



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



quotidiano**sanità**.it

Martedì 03 NOVEMBRE 2015

Stabilità. La Corte dei conti gela il Governo: “Per la sanità incremento reale è solo di 500 milioni. Bisogna considerare che 800 mln vanno ai Lea”

I giudici contabili in audizione al Senato sulla Manovra evidenziano come, rispetto al Def 2015 e al netto dei Lea, la “Stabilità dispone la riduzione di 3,172 mld del fabbisogno sanitario nazionale standard per il 2016”. Attenzione alla misura sul blocco delle tasse: “Può aumentare distorsioni”. Da centralizzazione acquisiti e piani di rientro ospedali “risultati solo nel medio periodo”. [IL TESTO DELL'AUDIZIONE](#)

"La correzione prevista porta ad un forte ampliamento della forbice tra andamento tendenziale della spesa sanitaria e fabbisogno standard: si tratta di oltre 3.172 milioni" in meno rispetto a quanto previsto dal Def 2015 (previsti 113,3 mld). È quanto ha rilevato la Corte dei Conti nella sua audizione in Senato sulla Manovra.

Per i giudici contabili infatti "la legge di stabilità dispone la riduzione di oltre 2 miliardi del fabbisogno sanitario nazionale standard per il 2016" (il fondo per il 2016 è stato fissato a 111 mld). E questa "riduzione, se valutata al netto degli 800 milioni necessari per l'adeguamento delle prestazioni ai nuovi LEA, fa sì che l'incremento delle risorse rispetto al livello 2015 sia solo di 500 milioni" (in totale il Fondo al netto dei Lea è di 110,2 mld).

La spesa sanitaria

	2014	2015	2016
Def aprile 2015 (B)	111.028	111.289	113.372
Def aprile 2014 (A)	111.474	113.703	116.149
Nota Def sett. 2013	113.029	115.424	117.616
Def aprile 2013	113.029	115.424	117.616
fabbisogno sanitario nazionale standard			
Patto della salute 2014 (C)	109.928	112.062	115.444
dopo DL78/2015 (D)		109.710	113.092
dopo legge di stabilità(E)			111.000
dopo legge di stabilità (netta Lea)(F)			110.200
Disavanzo a luglio 2014(A-C)	1.546	1.641	705
Disavanzo a luglio 2015(B-D)	1.100	1.579	280
Disavanzo a settembre 2015(B-E)			2.372
Disavanzo a sett. 2015 netto Lea(B-F)			3.172

Fonte: Audizione Corte dei conti su Legge Stabilità 2016

I giudici contabili evidenziano poi che "per evitare il sostanziale raddoppio del disavanzo rispetto a quanto previsto per il 2015, le Regioni e il Governo dovranno individuare misure di efficientamento che andranno ad aggiungersi a quelle del DL 78/2015, di cui si dovrebbe avere una prima valutazione di efficacia".

Anche perché **“la centralizzazione degli acquisti e i piani di rientro per le strutture ospedaliere potranno, infatti, produrre risultati consistenti solo nel medio periodo”**.

“La sostenibilità del sistema – si rimarca - è, pertanto, legata al maturare dei processi che erano stati avviati con il Patto della salute nel luglio 2014 e che attengono anche alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa, alla ripresa di un’adeguata politica di investimenti, alla revisione dei meccanismi di calcolo del fabbisogni regionali, nonché alla previsione di meccanismi premiali”.

Ma la Corte interviene anche sui “vincoli che la manovra introduce alle scelte tributarie delle Amministrazioni territoriali risultano accentuati a causa del previsto blocco, limitatamente al 2016, del potere di deliberare aumenti dei tributi e delle addizionali ad essi attribuite e delle eccezioni fissate. Queste ultime, in particolare, sono suscettibili di **accentuare le distorsioni che già configurano un panorama fortemente differenziato del fisco sul territorio**. Anche perché si tratta di eccezioni ampie, che coinvolgono le otto Regioni in deficit sanitario (che potranno aumentare Irap e addizionale Irpef)”.

Sanità e tasse, lo scontro governo-Regioni

L'allarme di Chiamparino: troppi 4 miliardi di tagli, mancano i soldi anche per i medicinali salva-vita
Renzi convoca i presidenti: ora ci divertiamo. «Con l'addio alla Tasi a rischio i bilanci dei Comuni»

ROMA L'avvio della discussione della legge di Stabilità in Parlamento alimenta il *cahier de doléances* degli enti locali, dei sindacati e dei tecnici del servizio bilancio del Senato. L'allerta di Sergio Chiamparino, che parla in veste di governatore del Piemonte e di presidente della Conferenza Stato Regioni, testimonia la preoccupazione per la manovra. «I tagli dal 2017 al 2019 configurano una situazione che mette a rischio la sopravvivenza del sistema Regioni», dice Chiamparino durante l'audizione di ieri in Commissione Bilancio a Palazzo Madama. Tanto da chiedere con urgenza un incontro con l'esecutivo. Un appello che il premier Matteo Renzi raccoglie al volo convocando, con toni caustici, un incontro per domani: «Adesso con le Regioni ci divertiamo, ma sul serio».

Secondo Chiamparino, c'è l'esigenza immediata di trovare più risorse per il fondo sanitario nazionale. Il nodo, ribadisce, resta quello sul capitolo sanità nel 2016 poiché: «Le esigenze sono circa il doppio, cioè un miliardo in più». Uno scenario che mette in discussione servizi fondamentali come l'erogazione di farmaci salvavita e che sarà toccato nel vertice con il governo, che vuole scongiurare nuove addizionali, pure nel caso di enti in deficit.

Ma in generale, secondo



Chiamparino, sono i tagli a essere insostenibili: «Due terzi della *spending review* sono a carico delle regioni», ricorda il Governatore del Piemonte. Tradotto nel 2016 vuole dire circa 4 miliardi di euro di risparmi, su un totale di 5,9 miliardi, a carico del sistema regionale. Il servizio studi di Camera e Senato, d'altronde, stima in 19 miliardi la sforbiciata imposta nel periodo 2017-2019.

Le addizionali
Oggi il vertice
Il nodo dell'aumento
delle addizionali Irpef
per gli enti in deficit

Le critiche arrivano anche dal fronte sindacale. Il segretario generale della Cgil, Susanna Camusso, rimprovera al governo una manovra che «favorisce solo chi ha di più». Aggiungendo che i tagli finiranno per mandare «in default le province». Alle valutazioni sulla finanziaria, espresse nelle audizioni a Palazzo Madama, vanno aggiunti i rilievi dei tecnici di Camera e Senato. Nel dossier dei servizi bilancio del Parlamento finiscono sotto esame le modalità di compensazione destinate ai comuni per la cancellazione delle tasse sulle prima casa. Riserve anche sui reali effetti derivanti dall'aumento dell'uso del contante fino a 3.000 euro sui saldi di finanza

pubblica. E anche sul fatto che dal settore dei giochi si riesca davvero a incassare un miliardo di euro. Sul canone Rai, pagato in bolletta elettrica, i tecnici chiedono dati sulla platea dei contribuenti e sul numero di evasori, stante la stima di un maggiore gettito a fronte di un canone ridotto da 113 a 100 euro. Intanto il ministero dell'Economia rivendica il taglio al fabbisogno statale: nel 2015 la differenza tra entrate e uscite è calata di 21,5 miliardi di euro rispetto ad un anno fa.

Sul versante pensioni l'esecutivo esclude, infine, adeguamenti al ribasso per effetto dell'inflazione negativa.

Andrea Ducci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Audizione

● Sergio Chiamparino, governatore del Piemonte e presidente dimissionario della Conferenza delle Regioni, durante un'audizione in Senato sulla manovra ha lanciato l'allarme

● Per Chiamparino la legge di Stabilità «nei fatti mette a rischio la sopravvivenza stessa del sistema Regioni» e mette in dubbio servizi fondamentali come l'erogazione di farmaci salvavita

Tensioni

Sergio Chiamparino, governatore del Piemonte e presidente dimissionario della Conferenza delle Regioni, con il presidente del Consiglio Matteo Renzi

Lite Regioni-governo Renzi le convoca “Ora ci divertiamo”

Chiamparino: “Spending review troppo pesante”
Il premier: “Eliminate gli sprechi”. Domani il vertice

ROBERTO PETRINI

ROMA. «La nostra sopravvivenza è a rischio, si profilano forti criticità e dalla Sanità manca 1 miliardo, due terzi della spending review a carico nostro». Il presidente della Conferenza delle Regioni, Sergio Chiamparino lancia un nuovo grido d'allarme alla volta del governo Renzi, chiede un incontro d'urgenza all'esecutivo e conferma le dimissioni annunciate nei giorni scorsi. In serata la replica di Renzi che convoca i governatori per domani ma ammonisce: «Adesso ci divertiamo, ma sul serio: non consentirò che aumentino le tasse, eliminino piuttosto gli sprechi. Sulla sanità ci sono più soldi che in passato».

Il tema delle Regioni cattura la scena delle audizioni parlamentari sulla Stabilità, precedute da una conferenza stampa dello stesso Chiamparino. Sul tavolo almeno tre questioni. In prima battuta il taglio del fondo del servizio sanitario nazionale per il quale «serve un miliardo in più», dice Chiamparino: è necessario per arrivare dai 111 miliardi assegnati (rispetto ai 110 del 2015) ad almeno 112 miliardi necessari per nuovi Lea, per i vaccini, per contratti di lavoro del personale sanitario e per farmaci innovativi salvavita.

La seconda questione riguarda il taglio di 1,8 miliardi imposto alle Regioni per il raggiungimento del pareggio di bilancio previsto dalla Costituzione: una sforbiata netta solo parzialmente mitigata da altri stanziamenti. Infine ci sono le dilazioni per il decreto salva-Regioni.

Del resto lo stesso Servizio bilancio ha fornito argomenti ai governatori: il taglio complessivo ai fondi regionali, secondo il rapporto pubblicato ieri, ammonta in tre anni, 2017-2019, a circa 17 miliardi. «Due terzi della spending review sono a carico delle Regioni», ha protestato Chiamparino.

Il decollo della «Stabilità 2016» ha subito il fuoco di

I PUNTI

IVA CONTI SBAGLIATI

Secondo i tecnici per scongiurare l'aumento Iva sono stati calcolati 4 miliardi più del necessario

TASI E COMUNI

Secondo i tecnici il ristoro del taglio Tasi consentirà ai Comuni un minore spazio di manovra

TAGLI REGIONI

Secondo i tecnici in tre anni, 2017-2019, i tagli alle Regioni ammonteranno a 17 miliardi

fila dei rilievi dei tecnici del Servizio Bilancio anche su altri punti cruciali dell'articolato. In prima fila l'abolizione della Tasi e la manovra compiuta dal governo per compensare il mancato gettito per i sindaci: i tecnici rilevano che il fondo che ristora la perdita del gettito della tassa sulla prima casa è «rigido» e «limita la manovra dei Comuni» nel momento in cui si trovano ad utilizzare le risorse, rispetto a quanto avveniva con il gettito fiscale. Rilievi anche sul taglio del fondo sanitario: il finanziamento reso disponibile potrebbe non bastare e dunque generare «tensioni». Positivo tuttavia il responso di Fassino (Anci): «Non taglia risorse ai Comuni». Critiche dei tecnici anche sul reiterarsi di norme «contrapposte» sul tetto al contante, dubbi sul gettito della «voluntary» e sul turn over degli statali.

