioni di reddito non possiamo aspettare che il tetto della farmaceutica ci esploda addosso: se c'è da investire miliardi di euro bisogna inventare soluzioni nuove, nuovi modelli di rapporto anche con l'industria».

Tasto delicato quello del rapporto con l'industria: «Bisogna fare fronte comune: dobbiamo essere pronti a fare ciascuno la

propria parte e trovare il giusto equilibrio tra esigenze di bilancio e politica del farmaco - dice Lorenzin - per permettere all'industria farmaceutica di rimanere nel territorio nazionale e fare innovazione con regole certe che garantiscano gli investimenti».

Intanto, però, la «lotta quotidiana di Salute e Regioni» resta quella per tenere in casa i soldi che la buona governance riuscirà a recuperare nelle pieghe del sistema: «Il Ssn è una sorta di piattaforma logistica sul territorio - dice il ministro - finora abbiamo investito sull'hub e non sullo spoke: servono 2-3 miliardi di investimenti in infrastrutture e con le azioni che saranno previste dal Patto possiamo realizzare in qualche anno un risparmio da 10 miliardi da reinvestire nel sistema».

Testimonianza vivente e puntello dell'assioma ministeriale «budget-governance» l'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, **Carlo Lusenti**, che conferma la stima dei «15 giorni 15» per chiudere il Patto («basta la volontà politica, e pare che ci sia»). «C'è il pre-requisito economico di finanziamento almeno del 2014, in una dimensione che risale la china, precipitata invece fino all'anno scorso in modo ininterrotto; c'è quindi una boccata di ossigeno» - ha detto Lusenti - e ci sono gli esempi virtuosi di alcune Regioni che a forza di appropriatezza riescono a garantire un miglior servizio al cittadino mantenendo anche i conti in ordine. Un esempio è proprio l'Emilia Romagna che «dal 2009 è in testa nella classifica per gli adempimenti al Tavolo di verifica dei Lea». «Non è vero che in Italia ci sono 21 sistemi diversi - ha proseguito Lusenti - ve ne sono due o tre e di questi uno è di livello assolutamente europeo e si può confrontare con il meglio che c'è in Europa; parlo - ha detto - dell'Italia fino al Lazio, che equivale a 38 milioni di abitanti». Sintonia anche sul tema della governance: «Il Patto - dice - affronterà le strategie di governance istituzionale: ci vuole una cornice più solida e bisogna rafforzare e definire le deleghe e il ruolo del ministero della Salute e delle Agenzie».

«Più forza alla Salute» è il mantra condiviso anche da **Raffaele Calabrò** (Ncd), che individua le radici del gap Nord-Sud in «storture che vengono da lontano, su cui il Patto sarà certamente occasione di confronto». «Basta un esempio per tutti - spiega Calabrò: nel '96 sono stati definiti i fattori per definire i criteri di riparto del Fondo sanitario. Tra questi la popolazione pesata. Decreti successivi avrebbero dovuto chiarire i criteri di pesatura, ma non sono mai arrivati e il riparto si fa con la popolazione pesata per età. In questo modo la Campania ha perso 400 milioni, 70 euro a cittadino, e la nostra Regione continua a essere penalizzata sul fronte degli investimenti». Anche per il deputato campano, dunque, un ruolo di maggior indirizzo e controllo a livello centrale può servire a «recuperare i ritardi e uniformare l'appropriatezza delle prestazioni» in un Sud che pure possiede una propria dote di eccellenze.

A raffreddare un po' la luna di miele pre-Patto ci pensa il confronto ravvicinato con le imprese. «Per la prima volta non abbiamo sentito parlare di misure sulla farmaceutica nella manovra del Governo - ammette **Emilio Stefanelli**, vicepresidente Farmindustria - ma la dotazione del Fondo sanitario nazionale resta incapiente, inferiore di circa il 20% rispetto agli altri Paesi europei: il risultato è che lo sfioramento della spesa farmaceutica lo paghiamo noi al 100% sulla territoriale e al 50% sull'ospedaliera. Il risultato è che le aziende del farmaco chiudono il 2013 con 445 milioni di euro di pay-back per il ripiano. Ora, con l'arrivo sul mercato di medicinali particolarmente innovativi e costosi bisognerà trovare spazi alternativi di intervento per tenere la spesa sotto controllo, altrimenti ogni nuovo farmaco che arriva lo pagheremo solo noi. Questi nuovi strumenti terapeutici, invece, contribuiranno a far diminuire altre voci della spesa sanitaria: per questo non si può continuare a considerare quello della farmaceutica un sistema chiuso rispetto al sistema e all'economia del Paese».

A dare un colpo al cerchio e uno alla botte, da «semi-falco»

prudente (e competente in materia) è infine il viceministro dello Sviluppo, **Claudio De Vincenti**: «Oggi non mi sento molto sicuro del fatto che i prezzi di alcuni farmaci siano così rigorosamente allineati alla spesa di ricerca e sviluppo - ha detto -. Bisogna ragionarci sopra e guardare in faccia il problema: serve una metodologia di pricing che eviti situazioni indesiderate». Tre le questioni da verificare secondo De Vincenti: il miglioramento della terapia, la remunerazione delle spese sostenute in R&S, il risparmio generato su altri capitoli della spesa sanitaria. «Spero che ci arriveremo con lo sviluppo dell'Health technology assessment (Hta) - ha detto -. In questo modo potremmo avviare un sistema di tetti dinamico e magari l'eliminazione dei tetti di pro-

dotto visto che abbiamo il budget. Inoltre dovremmo valorizzare lo strumento del rimborso condizionato, legandolo di più ai risultati terapeutici». Insomma il sistema di budget e tetti resta: «Bisogna cercare di farlo funzionare bene, poi ci porremo la domanda se si può superare».

«Il problema da affrontare a viso aperto - prosegue De Vincenti, aggiungendo spina a spina - è semmai quello di favorire la concorrenza sul mercato tra i farmaci ancora coperti da brevetto».

Il calumet della speranza arriva con l'invito a rimbocarsi le maniche: è in arrivo il decreto attuativo del "Destinazione Italia" emanato dal Governo Letta con le norme sul credito d'imposta che premia l'investimento in R&S e il ministero sta lavoran-

do a un sistema di risk-sharing facility: un fondo da 100 milioni di euro a garanzia dei grandi progetti di politica industriale in cui rientrano a pieno titolo le scienze della vita, garantisce De Vincenti. «È così che l'Italia diventerà un Paese in cui le industrie potranno farsi le "guance rosse" e crescere se avranno voglia di investire».

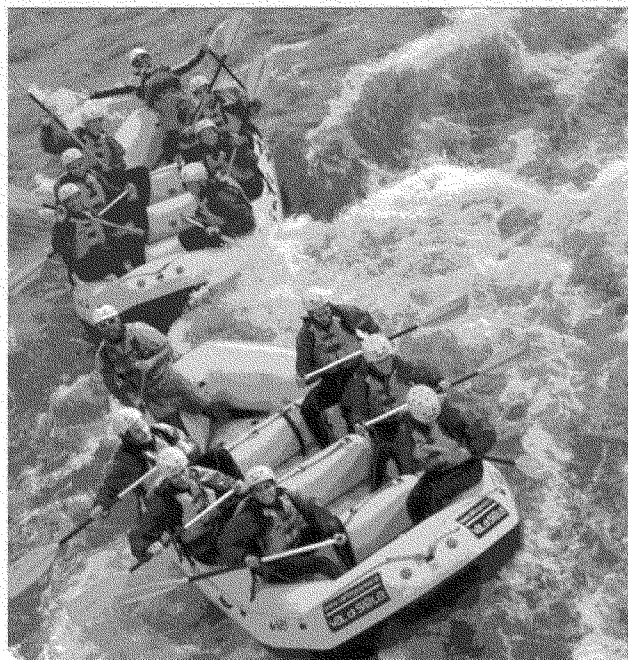
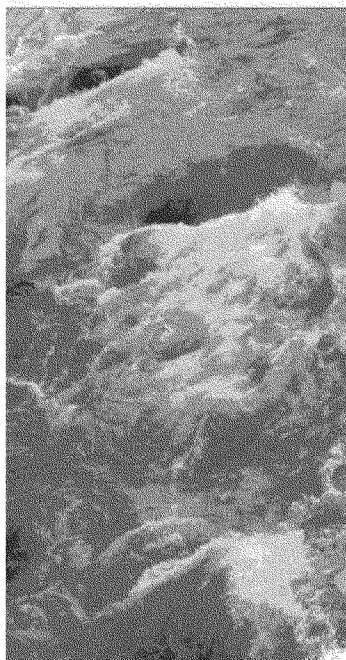
Sara Todaro

