



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Riabilitazione e cure per anziani Budget esaurito, caos assistenza

Di **ETTORE MAUTONE**

In Italia la No alla sottoscrizione dei contratti relativi alle attività del 2013, proclamazione dello stato di crisi ospedaliera e avvio delle procedure di licenziamento per il 30 per cento del personale. In ginocchio in Campania, c'è tutto il comparto della sanità privata ex convenzionata dell'area specialistica, a cui si aggiunge il fronte della riabilitazione e dell'area sociosanitaria. A guidare una decina tra associazioni di categoria e delegazioni sindacali riunite in coordinamento (Aias, Aiop, Anffas, Anisap, Anpric, Aris Campania, Confapi Sanità, Federlab Riab e Foai Campania) c'è l'Aspat presieduta da Pier Paolo Polizzi.

“La situazione è seria - avverte quest'ultimo - e prelude all'avvio delle procedure di licenziamento per centinaia di addetti e alla chiusura dei centri di Riabilitazione, dei presidi di Fisiokinesiterapia, Residenze sanitarie per anziani e centri diurni integrati”.

Dito puntato sul caos della programmazione generato - secondo Polizzi - dalla farraginosità e inadeguatezza dei provvedimenti assunti negli ultimi mesi dalla struttura commissariale”. In particolare si parla di tariffe e tetti di spesa e conseguentemente del budget assegnato a ciascun centro accreditato.

Un miliardo di prestazioni annue

Un miliardo di prestazioni ogni anno, 3 mila strutture sanitarie sul territorio, oltre 50 mila operatori specializzati: è il patrimonio specialistico, strumentale e professionale della rete di centri di riabilitazione, strutture per anziani e disabili e gabinetti specialistici radiologici e di analisi. Un comparto che assicura il 60 per cento del totale delle prestazioni erogate all'utenza a fronte del 20 per cento di risorse impiegate dal settore pubblico che rischia di andare in pezzi a causa dei tagli della regione e soprattutto della lacunosità della programmazione delle attività.

I tagli della Regione

A monte ci sono decisioni assunte della Regione Campania durante il periodo estivo, segnatamente a fine luglio. Parliamo dei decreti commissariali 81 e 86. una scure che ha tagliato l'assistenza riabilitativa e sociosanitaria campana del 16 per cento. Ma come si giunge a questa percentuale? Adottando, in proroga, un budget identico a quello del 2012 (attribuito

con tetti di spesa per ciascuna struttura) e adeguando invece le tariffe ai parametri Istat in applicazione di una sentenza del Consiglio di Stato che ha riconosciuto la sottostima, rispetto ai costi, del nomenclatore campano. Sul fronte della specialistica e della laboratoristica, invece, è l'adozione di tagli tariffari senza In soldoni, per legge matematica, la coperta già corta delle prestazioni erogabili in corso d'anno si è ridotta ancor riducendo a budget inalterato, il volume di prestazioni erogabili e lasciando fuori gli ultimi tre mesi dell'anno.

Tac e risonanze a pagamento

In pratica Tac, risonanze magnetiche, analisi di laboratorio, visite specialistiche e prestazioni diabetologiche ma soprattutto l'assistenza a disabili e anziani non autosufficienti a partire dai prossimi giorni saranno a carico delle tasche dei cittadini. ●●●

NAPOLI 1 CENTRO: IL 27 OTTOBRE STOP ALLE ANALISI

Specialità	TETTO 2013 al netto ticket, quota ricetta e sconto finché applicato	% di consumo TETTO 2013 netto	TETTO 2013 prestazioni	% di consumo TETTO 2013 prestazioni	
Branca a visita	€ 4.568.702,00	62,55%	209.046	64,52%	30-ott
Cardiologia	€ 9.612.265,00	68,42%	332.202	66,60%	4-ott
Diabetologia	€ 1.337.882,00	62,86%	193.301	53,27%	26-ott
Laboratorio	€ 24.775.324,00	66,51%	8.405.538	59,97%	27-ott
Nucleare	€ 22.400.515,00	61,55%	62.754	65,13%	7-nov
Radioterapia	€ 2.352.981,00	71,84%	39.039	68,82%	31-dic
Radiologia	€ 25.066.347,00	64,60%	461.659	64,09%	26-ott
Totale	€ 90.114.015,00	64,83%	10.322.054	56,80%	

Dati aggiornati a settembre. In colonna a destra le date di esaurimento del budget

Sanità, fondi finiti. Centri accreditati in rivolta: a rischio 2mila posti di lavoro

Anziani e disabili, esami a pagamento

Tempo scaduto. D'ora in avanti per l'assistenza a disabili e anziani non autosufficienti bisognerà pagare. Così come per Tac, risonanze magnetiche, analisi di laboratorio, visite specialistiche e prestazioni diabetologiche. Il budget assegnato ogni anno dalla Regione alle strutture accreditate è infatti praticamente esaurito. È l'ennesima emergenza in Campania, che stavolta riguarda anche le Rsa, ovvero le residenze sanitarie assistenziali. A innescare la crisi sono stati, nell'ambito di un quadro già fortemente pro-

blematico, i decreti commissariali 81 e 86, che hanno ridotto l'assistenza riabilitativa e sociosanitaria del 16 per cento. Un taglio a cui si è arrivati riproponendo la stessa quota di finanziamenti del 2012 e adeguando le tariffe ai parametri Istat in applicazione di una sentenza del Consiglio di Stato che ha riconosciuto la sottostima, rispetto ai costi, del tariffario campano.

> **Ausiello a pag. 38**

La sanità, il caso

Anziani e disabili, fondi finiti esami soltanto a pagamento

Centri accreditati in rivolta: a rischio 2mila posti di lavoro

Gerardo Ausiello

Tempo scaduto. D'ora in avanti per l'assistenza a disabili e anziani non autosufficienti bisognerà pagare. Così come per Tac, risonanze magnetiche, analisi di laboratorio, visite specialistiche e prestazioni diabetologiche. Il budget assegnato ogni anno dalla Regione alle strutture accreditate è infatti praticamente esaurito. È l'ennesima emergenza in Campania, che stavolta riguarda anche le Rsa, ovvero le residenze sanitarie assistenziali. A innescare la crisi sono stati, nell'ambito di un quadro già fortemente problematico, i decreti commissariali 81 e 86, che

hanno ridotto l'assistenza riabilitativa e sociosanitaria del 16 per cento. Un taglio a cui si è arrivati riproponendo la stessa quota di finanziamenti del 2012 e adeguando le tariffe ai parametri Istat in applicazione di una sentenza del Consiglio di Stato che ha riconosciuto la sottostima, rispetto ai costi, del tariffario campano.

La coperta, già corta, si è insomma ristretta ulteriormente. Da qui le drastiche decisioni assunte da una decina tra associazioni di categoria e delegazioni sindacali, riunite in coordinamento e guidate dall'Aspat: mancata sottoscrizione dei contratti relativi alle attività del 2013, procla-

mazione dello stato di crisi aziendale e avvio delle procedure di licenziamento per il 10 per cento del personale. Facendo un po' di conti, se si sommano i lavoratori delle Rsa con quelli della specialistica ambulatoriale, sono a rischio quasi 2mila unità. «La situazione è seria - avverte Pier Paolo Poliz-

zi, presidente dell'Aspat -prelude all'avvio delle procedure di licenziamento per tantissimi addetti e alla chiusura di centri di riabilitazione, presidi di fisioterapia, residenze sanitarie per anziani e centri diurni integrati. I nodi non riguardano esclusivamente le risorse ma anche la programmazione: per ora il budget è soltanto presunto, basato sulle assegnazioni del 2012. Tra una vertenza e l'altra su tariffe e tetti di spesa, siamo arrivati a ottobre senza che sia stato definito il limite delle risorse disponibili».