I tecnici colgono in fallo il governo anche sul tema cruciale della sterilizzazione della clausola di salvaguardia che avrebbe fatto aumentare l'Iva nel 2016. Per neutralizzarla la Stabilità prevede l'impiego di 12,8 miliardi (per la sola Iva) sopravvalutando tuttavia il potenziale gettito di circa 4 miliardi. Infatti un punto dell'Iva ordinaria viene valutato dal governo in circa 4 miliardi (8 per i due punti previsti dal 22 al 24) considerando tuttavia il vecchio gettito che contabilizzava anche l'Iva dovuta al pagamento dei crediti delle imprese e senza tenere conto che un aumento dell'imposta riduce i consumi: il calcolo corretto sarebbe dunque circa 2 miliardi a punto (dunque 4 per i due punti) senza considerare un eguale «errore» intercorso per l'aliquota intermedia (dal 10 al 12 per cento). Se questi calcoli fossero esatti l'entità della manovra dovrebbe scendere.

Critiche anche dai sindacati. Camusso (Cgil) parla di manovra «non espansiva». Squinzi (Confindustria) invece approva: «Prima manovra espansiva dal 2007».

Manovra, scontro Regioni-Renzi

Chiamparino: rischi di nuove tasse e ticket - Alt del premier: niente aumenti, sulla sanità più fondi

Roberto Turno
ROMA

«La manovra mette a rischio il sistema delle regioni». Sergio Chiamparino boccia al Senato i tagli alle regioni della manovra 2016, a partire da quelli alla sanità, e chiede un «incontro urgente» al Governo. Detto e fatto: Palazzo Chigi è pronto a convocare i governatori già domani e Renzi fa filtrare che «adesso con le regioni ci divertiamo, ma sul serio». Perché, aggiunge, «sulla sanità ci sono più soldi di prima e le tasse non possono aumentare».

All'inizio ufficiale dei lavori parlamentari sulla manovra 2016, si riaccende lo scontro tra Governo e regioni, a partire dai bilanci di asl e ospedali, con i conti della sanità che si confermano il nervo scoperto dei governatori. Tutto è avvenuto ieri nel giro di due ore. A riaccendere la miccia di una guerra mai sopita, è stato per primo il rappresentante dei governatori, Sergio Chiamparino (Piemonte, Pd) che nell'audizione davanti alle due commissioni Bilancio di Camera e Senato è stato tranchant sulla legge di Stabilità: «Paghiamo due terzi della spending», ha calcolato, elencando i tagli da 2 mld alla sanità e altri 2,2 mld per spese extrasanitarie. Col risultato, ap-

punto, di «mettere a rischio la sopravvivenza» del sistema regionale nel complesso. Parole che al premier non sono affatto piaciute, tanto da respingerle al mittente. Tanto da far trapelare quel «adesso ci divertiamo», che suona come una dichiarazione di guerra. Senza sconti, forse.

Intanto le regioni mettono sul piatto le loro richieste: «Almeno 1 miliardo in più» per la sanità e la certezza dell'utilizzo di una somma pari a 1,3 mld come indebitamento netto e non come saldo netto da finanziare, «altrimenti sarebbe come non averli e non poterli utilizzare».

Le regioni insomma alzano l'asticella sulla manovra 2016, ma il Governo la tiene ferma ai 111 mld fissati dalla manovra. E chissà se palazzo Chigi e via XX Settembre condividono i conti fatti ieri da Chiamparino. O se credono che ci sia ancora molto grasso da eliminare nei bilanci regionali. Ha detto ieri Chiamparino che il peso dei tagli cumulati sul 2016, incluse le vecchie manovre, vale 11,7 mld, a fronte di una spesa primaria locale che, sanità esclusa, vale 30 mld, con una riduzione cumulata del 15% nel 2009-2015. Mentre per la spending review il taglio ai ministeri decre-

e per le regioni sale da 3,9 a 7,1 mld.

Di qui, per Chiamparino, il «rischio collasso». «Nessuno è mosso dalla volontà di aumentare i ticket o le tasse locali - ha detto - ma non posso escludere che con questi dati qualche Regione possa caderci dentro per non rinunciare ad alcuni interventi». Rischio che però per il premier non deve esistere: «Non consentirò - le sue parole fatte trapelare - alla regioni di aumentare le tasse, piuttosto gli sprechi».

Tutto questo mentre il presidente di Confindustria, Giorgio Napolitano, fa notare che se la manovra «va confermata nel suo impianto», serve più coraggio con la spending. Ma senza un «significativo depotenziamento dell'assistenza a imprese e cittadini» e a non penalizzare «i servizi e le imprese della filiera della salute».

Insomma, partita aperta. Con i governatori che insistono sui loro calcoli «sanitari». È vero che dal 2015 al 2016 i fondi al Ssn salgono da 11,0 a 11,1 mld, ha ricordato Chiamparino, ma «sono 2 mld in meno del previsto». E soprattutto, con quel miliardo in più vanno finanziati i Lea (800 mln), i rinnovi contrattuali (300 mln), il nuovo piano vaccini, il ristoro agli emotrasfusi (170 mln), i farmaci innovativi (500

mln). Come dire che se i fondi crescono di 1 mld, per effetto delle new entry, in realtà nel 2016 scenderebbero di 2,070. Meno del 2015. «Al punto che per un farmaco salvavita, si potrebbe dire no alla centesima persona che arriva perché le regioni non hanno i soldi per acquistarlo», è l'allarme delle regioni. Che Renzi non condivide.

E che anche il servizio del Bilancio del Senato, proprio ieri, ha condiviso solo a metà. Affermando che se è vero che il livello di finanziamento al Ssn «potrebbe creare tensioni», le misure previste dalla manovra possono però «facilitare il conseguimento di risparmi». La tesi della ministra Lorenzin, che a sua volta giura sull'effetto-risparmi contro sprechi e altre anomalie come gli acquisti e gli appalti. C'è da giurare che il premier farà propria, o addirittura rafforzerà, questa linea di difesa delle sue scelte: «Le regioni taglino gli sprechi» ha rimandato a dire ieri.

IL «RISCHIO COLLASSO»

I governatori attaccano: per noi la spending review passa da 3,9 a 7,1 miliardi tra il 2016 e il 2016, per i ministeri scende da 3,1 a 1,7

IN CIFRE

111 miliardi
Le risorse

Il finanziamento previsto per il 2016 al Servizio sanitario nazionale. Nel 2015 erano 110, ma con quel miliardo in più vanno finanziati tra l'altro anche i Lea (800 milioni) e i rinnovi contrattuali (300 milioni)

2,1 miliardi

La stretta

La riduzione del finanziamento 2016 rispetto alla previsione del Def e dell'intesa con le Regioni

10,7 miliardi

Il disavanzo totale

Quello accumulato dalla Sanità dal 2010 al 2014

1,29 miliardi

Il deficit totale nel 2014

Lo scorso anno è stato del 50% in meno rispetto al 2013

27%

Il peso del deficit del Lazio

La percentuale registrata dalla Regione nel 2014 rispetto al deficit totale

5

Le regioni commissariate

Sono Lazio, Campania, Molise, Abruzzo, Calabria. Altre tre, Piemonte, Puglia e Abruzzo, sono sotto piano di rientro dal deficit

Sanità, le misure della Stabilità

FONDI

Con la legge di Stabilità 2016 il Governo assegna alle regioni una dotazione di 111 mld destinati al Fondo sanitario nazionale: 1 mld in più rispetto alle risorse 2015 (che hanno subito una decurtazione di 2,35 mld prevista dal "decreto enti locali" del luglio scorso dopo l'Intesa con le regioni), ma 2,09 mld in meno di quanto previsto dal «Patto per la salute», da attuare, rispetto al tendenziale a legislazione vigente

LEA

I Lea (Livelli essenziali di assistenza) costituiscono l'insieme delle prestazioni garantite agli assistiti. I Lea non sono stati più aggiornati da 14 anni e sono fermi alla versione del 2001, in un continuo rimpallo tra i Governi e le regioni proprio per questioni riguardanti il livello di finanziamento. La manovra prevede ora un aggiornamento, disponendo una somma dentro il Fondo di 800 mln "riservati" e un aggiornamento annuale

OSPEDALI IN DEFICIT

Per gli ospedali azienda con i bilanci in rosso - la stragrande maggioranza in tutta Italia, salvo poche eccezioni - è previsto un piano di rientro al massimo di tre anni. Con tanto di responsabilità per gli amministratori, fino alla decadenza e alla denuncia anche contabile in caso di mancato rispetto del programma di risanamento, sia finanziario che della qualità e trasparenza delle prestazioni

BENI E SERVIZI

La stretta sugli acquisti di beni e servizi da parte degli enti del Ssn tocca uno dei punti più caldi della spesa sanitaria, anche dal punto di vista delle gare di asl e ospedali, dove si annida spesso un pericoloso fai-da-te al di fuori di controlli e verifiche. La trasparenza, fin dal 1 gennaio, chiamerà in causa ancora una volta i manager sanitari attraverso centrali uniche regionali e la Consip

Manovra. I governatori: costretti ad aumentare le imposte - Il premier li convoca: non toccatele, avete avuto più fondi

Scontro Renzi-Regioni su sanità e rischio-tasse

Squinzi: è una legge espansiva, mancano Sud e ricerca

Le Regioni bocciano la manovra. Nell'audizione parlamentare hanno lanciato l'allarme sul «rischio di un aumento delle tasse». Il premier Renzi è pronto a convocare i governatori, promette più risorse per la sanità ma chiede di non toccare le imposte. E il presidente di Confindustria, Giorgio Napolitano: per la prima volta dal 2007 è una manovra espansiva ma mancano ricerca e Sud. Servizi ► pagine 2 e 3

I numeri sul tavolo

111	1	7,1
MILIARDI I fondi al Ssn tra 2015 e 2016 passano da 110 a 111 mld	MILIARDO Le Regioni chiedono un miliardo in più per la sanità	MILIARDI Tagli alle Regioni dai 3,9 mld nel 2016 ai 7,1 nel 2019
1,7	0,3%	42,5%
MILIARDI Per i ministeri tagli da 3,1 a 1,7 miliardi tra 2016 e 2019	CRESCITA 2016 Impatto della manovra sul Pil stimato da Confindustria	PRESSIONE FISCALE Il Csc prevede nel 2016 una flessione al 42,5% del pil

La ripresa difficile
LA LEGGE DI STABILITÀ

I conti sulla sanità
Il presidente dei governatori: è vero che saliamo da 110 a 111 miliardi ma sono due meno del previsto

La replica di Palazzo Chigi
«Abbiamo messo più soldi, incontro già domani: adesso con le Regioni ci divertiamo sul serio»

A PAG. 8

Beni e servizi

**Acceleratore
sugli acquisti
centralizzati:
siamo certi
che la priorità
del legislatore
è il risparmio?**

SPENDING REVIEW

Acquisti centralizzati a prescindere

L'articolo 31, comma 1, del Ddl di Stabilità prevede che per le categorie merceologiche del settore sanitario individuate dal Dpcm di cui all'articolo 9, comma 3, del Dl 66/2014, convertito in legge 89/2014, gli Enti del Ssn sono tenuti ad approvvigionarsi avvalendosi in via esclusiva dalle Centrali Regionali di riferimento, ovvero dalla Consip spa.