L'effetto delle "manovre"

	Media 2007-2011		2011-2012	
	6 PdR	Altre	6Pdr	Altre
Personale	+0,3%	+2,7%	-2,9%	-0,9%
B&S	+3,1%	+4,7%	+2,9%*	+1,5%
Farmaceutica convenzionata	-3,5%	-2,3%	-9,3%	-8,9%
Prest. da privato	+1,2%	+3,9%	0,0%	+1,0%

(*) Distribuzione diretta

Fonte: analisi su dati www.salute.gov.it, Corte dei conti, Rgs



Da venerdì prossimo il primo passaggio alla dematerializzazione ma le amministrazioni sono in difficoltà

Fattura elettronica, debutto con brivido

Un ufficio su due non ha ancora completato le procedure essenziali per il varo

☛ Venerdì debutta la fattura elettronica: i fornitori della pubblica amministrazione dovranno inviare i documenti solo in via telematica, pena il mancato pagamento delle prestazioni. Una novità che in questa prima fase interesserà circa 16mila uffici, per un numero di fatture che oscilla dai 7,5 ai 10 milioni l'anno, e a cui gli uffici pubblici si stanno avvicinando con il fiato corto. Nei ministeri soltanto una struttura su due ha

completato le procedure necessarie per garantire la piena operatività della fattura elettronica.

E anche tra i circa 2 milioni fornitori abituali della Pa - di cui oltre 30mila abituali - che pure riconoscono l'importanza del passaggio al digitale, non mancano le preoccupazioni. Legate, in particolare, alle poche comunicazioni ricevute dalle amministrazioni.

Diritto

Cure essenziali
garantite solo
in dieci regioni

a pagina 43

Monitoraggio Promosso il Lazio, la peggiore resta la Campania

Tutte le cure essenziali solo in dieci regioni

Il Rapporto sui «Lea» però non verifica i tempi di attesa

Sono cure e prestazioni sanitarie riconosciute «essenziali» e come tali vanno garantite a ogni cittadino, indipendentemente dalla regione in cui risiede. Ma ancora non sono un diritto «uguale» per tutti, nonostante l'ultimo rapporto del **ministero della Salute** sull'erogazione dei Lea, i *Livelli essenziali di assistenza*, segnali un miglioramento rispetto all'anno precedente, sulla base degli indicatori analizzati per valutare le attività di prevenzione, l'assistenza ai malati sul territorio, in ospedale e in situazioni di emergenza-urgenza.

Per il 2012 (anno di riferimento dell'analisi resa nota nei giorni scorsi) salgono a dieci le Regioni «promosse» (rispetto al 2011 si è aggiunto il Lazio; la Basilicata resta l'unica

del Sud, *vedi cartina*), mentre altre cinque (Calabria, Puglia, Sicilia, Abruzzo e Molise) devono assolvere specifici impegni per diventare «adempienti». Rimane critica la situazione in Campania. Non rientrano invece nel monitoraggio le Province autonome di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna, in quanto non partecipano alla ripartizione dei finanziamenti integrativi nell'ambito del riparto del Fondo sanitario nazionale.

Il rapporto del ministero conferma peraltro differenze nell'erogazione dei Lea tra le diverse regioni, comprese quelle «adempienti» e quelle non sottoposte a verifica. Sono ancora insufficienti, un po' dappertutto, gli screening per la diagnosi precoce di tumori a seno, cervice uterina e colon retto. E continua a essere carente, specie al Sud, l'assistenza territoriale per anziani e persone con disabilità. Il posti letto in hospice per i malati di tumore in fase terminale, invece, sono aumentati nella maggior parte delle regioni.

Quanto all'assistenza ospedaliera, è ancora bassa la percentuale di pa-

zienti con frattura del femore operati entro due giorni, (quindi con più possibilità di recupero): fanalino di coda sono Campania e Molise con appena il 14% di interventi nei tempi raccomandati dalle linee guida internazionali, contro il 74% e il 64% rispettivamente della provincia di Bolzano e della Toscana. Ancora elevato il ricorso ai parti cesarei, nonostante un calo in alcune Regioni anche meridionali e nella stessa Campania che, però, continua ad averne il primato, con il 36,7% di cesarei. «Non solo le cure sono garantite in modo diverso ai cittadini, ma l'estrema variabilità delle compartecipazioni alla spesa sanitaria ha creato ulteriori discriminazioni tra i pazienti, spesso costretti a pagare più tasse e più ticket — afferma Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva — . Andrebbe rivisto il sistema dei superticket, ma anche il metodo per verificare l'accesso ai Lea, che non prevede, per esempio, il monitoraggio sui tempi di attesa delle prestazioni».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Verifica

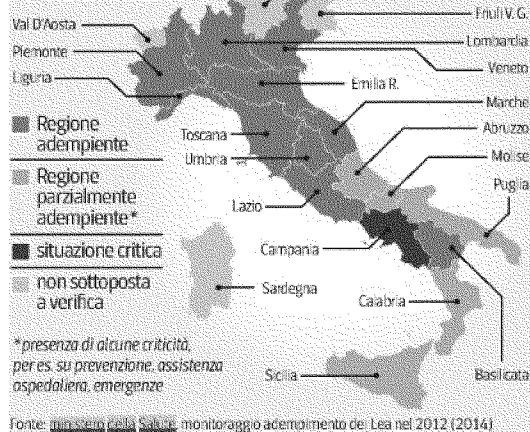
L'indagine annuale del ministero registra piccoli miglioramenti

La denuncia

L'aggiornamento delle prestazioni in pesante ritardo

Dell'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza si parla ormai da più di dieci anni. «Siamo ancora in attesa dei nuovi Lea, che prevedono il riconoscimento formale di altre sei patologie croniche e delle relative prestazioni esenti da ticket, come pure il riconoscimento di oltre un centinaio di malattie rare — dice Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva —. Inoltre, non è stato ancora aggiornato, dal 1999, il nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili».

Quanto rispettano i Livelli essenziali di assistenza



La mostra Iniziativa del «Faro di Ippocrate» nel complesso degli Incurabili

La sanità al tempo dei Borbone

di RAFFAELE NESPOLI

Conoscere il passato è il primo passo per comprendere il presente e magari farsi un'idea di quello che potrà essere il futuro. Ruota intorno a questo concetto una mostra assolutamente originale, capace di raccontare la storia di Napoli, e non solo, attraverso le innovazioni e le scoperte introdotte nel tempo nel campo della sanità e della salute. Cuore di quest'iniziativa è il Museo delle Arti Sanitarie, gestito dall'associazione «Il Faro d'Ippocrate», che ha deciso di raccogliere, e quindi di svelare a curiosi e appassionati, gli oggetti che documentano l'importanza della sanità nel Regno delle due Sicilie. Due secoli di storia della medicina al tempo dei Borbone per un affascinante percorso che si snoda attraverso antichi ospedali e suggestivi lazzaretti, alchemiche spezierie, tragiche epidemie, cimiteri storici, campagne di vaccinazione e innumerevoli testimonianze, a cominciare da quelle relative alla sanità militare. Un viaggio a tema (non cronologico) per scoprire le vicende, molto spesso sconosciute o dimenticate, della scuola medica napoletana e della ramificata e complessa rete assistenziale che fu istituita nel Regno, passando per i principali malanni che afflissero la dinastia, i grandi nomi della medicina e della chirurgia e tutte le altre eccellenze del Meridione.

L'esposizione, che sarà aperta sino al 13 luglio, rappresenta l'ideale prosecuzione di quanto sinora presentato nel complesso

degli Incurabili, storico punto di riferimento per le scienze mediche nell'Italia meridionale. Ed è veramente sorprendente la quantità di attrezzature di ogni genere, strumenti d'epoca, farmacie portatili, cassette e sedie chirurgiche, maschere per anestesia, set d'amputazione, busti di illustri medici del tempo, stampe, documenti, disegni anatomici, libri rari che compongono questo emozionante viaggio nel tempo.