La musica non cambia se si considerano le altre prestazioni, dalle Tac alle analisi del sangue. In affanno sono soprattutto le Asl più grandi, come la Napoli 1 e le aziende sanitarie

di Salerno e Caserta. Per quanto riguarda il capoluogo partenopeo, i tetti relativi alla cardiologia sono stati raggiunti il 4 ottobre, quelli per la diabetologia e la radiologia saranno esauriti il 26 ottobre, quelli per i laboratori il giorno seguente mentre lo stop alla medicina nucleare scatterà il 7 novembre. L'unica eccezione è rappresentata dalla radioterapia che, grazie ad un extrabudget, è assicurata fino al 31 dicembre. Per tutti gli altri servizi si andrà in assistenza indiretta. Ovvero chi si rivolgerà alle strutture accreditate che operano in nome e per conto del servizio sanitario pubblico dovrà mettere mano al portafogli per pagare la prestazione. A meno che la Regione non intervenga con un'integrazione del budget (sono necessari circa 40 milioni di euro), allo stato improbabile viste le difficoltà di cassa di Palazzo Santa Lucia. «Si tratta oggettivamente di una situazione difficile ed anomala - ammette il deputato Raffaele Calabrò, consigliere del governato-

re Stefano Caldoro per la salute - Stiamo lavorando per fare in modo che, tra risparmi e sblocco di fondi, non si ripetano più emergenze del genere. Sarà fondamentale, in tal senso, anche la revisione dei livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese perché con il nuovo schema si potranno garantire e finanziare prestazioni assolutamente indispensabili, come la cura dei disabili. In Campania abbiamo inoltre istituito una commissione per la salvaguardia della qualità dell'assistenza e per mettere fine all'inappropriatezza delle prestazioni. Stiamo percorrendo questa strada ed iniziando ad ottenere risultati significativi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Regione Calabrò:
situazione difficile ma nel 2014 riusciremo a risolvere il problema



L'emergenza Esaurito il budget per l'assistenza ad anziani e a disabili. D'ora in avanti scatta l'assistenza indiretta. In Campania a rischio quasi 2mila posti di lavoro

La scheda

ASSISTENZA SANITARIA A RISCHIO

I NUMERI



1 miliardo
di prestazioni ogni anno



3mila
strutture sanitarie
sul territorio



50mila
operatori specializzati

I TAGLI



Riduzione di finanziamenti
corrispondente
a circa il **16%**
rispetto al 2012

L'EMERGENZA



Proclamazione dello stato
di crisi aziendale
e avvio delle procedure
di licenziamento
per il **10%** del personale

Asi Napoli 1 Centro

Data esaurimento limiti di spesa 2013

OTTOBRE



4
Cardiologia



26
Radiologia



26
Diabetologia



27
Laboratorio



30
Branca a visita

NOVEMBRE



7
Nucleare

DICEMBRE



31
Radioterapia



centimetri

Il caso. Sui bilanci delle aziende pesano i mancati pagamenti da parte delle Regioni

Ancora da saldare il 43% degli arretrati

■ Le Regioni devono ancora pagare il 43% (oltre 265 milioni) alle imprese del biomedicale dei 613 milioni che Assobiomedica stima come quota di settore dei 5 miliardi destinati nel 2013 ai debiti sanitari della pubblica amministrazione dal decreto legge 35/2013. E oltre 260 milioni, il 65% dei 400 milioni arrivati in cassa a settembre, si concentrano in sole cinque Regioni: Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Puglia e Campania. Che non solo secondo l'associazione hanno versato ai creditori l'intero importo ricevuto, ma ci hanno messo anche qualcosa in più dai loro bilanci.

Sono questi dati che l'associazione delle imprese biomedicali ha calcolato per la prima volta dopo l'approvazione del decreto legge e presentato in occasione della sua assemblea a Roma.

Sono ancora al palo invece il Lazio, la Calabria e il Molise che hanno incassato in tutto circa 121 milioni, ma il loro debito è in aumento e raggiunge i 146 milioni. E vanno al rallentatore le altre Regioni che hanno girato alle imprese solo una parte delle anticipazioni ricevute dallo Stato. Tra quelle che non hanno richiesto i fondi dei debiti Pa invece, Lombardia, Marche, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta han-

no comunque ridotto il debito di circa 53 milioni. Tranne la Basilicata invece, dove al contrario è aumentato di circa 1,5 milioni.

Per le imprese del biomedicale si tratta di una boccata di ossigeno, confermata dal calo dei tempi di pagamento ad agosto 2013 che per i biomedicali hanno raggiunto il valore più basso dal 1997 a oggi: 256 giorni medi a livello nazionale, con il picco massimo però di 970 giorni in Calabria e il minimo di 73 giorni in Valle d'Aosta. E se il trend proseguirà in questo modo i giorni di ritardo medi nazionali dovrebbero assestarsi, a fine ottobre, intorno ai 240 giorni, con un netto calo (16 giorni) in soli due mesi.

Secondo i dati diffusi da Assobiomedica le Regioni dove i risultati sono migliori sono la maggior parte di quelle in cui sono concentrate le imprese (circa il 56% è nelle sole Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana) e la maggior quota di fatturato (le stesse Regioni fatturano il 73% circa del totale). E anche quelle in cui si concentra la maggior parte delle start up innovative nel settore dei biomedicali: quelle censite ad aprile 2013 erano 214, oggi già ne sono state individuate quasi 250.

P.D.BU.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Imu, retromarcia dei democratici sulle case di pregio

Manovra da 1,6 miliardi Pensioni, stop aumenti oltre i tremila euro

In vendita 250 immobili pubblici



Manovrina da 1,6 miliardi per abbassare il deficit

Il Cdm vara il decreto per cedere 250 immobili. La pressione fiscale vola a 43,8%

ANTONIO PITONI
ROMA

Lo chiamano decretino, ma in realtà ha l'obiettivo di rassicurare l'Europa circa il rispetto dei parametri. Insomma, conti alla mano l'intenzione è quella di reperire e mettere sul tavolo circa 1,6 miliardi per riportare in linea e sotto il 3% i conti pubblici. Da qui, la cosiddetta manovrina che il consiglio dei ministri si appresta a varare oggi. Nel piatto alcuni tagli per la riduzione della spesa pubblica ma soprattutto la cessione di circa 250 immobili già individuati dal demanio. Cessioni, già messe in cantiere nel famoso consiglio dei ministri di due martedì fa (saltato per via della crisi politica) e che oggi tornano al centro dei conti pubblici. Così come il rifinanziamento della casa integrazione (sempre oggi) per

altri 400 milioni e il fondo per l'immigrazione (200 milioni).

Insomma, il premier Letta tira dritto ritenendo che, «il cuore della Legge di stabilità sarà la riduzione del costo del lavoro». Tema affrontato ieri anche con i presidenti di Confindustria, Giorgio Squinzi, e dell'Abi, Antonio Patuelli. L'obiettivo è un mix di interventi per irrobustire le buste paga dei lavoratori e, al tempo stesso, tagliare i costi delle imprese. Il tutto accompagnato da misure per tenere sotto controllo deficit e debito pubblico.

Linea confermata, insomma, dopo il primo giro di consultazioni di lunedì con i sindacati, dai quali il premier ha, però, incassato solo perplessità per l'eccessiva vaghezza delle proposte ad appena una settimana dal via libera alla Legge di stabilità. Del resto,

non più tardi di ieri mattina dinanzi alla commissione Politiche Ue del Senato, era stato proprio il presidente di Confindustria a confermare in 8-10 miliardi di euro («E' il minimo se si vuole imprimere una spinta alla crescita») le risorse necessarie per un si-

gnificativo taglio del cuneo fiscale. Ribadendo la disponibilità degli industriali «a rinunciare agli incentivi purché ci si concentri su alcuni obiettivi come l'abbattimento del cuneo fiscale». Cifre, quelle indicate da Squinzi, sulle quali, il presidente dell'Abi Patuelli non ha nascosto di nutrire più di qualche dubbio. «Anche noi mettiamo sempre il segno più davanti alle richieste ma siamo fortemente realisti - ha chiarito al termine del faccia a faccia con Letta -. Vediamo cosa arriva dalla grande spinta alla riduzione della spesa pubblica».