Pur non essendo ancora chiaro quali saranno le categorie merceologiche, il legislatore scommette su Consip e sulla moltiplicazione delle Centrali di committenza per «garantire la realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa», dopo aver vietato alle stazioni appaltanti di acquistare autonomamente, nemmeno a prezzi inferiori rispetto a quelli risultanti dalle gare Consip e dai soggetti aggregatori (articolo 39, comma 3-bis, della legge 114/2014 che sopprime l'articolo 9, comma 3, della legge 89/2014). Ergo, sbaglia forse chi ritiene che il legislatore sia principalmente interessato alla centralizzare degli acquisti piuttosto che al risparmio?

La domanda non è peregrina visto che anche l'articolo 31, comma 2, del Ddl di stabilità stabilisce che spetterà alle Centrali Regionali di riferimento non ancora operative, individuare a quale Centrale operativa dovranno rivolgersi le «loro» stazioni appaltanti, ma senza specificare il criterio su cui dovranno basare la scelta, per cui ci può stare quello del prezzo più basso ma anche quello della simpatia/vicinanza politica.

Lapsus freudiano a dimostrazione che al legislatore interessa in primis la centralizzazione degli acquisti per togliere autonomia alle stazioni appaltanti degli enti del Ssn che saranno anche passibili di illecito disciplinare e di responsabilità per danno erariale anche qualora acquistassero autonomamente a prezzi più bassi (!?). Eppure non risulta che nel frattempo sia stato abrogato l'articolo 3, comma 1-bis, del Dlgs 502/1992 che recita testualmente «Le Unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica e autonomia imprenditoriale».

Almeno all'articolo 9-ter, comma 5, del Dl 78/2015 trasformata in legge 125/2015 (terza spending review), nell'ipotesi di mancato accordo con i fornitori sulla rinegoziazione dei contratti in essere al fine di ridurre i prezzi, erano le stazioni appaltanti degli Enti del Ssn che a seguito della risoluzione contrattuale potevano scegliere con chi stipulare i nuovi contratti, tramite affidamento diretto in ampliamento del contratto a condizioni più convenienti stipulato dentro o fuori Regione, previo consenso del nuovo esecutore. Ora neanche più questo. La centralizzazione degli acquisti è stata introdotta dalla direttiva 18/2004/CE il cui 15° considerando ritiene che

tali tecniche consentano, dato il volume degli acquisti, un aumento della concorrenza e dell'efficacia della commessa pubblica.

Il concetto è stato poi ripreso dall'articolo 34, comma 4, del Codice dei contratti (Dlgs 163/2006) che individua la centrale di committenza come un'amministrazione aggiudicatrice che acquista o che aggiudica appalti pubblici di forniture e servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici. Si rievava, ovviamente, su loro delega. Poi invece la Legge finanziaria 296/2006, all'articolo 1, comma 457, ha istituito le Centrali di committenza regionali che insieme a Consip dovevano costituire un sistema a rete per il perseguimento dei piani di razionalizzazione della spesa pubblica.

Quindi, a cascata, le successive disposizioni normative hanno assunto a postulato che la centralizzazione degli acquisti è sinonimo di risparmio, senza che però mai nessuno abbia verificato quanto costa l'apparato regionale che funge da Centrale per gli acquisti, quante aggiudicazioni faccia in un anno, in che tempi e con quali risultati effettivi, a consuntivo. Ciò nonostante, d'ora in avanti non sarà neanche possibile rilevare se ci sono stazioni appaltanti che aggiudicano appalti a costi inferiori... Così non sarà difficile essere belli, bravi e buoni.

Eppure in questo contesto economico, solo la realizzazione di veri e significativi risparmi da parte delle Centrali di acquisto potrebbe giustificare la miopia di fronte alle criticità che potrebbero derivare da un'eccessiva concentrazione dell'offerta e dalla standardizzazione dei prodotti; poiché alla lunga ciò potrebbe penalizzare le aziende sanitarie, le imprese e il sistema in generale, dando luogo a forniture di minore qualità, a riduzione della concorrenza, all'estromissione di molte aziende dal mercato e al conseguente aumento dei prezzi tipico delle situazioni di oligopolio/monopolio.

Ma se «vuolsi così colà dove si puote ciò che si vuole», si può almeno «dimandare» che le Centrali di committenza imposte per Legge siano obbligate a svolgere fino in fondo le procedure di aggiudicazione relative alle categorie merceologiche di loro competenza, senza scaricare parte sulle stazioni appaltanti che dovranno comunque continuare a sorbirsi il restante buon 90% di aggiudicazioni di gare per l'acquisto di beni e servizi?

Un legislatore che volesse conoscere gli effettivi costi/benefici delle Centrali di committenza dovrebbe chiarire almeno il loro ambito di intervento dopo aver precisato, per esempio, che non dovranno impiegare tre anni per aggiudicare un appalto obbligando le stazioni appaltanti a prorogare per lo stesso

tempo quelli scaduti, nelle more dell'aggiudicazione. Dovrebbe poi anche precisare che non devono più attingere dalle stazioni appaltanti per la stesura dei capitolati speciali di appalto e per la valutazione delle offerte economicamente più vantaggiose; l'aggiudicazione dei lotti andati deserti; le procedure previste dall'articolo 116 del Dlgs 163/2006 in caso di cessioni di azienda, trasformazione, fusione e scissione ecc. con i relativi controlli, senza che lo debba fare singolarmente ogni stazione appaltante; la decisione sulla possibilità di sostituzione dei prodotti aggiudicati, alle stesse condizioni economiche, con altri indicati dal fornitore come innovativi. *Unicuique suum.*

Marco Molinari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Rapporto Crea fotografa una crisi d'identità esplosiva tra tagli ingiustificabili e disuguaglianze croniche

«Il Ssn è una maionese impazzita»

Spesa inferiore del 30% rispetto ai partner Ue e 2,7 mln di italiani non si curano più

Universale e diseguale. Ormai serve un ossimoro per descrivere il nostro sistema sanitario. E "Universalismo diseguale" è il titolo scelto per l'XI Rapporto sanità, sui dati 2014, curato dal consorzio Crea, il gruppo di lavoro dell'Università di Tor Vergata, diretto da Federico Spandonaro. Con una spesa sanitaria in picchiata, che ci porta indietro come livello di finanziamento di almeno il 30% rispetto agli altri

Paesi Ue più avanzati. Con il ceto medio che paga il conto. E con una pressione fiscale concentrata soprattutto sulle "solite" Regioni in difficoltà. Non c'è da stupirsi quindi che per 2,7 milioni di italiani il problema della salute sia stato rinviato a tempi migliori. Una maionese impazzita insomma. Non da buttare, ma da rifare. Aggiungendo l'ingrediente giusto.

VAZZA A PAG. 2-3

XI RAPPORTO CREA/ Fotografia sul nostro Ssn tra crisi d'identità ed emergenze rinviate

Così universali così diseguali

Ripensare le politiche che hanno tagliato molto e accresciuto le diseguità

Universale e diseguale. Una contraddizione in termini per descrivere il nostro sistema sanitario. E "Universalismo diseguale" è il titolo scelto per l'XI Rapporto sanità, sui dati 2014, curato dal consorzio Crea, il gruppo di lavoro dell'Università di Tor Vergata, diretto da Federico Spandonaro.

La spesa sanitaria degli ultimi anni è in picchiata. Una discesa libera che ci porta indietro come livello di finanziamento di almeno il 30% rispetto agli altri Paesi dell'Europa, per lo meno del gruppo dei 14 Paesi rapportabili al nostro.

Per gli esperti, il fenomeno è allarmante principalmente per la sua dinamica: «nell'ultimo decennio siamo passati da valori che sono stati anche inferiori al 18%, per poi sfiorare il 30%, con gli anni più recenti, quelli segnati dalle spending review, in cui il gap aumenta di oltre il 2% annuo (quasi il 3% fra il 2012 e il 2013)». E neppure le esigenze di risanamento della finanza pubblica sembrano più giustificare questi trend, spiegano: «malgrado la stagnazione del Pil, l'impegno degli italiani per la

propria salute rimane sotto il 9% (tendendo a ridursi ancora), mentre EU14 ha ormai superato il 10% (differenza che è in percentuale rilevante ma ancora di più in termini nominali: e ricordiamo che in EU14, insieme ai Paesi più ricchi, abbiamo anche Grecia, Portogallo e Spagna, e quindi lo scarto dipende, e appare inferiore, anche per effetto dei minori livelli di spesa di questi ultimi Paesi)». Dunque, a cosa sono serviti i sacrifici degli ultimi anni? A pagare il conto di questa situazione le famiglie, soprattutto del ceto medio, e delle "solite" Regioni in difficoltà. Per fotografare efficacemente l'impatto della situazione, il Crea ha elaborato un indice di equità, calcolato sulla percentuale di popolazione che rinuncia alle cure, la percentuale di famiglie impoverite a causa della spesa sociosanitaria sostenuta direttamente (out of pocket) dai cittadini e la quantità di spese "catastrofiche", ossia improvvise ed elevate.