Gran parte del merito dell'iniziativa è del fondatore del museo e curatore della mostra, il chirurgo Gennaro Rispoli: «La nostra è un'esposizione che va considerata

come un dinamico work in progress destinato a essere ampliato e arricchito da incontri, convegni e dibattiti grazie alla collaborazione di storici e studiosi che nel corso di questi mesi faranno rivivere la straordinaria avventura della scienza medica nel reame di Napoli. Del resto — aggiunge il primario, che con la sua passione ha aggregato decine di volontari intorno allo standard dell'associazione — la mostra è un omaggio alla Scuola di scienziati e medici che diede lustro alle contrade del Sud, ma al tempo stesso rappresenta la base operativa di un vero e proprio centro raccolta dati

il cui obiettivo finale è ricostruire l'intera pagina dell'assistenza sanitaria al Sud, la rete che ebbe l'ospedale degli Incurabili come fondamentale centro di riferimento. E da ciò che è già emerso e cioè l'attenzione del governo, le campagne vaccinali, le opere di beneficenza e la scienza espressa nel periodo, possiamo tranquillamente affermare che in questa antica regione d'Europa la cura fu di così buon livello da non sfigurare di fronte alle altre capitali del tempo, anzi, in qualche occasione persino superiore». Rispoli sottolinea poi la passione dei tanti volontari che si sono adoperati per questa mostra e per tutte le altre iniziative sin qui realizzate: «Un lavoro certosino — dice — che reso possibile dall'impegno di medici, storici dell'arte, professionisti di ogni campo. Insomma, l'espressione della società civile che ha deciso di credere in questo ambizioso progetto, dando così nuova vita all'Orto medicinale, alla Farmacia storica e al Museo. Tutto questo per trasmettere l'importanza di quello che fu l'illuminismo napoletano, corrente che



Strumenti, testimonianze, stampe saranno in esposizione fino a luglio nel Museo delle Arti Sanitarie

seppa produrre meraviglie nel campo delle scienze. Tra l'altro, l'ottica tradizionale dello storico è più attenta alla politica o al sociale; noi, da un punto di vista del tutto originale, abbiamo la possibilità di offrire uno spaccato che è decisamente più vicino alla realtà».

Ad arricchire la mostra ci sono i contributi di vari studiosi, tra gli altri: Aurelio Musi, Luigi Andreozzi, Arturo Armone Caruso, Bruno Marra. Tutti raccolti su grandi pannelli che rendono la visita ancor più chiara e interessante. All'interno del Museo sono state ricostruite ad esempio sei tematiche che raccontano i luoghi della sanità napoletana (ospedali e lazzaretti a Napoli); la formazione del medico nelle 33 province Regno; i cimiteri antichi (come quello delle 366 fosse o il Cimitero dei colerosi); i tanti reclusori (a cominciare dal Real Albergo dei poveri ospitato a Palazzo Fuga) e le prime «Case dei pazzi» (agli Incurabili e poi ad Aversa); l'ostetricia e la medicina sociale; le malattie (e la grande campagna antivaiolo voluta dal sovrano, la prima in Europa). E non è tutto, perché su schermi posizionati ad arte scorrono decine e decine di immagini fotografiche (riproduzioni scientifiche) che consentono di ampliare ulteriormente l'orizzonte iconografico. Così, passeggiando nel Museo si possono scoprire, o riscoprire, vicende ormai dimenticate di un passato importante. Ad esempio, quando Napoli ospitò, nel 1845, ben 1.600 ricercatori provenienti da ogni parte d'Europa per il Congresso internazionale degli scienziati, una solenne festa delle scienze voluta da Ferdinando II nella capitale del Regno, accusato da più parti di essere insensibile al sapere e alla cultura. Allora, come oggi, le questioni di immagine avevano una grande importanza politica e dunque il sovrano decise di fare le cose in grande: per gli illustri ospiti furono organizzate spettacolari feste e lunghe escursioni in stile Grand Tour. L'evento fu talmente importante da mandare in tilt la potente struttura poliziesca destinata alla sicurezza, al pun-

to da far litigare tra loro il questore e il ministro dell'Interno (che aveva organizzato il convegno).

Altra sorprendente «scoperta» che si può fare visitando la mostra riguarda poi i vaccini, in particolare quello per il vaiolo. Il «miracoloso medicamento», pochi lo sanno, fu introdotto in Europa per la prima volta proprio a Napoli.

Infine, non mancano i riferimenti alla Scuola medica salernitana, all'esperienza casertana di San Leucio (per il versante assistenziale), ai primi manicomi, alla «Real Casa dell'Annunziata», ai principali ospedali della città, così come stampe e documenti ricordano i grandi maestri della scienza medica partenopea — in primis Cirillo e Cotu-

gno — che proprio nella struttura sulla collina di Caponapoli mostrarono il loro valore guadagnandosi la stima dei colleghi di tutta Europa.

Piccola curiosità, il primo a visitare la mostra è stato il principe Carlo di Borbone delle Due Sicilie. Emozionato e sorpreso per aver ritrovato in questo percorso cose nuove e molto interessanti, ha spiegato: «Non sapevo che in Europa il primo vaccino contro il vaiolo fosse stato introdotto a Napoli o che addirittura, già a quei tempi, qui si facessero interventi con l'uso dell'anestesia. Visitare il museo delle Arti Sanitarie è un po' come riscoprire un passato dimenticato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il convegno

Per lo screening coloretale

L'obiettivo è attivare quanto prima i programmi di screening in tutte le Aziende sanitarie regionali. È stato questo il centro della discussione tra i maggiori esperti di carcinoma coloretale delle Asl Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud, che si sono ritrovati nella sede dell'Ordine dei medici di Napoli per un confronto sulle tematiche organizzative e clinico-assistenziali legate appunto ai tumori del colon retto. Neoplasie che, vale la pena ricordarlo, non solo sono in aumento ma fanno anche registrare alti livelli di mortalità.

Coordinatori della giornata di discussione Gennaro Rispoli e Maria Antonia Bianco, primari rispettivamente di chirurgia generale all'Ascalesi e di gastroenterologia dell'ospedale Maresca di Torre del

Greco. Nell'occasione è stata sottolineata l'importanza della cooperazione istituzionale e interaziendale e la necessità di garantire al cittadino-utente servizi efficienti ed efficaci in cui la semplicità d'accesso sia sempre unita all'elevata qualità della prestazione sanitaria, nell'ottica di un approccio multidisciplinare.

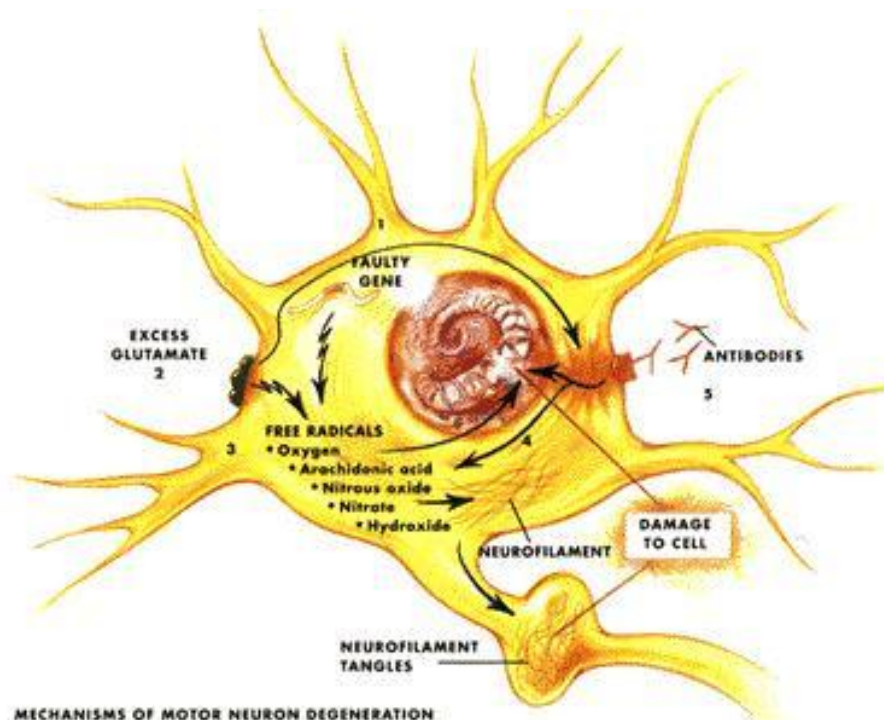
Considerando le attuali politiche di salute pubblica e l'assoluta priorità che i programmi di prevenzione hanno per il ministero della Salute, l'iniziativa dell'Ordine, fortemente voluta dal presidente Bruno Zuccarelli, si è proposta come una prima risposta alle esigenze del territorio cittadino e provinciale.