Se il nodo resta il lavoro, non confortano di certo i dati sulla pressione fiscale. Che, stando agli ultimi dati resi noti dall'Istat, nel secondo trimestre 2013 è schizzata al 43,8%. Con un incremento dell'1,3% rispet-

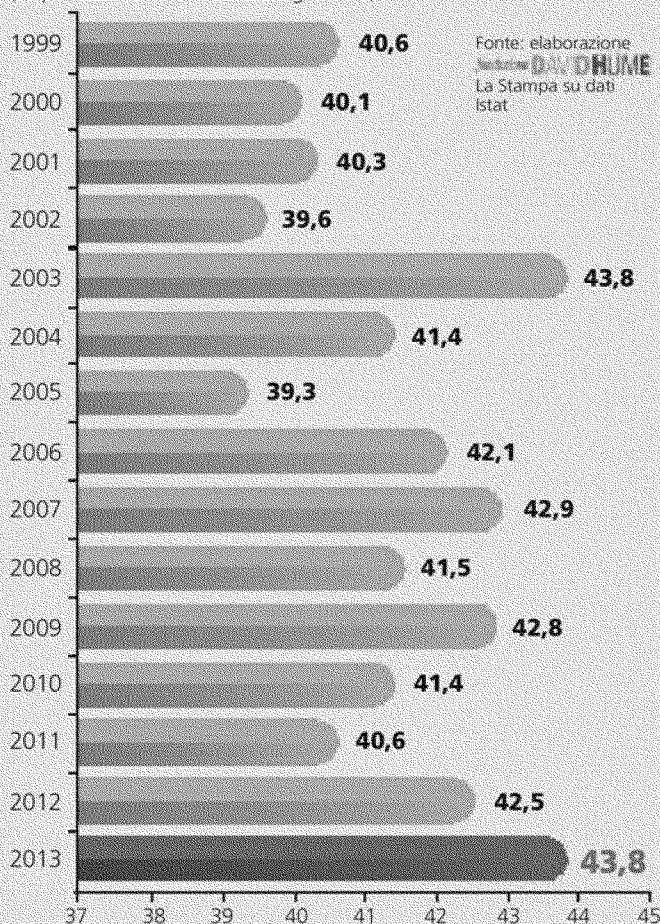
to al 2012 e del 4,7 sullo stesso periodo dell'anno precedente. Cumulando i primi sei mesi del 2013, il livello è del 41,5% rispetto al 40,6 del 2012. Quanto al rapporto deficit/Pil, il primo semestre dell'anno ha fatto segnare un calo al 4,1% rispetto al 4,4% dello stesso periodo del 2012 ed al 7,3% del primo trimestre di un anno fa. Sebbene il dato non tenga conto delle operazioni di swap e, quindi, non sia valido ai fini dei parametri di Maastricht, aiuta, come precisa l'Istat, «a capire la tendenza dei conti pubblici». Così nel secondo trimestre si registra un indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche rispetto al Pil dell'1% con un calo di 1,2 punti rispetto allo stesso trimestre del 2012. Migliora anche il saldo primario: nel secondo trimestre è risultato positivo con un'incidenza sul Pil del 4,7% superiore di 0,9 punti

percentuali rispetto a quella del secondo trimestre del 2012, positivo anche il saldo corrente con una incidenza sul Pil dello 0,4 (0,2 del 2012). Nei primi due trimestri le uscite totali sono state pari al 49,6% del Pil contro il 48,6% dello stesso periodo 2012. Le entrate totali sono cresciute del 2,9% nel secondo trimestre con una incidenza salita dal 46,3 al 48,3%. Nei primi sei mesi le entrate totali sono aumentate dell'1,5%.

Letta a Confindustria:
«Taglierò il cuneo»
Squinzi insiste:
«Servono 10 miliardi»

Pressione fiscale

(% pil - dati del 2° trimestre di ogni anno)



E' colpa dei mitocondri se il cuore nasce malato

■ Identificati i possibili responsabili delle malattie cardiache congenite: si tratta dei mitocondri, le centrali energetiche delle cellule. Uno studio della Washington University School of Medicine di St. Louis e dell'Università di Padova-Istituto Telethon Dulbecco dimostra che proprio loro orchestrano anche gli eventi che determinano il futuro della cellula, almeno nel cuore di un topo in fase embrionale. Se nel processo di sviluppo «standard» i mitocondri si fondono insieme attraverso alcune proteine (Mfn1 e Mfn2), nel test è stata sufficiente la cancellazione di due geni nelle cellule muscolari dell'embrione per generare un cuore con pareti iper-sottili, simili a carta.

Letta: tagli al cuneo fiscale. Squinzi: servono 10 miliardi

Il premier ribadisce: la priorità resta il controllo dei conti pubblici. Confindustria chiede più risorse

Giusy Franzese

ROMA. Le parti sociali puntano al raddoppio. Macché 4-5 miliardi! Per un intervento significativo sul cuneo fiscale ce ne vogliono almeno dieci. «Bisogna assolutamente trovarli» dice ai giornalisti il presidente di Confindustria, anticipando la richiesta che qualche ora dopo farà direttamente al premier nell'incontro a Palazzo Chigi. «Gli dirò» annuncia Squinzi «che per il cuneo, 10 miliardi sono il minimo per fare un salto di qualità e per dare una spinta alla crescita. La legge di stabilità può rappresentare lo spartiacque tra la stagione del rigore e quella dello sviluppo».

Una battaglia - questa per un intervento più massiccio in grado di mettere in campo misure visibili sia nelle buste paga di lavoratori dipendenti e pensionati che nei bilanci delle imprese - condivisa in pieno dai sindacati, che l'altro ieri all'uscita dell'incontro con il premier non hanno nascosto delusione e perplessità. È il leader della Uil, Luigi Angeletti, a ricordarlo ieri: la riduzione delle tasse sul lavoro non deve essere «simbolica». E «un pri-

mo passo, che non assomigli ad una finta, è di 10 miliardi».

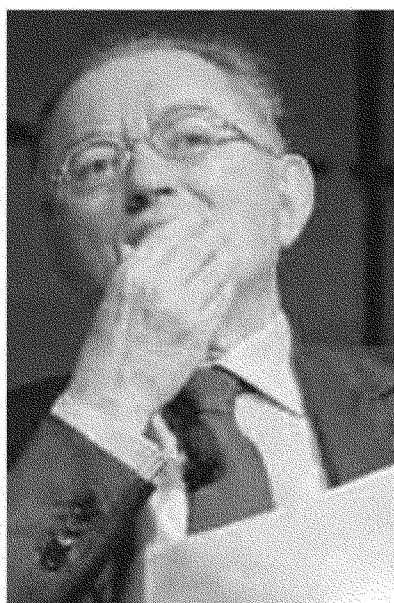
Guarda caso la stessa cifra indicata anche da Squinzi. D'altronde Cgil, Cisl e Uil, hanno sottoscritto a Genova un documento con Confindustria che al centro di tutto mette proprio il taglio delle tasse sul lavoro e una redistribuzione dei redditi. «Se il governo non ci convince» - dice Angeletti - i sindacati sono pronti ad una «mobilitazione unitaria».

Nonostante il pressing, per adesso Letta glissa sulle cifre. Però Palazzo Chigi fa sapere che il premier ha ricordato a Squinzi come sia necessario tenere sotto controllo deficit e debito. Tradotto: è difficile che sul piatto possano essere messe risorse di quelle dimensioni nel solo 2014. «Non me la sentirei di dire che un taglio del cuneo fiscale da 4-5 miliardi è acqua fresca» osserva il sottosegretario all'Economia, Pier Paolo Baretta. «Sarebbe un primo intervento significativo» insiste. E così il ministro del Welfare, Enrico Giovannini: l'intervento sul cuneo «sarà il più possibile efficace», ma difficilmente avrà «l'ampiezza di cui alcuni parlano». E comunque la legge di stabilità potrebbe essere solo il primo passo. Le misure a favore dell'occupazione, ad esempio, dice Giovannini, «in parte saranno anche in un possibile

collegato sul lavoro».