Il quadro che ne viene fuori è chiaro: meno famiglie sono andate in "banca-rotta" per le cure sanitarie, ma per il solo fatto di aver rinunciato alle cure. Per 2,7

milioni di italiani il problema della salute è stato infatti rinviato a tempi migliori, lasciando perdere pillole e dottori. E la situazione non è in miglioramento, visto che è in crescita costante la percentuale di chi paga di tasca propria (almeno 1,6 milioni nel 2013 e +14,5% nel 2014) per farmaci, visite ed esami diagnostici. E per completare la fotografia, il Crea punta il dito su un aspetto molto trascurato: il risanamento finanziario della sanità ha pesato sui cittadini anche dal punto di vista fiscale, penalizzando nei fatti quelli che risiedono nelle Regioni che non riescono a mantenere l'equilibrio finanziario del Ssn. Per questo non appare affatto casuale che la quasi totalità delle Regioni sottoposte a Piano di rientro (e in alcuni casi, come il Lazio, con i deficit più elevati) siano anche quelle in cui si osserva la maggior pressione tributaria locale tanto in termini di addizionale regionale Irpef che di Irap. Ma guai a pensare che il team guidato da Spandonaro voglia salire sul carro di chi (e sono tanti in questi mesi) ha preso posizioni forti contro il federalismo degli anni 2000. Scrive infatti il professore: «Vorremmo, in altri termini, evitare interpretazioni che possano far pensare a

una adesione alla posizione, che si tramuta facilmente in una sterile deriva antifederalista, per cui il vero attentato all'Universalismo risiede nella creazione di 21 sistemi sanitari regionali, la cui diversità, effetto degli "egoismi" e delle "inefficienze" locali, genererebbe di per sé grave nocimento all'Universalismo e al diritto dei cittadini alla tutela della salute. Posizione che non possiamo condividere di fronte all'evidenza che gli obiettivi del federalismo, primo fra tutti quello della responsabilizzazione finanziaria regionale, ma anche quello della razionalizzazione dell'offerta, sono stati in larga parte raggiunti; e anzi, è proprio in alcuni nodi irrisolti a livello centrale che risiedono, a nostro parere, rischi di tenuta del sistema. In continuità con i precedenti Rapporti Sanità, sposiamo la tesi per cui la complessità (intrinseca nel settore sanitario) è naturalmente permeata di fattori di "diversità", che non è corretto combattere per "ragioni di principio"; sono infatti enzimi essenziali per una evoluzione del sistema, purché adeguatamente governati». E per chiudere, il Crea sco- perchia un altro pentolone: l'introduzione al ralenti nel nostro sistema delle terapie approvate a livello europeo

dall'Ema.

Anche in questo ambito arranchiamo dietro ai 5 Paesi top dell'Ue. Il consumo in Italia dei medicinali approvati da Ema (European medicines agency) negli ultimi 5 anni (2009-2014) è inferiore in media del 38,4% rispetto a quelli medi di Francia, Germania, Spagna e Regno Unito.

La differenza è appunto causata dal ritardo effettivo di accesso al mercato, apprezzabile osservando che per i prodotti approvati più di recente (2014) la media di consumo in Italia è inferiore del 91,2% rispetto ai Paesi considerati; scendendo poi progressivamente, ma rimanendo intorno al 20% in meno, ancora a distanza di 5 anni. Al di là di ogni aspetto, resta un problema di fondo: la miopia dei politici, lo sguardo corto focalizzato sul tema dell'inefficienza. «Finché rimarrà in cima all'agenda politica il tema dell'inefficienza difficilmente si determinerà un incentivo al vero cambiamento: posizione assolutamente miope in base ai dati disponibili, ma certamente dominante. Si tratta di una idea che permea la cultura politica (e in parte tecnica) del Paese, tant'è che non c'è anno (o finanziaria o legge di stabilità che sia) in cui non fioriscano i rumors, con relative

smentite, di nuovi tagli al finanziamento della Sanità pubblica; ex post duole poi ammettere che per lo più i rumors "vincono" sulle smentite, e qualche taglio si verifica sempre, ovviamente sempre "tecnicamente" giustificato dalla riduzione degli sprechi» si duole Spandonaro. E per questo conclude spiegando le ragioni del titolo e della riflessione di fondo di quest'ultimo Report: l'universalismo imperfetto: «Le promesse di mantenimento del finanziamento (da ultimo nel Patto della Salute), sono, anno dopo anno, smentite dai fatti, come anche quelle di non toccare i settori che più sono stati oggetto di interventi, prima di tutto il farmaceutico. Questo approccio non sembra essere più sostenibile, sia perché ha effetti non trascurabili tanto sul sistema sanitario, quanto su quello industriale, sia perché i dati dicono che non è questa la vera priorità. Quello sin qui realizzato è un Universalismo non omogeneo, crescentemente diseguale, e che dopo oltre 30 anni è forse doveroso chiedersi se non dipenda anche da qualche elemento di obsolescenza del disegno originario».

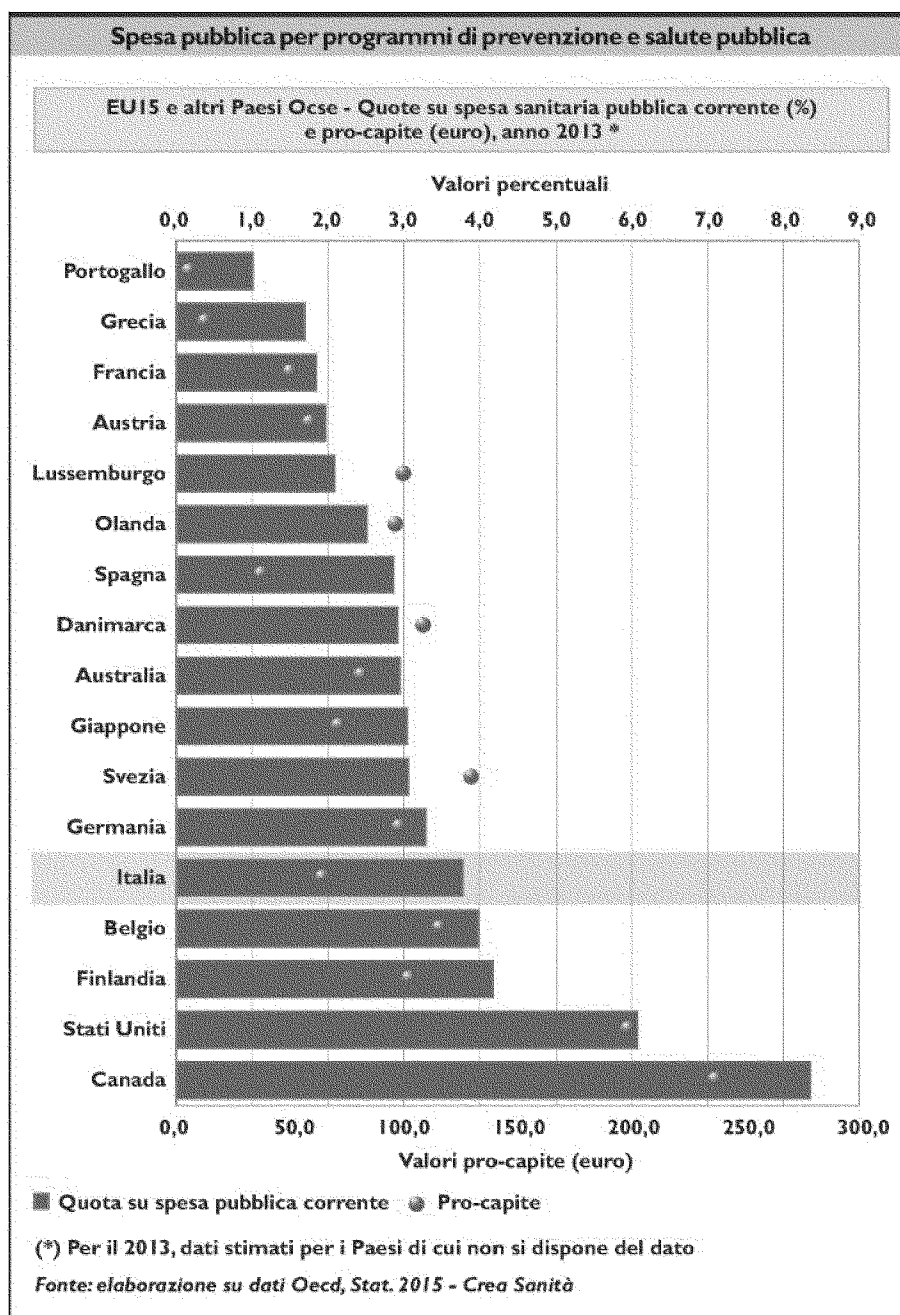
Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Variazioni percentuali, anni 2009-2013

Regioni	Beni sanitari al netto dei prodotti farmaci ed emoderivati	Beni non sanitari	Servizi sanitari al netto File F e consulenze, collaborazioni, interinale e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	Acquisizione servizi non sanitari	Acquisizione servizi al netto File F e consulenze, collaborazioni, interinale prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	Totale farmaceutica	Medicina di base - da convenz.	Specialistica convenzionata	Ospedalità convenzionata	Consulenze, collaborazioni, interinale prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	Personale
Italia	-2,13	-25,81	0,44	5,94	1,18	-0,49	3,85	12,5	-3,2	-12,68	-3,14
Nord	-2,77	-30,73	-0,51	12,09	1,23	1,49	2,74	21,3	-4,3	-12,28	0,17
Centro	-7,78	-21,58	-1,26	-5,95	-2,02	0,31	3,38	-3,5	-7,2	-8,85	-4,80
Sud e Isole	3,16	-14,63	2,83	5,76	3,17	-3,22	5,41	10,6	1,2	-15,55	-6,77
Piemonte	-1,36	-17,71	-7,18	6,72	-5,51	-2,68	2,49	-1,0	-5,2	-28,90	-3,18
V. d'Aosta	-15,76	0,88	5,66	1,45	4,82	-3,49	5,27	-11,3	324,8	-19,31	1,77
Lombardia	-2,81	-50,60	1,39	22,30	3,68	13,19	-0,99	42,8	-6,0	11,85	0,50
Pa. Bolzano	5,00	-7,67	-2,54	-0,61	-2,26	3,85	4,36	-0,4	3,8	-29,89	9,40
Pa. Trento	11,69	-3,20	11,20	8,88	10,84	1,30	7,13	51,4	3,5	-30,09	5,09
Veneto	-3,87	-21,74	-5,10	19,66	-1,66	-1,65	3,92	-2,3	-13,3	-22,05	0,41
Friuli V.G.	7,57	-18,98	2,04	6,50	3,16	-1,63	2,78	9,1	8,0	-17,79	1,05
Liguria	-12,30	-28,89	-0,49	-10,19	-2,22	-12,12	-2,23	-13,2	-1,8	-32,83	-5,72
Emilia R.	-5,17	-13,04	5,15	6,40	5,37	-5,97	7,90	19,1	11,1	-12,12	2,36
Toscana	-16,78	-31,70	0,98	-3,74	-0,03	-5,63	3,42	-11,3	7,4	-3,89	-2,64
Umbria	-3,97	-27,79	4,47	7,59	5,12	4,02	7,29	19,6	-4,4	-21,15	1,25
Marche	-11,97	-16,79	2,03	-0,86	1,65	-1,12	2,136	10,7	7,4	-29,12	-3,01
Lazio	2,82	-5,64	-3,43	-10,77	-4,44	4,20	3,12	-3,2	-10,7	-4,16	-8,46
Abruzzo	8,54	1,67	-2,71	18,12	-0,14	-2,13	0,60	13,3	-17,3	-19,68	-1,40
Molise	-1,32	25,12	26,93	8,10	24,55	-6,60	-1,03	45,4	3,6	-66,02	-6,09
Campania	3,14	-16,68	6,42	-3,59	5,13	-3,89	0,91	11,3	9,3	-1,60	-14,07
Puglia	1,74	-16,38	-4,91	9,03	-3,40	-5,66	10,85	22,6	-3,7	-46,85	-7,38
Basilicata	4,66	-8,84	-4,56	-18,46	-6,40	-7,41	-5,35	55,0	267,3	-25,96	-2,03
Calabria	-7,98	-30,95	12,49	15,22	12,79	-2,74	4,90	-3,4	-19,2	-49,34	-8,43
Sicilia	6,63	-18,15	2,17	12,22	3,07	-1,69	8,61	3,1	7,9	-16,68	-3,80
Sardegna	5,40	-11,64	6,36	6,92	6,46	1,31	8,89	10,8	-6,4	1,02	3,94

Fonte: elaborazione su dati CE (ministero della Salute) - Crea Sanità



INTERVENTO**Informati
in nome
della salute****Gerardo Salvatore**

Il calendario delle vaccinazioni, in questo periodo dell'anno, torna all'attenzione delle strutture sanitarie, dei medici di base e delle associazioni delle persone anziane presenti sul territorio provinciale. Dopo la vicenda dell'anno scorso, inerente partite di vaccino che avrebbero causato il decesso di alcuni pazienti anziani, con il conseguente allarmismo e la diminuzione percentuale delle persone vaccinate, quest'anno la Commissione Europea ha lanciato una campagna informativa per l'innovazione sanitaria dal tema "invecchiare rimanendo attivi ed in buona salute".