Raf. Nes.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



La ricerca

Un gene inserito nelle cellule cardiache per sconfiggere la morte improvvisa

C'è una malattia rara, genetica ed ereditaria, quasi impossibile da diagnosticare, ma capace di uccidere in maniera fulminante fermando il cuore di bambini o adulti. I pazienti affetti da questa malattia presentano un elettrocardiogramma normale e nessuna anomalia anatomica, ma il loro cuore può fermarsi in seguito a

A Pavia

La sperimentazione di Fondazione Maugeri e Università

stress o forti emozioni. Si chiama «Tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica» (Cpvt) ed è legata al gene della calsequestrina (o CASQ2) identificato dall'equipe di Pavia diretta da Silvia Priori che ora ha messo a punto la cura: un virus inoffensivo che porta il gene sano nelle cellule del cuore. Il successo

(nei topi per ora) è dei ricercatori della Cardiologia molecolare della Fondazione Maugeri. Consacrati ieri dalla rivista *Circulation*.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cuore. Il restringimento dell'arteria è frequente tra gli anziani che possono non sopportare l'operazione classica. La tecnica Tavi

E dalla coscia si riapre l'aorta con una valvola

GIUSEPPE DEL BELLO

QUANDO l'opzione chirurgica non è praticabile, entra in campo la Tavi, la Transcatheter aortic valve implantation. È la tecnica che sostituisce il bisturi (evitando il by-pass a cuore aperto) nel trattamento della stenosi aortica grave. La conferma arriva da EuroPcr, appuntamento annuale della Cardiologia interventistica che ha riunito a Parigi oltre 12mila specialisti. I devices artificiali da impiantare (in genere attraverso la femorale) nella valvola cardiaca lesionata, sono vari e il settore è un cantiere in fermento. Il Reprise II è lo studio (120 pazienti in 14 paesi e poi esteso ad altri 130 tra Australia e Europa) che ha promosso la Lotus, valvola di II generazione commercializzata dalla Boston scientific e impiantata da Anna Sonia Petronio, responsabile di Cardiologia interventistica all'ospedale Cisanello di Pisa, tra i primi centri ad aver esordito con l'impianto percutaneo della Corvalve (Medtronic). «Questa innovativa protesi (pericardio bovino su stent, ndr)», sintetizza la specialista, «può essere riposizionata più volte prima del suo impianto definitivo. Uno dei rischi, la non completa tenuta con perdita di sangue intorno alla valvola, è stato azzerato dalla guarnizione (adaptive seal) che sigilla a mo' di manico ai margini valvolari». I dati dello studio sono stati presentati da Ian Meredith, direttore di MonashHeart del Medical center di Melbourne. Della patologia che si identifica nell'ispessimento e nel restringimento della valvola, soffrono circa 300mila italiani (3% degli ultra 65enni e 5% degli over 75), avverte la Petronio, e secondo i dati europei, il 16,7% di questa fascia è colpito da stenosi aortica "severa": «90 pazienti per milione di abitanti dovrebbero essere sottoposti a Tavi, ma non accade. Per costi, mancata rimborsabilità e disomogenea distribuzione dei centri».

Antonio Colombo, direttore di Cardiologia al San Raffaele di Milano, osserva che «il catetere inferiore a 5-6 mm permette di essere inserito nella maggior parte dei casi dalla femorale. In più è un impianto "senza stress" anche per l'operatore che può correggere eventuali errori di posizionamento». Il rischio-stroke, inferiore al 3% sia con la chirurgia tradizionale, sia con la Tavi «è conseguenza di due fattori:», aggiunge Colombo, «il primo è che spesso si trattano pazienti affetti da fibrillazione atriale, l'altro è rappresentato da un embolo che può partire dalla valvola. Tra i sistemi di protezione, un "ombrellino" da impiantare temporaneamente nelle carotidi, opzione che va adottata soltanto in particolari condizioni di rischio». Ma la caratteristica antirigurgito è appannaggio anche di altri dispositivi, come il Sapien 3 (Edwards) e il Direct flow».

Dalle valvole, agli stent. Oggi, la rete metallica si inserisce nella coronaria e poi, come accade con l'ultimo Absorb, nel giro di due anni, scompare, restituendo al vaso la sua forma originaria. Patrizia Presbitero, responsabile di Cardiologia interventistica e Utc all'Humanitas di Rozzano (Mi) esalta le peculiarità del Sinergy: «La facilità di impianto di questo stent lo rende particolarmente indicato per le donne che hanno vasi più piccoli, tortuosi, maggiormente calcifici e facili alla dissezione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Mitraclip

Al congresso Anmco di Firenze presentato il Registro Giotto sul trattamento percutaneo dell'insufficienza della valvola mitrale che raccoglierà i dati dei pazienti trattati con il sistema MitraClip (Abbott): un intervento mininvasivo con una mini clip che unisce i lembi della valvola mitrale. Già utilizzato su oltre 15.000 pazienti in tutto il mondo, di cui 1.000 in Italia.

Colera

Un vaccino orale contro il colera ha garantito alle persone esposte un livello di protezione dell'86% durante una recente epidemia in Guinea. Lo rivela uno studio condotto da Epicentre - il centro di ricerca epidemiologica di Medici Senza Frontiere - e dal Ministero della Salute della Guinea, pubblicato dal *New England Journal of Medicine*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Colesterolo

Sempre all'Anmco di Firenze presentato alirocumab, farmaco sperimentale per il trattamento di ipercolesterolemia familiare (Sanofi).

Respiro

Dimostrata la stretta correlazione tra malattie respiratorie croniche (Bpco, bronchite cronica) e deficit cognitivo. Studio presentato al Respiration Day 2014, patrocinato da Chiesi Foundation. Sarà pubblicato sull'*International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, (team di Roberto Dal Negro del Centro Farmacoeconomia di Verona, Cesfar). Pazienti 50enni esprimono una compromissione delle facoltà cognitive peggiore di quella di soggetti sani 70enni.

CONGRESSO.

La prevenzione nel quotidiano trascurata dagli italiani 9 volte su 10

LUCIA ZAMBELLI

PREFERISCONO prendere le pillole piuttosto che mangiare in maniera salutare, fare movimento e non fumare. In questo modo, gli italiani, "allergici" agli stili di vita sani e poco in-

clinici ai sacrifici in nome della salute, rischiano di compromettere la salute del loro cuore. L'allarme arriva dal congresso dei cardiologi ospedalieri dell'Anmco, che si è tenuto nei giorni scorsi a Firenze, dove è stata presentata, a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, la fotografia completa e aggiornata dello stato di salute cardiovascolare degli italiani.

In 10 anni il rischio cardiovascolare si è ridotto, probabilmente grazie al diminuito consumo di sale e di sigarette. Ma colesterolo, peso, girovita, obesità, sono tutti dati in aumento. «Per la prima volta l'indagine ha misurato le abitudini alimentari e valutato la combinazione di più stili di vita sani: astensione dal fumo, attività fisica, abitudini alimentari corrette - dice Francesco Bovenzi, presidente Anmco - Solo 1 italiano su 10 (il 7% degli uomini e il 13% delle donne) non fuma, fa attività fisica regolarmente e segue almeno 5 comportamenti alimentari corretti degli 8 considerati protettivi per il cuore dagli esperti». Più virtuose le

donne, ad alto rischio gli ultra75enni. Dal congresso Anmco esce anche un "decalogo del cuore sano": non fumare; praticare regolarmente esercizio fisico (almeno 180 minuti a settimana); mangiare ogni giorno almeno 2-3 porzioni di verdura (almeno 200 grammi) e almeno 2-3 porzioni di frutta (200-500 grammi); portare in tavola pesce 2 volte a set-

Diminuisce il consumo di sale e di sigarette ma aumentano colesterolo, girovita e obesità

timana (150 grammi a porzione); consumare formaggi (75 grammi a porzione) non più di 3 volte a settimana; salumi e insaccati (circa 50 gr.) non più di 2 volte a settimana; dolci non più di 2 volte a settimana (circa 100 gr.); non bere più di una lattina di bibite zuccherate a settimana; alcol non oltre i 20 grammi per gli uomini (10 per le donne).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PER SAPERNE DI PIÙ
www.europocr.com
www.anmco.it