Se per il 2014 ci sono difficoltà oggettive a recuperare la somma che le parti sociali considerano il minimo indispensabile, il discorso cambia a fronte di un arco temporale più lungo. E proprio questa potrebbe essere la quadra: mettere in campo un'operazione con benefici crescenti, che arrivi a dispiegare tutte le sue forze alla fine del triennio, quando ormai la crisi si spera sia un lontano incubo.

Insomma: il 2014 dovrebbe essere solo la prima tappa di un percorso più impegnativo verso la riduzione del cuneo. Al quale, comunque, il governo ha tuttal'intenzione di affiancare un'operazione di «inversione di tendenza del debito pubblico». Da realizzare - come ha annunciato il presidente del Consiglio al presidente dell'Associazione delle banche, Antonio Patuelli, nell'incontro che ha preceduto quello con Confindustria - con il pacchetto privatizzazioni e dismissioni.



Il presidente Giorgio Squinzi è alla guida della Confindustria



Baretta
Quattro-cinque miliardi non possono essere acqua fresca

Def 2013. Commissione Affari Sociali "boccia" la selezione delle prestazioni. Ecco il parere

Parere favorevole, quello dalla 12^a Commissione della Camera, ma a una condizione: “Occorre chiarire che non si vuole restringere il perimetro dei Lea”. Per la governance ci vuole “un'attenzione specifica al ruolo delle professioni sanitarie”. Lea solo su evidenze scientifiche.



Parere favorevole da parte della commissione Affari Sociali della Camera alla Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2013. Ma non si tratta di un parere incondizionato. Più di un aspetto della Nota, infatti, non convince pienamente i deputati, che hanno infatti accompagnato il voto favorevole a tutta una serie di condizioni.

In particolare la commissione chiede che lo sviluppo futuro del modello di governance sia esteso a tutti i livelli in cui è articolato il Servizio Sanitario Nazionale ed includa espressamente un'attenzione specifica rivolta al ruolo delle professioni sanitarie.

Nell'ambito delle misure di prevenzione, inoltre, sarà necessario tenere conto anche di altri fattori di rischio, come quelli legati all'inquinamento ambientale e ai pericoli connessi alle radiazioni;

Quanto al complesso processo di trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio, per i membri della commissione occorrerebbe assicurare il potenziamento della medicina del territorio, a partire dalla medicina generale.

Dito puntato, poi, contro quell' "selettivo" utilizzato dal Governo per qualificare il percorso che dovrà seguire il Ssn. "È necessario chiarire – sottolinea la commissione Affari Sociali - che con tale aggettivo non si intende restringere il perimetro dei LEA e che il ripensamento del modello di assistenza andrebbe finalizzato a garantire 'prestazioni appropriate', sostituendo, quindi, in tal senso la locuzione, presente nel testo del documento in oggetto, 'prestazioni non incondizionate, rivolte principalmente a chi ne ha effettivamente bisogno'".

Per l'Affari Sociali, infine, nel ridisegnare il perimetro dei Lea "occorrerà non solo tenere conto delle opzioni terapeutiche ed assistenziali dimostratesi maggiormente costo-efficaci, ma assicurare comunque e in ogni caso – anche per quelle 'preferite dai pazienti' – la scientificità dell'approccio teso a valutare l'efficacia delle prestazioni che il Ssn si impegna a garantire all'universalità degli utenti".

European Cancer Congress 2013. Dove si spende di più per la sanità, si muore meno di cancro

All'incidenza più alta dei tumori, anche grazie alla maggiore diffusione degli screening, corrisponde una mortalità generale più bassa rispetto ai Paesi con meno incidenza e minore spesa sanitaria complessiva. Ecco lo studio che mette in guardia governi e policy makers: bisogna spendere di più per morire di meno.



C'è un legame tra quanto un paese europeo spende nella sanità e quanto di tumore si muore in quel paese. A dirlo uno studio presentato nel corso dell'European Cancer Congress 2013 (ECC2013) appena concluso ad Amsterdam e contemporaneamente pubblicato su *Annals of Oncology*. Si tratta di una ricerca, spiegano gli scienziati che l'hanno condotta che dovrebbe avere un grande impatto sulle politiche sanitarie in Europa: a onor del vero, oltre a una minore mortalità per il cancro, i paesi che spendono di più per migliorare la sanità vedono anche un'incidenza maggiore per i tumori, forse anche perché vengono riconosciuti e diagnosticati più facilmente.

Lo studio che lo dice si chiama BrEAST (Breast European Adjuvant Studies Team) ed è stato condotto in Belgio con dati da tutto il continente, provenienti dai database dell'Oms, del Fondo monetario internazionale e della Banca mondiale. “Abbiamo osservato che maggiore era la spesa sanitaria, minori i decessi dopo la diagnosi di cancro. Un risultato particolarmente marcato nel caso del tumore alla mammella”, ha spiegato Felipe Ades, co-autore dello studio. “Inoltre, abbiamo osservato che nonostante gli sforzi che sono stati fatti in Europa per tentare di standardizzare questa voce del bilancio pubblico dei diversi governi, i ventisette paesi membri dell'Unione investono ancora in maniera molto diversa tra loro nella sanità, e dunque hanno valori di incidenza e mortalità per tumore molto diversi. E la differenza si nota in particolare se si mettono a confronto i paesi occidentali con quelli dell'est”.

Per giungere a questa conclusione hanno osservato il PIL delle diverse nazioni, rilevato quanta parte di esso fosse destinata alla sanità, all'anno e per ogni [cittadino](#), e messo a confronto questi dati con le stime sulla porzione di pazienti che muoiono a seguito di una diagnosi di tumore. “Forse non stupisce che la spesa pro-capite per la sanità sia fortemente correlata al reddito della nazione”, ha spiegato Ades. “Ma stupisce che ci sia una sorta di netta cesura tra i paesi dell'est e quelli occidentali: chi spende di più tra i primi (la Slovenia, con una spesa pro-capite di 2551 dollari), spende comunque meno di chi spende meno tra i secondi (il Portogallo, con una spesa annua a cittadino che si aggira intorno ai 2600 dollari)”.

E soprattutto, spiega l'esperto, gli scienziati hanno visto che in proporzione l'Europa dell'Est ha una incidenza minore, ma una maggiore mortalità per cancro, al contrario della parte occidentale del continente. "I paesi più a Est, escluso Cipro, hanno una mortalità maggiore anche a parità di incidenza, ciò vuol dire che muoiono per cancro più persone anche quando se ne ammala lo stesso numero", ha detto Ades. "E che questo è fortemente correlato con la spesa sanitaria del paese: nelle nazioni che spendono meno di 2000 dollari l'anno pro-capite per la sanità, come Romania, Polonia e Ungheria, circa il 60% dei pazienti muoiono a seguito di una diagnosi di cancro; al contrario, chi spende tra i 2500 e i 3500 dollari annui pro-capite ha una mortalità che oscilla tra il 40 e il 50 per cento dei pazienti diagnosticati, come nel caso di Portogallo, Spagna e Gran Bretagna; infine, nei paesi con una spesa che si aggira intorno ai 4000 dollari, come Francia, Belgio e Germania, muoiono di cancro meno del 40% delle persone a cui viene diagnosticata la malattia". La ricerca non analizza il motivo di questo risultato, ma gli autori suggeriscono che parte del motivo del maggior numero di casi sia dovuto a programmi di screening efficaci che permettono di effettuare più diagnosi corrette, e questo stesso meccanismo di sorveglianza fa sì che una buona percentuale dei tumori venga rilevata ancora in fase iniziale, quando la cura è più semplice.