I pilastri su cui intervenire per l'invecchiamento attivo sono i farmaci, lo screening, l'alimentazione, l'attività fisica e le immunizzazioni. Addirittura è stata costituita l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo - HappyAgeing - molto rappresentativa delle differenti espressioni della società della scienza e delle istituzioni. Il modello organizzativo di questa struttura è stato proposto dall'IFA (International Federation of Ageing) in altri Paesi come Giappone e Corea del Sud. Del nucleo fondativo di HappyAgeing fanno parte la società italiana di Igiene, la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, i sindacati FAP, CISL, SPICGIL e UIL Pensionati, la Federazione Anziani e Pensionati ACLI e Federazione ANCI. Uno dei progetti in corso per l'invecchiamento attivo HappyAgeing riguarda specificatamente le immunizzazioni attraverso l'adozione del Calendario Vaccinale per la vita all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e nel Piano Nazionale Vaccini con alcune priorità sulla base delle rilevanze di salute pubblica per quanto riguarda l'anziano, ovvero: implementare l'offerta della vaccinazione antipneumococcica con l'indicazione per età a tutti i soggetti con più di 65 anni ed abbassare l'età a cui offrire la vaccinazione antinfluenzale dapprima a 60 anni, per giungere successivamente ad una raccomandazione di immunizzazione di tutti i soggetti maggiori di 50 anni. Secondo la Commissione Europea gli ultra cinquantenni risultano maggiormente esposti a specifici rischi infettivi a causa della concomitanza di fattori predisponenti tra cui la progressiva senescenza del sistema immunitario e la presenza di patologie croniche e comorbilità. Secondo l'Unicef e l'Organizzazione mondiale

della sanità, l'infezione da pneumococco è tra le principali cause di mortalità e morbidità a livello globale, soprattutto nei bambini di età inferiore ai 2 anni e nei soggetti anziani di età superiore ai 65 anni, in cui causa gravi patologie come meningite e polmonite. In Italia, dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera emerge un trend di aumento dell'incidenza delle polmoniti pneumococciche. Attualmente si registrano diverse migliaia di decessi l'anno per complicanze da influenza, quasi tra gli anziani e per complicanze broncopulmonari. Se si combinasse la vaccinazione antinfluenzale al vaccino antipneumococcico, si potrebbe arrivare a ridurre il numero di morti fino al 60%. L'opinione, a riguardo è contenuta nelle linee guida americane sulle vaccinazioni pubblicate lo scorso mese sugli *Annals of International Medicine* per le vaccinazioni per le malattie respiratorie che fa capo ai Center for Disease Control and Prevention americani di Atlanta. Vaccinarsi, quindi, è un atto responsabile, non è necessario essere "deboli malati" per farlo ma, al contrario, è proprio per mantenersi sani e attivi che bisogna proteggersi da una malattia che può avere strascichi pesanti e cronici, riducendo la vitalità e l'autonomia di una persona non più giovane. A fronte di tali informazioni scientifiche e sanitarie è comprensibile che i medici non hanno il tempo necessario per educare il paziente alla prevenzione attraverso la vaccinazione. La costituita Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo e le significative forze sociali ad esse aderenti hanno il compito, attraverso i numerosi servizi sociali da esse promossi, di informare adeguatamente i soci pazienti, per promuovere una campagna di prevenzione vaccinale capace di fugare ombre e dubbi purtroppo diffusi e di facilitare ulteriore attecchimento. È auspicabile un momento pubblico di riflessione, di informazione e di dibattito promosso dalle forze sociali con la partecipazione di medici, persone da vaccinare ed esperti nel campo della prevenzione della influenza, polmonite e altre malattie facilmente prevenibili. La Federazione Pensionati e Anziani delle ACLI e la Cooperativa Irpina Anziani della Caritas diocesana sono già mobilitate sul territorio provinciale per sostenere la campagna di comunicazione sociale nazionale per la vaccinazione promossa dall'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo. **Gerardo Salvatore**

Diagnosi, terapie e alimentazione: la Campania e l'epatologia

GIUSEPPE DEL BELLO

SI STENTA a credere, eppure la Campania, sul fronte dell'epatite C, si è rivelata regione virtuosa. Almeno a sentire gli specialisti e per quanto riguarda le circa 3500 terapie somministrate con i nuovi farmaci. In pole position c'è Villa Betania, l'ospedale evangelico di Ponticelli. I dati precisi e le prospettive saranno illustrate al corso di aggiornamento "L'Epatologia nel III millennio" che inizierà alle 9,30 di venerdì al centro congressi di via Partenope.

Coordinato dall'epatologo Ernesto Claar, che è anche presidente regionale dell'Associazione gastroenterologi, e presieduto dal primario di Epatologia Antonio Sciambra, il corso sarà articolato in più sessioni. A partire da quella dedicata all'alimentazione e alle false convinzioni che limitano il paziente epatopatico. Il 34 per cento dei pazienti con epatite ritiene per esempio un toccasana la dieta in bianco. Spiega Claar: «C'è grande attenzione nei confronti del cibo. E bisogna

sgombrare il campo: è una privazione inutile. Il cibo è un mediatore del benessere mentale, non solo un pasto».

Ma l'epatologia del terzo millennio è anche caratterizzata da continui progressi sia nella diagnostica sia nelle terapie. E tra le tecnologie continua a tenere banco il Fibroscan, l'ecografo ultrasosfisticato che è in grado di valutare la fibrosi del fegato, e quindi di misurare la gravità della malattia. A importarla nove anni fa per primo a Napoli fu lo specialista Rosario Zappalà: ne intuì la potenzialità diagnostica che oggi consente al Fibroscan di sostituirsi alla biopsia. L'esame si chiama elastografia ultrasonografica e sfrutta una prerogativa del fegato: più è duro, più la fibrosi è di grado elevato. E la steatosi di cui oggi si discute per l'allarmante diffusione tra la popolazione infantile, è una condizione di cui spesso ci si accorge per caso, in seguito a un banale controllo di esame di sangue. E che determina proprio la fibrosi, cioè l'indurimento del fegato. Privata di sintomi e senza alcun campanello d'al-



larme, è conseguenza di un alterato quadro lipidico. Alla "duegiorni" organizzata da Villa Betania i relatori si confronteranno sulle nuove terapie dell'epatite C che nel 95 per cento dei casi hanno successo. Aggiunge Claar: «Dopo anni in cui i nostri pazienti non riuscivano a pensare ad altro se non alla malattia, ora riescono a pianificare il proprio futuro lavorativo e personale». Non mancano spunti polemici che riguardano i costi elevati di questi farmaci. Costi che hanno indotto le autorità locali a stabilire criteri di priorità basati su gravità ed evolutività della patologia epatica: i soggetti Hcv positivi che non rientrano nei parametri fanno fatica a digerire il diniego da parte del medico della prescrizione di un farmaco che può guarirlo da un'infezione potenzialmente contagiosa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RIPA DI MEANA (FIASO)

«Il middle manager governerà il Ssn»

Nuove complessità tra accorpamenti e costi standard

Il presidente di Fiaso, **Francesco Ripa di Meana**, di ritorno da una missione in Cina, racconta di aver incassato i complimenti della dirigenza cinese per l'efficienza del sistema sanitario italiano. E il commento diventa subito agrodolce: «Quello che non riusciamo a far vedere in Italia si vede bene all'estero». La sanità made in Italy ha infatti il fiato sul collo ormai da anni e con la manovra in itinere si intravedono margini ancora molto stretti, oltre che incerti.

Presidente, basteranno 111 miliardi per gli ospedali, le Asl, i Lea, i contratti, i farmaci innovativi...?

Non si sa se alle aziende arriverà mai questo lieve aumento. Perché tra farmaci da finanziare col fondo e i nuovi Lea, c'è anche la possibilità che alcune regioni diminuiscano la loro compartecipazione attiva, che hanno da anni. Ora si trovano in difficoltà e potrebbero tirarsi indietro.

Ci sono anche i contratti...

Questo è un problema nazionale che stanno affrontando i sindacati nazionali. Certo chiedere continui sforzi alle persone, con la precarizzazione del personale e i blocchi del turnover, senza un momento motivazionale per il personale non è semplice. Se qualcosa la tirassero fuori sarebbe meglio. Interessante il ragionamento nazionale sull'Hta, se non viene visto solo come un modo per togliere al potere dei direttori generali l'Health technology assessment. Va vista come un'idea di pianificazione ampia che è necessario fare sui farmaci, sui dispositivi e anche sulle attrezzature. Se però viene visto come un impianto punitivo verso le aziende, sempre e comunque colpevoli...

A proposito dei piani di rientro per gli ospedali in rosso: anche lì il ruolo del dg è centrale e anche le conseguenze...

Le responsabilità sono delle Regioni. Abbiamo dimostrato con una nostra ricerca Fiaso che i modi in cui le regioni finanziano le aziende ospedaliere sono i più svariati. Quindi sarà interessante vedere il lavoro di questa commissione che dovrebbe elaborare gli standard degli scostamenti. Poi questa idea che se il manager non rispetta il piano di rientro in tre anni deve andare via, ma che vada via per carità... solo che il problema resterà, non mi sembra che trovare il capro espiatorio anticipa-

to serva a risolvere il problema. Cerchiamo invece di capire perché le aziende di Ancona o di Perugia sono in pareggio.

Quindi bisogna mettere sotto la lente la gestione più in generale e non i dg?