Impianto transcateretere di valvola protesica

Arteria aorta
Arteria aorta
Filo guida

Si inserisce il filo guida mediante una piccola incisione nell'inguine e, attraverso l'arteria femorale, lo si fa avanzare fino all'arteria aorta e alla valvola difettosa

Arteria aorta
Arteria aorta
Filo guida

Il catetere che racchiude lo stent e la valvola protesica scorre sul filo guida nell'arteria aorta

20'
 20 minuti
 Durata media della procedura

Catetere
Filo guida

Dopo aver raggiunto la valvola aortica, il catetere si apre, lo stent con la valvola protesica si espande e si posiziona a livello della valvola difettosa

Dispositivo in espansione
Catetere

Il dispositivo ha un elevato livello di manovrabilità: l'operatore lo può chiudere e riposizionare nella sede più adeguata, prima del rilascio definitivo

Valvola pronta per il rilascio
Valvola in sede

Il catetere viene rimosso. La valvola protesica è subito operativa e rimane in sede assieme allo stent

Sistema automatico di espansione e chiusura

"Adaptive Seal"
 La guarnizione serve a ridurre al minimo il rigurgito di sangue

SEZIONE DEL CUORE
ARTERIA AORTA
Arteria aorta
Catetere
ARTERIA POLMONARE
ATRIO DESTRO
ATRIO SINISTRO
Valvola protesica Lotus
VENTRICOLO DESTRO
VENTRICOLO SINISTRO

VALVOLA APERTA
VALVOLA CHIUSA

INFORMAGRAFICA PALLA SIRONETTI

FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / BOSTON SCIENTIFIC

Tecnologie.2 Si è appena concluso a Napoli il dodicesimo Congresso nazionale dedicato al multi-imaging

Cuore e coronarie «sotto la lente» dell'ecografo

Vosa: «Esame sicuro e molto attendibile se effettuato da operatori esperti»

Dove un tempo c'erano solo l'apparecchio per la pressione (sfigmomanometro) e il fonendoscopio, oggi ci sono l'ecografia, la scintigrafia, la Tac e la risonanza magnetica. L' intuito e l'esperienza di occhi e orecchi di medici e cardiologi di altri tempi — in grado di valutare da pochi parametri lo stato di salute del paziente e di ascoltare le impercettibili variazioni del suono del sangue che transita nel cuore e nei grandi vasi — oggi sono supportati da precise misurazioni quantitative, integrate, morfologiche e funzionali dell'attività cardiaca e del sistema cardiovascolare. Le tecnologie cosiddette di imaging sono ormai parte integrante dell'armamentario diagnostico della moderna clinica cardiologica e cardiocirurgica. Preziosi alleati per stanare, e decidere come trattare al meglio, le patologie cardiovascolari. Appropriatezza diagnostica, tempestività dell'intervento in urgenza, l'utilizzo in terapia nelle patologie croniche sono le parole chiave per definire le innovazioni diagnostiche in questo campo.

Ad approfondire il tema è il Centro interdisciplinare di ricerca per l'ipertensione arteriosa e le patologie associate dell'Università Federico II (direttore Giovanni de Simone, ordinario di medicina d'urgenza cardiovascolare) che ha ospitato in questi giorni il XII Congresso nazionale dedicato al multi-imaging coronarico e cardiaco. «Oggi sono disponibili numerosi e diversi tipi di tecniche diagnostiche per immagini in clinica», avverte Maurizio Galderisi, segretario dell'European association of cardiovascular imaging e direttore scientifico delle assise che hanno visto 200 specialisti a confronto sullo stato dell'arte e le prospettive per la scelta dell'iter diagnostico più appropriato in cardiologia: «Tra l'altro l'approccio che utilizza la diagnostica per immagini tiene d'occhio il rapporto tra costo, efficacia e rischi connessi all'utilizzo di tali tecniche». Il concetto chiave è dunque l'appropriatezza. Ovvero massima efficacia al costo più basso. «Non dobbiamo dimenticare — precisa Galderisi — che l'appropriatezza dell'iter diagnostico, reso possibile grazie alle metodiche di imaging oggi disponibili, ha importanti ricadute oltre che in fase acuta anche nel paziente cardiopatico cronico per definire la terapia più efficace sulla base di attente e ponderate valutazioni». Ma nei dipartimenti di emergenza e nelle unità coronariche oggi si affacciano anche la Tac e la risonanza magnetica. «Tecniche più costose, certo, da utilizzare con il contagocce ma utili in alcuni casi specifici. Per questa branca della medicina — conclude Galderisi — la metodica diagnostica e le capaci-

Carlo Vosa



Carlo Vosa, classe 1946, ordinario di cardiocirurgia alla Federico II, nella sua lunga e prestigiosa carriera ha effettuato circa 10 mila interventi di cardiocirurgia sia pediatrica sia nell'adulto, prima al Monaldi e poi al Policlinico Federico II. Vosa ha pubblicato oltre 400 articoli su riviste scientifiche nazionali e internazionali e ha ricevuto la medaglia d'oro al merito della sanità pubblica dal Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi nel 2004.

tà di decision-making giocano un ruolo fondamentale in termini di buona riuscita dell'assistenza primaria e di adeguatezza del trattamento che ne consegue».

Di nuove tecnologie diagnostiche in cardiologia si occupa anche Bruno Trimarco, presidente della Sifa (Società italiana dell'ipertensione arteriosa) e della Siprec (Società italiana prevenzione cardiovascolare), ordinario di medicina interna e direttore della cardiologia alla Federico II, tra i protagonisti del convegno di Napoli. Suo il progetto di controllo a distanza della pressione arteriosa dei pazienti a rischio di ictus e infarto che, da circa otto anni, segue oltre 15 mila pazienti monitorati a distanza in sintonia tra lo specialista e il medico curante. Presso il centro per la cura dell'ipertensione del Nuovo Policlinico tutti i giorni, incluso il sabato, è attivo un archivio informatico che riunisce i più importanti dati clinici dei soggetti ipertesi in cura presso gli studi del medico di famiglia o afferenti ad ambulatori degli ospedali pubblici. In rete ci sono una trentina di strutture sanitarie di tutta la regione e da alcuni anni la cabina di regia ha esteso propaggini anche in altre regioni e all'estero.

Chi ha fatto dell'ecografia cardiaca, in tutte le sue varianti, un vero e proprio presidio specializzato all'interno del reparto che dirige è Carlo Vosa, direttore della cardiocirurgia del Policlinico federiciano. Vosa ha moderato una tavola rotonda del convegno napoletano sulla diagnostica per immagini. «L'ecografia — precisa — è un esame sicuro, non invasivo e molto attendibile soprattutto se effettuato da operatori esperti. Un esame che tra l'altro si è evoluto molto da quando, negli anni Ottanta, si è affacciato per la prima volta nella pratica clinica cardiologica. Oggi i moderni ecografi a 3D forniscono informazioni accurate e assolutamente precise sia sulla funzionalità del cuore e delle valvole sia sul grado di perfusione del muscolo cardiaco e dunque sulla integrità delle coronarie indicando al chirurgo se c'è un infarto in atto e la gravità di soffi, stenosi e insufficienze coronariche e valvolari. Un esame prezioso anche per la diagnosi di cardiopatie congenite». Precisione e attendibilità ancora non al 100 per cento, invece, per la Tac alle coronarie e le scintigrafie al cuore. «Esami che valutano la pervietà dei vasi cardiaci e la perfusione del muscolo — conclude Vosa — ma in questi casi è direttamente la coronarografia, un esame invasivo, non esente da rischi, ma per ora ancora insostituibile».

E. T.

IL MEETING

CHIRURGIA

Da domani Napoli capitale della chirurgia. Si svolgerà alla Stazione marittima il congresso "Chirurgia, il futuro, i giovani chirurghi». Partecipano 600 relatori, presieduti da Marco De Fazio. Domani, talk-show "Se rivisitassimo la parola cancro"? Interventi di Aldo Masullo, Marco Salvatore, Antonio Giordano, Ernesto Esposito, Paolo Veronesi, modera Massimo Milone

Cefalea. Ne esistono più di duecento diverse forme. L'emicrania è quella che colpisce di più. Un disturbo sottovalutato all'inizio e affrontato con l'automedicazione. Più donne vittime, in un rapporto 5 a 1 con i maschi

Ogni mal di testa ha la sua cura Farmaci, no abusi

MARIAPAOLA SALMI

DUE miliardi e mezzo di persone nel mondo soffrono di mal di testa. Un disturbo per niente banale tanto che l'Oms ha promosso di recente una campagna globale contro le cefalee, considerate nell'ultimo Global burden of disease la settima malattia più disabilitante.