L'esempio più calzante di questo meccanismo si ha osservando i dati che riguardano il cancro al seno. "Abbiamo scelto di analizzare nello specifico il tumore alla mammella perché è il miglior esempio di patologia oncologica che presenta un metodo di screening efficace e per il quale è stato dimostrato che la sorveglianza riduca la mortalità", ha detto ancora Ades. "E in effetti in questo caso l'associazione tra maggiore spesa sanitaria e incidenza del tumore era ancora maggiore che in altri casi: questo potrebbe dipendere appunto dal fatto che i programmi di screening permettono di rilevare più casi. A parità di numero di diagnosi la mortalità risultava poi più bassa per i paesi più ricchi e che dunque spendevano di più per la sanità".

Un risultato, quello del trial BrEAST, che dovrebbe far riflettere governi e policy makers. "Il cancro è la prima causa di mortalità in Europa, e nonostante questo c'è ancora una grande disparità tra le risorse che sarebbero necessarie per tenerlo sotto controllo e quelle che vengono effettivamente stanziati a questo scopo", ha detto José Martin-Moreno, docente alla Università di Valencia e portavoce della European Society for Medical Oncology (ESMO), il cui Congresso annuale si è svolto proprio nel corso di ECC 2013 ad Amsterdam. "Lo studio presentato dimostra che il finanziamento del sistema sanitario è fondamentale per garantire buone cure ai pazienti e buoni risultati. E dunque in un certo senso mette in allarme nei casi in cui la spesa si riduce troppo. Un messaggio che è particolarmente utile nel caso di una recessione economica come quella che stiamo vedendo oggi: nel caso in cui i soldi sono pochi bisogna saperli spendere bene, solo così si potrà costruire un sistema sanitario forte e dunque una società migliore".



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province





Falsi poveri per non pagare i ticket sanitari: 16 denunciati

Per non pagare il ticket sui medicinali e sulle prestazioni sanitarie dichiaravano, con un'autocertificazione, redditi familiari molto più bassi di quelli reali. In 16 sono stati denunciati dai finanziari della compagnia di Caserta.

Castellammare Siglato l'accordo tra i tre sindaci e il direttore dell'Asl Na3

Comuni e Asl: un patto per migliorare la sanità

CASTELLAMMARE. Un patto di collaborazione tra Comuni e direzione generale dell'Asl Na 3 sud per migliorare l'offerta sanitaria sul territorio. Lo hanno siglato ieri i membri del Comitato sindaci e Maurizio D'Amora, direttore dell'Azienda sanitaria. All'incontro, svoltosi a Palazzo Farnese, hanno partecipato Nicola Cuomo (sindaco di Castellammare e presidente del comitato) e i suoi colleghi Giuseppe Cuomo (Sorrento) e Angelo Guadagno (Volla). È dunque arrivata la risposta istituzionale alle polemiche sollevate, la scorsa settimana, da sindacati ed infermieri che, in un dossier, avevano segnalato agli organi competenti le criticità dell'ospedale San Leonardo e gli altri distretti sanitari del comprensorio. «Abbiamo dato la nostra disponibilità a mettere in atto una collaborazione istituzionale con il direttore D'Amora - si legge in un

documento firmato dai sindaci -, per migliorare l'offerta dei servizi socio-sanitari delle strutture ospedaliere dell'Asl Na 3 sud e degli altri distretti sanitari. Il Comitato si farà promotore d'incontri, concordati con il direttore generale, per ascoltare le istanze degli operatori per risolvere problematiche sensibili nel campo della sanità». Pochi giorni fa i sindacati di categoria, in una lettera inviata ai vertici dell'Asl, avevano richiesto maggiore vigilanza per l'ospedale San Leonardo e il centro di salute mentale di via Pietro Carrese. Nella missiva, i firmatari lamentavano una cronica carenza di strutture e personale soprattutto per il pronto soccorso dell'ospedale del viale Europa. In questo caso i turni composti da cinque unità devono far fronte a una media di 250-300 accessi giornalieri, statisticamente registrati. «Non possiamo lavora-



re in questo caos - afferma Michele Costagliola, rappresentante del sindacato infermieri Nursing Up -. Pochi giorni fa un altro medico è stato aggredito da un paziente, costringendoci a richiedere l'intervento delle forze dell'ordine. Tutto ciò è insopportabile». Si attendono dunque iniziative mirate a superare questo disagio. «Lavoreremo in sintonia con il nostro direttore generale - dice il sindaco Cuomo -, discutendo anche delle criticità del recente atto aziendale, con l'intento di far sentire la nostra voce in Regione e aumentare la specializzazione e le eccellenze delle nostre strutture. Siamo pertanto soddisfatti dell'incontro - conclude - e speriamo che questa futura collaborazione possa portare buoni frutti per le nostre popolazioni».

fr.fu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

+

Laboratori, pronti i licenziamenti

Sono 400 i dipendenti dei centri privati salernitani convenzionati con l'Asl che rischiano il posto

Sono in 400 i lavoratori della provincia di Salerno che, entro la prossima settimana, potrebbero ricevere una lettera di pre-licenziamento da parte dei loro datori di lavoro: i laboratori di analisi cliniche. È questa la provocazione lanciata dalla Federlab, dopo quella di non sottoscrivere i contratti di accreditamento con la Regione Campania. «Se li firmassimo – ha spiegato Pierpaolo Cavallo di Federlab Salerno – rischieremo di perdere i nostri soldi nel caso in cui il Tar dovesse annullare i tariffari». Cavallo si riferisce al contenzioso già avviato da molti laboratori in diverse Regioni italiane che, dopo il successo dei colleghi abruzzesi, hanno intrapreso la via legale sperando di veder annullate le decisioni delle strutture commissariali, che anche per il 2013 hanno previsto un ritocco al ribasso dei tetti di spesa delle strutture convenzionate. In provincia di Salerno, già da metà giugno, gli esami tumorali sono a carico degli utenti. Per le altre specialità i soldi sono finiti il primo ottobre scorso. Ma, entro l'11 novembre, si potrebbe avere il blocco totale delle attività, non solo in provincia di Salerno, ma in tutta la Campania. «Molti centri sono già falliti – ha ricordato Cavallo – e altri potrebbero fallire». Per questo non ci stanno a perdere i loro soldi, e per ora di firmare i contratti non se ne parla.

Se dall'incontro di oggi tra il presidente di Federlab, il senatore campano Vincenzo D'Anna, e il presidente della Regione, Stefano Caldoro, dovessero arrivare buone notizie allora si potrebbe arrivare ad un accordo. La proposta dei titolari dei laboratori di analisi sarà quella di ottenere garanzie in caso di annullamento dei tariffari. Se la mediazione dovesse fallire, Caldoro si ritroverebbe ad essere sommerso dalle lettere di licenziamento di quasi duemila persone. «Non si tratta – ha spiegato ancora Cavallo – di non riuscire a pagare gli stipendi, ma di non poter far fronte nemmeno alle spese».

Servono soluzioni e risposte immediate. Come quelle che gli iscritti Federlab chie-

deranno al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che il 22 ottobre parteciperà al convegno promosso all'auditorium della Conciliazione di Roma, proprio dal sindacato di categoria. In contemporanea ci sarà la serrata nazionale di tutti i laboratori clinici a cui aderiranno anche le sigle delle associazioni di categoria dei centri di riabilitazione, altro settore da tempo compreso. Anche qui, come lo scorso anno, sono stati annunciati licenziamenti di migliaia di addetti oltre al blocco dei ricoveri e le dimissioni dei pazienti. Che prima di potersi rivolgere altrove, magari fuori regione, dovranno ottenere un "nulla osta". Una decisione, quella della Regione Campania, che servirebbe soprattutto per monitorare e razionalizzare la spesa della migrazione sanitaria, che nel 2011 è costata quasi 400 milioni di euro. Dopo aver chiesto un incontro urgente al sub commissario Mario Morlacco insieme con le Asl, i centri che aderiscono al coordinamento campano, si incontreranno oggi a Napoli per decidere le mosse future.