Certamente questo è stato fatto e quando è stato fatto è stato utile. Tanto che l'Ocse ci riconosce che siamo i più virtuosi al momento. Lasciare spazio all'innovazione organizzativa e alla semplificazione e non solo all'accorpamento e all'economia di scala ha dato i suoi frutti in questi anni e credo che le aziende hanno contribuito molto. L'importante è che ci sia una voglia di capire come funziona la complessità del sistema e di non vedere tutti i gatti grigi.

Le norme sulla centralizzazione degli acquisti riusciranno a rendere tutto più virtuoso?

Sono vent'anni che si dice che accorpando gli acquisti si risparmiassero risorse. Sicuramente in parte è vero. Ma non è vero che le aziende produttrici accettano di tagliare i contratti di fornitura senza fare causa a noi. È facile dire che posso passare alla "gara del vicino": ma deve essere perfettamente uguale quello che compro io e quello che comprava il vicino, altrimenti è illegale. Insomma, lasciamo perdere gli slogan. Il lungo processo di aggregazione della domanda - che noi abbiamo sempre criticato quando diventa troppo grande perché non riesce a coprire la qualità - ha portato i suoi effetti. E non lo contrastiamo. Però aspettarci risultati così arditi significa che se poi non si centra l'obiettivo si scaricheranno sulle aziende ulteriori tagli.

E c'è la responsabilità contabile e amministrativa...

A me sembra che la Corte dei Conti nella sua relazione abbia detto che la Sanità è quella che più ha fatto passi avanti. Quindi probabilmente sono altri i settori della Pa che vanno tartassati. Questa narrazione che vede nel management il suo falso bersaglio secondo me ha le gambe corte. Quanti manager sono stati mandati via secondo le previsioni delle finanziarie? Riusciamo a contarli? No. E allora vuol dire che non è questo il modo giusto, altrimenti sarebbe stato utilizzato.

Che cosa pensa della ricetta dei costi standard? È applicabile alla sanità?

Sicuramente sempre di più. È però un processo che va condotto con tantissima attenzione per non cadere nelle banalità delle siringhe. Bisogna entrare nella vita delle aziende.

E le aziende uniche?

Noi siamo laici. Se la politica pensa che si debbano fare gli accorpamenti noi dobbiamo capire quali siano i manager più adatti. Certo il discorso delle economie di scala ha un limite. Quando cozza con la complessità e si banalizzano i processi. Se i servizi cominciano a funzionare peggio perché lo standard è troppo generalizzato e non c'è più la personalizzazione, allora lì si sarà raggiunto il limite critico. Quello che ci preoccupa è la trasparenza di queste grosse aziende, in cui il direttore generale assomiglia di più a un vice-assessore. Lì il vero manager non sarà più il direttore generale. È banale dire che si fa questo solo per eliminare qualche dg. Perché dovremo prevedere un management più diffuso. Come Fiaso ci stiamo assumendo in pieno la responsabilità di fare delle proposte, che saranno pronte all'inizio del 2016.

Insomma i dg sono una specie in via di estinzione?

Io sto cercando di cambiare Fiaso, perché guardi al middle management. Questo drappello di persone che dal 1995 è cresciuto nelle aziende ha prodotto una cultura che deve rimanere all'interno del Paese. Non è importante mantenere le sedie dei dg. L'importante è che non si pensi di governare questa complessità senza il management.

Del concorso nazionale si sono perse le tracce?

Credo sia un punto di partenza interessante. Lo abbiamo sempre detto. Le esperienze di selezione dei manager che si sono fatte in alcune regioni come il Piemonte, il Lazio, la Sicilia, hanno dato dei risultati. Perché poi si è scelto nell'ambito di una lista di persone che avevano i requisiti. Se questo significa albo nazionale, noi siamo sempre stati d'accordo. Non credo che sia disperso. Sarà una delle prime priorità dopo questa legge di stabilità. Almeno spero.

Rosanna Magnano



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



IN PROGRAMMA PER DOMANI

Ospedale del Mare, nuovo sopralluogo

NAPOLI (mb) - Si torna domani all'Ospedale del Mare; è la 'seconda puntata' del tour organizzato dalla Commissione sanità del Consiglio regionale. Oltre al presidente della commissione **Raffaele Topo** parteciperà il commissario straordinario **Ciro Verdoliva**. Dopo l'audizione del 17 settembre, i consiglieri regionali hanno ritenuto opportuno effettuare una verifica sull'avanzamento dello stato dei lavori del cantiere che, due mesi fa si disse, sarebbero finiti per gennaio 2016. *"Lo sforzo sarà fatto nel rispetto del decreto 49 per ciò che concerne la chiusura e la riconversione degli ospedali preesistenti e la gestione di personale. Se dovessero esserci cambiamenti in corso d'opera servirà modificare il decreto -*

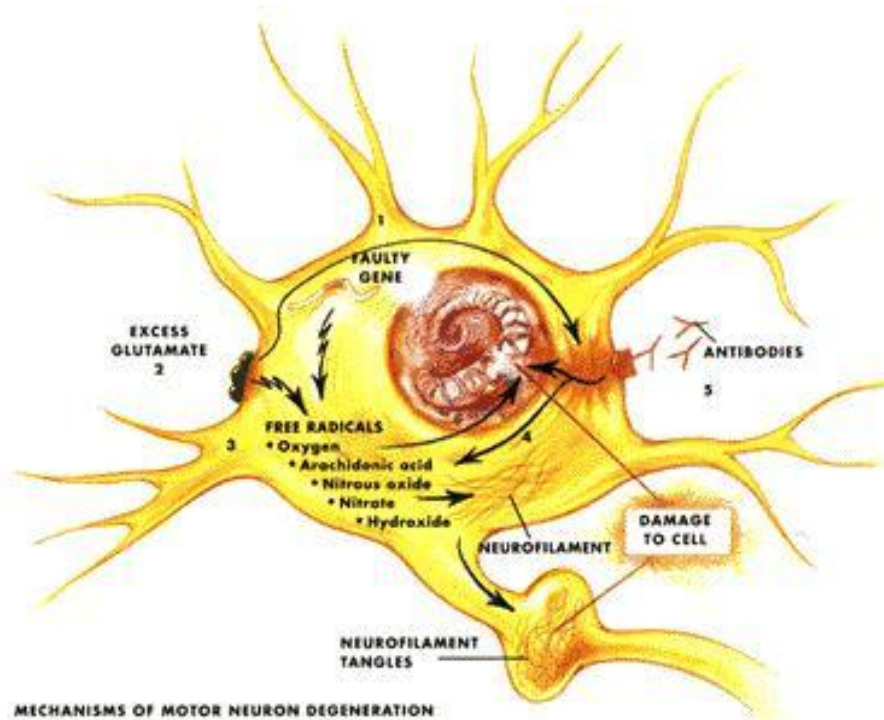
disse Topo - per il quale è necessario favorire il trasferimento di reparti e strutture d'avanguardia nel nuovo polo ospedaliero e prevedere maggiori risorse, in termini di personale specializzato, per l'Asl Napoli 1 da assegnare all'Ospedale del Mare". In quella occasione si parlò anche di una task force, coordinata dal presidente della Regione Vincenzo De Luca e composta dal Commissario ad acta Verdoliva, dal commissario dell'Asl Napoli 1 *"e dal futuro commissario alla sanità nominato, speriamo a breve, dal Consiglio dei Ministri"*: quest'ultimo personaggio, inutile ripeterlo, non ha ancora un nome e un cognome.

© RIPRODUZIONE
RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Cancro. Geni mutati. Virus. Difese immunitarie in tilt. La ricerca ha scovato cosa genera un tumore. Ma non basta. Le terapie sono insufficienti. Perché bisogna andare più a fondo. E la medicina deve recuperare l'umanità che la tecnologia le ha sottratto

Scopriamo le cause e lo batteremo

UMBERTO VERONESI

NEGLI ULTIMI CINQUANT'ANNI abbiamo più che dimezzato le morti per tumore e abbiamo fortemente ridotto l'impatto fisico e psicologico della malattia sulla persona. Però il numero di nuove persone che si ammalano è quasi raddoppiato e la sensazione è quella di trovarsi in uno stato di endemia permanente. Il futuro non si prospetta più roseo: se continua il trend attuale, nei prossimi decenni un italiano su due sarà colpito da tumore. Significa che la ricerca oncologica ha fallito? No, perché la maggioranza dei malati guarirà. Significa allora che la ricerca ha vinto? No, perché potremo dire di aver sconfitto il tumore non quando avremo imparato a curarlo, ma quando non ci ammalaremo più. E per non ammalarci dobbiamo agire sulle cause: trovare tutti i fattori che provocano la malattia ed eliminarli. Il futuro della ricerca contro il cancro è dunque anche il ritorno al passato.

È indubbio che la stessa ricerca eziologica - cioè dei fattori causali - capace di nutrire le ricerche e portare ai progressi nella cura che oggi ci salvano, è quella stessa che ci porterà al controllo definitivo delle malattie tumorali. Nel secolo scorso ci siamo impegnati a dimostrare che il cancro è una malattia di origine ambientale, cioè causata da fattori esterni che, in modi e misure diverse, provocano un danno al DNA, innescando la catena di processi che trasformano la cellula da sana a tumorale. Abbiamo così scoperto che fino al 30 per cento dei tumori è causato da alimentazione sbagliata (eccessiva e troppo ricca di grassi di origine animale) e abbiamo individuato un elenco di sostanze cancerogene: il fumo di sigaretta, il più potente cancerogeno conosciuto, e poi l'amianto, le amine aromatiche, il benzene, le aflatossine e altri composti ed elementi catalogati con rigore e precisione dallo IARC (International Agency for Research on Cancer) di

Lione. Una scoperta fondamentale in questa direzione è stata l'origine virale del cancro, dimostrata negli animali da laboratorio che, nella maggioranza dei casi, sviluppano carcinomi causati appunto da virus. Negli anni '60 sono iniziate le prime osservazioni anche nell'uomo, e sono arrivate poi le conferme. Oggi conosciamo i virus che sono all'origine del cancro del collo dell'utero, di molti tumori della bocca e dell'ano, di certi tipi di linfomi e di leucemie, e per i più diffusi di questi agenti virali sono già disponibili i vaccini. Molti, insieme a me, pensano tuttavia che parecchio resta da scoprire sui virus oncogeni e che la ricerca dovrebbe tornare a concentrarsi su questi miliardi di entità ancora misteriose, frammenti di materiale genetico che vogliono a tutti i costi vivere. Del resto, ciò che ha fatto la storia della medicina moderna è la sconfitta dei virus tramite le vaccinazioni. Pensiamo al vaiolo, nei secoli scorsi, o più recentemente alla poliomielite e alla difterite. Possiamo ipotizzare di trovare un virus e il suo vaccino per ogni tumore? Sperarlo è lecito e indagare è doveroso.