Il generico mal di testa si colloca al secondo posto per nuove diagnosi all'anno con la cefalea tensiva (20,77%) e al terzo con l'emicrania (15%) dopo la carie dentale. In percentuale, considerando le varie malattie neurologiche e calcolando gli anni vissuti con una qualche forma di invalidità, solo l'emicrania produce più del 50% di anni di vita vissuti con disabilità.

Non è un disturbo da poco il mal di testa che colpisce più donne che uomini in un rapporto di 5 a 1, sembra per colpa degli ormoni ma anche della predisposizione genetica e della familiarità. Un disturbo che almeno all'inizio è sottovalutato, visto che un paziente su due si cura da solo abusando di farmaci che nel tempo portano alla cronicizzazione del dolore. «Un comportamento peculiare quello del cefalgico che all'esordio dei sintomi ricorre all'automedicazione, si rivolge al farmacista (80%), si autoprescrive medicine alternative, in particolare fitoterapia, poi abusa dei farmaci evitando il medico di famiglia e, quando la malattia si è instaurata, vorrebbe una diagnosi ma evita la visita medica ed esclude la prevenzione», afferma Marco Aguggia, presidente dell'Associazione neurologi italiani per la ricerca sulle cefalee (Arnicef) che ha chiuso da poco il suo congresso nazionale.

Adesso da Arnicef arriva un algoritmo semplice basato su cinque domande che permetterà ai medici di famiglia, che dovrebbero essere il primo punto di riferimento per questi pazienti, di gestire in maniera più appropriata la diagnosi e la cura. Generalizzare è impossibile, esistono almeno 200 tipi di cefalea ma due sono i grandi filoni: le cefalee primarie con le forme muscolo-tensiva, a grappolo ed emicrania, indotte sia da squilibri metabolici e dell'omeostasi che da alterazioni vascolari; e le cefalee secondarie, dovute a cause esterne come traumi, tumori e altro.

«Su tutte l'emicrania è quella che colpisce di più (12% della popolazione), si manifesta con o senza aura (i segni prodromici che la precedono), la crisi dolorosa può essere anche molto intensa tanto da spingere il soggetto ad isolarsi al buio e in silenzio», dice Paolo Martelletti, direttore del Centro regionale cefalee dell'ospedale Sant'Andrea di Roma e neo presidente della Società italiana per lo studio delle cefalee. Ma che si tratti di emicrania o di cefalea a grappolo o della forma tensiva, la diagnosi ha un ruolo centrale e si esegue dal medico di medicina generale o presso un Centro specializzato. Consigliato l'uso di un diario dove annotare frequenza, durata delle crisi e fattori scatenanti come certi cibi (cioccolato, caffè, molluschi, frutta secca, alcol), il freddo e il vento, lo stress o il sesso. La cura si sceglie dopo aver individuato il profilo del cefalgico e il tipo di mal di testa.

I farmaci tradizionali adesso si utilizzano in maniera più selettiva e vanno presi prima che il dolore diventi insopportabile. Antinfiammatori, antidolorifici non steroidei per l'attacco acuto. In arrivo una nuova formulazione atomizzata dell'acido acetil-salicilico, si assorbe prima e riduce il dolore in sedici minuti. I triptani, usati solo in un 25% dei casi, quelli diagnosticati. Come farmaci di prevenzione betabloccanti, Calcio-antagonisti, antiepilettici, antidepressivi, antiemetici, topiramato, tutti da assumere

per lunghi periodi (3-6 mesi) dietro prescrizione medica e controllo. Le novità terapeutiche non mancano. La prima è la tossina botulinica. «Efficace, a basso rischio di effetti collaterali, ad essa si fa ricorso per desensibilizzare i nervi periferici, si inietta ogni tre mesi e va maneggiata da esperti – sottolinea il professor Martelletti – la tossina botulinica provoca una diminuzione dell'intensità e della frequenza degli attacchi, il suo scopo è riportare l'emicrania, per la quale è scelta d'elezione, da cronica ad episodica. Contenuti i costi per il Servizio sanitario nazionale».

Altra novità la neurostimolazione non chirurgica. «Gamma Care è uno stimolatore portatile, applicato sul nervo vago ad altezza collo che spegne il dolore, costo 470 euro, a breve uscirà un modello ricaricabile, ideale per chi non può prendere farmaci o ha tante crisi – spiega il professor Piero Barbanti direttore dell'Unità per le cefalee e il dolore dell'Istituto scientifico IRCCS San Raffaele Pisana di Roma – Cefaly, invece, è un cerchietto che agisce sulla prima branca del nervo trigemino riducendo l'iperattività periferica e centrale. Previene l'attacco. Ideale per chi soffre di numerose crisi mensili. Costa 295 euro, è ricaricabile. Entrambi questi dispositivi riducono la frequenza e l'intensità degli attacchi».

In arrivo, il prossimo anno un anticorpo monoclonale diretto contro il CGRP, un recettore proteico coinvolto nei meccanismi neuropatologici dell'emigrania.

CEFALEA PRIMARIA E SECONDARIA

L'International Headache Society (IHS) distingue due forme di cefalea:



CEFALEA PRIMARIA

- Di tipo
- A grappolo
 - Eemicrania
 - Tensiva

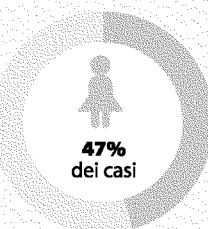


CEFALEA SECONDARIA

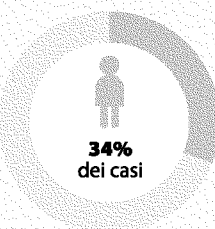
Associata a traumi, sinusiti, e altre patologie

I CASI DIAGNOSTICATI

TRA LE FEMMINE



TRA I MASCHI



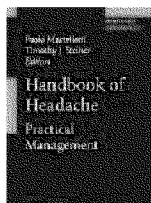
IN CIFRE

I MALATI

8 milioni di persone in Italia soffrono di mal di testa



5 donne ogni uomo



Il manuale

Il volume internazionale sulle cefalee di Paolo Martelletti (Roma) e Timothy Steiner (Londra) pubblicato da Springer.

DOLORE. Malati cronici ritardi italiani nel buon uso degli oppioidi

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

MINORCA

TIMORE, problemi culturali, scarsa competenza nel maneggiare gli oppioidi, farmaci efficacissimi contro il dolore ma non scevri da effetti collaterali, principalmente la stipsi, che possono comunque essere minimizzati da terapie o formule innovative. E l'Italia continua, nonostante la legge 38 del 2010 ad utilizzare molto poco - e spesso anche male - farmaci utili contro il dolore cronico in pazienti fragili, anziani,

oncologici ma anche nel dolore provocato e connesso ad alcune patologie come neuropatie legate al diabete, osteoartriti e osteoporosi. I dati - presentati al primo convegno internazionale dedicato al dolore, il World Medicine Park, a Minorca, "isla sine dolore" per l'attenzione dedicata da anni al tema - sono chiari e sconcertanti. Il costo procapite annuo di oppioidi è di 1,60 euro in Italia contro i 4,75 di media europea e i 9,68 della Germania.

«Ci sono ancora molte resistenze nell'uso di questi farmaci, spesso negli stessi malati che quasi li temono - premette Flavio Fusco, responsabile dei servizi territoriali di cure palliative della Asl 3 di Genova - e invece bisognerebbe far passare il concetto che per un dolore intenso serve il farmaco più efficace. Inoltre il dolore cronico coinvolge buona parte della popolazione, non solo gli oncologici, e i Fans - largamente utilizzati in Italia - possono essere una risposta solo per un periodo molto breve, per esem-

pio per una colica renale, ma non per mesi o anni, tempi che riguardano invece i malati cronici. Il dolore non trattato genera ricoveri impropri, ricorsi alla guardia medica, a farmaci inadeguati, a perdita di giornate lavorative proprie e di congiunti. L'oppiaceo è un farmaco, come del resto la cannabis sotto forma farmacologica, e come tale va prescritto, non ha senso considerarlo una droga e temere gli abusi».