Mattia A. Carpinelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un laboratorio di analisi cliniche

LE CIFRE

5

Ammonta a 5 milioni di euro la spesa per la migrazione sanitaria in Campania nel campo della riabilitazione. Una bella fetta dei quasi 400 milioni di euro complessivi spesi nel 2011. Le somme sono certificate dalla struttura commissariale che, con il decreto 86/2013, ha reso nota la spesa del 2012. La sola riabilitazione "pura" è costata 3,4 milioni di euro mentre il settore socio sanitario è costato 2,3 milioni di euro. Il saldo complessivo segna -300 milioni di euro. I crediti, di contro, ammontano a meno di un terzo (circa 87 milioni di euro).

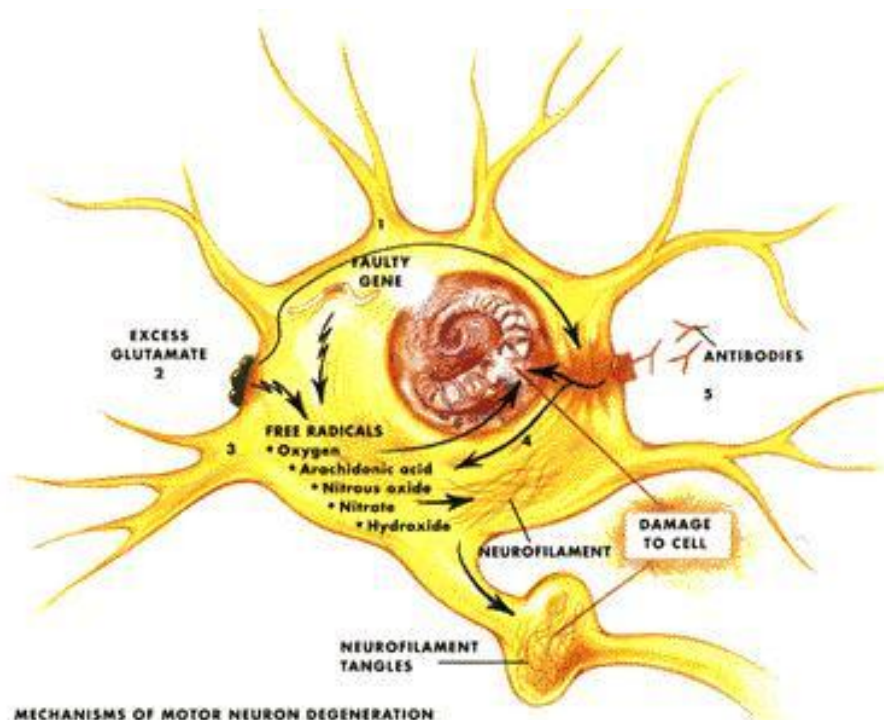
24mila

Nel 2010 24mila pazienti sono andati a curarsi fuori dalla Campania. Sei persone ogni cento abitanti sono andate altrove per necessità o scelta. Ora, potrebbe diventare tutto molto più complicato.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Diabete e farmaci. I diabetologi: “Siamo sulla buona strada. Ma c’è ancora differenza tra le Regioni”

La fotografia dei comportamenti prescrittivi dei farmaci nelle persone con diabete nella rete diabetologica nazionale, scattata dall’edizione 2012 del Rapporto AIFA sull’uso dei farmaci in Italia (Rapporto OsMed) in collaborazione con Associazione medici diabetologi (AMD).



“Sostanzialmente positivo il giudizio che emerge dall’edizione 2012 del Rapporto AIFA sull’uso dei farmaci in Italia (Rapporto OsMed) sull’operato della rete diabetologica nazionale”, ad affermarlo è **Antonio Ceriello**, Presidente di Associazione medici diabetologi (AMD), la società scientifica cui fanno capo gli oltre 600 centri di diabetologia italiani operanti nell’ambito del Servizio sanitario nazionale.

“Per la prima volta – ricorda Ceriello – l’Agenzia Italiana del Farmaco nella realizzazione del Rapporto OsMed si è avvalsa, per analizzare i comportamenti prescrittivi dei farmaci nelle persone con diabete, del database Annali AMD, probabilmente la raccolta dati più completa al mondo sulla malattia diabetica, che esamina, ad oggi, le modalità di assistenza, l’impiego dei farmaci antidiabete, antipertensivi e ipolipemizzanti, oltre ai risultati clinici in oltre 500.000 persone con diabete – 1 su 6 in Italia – nella metà, oltre 300, dei centri di diabetologia sul territorio nazionale.

Questa collaborazione con l’Autorità regolatoria nazionale, da un lato, è un importante riconoscimento per il [lavoro](#) che in questi 10 anni AMD ha compiuto per mettere in atto un sistema di analisi e miglioramento della qualità dell’assistenza diabetologica in Italia, dall’altro, permette alle Istituzioni di ottenere informazioni approfondite sul carico assistenziale delle due forme di diabete e sull’appropriatezza prescrittiva degli specialisti”, conclude.

I dati del rapporto OsMed 2012 dell’AIFA relativi al diabete evidenziano un’intensificazione dei trattamenti e anche un moderato incremento dell’appropriatezza prescrittiva, pur con margini di miglioramento.

Nel diabete tipo 1, nell’arco temporale 2004-2011, si è avuta una radicale modifica nel trattamento insulinico, con il progressivo abbandono delle insuline con durata d’azione intermedia e premiscelate, e l’adozione dei regimi cosiddetti “basal-bolus”, che mimano meglio la risposta fisiologica dell’insulina endogena. Anche l’utilizzo della tecnologia dell’infusione continua sottocutanea, attraverso microinfusori, è raddoppiata nel periodo di osservazione: oggi è utilizzata dal 16,5% delle persone con diabete tipo 1, con una maggiore frequenza di utilizzo nella donna e indipendentemente dalla durata della malattia e dalla fascia di età.

“I cambiamenti terapeutici si sono tradotti in un miglioramento del controllo metabolico, con un lieve aumento, dal 20,6 al 23,2%, delle persone con diabete tipo 1 con emoglobina glicosilata (HbA1c) sotto il 7%, ma soprattutto con la parallela riduzione della proporzione di quelle con valori di HbA1c francamente elevati (oltre 8%): da 51,6 a 44,2%, meno 7,4 punti in valore assoluto.

Esistono, come è lecito attendersi, differenze su base regionale sulle quali proprio grazie al progetto Annali, AMD e la rete diabetologica nazionale stanno lavorando attivamente per mettere in atto attività di miglioramento”, commenta **Carlo Giorda**, Presidente Fondazione AMD.

Per quanto riguarda il diabete tipo 2, quasi 2 persone con diabete su 3 sono in trattamento con ipoglicemizzanti orali o farmaci iniettabili diversi dall'insulina (definiti nel complesso “iporali”), mentre tra chi è in cura con insulina, il 50% è trattato con sola insulina e il 50% con iporali associati a insulina. I farmaci di gran lunga più impiegati sono la metformina e i secretagoghi (sulfaniluree e glinidi), rispettivamente nel 65,5% e nel 49,6% della popolazione diabetica. In termini di schemi terapeutici, oltre il 50% delle persone con diabete tipo 2 è curato con 1 o 2 ipoglicemizzanti orali, mentre solo una piccola quota (6,8%) con 3 o più. Il 15,6% utilizza solo insulina e un altro 15,6% insulina combinata a ipoglicemizzanti. Non si registrano sostanziali differenze prescrittive legate al sesso, mentre differenze marcate riguardano le fasce di età e durata di malattia. Nelle persone più anziane e con più lunga durata di malattia sono infatti maggiormente impiegate glinidi e insuline.