Ma ritorno al passato ha un ulteriore, importante significato: il recupero della dimensione umana della medicina. Oggi l'uomo appare perso in uno scenario di tecnologie avanzatissime che hanno in lui il baricentro, eppure sembrano ignorarlo. La scienza medica, sostenuta e sospinta dall'informatica, la genetica, la robotica e le nanotecnologie, si è talmente sviluppata, da diventare una potenza autonoma, che corre da sola verso risultati universali lasciando alle spalle il suo oggetto: l'individuo.

Negli ultimi 50 anni ci siamo impegnati per creare una medicina precisa, obiettiva, scientifica e capace di intervenire a livello di molecole; ora dobbiamo riavvicina-

re questo potente corpus scientifico alla globalità e unicità dell'uomo. È tempo di recuperare la dimensione olistica della medicina dell'800, che si occupava del corpo, ma anche della psiche del malato. Nessuno auspica un ritorno ad un paternalismo medico in cui il malato era a tutti gli effetti "paziente", un individuo che passivamente accettava decisioni prese dal medico-padre-padrone, senza capire né la sua malattia né le ragioni della cura, né poter spiegare le sue ragioni, ma allo stesso tempo nessuno dovrebbe più curare una persona senza sapere chi è, cosa pensa e cosa prova. Non c'è tecnologia che possa sostituire un dialogo profondo, in cui la persona malata racconta al medico non solo i suoi sintomi, ma anche le sue ansie e le sue speranze. Al di là dell'evidenza clinica, ogni malattia può apparire più o meno grave a seconda del soggetto che la percepisce e su questo margine di soggettività il medico può influire. In oncologia, in particolare, è provato che un atteggiamento positivo di chi combatte col cancro migliora l'adesione alla cura e dunque i suoi risultati. La medicina del futuro dovrà essere anche e ancora medicina della persona.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

3.000.000

La vita continua

Nel 2015 sono 3 milioni gli italiani sopravvissuti a un tumore il (4,9 per cento), con un aumento, rispetto al 2010, del 20% nei maschi e del 15% per le femmine

Il test. Quando la malattia diventa resistente, il farmaco è inutile
La biopsia liquida lo svela in anticipo

Dna ai raggi X per capire se la cura funziona

L GUAI ARRIVA quando un tumore diventa resistente ai farmaci e il malato non risponde più alle cure. Significa che non c'è più modo di curarlo? O, nel tempo, il suo tumore cambia faccia e si aprono nuove finestre per la terapia? Magari perché la resistenza ai farmaci si è attenuata, o addirittura scomparsa. Fino ad oggi gli oncologi non avevano niente a disposizione per capirlo. Ma uno studio ha messo a punto un'analisi genetica fatta su un campione di sangue che riesce a vedere l'evoluzione di quel tumore in quel malato; e magari scoprire che non è più resistente, aprendo così la strada a un nuovo ciclo di terapie che potrebbe dare nuovi, inattesi risultati.

È la cosiddetta biopsia liquida, una tecnica che i ricercatori dell'Irccs di Candiolo (Torino) diretto da Paolo Comoglio, grazie ai fondi Airc, stanno utilizzando per alcune centinaia di

malati di cancro del colon, dando concretezza all'idea di oncologia di precisione, invocata da molti (anche Barack Obama), basata sulle caratteristiche del singolo paziente.

In una serie di studi fatti da Alberto Bardelli, Livio Trusolino e Silvia Marsoni - pubblicati su *Nature*, a cui ha collaborato anche Salvatore Siena del Niguarda di Milano - è stato dimostrato che una dettagliata analisi genetica può fornire informazioni fondamentali per continuare la terapia quando il tumore diventa resistente. Spiega Comoglio: «Tutti i malati di cancro hanno nel sangue dei frammenti di DNA che le cellule in proliferazione attiva lasciano dietro di sé. Abbiamo notato che quei malati al colon che sviluppano resistenza a un farmaco chiamato cetuximab hanno tra questi frammenti di DNA molti geni alterati. Uno di questi geni (KRAS) appare e scompare nel corso della ma-

lattia: è presente quando il farmaco diventa inefficace e tende a diminuire quando, invece, riprende a funzionare. Si può quindi pensare di seguire nel tempo l'andamento di KRAS mutato, per predire se il farmaco è destinato a curare o fallire; e se, dopo un periodo di resistenza, e quindi dopo la sospensione della terapia, possiamo ricominciare a somministrarlo al paziente».

La tecnica offre anche il non trascurabile vantaggio di evitare il ricorso ad altri esami invasivi, e potrebbe presto essere alla portata dei grandi centri specializzati in genetica oncologica.

L'esame permette di passare subito a nuovi approcci

Identificare il farmaco efficace in un dato momento in un certo paziente consentirebbe inoltre di evitare ritardi pericolosi, e di risparmiare molto denaro, visto che i nuovi farmaci costano decine di migliaia di euro a ciclo.

Se convalidata, la biopsia liquida potrebbe essere impiegata per molti tumori - una volta definiti, di caso in caso, i geni mutati presenti nel sangue, e isolati quelli che cambiano insieme alla sensibilità ai farmaci - e permettere di identificare i geni fondamentali per la resistenza, per renderli poi a loro volta bersaglio di cure e strategie terapeutiche volti a neutralizzarli.

(agnese codignola)

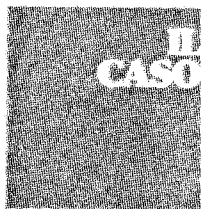
© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'evento

Un miliardo e 50 anni di studi per la vita

D ALLA FONDAZIONE, sono trascorsi 50 anni; nei quali l'Associazione Italiana per la ricerca sul cancro (Airc) ha distribuito oltre un miliardo di euro, per ricerche fondamentali su quelle che oggi vengono identificate come oltre 200 malattie. Perché di tumori ce ne sono moltissimi, ognuno diverso, e su tutti lavorano gli oltre 5.000 ricercatori finanziati da Airc. Alcuni di loro, insieme a pazienti ed ex pazienti, nella Settimana della Ricerca, in programma da ieri fino all'8 novembre, illustreranno le attività rese possibili dai fondi raccolti in passato. Come di consueto, il calendario è molto ricco di eventi, dal Quirinale alle scuole e alle università, dai media alle piazze e agli stadi del calcio. Per donare con sms: 45509. per informazioni su tutte le iniziative: www.airc.it.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

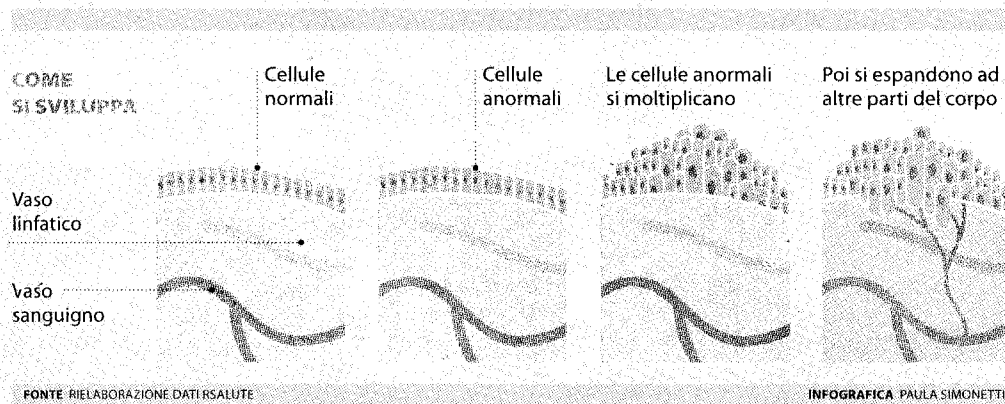


Il trapianto è l'inizio

Per i pazienti che hanno subito un trapianto d'organo, assumere le terapie immunosoppressive con regolarità, secondo le prescrizioni del medico curante, fa la differenza tra il successo e il fallimento dell'intervento; e quindi della sopravvivenza del malato: tornare a vivere dopo un trapianto d'organo e avere una lunga prospettiva di vita significa aderire alle terapie. Purtroppo molte persone con un nuovo organo per scarsa informazione o per poca motivazione non rispettano la cura: manipolano i dosaggi, sospendono i farmaci, dimenticano di assumerli. La necessità di condividere con i pazienti il percorso post-trapianto, di stimolarli e renderli

consapevoli, ha spinto le principali Società scientifiche di settore, Aido Sin Epac onlus Aned e Sito, a promuovere con il supporto di Astellas, "Aderisco Perché", la prima campagna di sensibilizzazione sull'aderenza alle terapie rivolta ai trapiantati. Cinque giovani pazienti raccontano le loro storie e "perché" aderiscono alle cure in un libro fotografico che verrà distribuito nei Centri trapianto e nei reparti di nefrologia. L'alleanza con il medico, la giusta informazione e la semplificazione dello schema terapeutico sono la chiave per assicurare che il paziente faccia la terapia. Anche approfittando del fatto che sono oggi in commercio nuove formulazioni che permettono di somministrare il farmaco una volta al giorno, semplificando la terapia e riducendo la possibilità di errore.

(mp. s)



SANI INTALZANO LA CELLULA

20 anni di ricerche hanno rivelato molti dei processi biomolecolari che sostengono la cancerogenesi. Hanno identificato decine di geni coinvolti a diverso titolo nella proliferazione tumorale



Le ricerche hanno compreso il ruolo del sistema immunitario che non riesce a bloccare la crescita e la diffusione delle neoplasie. Ciascuno degli attori che convergono a generare un tumore e a diffonderlo sono oggi oggetto di diverse terapie, molecolari e immunologiche

NEUTROFILI
Prima linea di difesa in caso di ferite, partecipano al processo infiammatorio

TUMORE
Massa di tessuto che cresce in maniera abnorme

FIBROBLASTI ASSOCIATI AL CANCRO
Producono tessuto connettivo e fibre di sostegno al tumore su stimolo del tumore stesso

NATURAL KILLER
Cellule immunitarie che uccidono le cellule cancerose. Ma il tumore spesso le inattiva e, a volte, addirittura le costringe a svolgere un ruolo pro-tumore

MIOFIBROBLASTI
Cellule che secernono sostanze che stimolano la crescita tumorale e la produzione di vasi

CELLULE EPITELIALI SANE

VASI SANGUIGNI
Capillari indotti dal tumore che apportano sostanze nutritive e fattori che favoriscono la crescita del tumore