Sarebbe stata invece proprio l'equazione oppiaceo uguale tossicodipendenza e abuso a limitare così tanto le prescrizioni in Italia. Parla di proibizionismo Gilberto Gerra, neuroendocrinologo ed esperto dell'Onu per la prevenzione delle droghe. «La convenzione Onu riconosce l'uso medico dei farmaci narcotici come indispensabile per il dolore cronico - precisa - inoltre proteggere dagli effetti negativi delle droghe non confligge con l'uso medico di questi farmaci, spesso stigmatizzati».



I numeri

Il 20% degli europei e il 26% degli italiani soffre di dolore cronico con un impatto sui sistemi sanitari europei di 300 miliardi di euro.



La spesa

In Italia (dati 2013) la spesa per i Fans è di 500 milioni di euro annui contro i 100 milioni di euro degli oppiacei. Il Sud ne consuma fino a 3 volte più del Nord.

COME COLPISCE L'EMICRANIA

Le cause sono sconosciute. Diversi studi indicano che la sequenza degli eventi che scatena l'emicrania è la seguente:

PONTE NATIONAL HEADACHE FOUNDATION

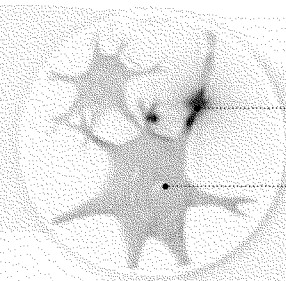
LA DIFFUSIONE DEL DOLORE

Il dolore può diffondersi al distretto innervato dal nervo trigemino, costituito dai tre rami:

- Nervo oftalmico
- Nervo mascellare
- Nervo mandibolare

L'ORIGINE

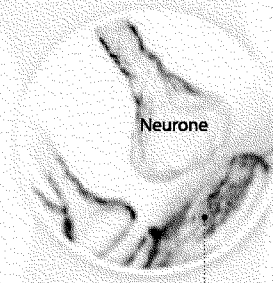
1 L'emicrania ha origine all'interno del cervello e si diffonde poi ad altre aree



Sinapsi

Nucleo della cellula nervosa

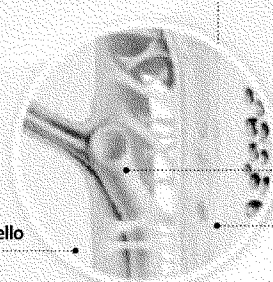
2 Si attiva la liberazione dei mediatori chimici, che agiscono poi sui vasi sanguigni di tutta la testa



Neurone

Mediatore chimico

3 I mediatori chimici provocano la dilatazione dei vasi sanguigni nei tessuti circostanti



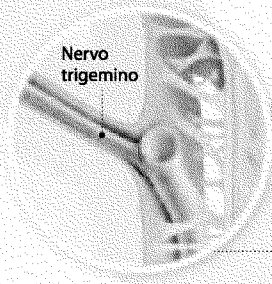
Vaso sanguigno infiammato

Osso

4 L'infiammazione irrita il nervo trigemino, che veicola le informazioni sensoriali e dolorose al cervello

Cervello

AREA IN DETTAGLIO



Nervo trigemino

I BAMBINI colpiti da emicrania

7% tra 6-7 anni

11% tra 12-14 anni

Principali tipi di cefalea

IRRADIAZIONE DEL DOLORE

A GRAPPOLO

Eccessiva dilatazione dei vasi sanguigni



DOLORE
 Molto intenso, raggiunge il suo apice molto rapidamente



SEDE
 Dolore unilaterale, intorno ad un occhio e allo zigomo. Può irradiarsi alla tempia e alla mascella



SINTOMI

- Abbassamento della palpebra
- Irritazione congiuntivale e lacrimazione
- Congestione nasale
- Dilatazione della pupilla

TENSIVA



DOLORE
 Lieve o moderato, talora può essere anche molto intenso. Spesso persistente



SEDE
 Entrambi i lati della testa e può irradiarsi anche a collo e nuca



SINTOMI

- Affaticamento
- Rigidità e dolore nei muscoli di testa e collo
- Lieve fotofobia o fonofobia



DURATA
 Da 15 a 180 min



FREQUENZA
 Una o più volte al giorno nella fase attiva



GENERE
 Più frequente nel sesso maschile



DURATA
 Da 30 min a 7 giorni

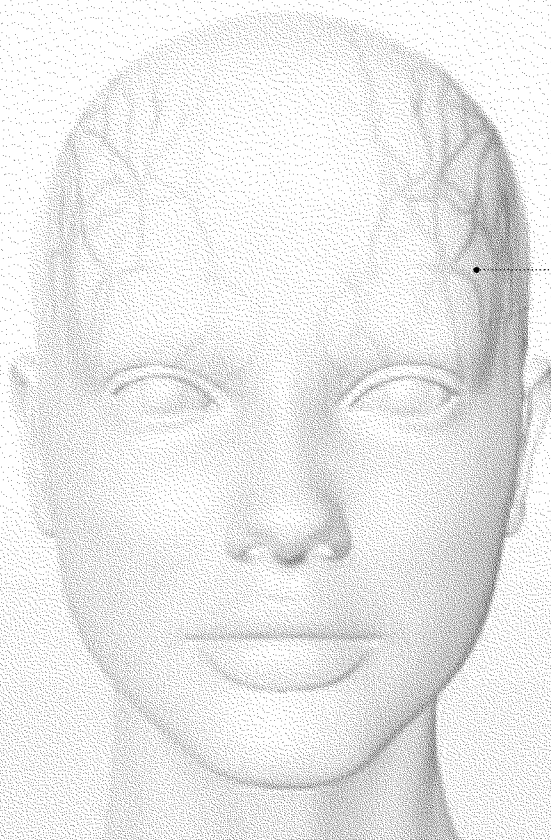


FREQUENZA
 Variabile, da rarissima a quotidiana



GENERE
 Più frequente nel sesso femminile

EMICRANIA



DOLORE
È pulsante e
violento. Intensità
tale da ridurre
o impedire la
normale attività
quotidiana



SEDE
Il dolore
insorge
di solito
in un
solo lato
del capo



SINTOMI

- Aura
(nel 20% dei casi)
- Fotofobia
- Fonofobia
- Osmofobia
- Nausea e vomito
- Vertigini
- Affaticamento



DURATA
Da 4 a 72 ore (adulti)
2-48 ore (<15 anni)



FREQUENZA
Di solito 1 o 2
attacchi al mese



GENERE
Più frequente
nel sesso femminile

FONTE RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / MAYO FOUNDATION / PROGETTO CEFALEE LOMBARDIA

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Diabete, le armi della prevenzione

Prevenzione primaria e anche delle complicanze: è la strategia indicata dalla Salute nella relazione al Parlamento sul diabete di tipo 1. (Servizio a pag. 6)

Relazione al Parlamento sulle conoscenze e le acquisizioni per la forma di tipo 1

La prevenzione anti-diabete

Primo nemico: l'obesità in aumento - Gestione integrata contro le complicanze

Diabete: in Italia, in base ai dati Istat, nel 2013 si stima una prevalenza di quello noto del 5,4% (5,3% nelle donne, 5,6% negli uomini) pari a oltre 3 milioni di persone, con un trend crescente nell'ultimo decennio.

A livello internazionale secondo l'Oms, la prevalenza del diabete mellito è in continuo aumento. Nel 2013 si stimavano circa 347 milioni di persone affette da diabete in tutto il mondo e più dell'80% di esse vive in Paesi a basso e medio reddito. Si stima che tali dati potrebbero raddoppiare entro il 2030.

La prevenzione primaria si identifica con la prevenzione dell'eccesso di peso. È possibile tenere sotto controllo l'epidemia di obesità e invertire l'andamento attraverso azioni complesse, che intervengano sui determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita.

È questa una delle azioni principali indicate nella relazione al Parlamento sullo «Stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni in tema di diabete mellito», appena inviata alle Camere dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

Le azioni indicate però, per avere efficacia, devono - secondo la relazione - prevedere il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al Sistema sanitario.