La prescrizione dei nuovi farmaci incretino-mimetici(inibitori del DPP-IV e agonisti del GLP-1) è più bassa nelle fasce di età più avanzate. “Negli anni dal 2004 al 2011 è nettamente aumentato l'uso di tutte le classi di farmaci ipoglicemizzanti, a parte le insuline intermedia e premiscelata, cadute quasi totalmente in disuso, e le sulfaniluree. Gli incrementi più rilevanti riguardano l'utilizzo di metformina e insulina basale. L'analisi degli schemi terapeutici mostra un aumento della quota di persone in trattamento, un aumento della tripla terapia orale e dell'insulina, oltre ovviamente all'introduzione degli agonisti del GLP-1 a partire dal 2008. In altre parole, vi è stato un aumento dell'intensità di trattamento che si è tradotto in un miglioramento del compenso metabolico, con un aumento dei soggetti a target di HbA1c (da 39% a 43,8%) e una parallela riduzione dei soggetti con valori francamente elevati (da 34,9% a 27,2%).

Inoltre, è migliorata anche in maniera importante l'appropriatezza dei trattamenti; lo mostrano 3 indicatori chiave: -1,9% le persone in cura con sola dieta nonostante valori di HbA1c >7.0%; -14,1% quello dei non trattati con insulina nonostante valori di HbA1c >9.0%; -9%, infine, la quota di persone in cura con insulina che mostrano valori di HbA1c >9.0%. Tuttavia, nonostante il miglioramento delle attitudini prescrittive e dei risultati dell'assistenza, esistono ancora importanti margini di miglioramento. Ad oggi la quota di soggetti con valori di HbA1c superiori a 9% supera il 10%; nella donna sussistono percentuali più elevate nelle fasce di HbA1c più insoddisfacenti, come accade anche al di sotto dei 55 anni, nei soggetti con più lunga durata di malattia e in quelli trattati con insulina. E anche nel diabete tipo 2 esistono differenze tra regione e regione, indice probabilmente della disuniformità di risorse che possono condizionare gli atteggiamenti del medico e della necessità di implementare politiche sanitarie più omogenee sul territorio nazionale”, conclude Giorda.

MEDICINA/1

La lotta al diabete passa per molte vie

DI TODARO PAGINA IV

Diabete, a ciascuno la sua cura

Prevenzione, farmaci, trapianti e chirurgia bariatrica: i successi della ricerca



FABIO DI TODARO

Stefano
Del Prato
Endocrinologo

RUOLO: È PROFESSORE
DI ENDOCRINOLOGIA
ALL'UNIVERSITÀ DI PISA E PRESIDENTE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI DIABETOLOGIA (SID)

La fine del diabete? Vicina non è, se si snocciolano un po' di numeri: ne soffre, tra la forma autoimmune e quella metabolica, il 9% della popolazione mondiale, pari a 346 milioni di persone. E le previsioni, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, non sono poi così radiose: da qui a 10 anni il tasso di decessi rischia di aumentare fino al 50%. Praticamente, una pandemia.

Dunque ci sarebbe quasi da fasciarsi la testa, se la ricerca dell'ultimo ventennio non avesse lasciato sul campo interessanti prospettive. Dal trapianto d'organo a quello più selettivo delle isole pancreatiche, per la cura del diabete di tipo I, fino alle soluzioni prospettate dalla chirurgia bariatrica, opzione valida per la cura del disturbo metabolico di cui soffre oltre il 91% dei diabetici, grazie a cui si può spesso fare a meno della terapia farmacologica. «Non dobbiamo pensare a una cura unica in grado di far dimenticare il diabete - spiega Stefano Del Prato, ordinario di endocrinologia all'Università di Pisa e presidente della Società Italiana di Diabetologia (Sid) -. Nell'ambito delle due tipologie più note le malattie sono estremamente eterogenee. Oggi abbiamo il compito di individuare terapie personalizzate per offrire una soluzione

a tutti i pazienti».

La 49esima edizione del congresso della «European Association for the Study of Diabetes», svoltosi a Barcellona, ha rappresentato l'occasione utile per mettere assieme i tasselli della ricerca, nella speranza di trovare le prime vie di fuga. L'Italia, rispetto agli altri Paesi, non si discosta dal trend di crescita. Lungo la Penisola, stando ai dati, sono quasi quattro milioni i malati, di cui ben più della metà «over 65». Un dato che, comparato con quello di tre lustri fa, evidenzia un aumento di diffusione: +70%. E allora come fare fronte a questa epidemia?

«Sappiamo che, per il diabete di tipo II, non c'è strategia più efficace della prevenzione - prosegue Del Prato -. La dieta e un corretto stile di vita permettono di abbassare drasticamente il rischio, eppure assistiamo a una crescente ondata di obesità. Per adesso non c'è un dato che dimostri, su larga scala, la riduzione dell'età media dei pazienti. Se non invertiremo il trend, però, rischieremo di avere diabetici molto giovani, su cui non si potrà intervenire con i farmaci presenti sul mercato perché testati solo sulla popolazione adulta».

L'Italia, per adesso, è in mezzo al guado: va avanti con i rimedi tradizionali (metformina e sulfoniluree) senza poter far affidamento sulle incretine, in grado di aumentare la

secrezione di insulina e limitare quella dell'ormone antagonista, il glucagone. È stata l'Agenzia regolatoria del Farmaco, nonostante l'ok già giunto nella maggior parte dei Paesi europei, a bloccare la diffusione, sebbene le incretine abbiano dimostrato di prevenire i pericolosi episodi di ipoglicemia, finora affrontati con un massiccio ricorso ai farmaci. Situazioni - a detta degli esperti - evitabili attraverso la somministrazione proprio delle incretine, rivelatesi sicure sul piano cardiovascolare e in grado di mantenere inalterato il rischio di sviluppare pancreatiti e altre neoplasie.

Trovare una chiave per scardinare il diabete, come disturbo metabolico, vuol dire anche ridurre il rischio di sviluppare altre malattie: da quelle infettive ad alcuni tumori, dalla broncopneumopatia cronica ostruttiva alle patologie del tratto digerente, dalla malattie osteoarticolari a quelle cutanee. Ecco perché ripristinare il giusto controllo della glicemia può diventare

una soluzione su più fronti. Se per il diabete II non c'è mezzo di controllo più efficace della prevenzione e si guarda con interesse agli effetti indotti dalla chirurgia bariatrica (migliora l'effetto sull'attività delle cellule beta del pancreas e la risposta periferica all'insulina), per le forme autoimmuni si continua a lavorare sull'impiego delle staminali, oltre che sul percorso del trapianto di isole pancreatiche.

«Esistono evidenze di un mantenimento dell'indipendenza dall'insulina nel 60% dei pazienti con diabete di tipo I dopo sette anni dal trapianto - argomenta Lorenzo Piemonti, responsabile del programma di ricerca "Trapianto di isole pancreatiche" al San Raffaele di Milano, unico centro con il Niguarda e l'Ismett di Palermo a eseguire la pratica in Italia -. La ricerca ha fatto passi da gigante: il rigetto e la ricomparsa dell'autoimmunità sono fenomeni che non sempre riusciamo a controllare, ma sappiamo che il trapianto di isole può essere associato all'infusione di cellule staminali mesenchimali per migliorarne i risultati».

Ipertensione. I cardiologi: "In Italia farmaci vecchi e pericolosi. Prontuario in ritardo"



L'allarme al 30° Congresso nazionale SIIA. Per recuperare basterebbe applicare le Linee guida europee. Spingere sulla semplificazione terapeutica con l'uso di farmaci in associazioni precostituite in singola pillola. E in questo modo si può anche risparmiare. E infine attenzione ai generici: sono troppi, meglio avere pochi prodotti equivalenti ma di qualità.