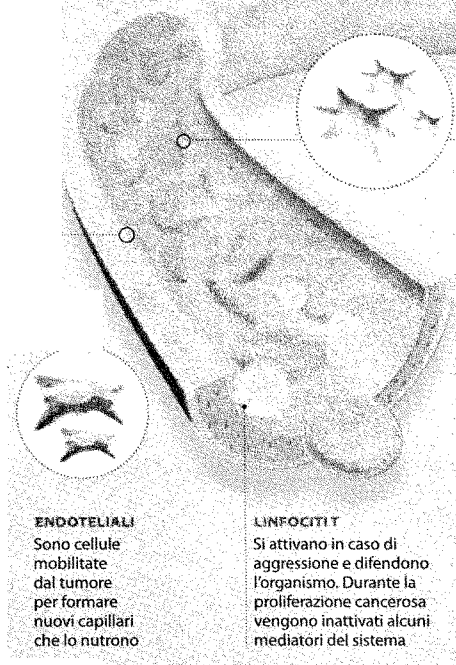
MACROFAGI ASSOCIATI AI TUMORI
Producono fattori che stimolano la crescita di nuovi vasi, molecole (chemochine e citochine) che favoriscono l'infiammazione e il tumore. Sono cellule che invece dovrebbero combattere

MASTOCITI
Modulano la risposta immunitaria nel microambiente tumorale, influenzano l'attività delle altre cellule del sistema immunitario

PERICITI
Cellule che in condizioni normali formano il vaso e gli danno elasticità. Nel processo di proliferazione tumorale diminuiscono

LINFOCITI
Si attivano in caso di aggressione e difendono l'organismo. Durante la proliferazione cancerosa vengono inattivati alcuni mediatori del sistema

ENDOTELIALI
Sono cellule mobilitate dal tumore per formare nuovi capillari che lo nutrono



Farmaci. Si chiamano inibitori della pompa protonica. Li prendono 3,3 milioni di italiani

Contro i bruciori gastrici. Spesso però non c'è una ragione medica. E gli effetti collaterali sono molti
Ai reni, alle ossa, al cuore, al metabolismo. Così l'Agenzia del farmaco ammonisce i medici: più cautela

Protegge lo stomaco ma può fare male

AGNESE CODIGNOLA

UNA PASTIGLIA PER PROTEGGERE lo stomaco non si nega a nessuno. I medici le prescrivono a man bassa, a migliaia e migliaia di italiani che lamentano bruciori, che devono prendere altri farmaci e potrebbero ricavarne qualche incidente alla mucosa gastrica; persino agli stressati, perché, non si sa mai, potrebbero somatizzare a livello gastrico. Un profluvio: più di tre milioni di persone nel 2014 hanno ingoiato scatole e scatole di inibitori della pompa protonica (ppi), i farmaci che rallentano la secrezione acida dello stomaco. Che, stando a un numero crescente di studi, espongono a effetti collaterali molto seri, spesso inutilmente. Perché, stando al Rapporto Osmed 2014, l'osservatorio annuale sui farmaci redatto dal ministero della Salute, quasi la metà delle prescrizioni non ha una reale ragione medica. Insomma un milione e mezzo di italiani si espone agli effetti collaterali di una medicina inutile. Nonostante i ripetuti avvisi e le note limitative dell'Agenzia del farmaco (Aifa), volte a garantire ai cittadini un uso appropriato e sicuro dei farmaci.

Invece, inghiottire Ppi espone a indebolimento delle ossa con relativo rischio di fratture, come indica uno studio canadese pubblicato sull'*American Journal of Gastroenterology*; a un aumento di polmoniti (come risulta da un'analisi dell'*Expert Review of Clinical Pharmacology*) e infezioni gastrointestinali (studio pubblicato da *Jama*). Poi altri lavori che parlano di anemia, vertigini, crampi, spasmi muscolari. E un lavoro dell'*International Journal of General Medicine* che scopre il rischio di aritmie. E a proposito del cuore, un lavoro dell'Università di Stanford e dello Houston Methodist Research Institute, ripreso dall'Aifa nel suo sito, collega l'uso dei Ppi al maggior rischio di infarto. Poi si registrano squilibri nei livelli di calcio, magnesio, ferro, vitamine varie, e malassorbimento dei cibi. Ultimi arrivati sono due studi presentati al congresso di nefrologia svoltosi a San Diego, che indicano danni possibili ai reni, emersi analizzando la salute e le abitudini di quasi 300.000 persone seguite per molti anni.

Eppure, Ppi sono prescritti a man bassa perché considerati tanto efficaci quanto innocui. Luca Pasina, responsabile dell'Unità di Farmacoterapia e appropriatezza prescrittiva dell'Istituto Mario Negri di Milano, ha condotto uno studio che ha verificato le prescrizioni di Ppi su circa 1.200 pazienti ricoverati in 70 reparti di medicina interna e geriatria italiani, mostrando che il 60 per cento degli anziani assume queste medicine in maniera inappropriata; e che il ricovero -

quindi il rapporto con i medici ospedalieri - non cambia le cose, anzi: i pazienti che vengono dimessi con una prescrizione inappropriata di Ppi sono il 65 per cento. «Questi farmaci fanno il loro dovere, cioè inibiscono la secrezione acida dello stomaco - spiega Pasina - e, in questo modo, risolvono tutta una serie di disturbi che vanno dal mal di stomaco al reflusso. Ma la secrezione acida ha molti altri ruoli fisiologici: per esempio, è una barriera contro le infezioni, e per questo i Ppi aumentano il rischio di contrarre una malattia infettiva. Inoltre regola l'assorbimento e l'utilizzo di minerali e vitamine quali il magnesio, la vitamina B12 o il calcio: per questo, lo squilibrio provocato dai Ppi, alla lunga, può avere anche ef-

fetti gravi, come quelli sulle ossa o sui livelli di magnesio, o dare anemia».

Gli inibitori della pompa possono anche alterare il funzionamento di altri farmaci, come alcuni di quelli che regolano l'aggregazione piastrinica in chi ha avuto un infarto: per questo caso l'associazione è sconsigliata. «Purtroppo però - aggiunge Pasina - si tratta di farmaci che costano poco, da banco, tutti a brevetto scaduto, quindi disponibili come generici, e che molti medici prescrivono senza preoccuparsi di far interrompere una cura che può certamente essere utile, e a volte indispensabile, ma il cui utilizzo dovrebbe essere limitato al bisogno, e poi terminato. Se necessario scalando la dose, perché oltre agli effetti citati, i Ppi danno anche dipendenza, il che rende difficile la sospensione. E i pazienti vanno avanti per anni, per inerzia».

Eppure gli specialisti si raccomandano di non usarli come gastroprotettori, per esempio quando si prendono antibiotici o altri farmaci. E ricordano che ci sono indicazioni precise per proteggere lo stomaco: bisogna in primo luogo agire sullo stile di vita (per esempio per le gastriti da stress); e poi si può intervenire con altri farmaci meno pesanti. Ci sono gli anti H2 (diretti contro i recettori dell'istamina di tipo 2), economici, efficaci e gravati da meno rischi ed effetti collaterali; ma anche in qualche modo passati di moda, perché leggermente meno potenti dei Ppi. In ogni caso, conclude Pasina, «bisogna evitare sempre il fai da te e chiedere nel dettaglio al medico perché ci sta prescrivendo il farmaco, quali rischi può comportare in relazione alla nostra situazione e ad altre medicine che eventualmente stiamo prendendo, quanto deve durare la terapia e come sospenderla».

I DISTURBI

Gastrite da stress

Gastrite da alcol

Prevenzione delle varici esofagee (cirrosi)

Persone ad alto rischio di infezioni respiratorie

Assunzione di altri farmaci non compatibili

Gastroprotezione in terapia da antibiotici

Terapia con anticoagulanti

Terapia con corticosteroidi

Carenze di ferro, magnesio e vitamina B12

Persone a rischio fratture

Infezione da *helicobacter pylori*

Malattia da reflusso gastro-esofageo o GERD

Terapia con antiaggreganti piastrinici, a protezione gastrica

NO

Casi in cui non sono indicati gli inibitori della pompa protonica (PPI)

SI

Casi in cui sono indicati secondo AIGO, SIF, FIMMG

IL REFLUSSO

Malattia da reflusso gastro-esofageo

Esofago

1 Lo sfintere esofageo rimane aperto o non riesce a chiudersi completamente

2 Il contenuto acido dello stomaco sale verso l'esofago

Cibo (stomaco pieno)

ESOFAGO

I SINTOMI DA REFLUSSO

Rigurgito e tosse cronica
Difficoltà a deglutire
Dolore intenso al torace (simile al dolore cardiaco)
Bruciore di stomaco

STOMACO

Cibo

Ghiandola gastrica

Fossetta gastrica

Cellule parietali

MUCOSA

SOTTOMUCOSA

INTESTINO TENUE

INTESTINO CRASSO

HELICOBACTER PYLORI

IL BATTERIO

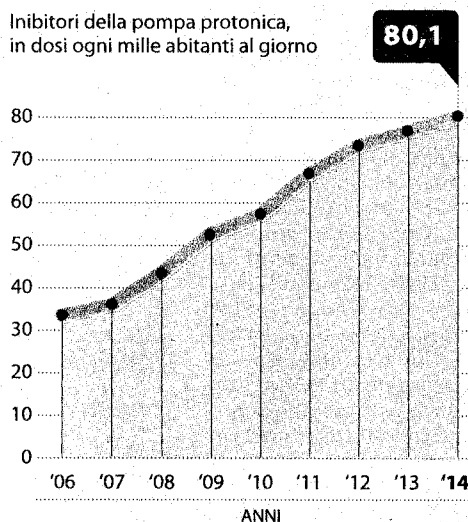
COME COLPISCE
Entra nella mucosa gastrica e produce infiammazione spesso in modo asintomatico

Mucosa gastrica infettata

FONTE: RIELABORAZIONE DATI RISALUTE / RAPPORTO OSMED 2015 INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

IL CONSUMO

Inibitori della pompa protonica, in dosi ogni mille abitanti al giorno



Sindrome di Zollinger-Ellison

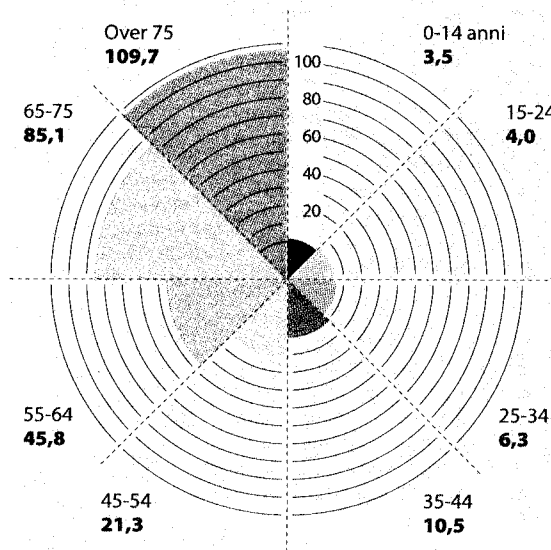
Pirosi (cattiva digestione, bruciore allo stomaco)

Prevenzione della gastrite da farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)

I DISTURBI PIÙ FREQUENTI

LA SPESA PER ETÀ

Assistenza convenzionata in euro pro capite, 2014



LA SECREZIONE ACIDA

COME AGISCONO I PPI