La prevenzione. Si tratta, infatti, si legge nella relazione, di un problema di Sanità pubblica la cui soluzione non può essere demandata esclusivamente al sistema sanitario, ma che necessita di interventi che siano il più possibile trasversali e intersettoriali, con il coinvolgimento di molti altri soggetti istituzionali e della società civile (ministeri, Comuni, Province, associazioni professionali e di categoria, associazioni

dei consumatori, produttori di alimenti, pubblicitari, mass media ecc.) così come raccomandato dall'Unione europea (Ue) e dall'Oms. Per questo la Sanità pubblica deve affrontare il tema del sovrappeso e dell'obesità attraverso la definizione di una strategia globale, tenendo conto di alcuni elementi fondamentali:

1. la prevenzione dell'obesità non può essere di competenza esclusiva del Sistema sanitario, ma deve essere espressione di uno specifico impegno di tutte le Istituzioni;

2. gli interventi da attuare devono essere finalizzati a un cambiamento socio-culturale, perché l'obesità e le malattie a essa correlate sono problemi di salute, ma gli interventi utili alla loro soluzione sono da attuarsi, nella larga maggioranza dei casi, al di fuori del mondo sanitario;

3. per modificare i comportamenti individuali nei confronti dell'alimentazione e dell'attività fisica, occorrono politiche che aiutino e rendano possibili le scelte personali più salutari in quanto i soli interventi individuali non producono effetti duraturi nel campo della promozione di stili di vita sani, se non sono accompagnati da tutta una serie di modifiche ambientali, strutturali e socio-culturali, che consentano il mantenimento dei comportamenti appena acquisiti;

4. è necessario elaborare programmi di azione che impegnino gli stakeholder in interventi di documentata efficacia, coinvolgendo tutti i soggetti della Società civile (Istituzioni pubbliche, Associazioni di cittadini e consumatori, produttori, distributori e rivenditori di beni di consumo, mondo dello sport, pubblici-

tari ecc.) in un processo di cambiamento;

5. i decisori istituzionali e gli operatori di Sanità pubblica devono farsi promotori di

un'azione di advocacy in favore della salute in tutti i settori della società civile.

Per contrastare l'epidemia di obesità è necessario investire nella prevenzione, soprattutto attraverso un approccio innovativo alla "salute", che non può più essere responsabilità solo del sistema sanitario, ma deve diventare obiettivo prioritario per tutti i settori del Paese.

Le "politiche intersettoriali" per la prevenzione dell'obesità devono avere 2 obiettivi:

1. creare le condizioni per favorire scelte alimentari nutrizionalmente corrette;

2. orientare le politiche per uno sviluppo dell'ambiente urbano che incoraggi l'attività fisica.

E gli strumenti che la relazione indica sono il Piano nazionale della Prevenzione e il Programma nazionale «Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari», il Piano nazionale sulla malattia diabetica, approvato a dicembre 2012 in Stato-Regioni.

Le complicanze del diabete. C'è poi la prevenzione di evoluzione e complicanze del diabete. Per questo nell'assistenza alle persone con diabete, secondo un modello di Gestione integrata, elementi essenziali sono:

● l'adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti i soggetti interessati. Il protocollo di cura concordato dovrebbe essere adattato alle singole realtà attraverso l'individuazione dei compiti e dei ruoli che ciascun operatore sarà chiamato

a svolgere nell'ambito del percorso di cura stabilito;

● la presa in carico delle persone con diabete in maniera collaborativa tra medici di medicina generale e team diabetologico;

● la condivisione del piano di cura personalizzato e il coinvolgimento attivo delle persone con diabete nel percorso di cura;

● la valutazione periodica secondo il piano di cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze;

● la partecipazione attiva delle persone con diabete nella gestione della malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto;

● l'effettuazione, da parte di tutti gli operatori interessati in maniera condivisa e collaborativa, di interventi di educazione sanitaria e counselling per le persone a rischio e le persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia;

● la raccolta dei dati clinici delle persone con diabete, in maniera omogenea da parte di tutti gli operatori interessati, per consentire valutazioni di processo e di esito.

L'epidemiologia nazionale del diabete. In Italia, in base ai dati Istat, nel 2013 si stima una prevalenza del diabete noto pari al 5,4% (5,3% nelle donne, 5,6% negli uomini) pari a oltre 3 milioni di persone, con un trend

crescente nell'ultimo decennio. La prevalenza aumenta al crescere dell'età fino a un valore di circa il 200‰ nelle persone con età superiore a 75 anni. Inoltre, secondo i dati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare (I-Health Examination Survey 2008-2012), tra le persone di età compresa tra 35 e 69 anni circa il 3% (2% delle donne e 4% degli uomini) ha il diabete ma non lo sa.

Anche nel nostro Paese sono, poi, riscontrabili disuguaglianze nella gestione della patologia diabetica e nell'accesso ai servizi sanitari. I risultati di uno studio condotto nel 2006 dalla Commissione regionale per l'assistenza diabetologica del Piemonte mostravano come i diabetici con licenza elementare riportavano un rischio di subire un ricovero in emergenza o non programmato superiore del 90% rispetto ai laureati (al netto di alcuni fattori di rischio diversamente distribuiti tra i due gruppi).

Tali dati sono sostanzialmente simili a quelli rilevati dal Sistema Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia), programma continuo di sorveglianza nella popolazione italiana di età 35-69 anni sui principali fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, alcol, rischio cardiovascolare, sicurezza domestica, screening oncologici ecc.), affidato dal Centro nazio-

nale per la prevenzione e il Controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute al Centro nazionale di Epidemiologia, sorveglianza e promozione della Salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Nella popolazione con diabete intervistata nel periodo 2009-2012 è presente un'alta prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare: il 55% è iperteso, il 45% ha alti livelli di colesterolo, il 74% è in eccesso ponderale e il 23% fuma abitualmente. In entrambi i generi, inoltre, la presenza di diabete è associata con uno stato di svantaggio socioeconomico: la prevalenza di tale condizione è pari al 12,7% nelle persone senza alcun titolo di studio o con la sola licenza elementare e scende all'1,8% fra i laureati; il 6,6% delle persone che riferiscono di avere molte difficoltà economiche

ha il diabete, rispetto al 2,8% di quelle che non riferiscono alcuna difficoltà.

L'epidemiologia internazionale del diabete. L'Oms stima nel 2013 circa 347 milioni di persone affette da diabete in tutto il mondo e più dell'80% di esse vive in Paesi a basso e medio reddito. Si stima che tali dati potrebbero raddoppiare entro il 2030. Nel 2005, inoltre, l'Oms

ha stimato che il 2% del totale delle morti nel mondo fosse da attribuire al diabete (circa 1.125.000), sottolineando, tuttavia, come tale contributo alla mortalità generale fosse probabilmente sottovalutato, dal momento che il decesso di una persona con diabete è di solito attribuito a una delle complicanze (cardiopatologia, malattia renale ecc.).

La mortalità nelle persone con diabete è 1,9 volte quella dei non diabetici e per le donne il rapporto sale a 2,6. I decessi per diabete, sempre secondo l'Oms, sono destinati a raddoppiare nel 2030.

Il diabete è, inoltre, responsabile di circa il 60% delle amputazioni non traumatiche della gamba secondarie, nell'85% dei casi, alle ulcerazioni del piede (il piede diabetico) dovute sia alla vasculopatia (micro e macrovascolare) sia alla neuropatia periferica tipica della patologia, sulla quale si innestano traumi intercorrenti.

All'interno della Regione europea dell'Oms, 52 milioni di persone convivono con il diabete. La prevalenza di questa malattia è in crescita in tutta la Regione, arrivando, in alcuni Stati, a tassi del 10-14% della popolazione. Questo aumento, in parte dovuto all'invecchiamento generale della popolazione, è principalmente secondario alla diffusione di condizioni a rischio, come sovrappeso e obesità, scorret-

ta alimentazione, sedentarietà e disuguaglianze socioeconomiche.

Il miglioramento delle condizioni di vita per tutti gli strati sociali, infatti, non ha ridotto le disuguaglianze di salute: ricerche svolte in diversi Paesi hanno rilevato come il miglioramento generale dello stato di salute nelle classi sociali più svantaggiate

risulti di entità minore rispetto a quello delle classi sociali più elevate, con conseguente accentuazione delle disuguaglianze. Anche il rischio di morte per diabete sembra maggiore tra gli individui con minori risorse economiche. Infatti, visto che il diabete complicato incide sull'aspettativa di vita dei soggetti che ne sono affetti, ci si aspetta che i soggetti di basso stato socio-economico abbiano un maggior rischio di morire per diabete e/o per complicanze correlate.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Comportamenti da modificare
Alta prevalenza di rischio per il cuore