Le nuove linee guida europee per il trattamento dell'ipertensione arteriosa, il più frequente e temibile fattore di rischio per infarto, ictus cerebrale, scompenso cardiaco e fibrillazione atriale, sono state approvate all'inizio dell'estate. Oggi, la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa discute all'interno del suo XXX Congresso Nazionale su come queste possano aiutare nella cura, ma soprattutto come possa il corretto e completo uso dei farmaci antipertensivi disponibili aiutare il Sistema sanitario nazionale a risparmiare, in periodo di recessione come quello che stiamo vivendo oggi.

Nel simposio Le nuove Linee Guida ESH/ESC: i vantaggi delle combinazioni fisse moderato da **Massimo Volpe**, Presidente della Società, emerge infatti che il nostro Paese, sia pur all'interno di un ammirevole Sistema Sanitario, appare in forte ritardo sul piano della regolamentazione e dispensazione dei farmaci antipertensivi rispetto alla maggior parte dei Paesi Europei. Secondo quanto dicono gli esperti, per ridurre il gap, in primo luogo vanno rivisitati e ammodernati il Prontuario e l'ammissibilità al Rimborso di molte specialità antipertensive ormai obsolete e gravate da effetti collaterali che non sono nemmeno più menzionate nelle Linee Guida Europee.

Inoltre, dato che la semplificazione terapeutica è un caposaldo delle nuove linee guida, secondo gli esperti ha bisogno di essere rafforzata la disponibilità di associazioni precostituite in singola pillola che, in virtù dell'elevata efficacia e sicurezza, stanno dando risultati straordinari in termini di controllo della malattia in tutti i Paesi Europei.

“Nel nostro Paese, per motivi finanziari, anche scarsamente comprensibili, si penalizzano i cittadini con forti limitazioni”, dicono dal Congresso SIIA. “Si paventa persino, da parte dell' AIFA, di porre alcune di queste associazioni in classe C, cioè di fare in modo che i cittadini si paghino la cura dell'ipertensione, in contrasto con qualsiasi ragionevole politica di prevenzione”.

Per questo, secondo gli esperti presenti all'evento, bisogna promuovere organizzazione e controllo all'impiego dei farmaci equivalenti generici, a più basso costo nell'ipertensione; non occorre, come si verifica oggi avere fino a 32 generici dello stesso preparato, confondendo pazienti e operatori, a danno dell'aderenza alla terapia, in ragione di una presunta e inusuale liberalizzazione. “Meglio averne di meno con maggiori controlli di qualità e soprattutto di efficacia”, dicono. “Una bioequivalenza che consente un'efficacia minore fino al 20% può rappresentare un più che valido motivo per rendere la terapia inefficace”.

La fabbrica di neuroni: un enigma nel cervello

PATERLINI PAGINA V

Una fabbrica di neuroni nel cervello Ma non si sa ancora a cosa serve

Test svedese: le cellule nervose nascono e muoiono nell'intero arco della vita

Kirsty Spalding
Biologa

RUOLO: È PROFESSORESSA DI BIOLOGIA AL KAROLINSKA INSTITUTET DI STOCOLMA

IL SITO:
[HTTP://KI.SE/KI/JSP/POLOPOLY.JSP?D=27086&A=61829&L=EN](http://ki.se/ki/jsp/poloPOLY.jsp?D=27086&A=61829&L=EN)



MARTA PATERLINI

Una domanda del famoso gioco di società «Trivial Pursuit» recita: «Quali sono le cellule umane che non si replicano più?». La risposta - i neuroni - nasconde un errore. Perché nel cervello i neuroni si formano ogni giorno. E' il risultato pubblicato da un gruppo svedese sulla prestigiosa rivista «Cell», in cui hanno illustrato un modello capace di predire che la plasticità del cervello dovuta alla cosiddetta neurogenesi - la formazione di nuovi neuroni - raggiunge livelli molto più alti di quanto si pensasse.

«Già 15 anni fa si era dimostrato che la neurogenesi era presente anche nell'uomo. Ma la sua portata era sconosciuta: non era chiaro se il fenomeno avvenisse a un livello tale da avere un suo ruolo significativo nel comportamento», commenta Kirsty Spalding, autrice dello studio. È stato nel 1998, infatti, che uno studio dimostrò per la prima volta che i neuroni si formavano in continuazione nell'arco della vita adulta. I ricercatori avevano iniettato un composto nor-

malmente utilizzato per marcare la divisione di cellule tumorali in un gruppo di pazienti che avevano preventivamente acconsentito di analizzare i loro cervelli post-mortem. L'analisi del tessuto rivelò che i neuroni si dividevano, appunto, durante l'età adulta. Le cellule erano localizzate nell'ippocampo, un'area adibita alla memoria e all'apprendimento. Per l'esattezza in una sotto-area ippocampale, chiamata giro dentato. Quel composto, però, fu rapidamente accantonato, perché tossico, e il test non fu mai più ripetuto negli esseri umani. Ne scaturì, però, una miriade di studi a favore dell'esistenza della neurogenesi in modelli murini da laboratorio e della sua importanza nell'apprendimento e nella memoria.

Adesso, però, sfruttando i test nucleari risalenti alla Guerra Fredda, tra 1950 e 1960, è stato possibile tracciare da vicino la vita e la morte delle cellule neuronali. Quelle esplosioni nucleari hanno rilasciato nell'atmosfera alti livelli dell'isotopo del carbonio C14, che è stato assorbito dagli esseri umani attraverso la catena alimentare. Messi al bando i test nucleari, i livelli di C14 hanno cominciato a calare gradualmente. Come risultato, ogni cellula presenta una «dose» di C14 che corrisponde alla quantità presente nell'aria nel momento in cui la cellula è nata: i ricercatori hanno così potuto stabilirne con esattezza l'età.

«Aver scoperto che la neurogenesi dell'ippocampo avvenga con una percentuale consistente con quella trovata

nei topi di età avanzata suggerisce che il processo negli umani adulti potrebbe giocare un ruolo importante in alcuni aspetti del comportamento - spiega Spalding, -. E tuttavia non riusciamo ancora a determinare la causa e l'effetto. Cioè se l'aumento o la diminuzione della neurogenesi causi la condizione psichiatrica o se, invece, la condizione psichiatrica causi una un'alterazione della neurogenesi stessa».

Questa ingegnosa metodologia era già stata utilizzata dal gruppo del Karolinska Institute per stabilire la divisione cellulare in diverse tipologie di tessuti umani, nel cuore e nell'adipe. Ma nel caso dell'ippocampo i test hanno richiesto un decennio. «Le sfide sono state molte: estrarre Dna non contaminato in quantità sufficiente per svolgere un'analisi con la spettrometria di massa, ma anche stabilire e testare dei modelli per un tessuto così complesso, in cui convivono numerose tipologie cellulari con diversa durata vitale». I

ricercatori, in particolare, hanno isolato i nuclei di una cinquantina di esseri umani post-mortem, tra i 19 e i 92 anni. È stato quindi misurato il C14 nel Dna, scoprendo che, in media, i neuroni erano più giovani degli individui stessi: un' indicazione chiara che la neurogenesi era in atto.

Più di un terzo dei neuroni dell'ippocampo viene regolarmente rimpiazzato, con circa 700 neuroni nuovi, ogni giorno, durante l'età adulta. Abbastanza per sostituire tutti i neuroni del giro dentato nell'arco di una vita. Alcune cellule muoiono e altre vengono rimpiazzate, in una sorta di flusso continuo. «Si tratta di una conferma straordinaria del lavoro del 1998 che suggeriva la nascita di nuovi neuroni durante la nostra esistenza - sottolinea René Hen della Columbia University, autore

di molti lavori di neurogenesi -. Adesso il grande quesito per tutti noi scienziati è se questi neuroni nati in un cervello umano adulto contribui-

scano alle funzioni cerebrali. La prossima sfida, quindi, sarà di trovare il modo di prendere "immagini" della nascita dei nuovi neuroni in vivo per poi stabilire come la neurogenesi cambi in seguito a una malattia oppure a un trattamento farmacologico e anche per investigare come la sua manipolazione possa tamponare i problemi cognitivi dovuti all'avanzare dell'età».