



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Intesa raggiunta con suspense finale: respinti (ma non del tutto) il blitz e l'invasione dell'Economia

Il Patto fiorirà (forse) in 100 mosse

Labirinto di adempimenti, rischio post-Errani - Delega con dettagli per il personale

Passa la linea dei governatori: l'intesa sul nuovo Patto per la salute mantiene ferma la versione concordata respingendo al mittente le modifiche dell'Economia.

Percorso a ostacoli tra scadenze programmate e molte non indicate in un labirinto di adempimenti: cento date in ca-

lendaro per colmare vecchi gap e portare a casa la riforma che dovrà «mettere in sicurezza» il Servizio sanitario nazionale.

A PAG. 2-5

LA RIFORMA/ Intesa raggiunta: no alla versione dell'Economia, si torna (quasi) al vecchio testo

Patto salute, buona la prima

Lorenzin: «Futuro in sicurezza» - Sull'attuazione l'ombra del dopo-Errani

«**A** tenere duro non si sbaglia mai». Il commento a caldo del governatore del Veneto **Luca Zaia** la dice lunga sul braccio di ferro Regioni-Economia che fino all'ultimo, giovedì scorso, ha tenuto in sospeso la firma del Patto. Perché la versione arrivata sul tavolo delle Regioni era stata riveduta e corretta rispetto a quella della settimana prima (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 26/2014). Le limature respinte al mittente riguardavano 7 articoli non concordati, che in sintesi mettevano a repentaglio la certezza dei finanziamenti fissati nel Patto. In tutto, 337,5 miliardi ripartiti in tre anni.

Alla fine, come garantito dai più ottimisti, l'intesa si è trovata: con piccole modifiche sul testo non «emendato» i governatori hanno avuto la meglio. Una vittoria che, per la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, è un successo per tutto il Ssn. «Con l'accordo sottoscritto da Governo e Regioni sul patto abbiamo messo in sicurezza il sistema sanitario italiano per le prossime generazioni», ha commentato al termine della Conferenza Stato-Regioni. «È stata un'assunzione di responsabilità da parte di tutti gli attori e gli operatori del sistema: il Patto rimette al centro le politiche sanitarie che guardano al-

la qualità dell'assistenza e alla prevenzione dopo anni in cui avevamo solo l'ossessione del costo. Questo non vuol dire che non si tengono in equilibrio i bilanci, ma che possiamo cominciare a fare di nuovo programmazione sanitaria. Passa inoltre il principio - ha precisato infine Lorenzin - che quello che si risparmia viene reinvestito in sanità».

Se il dado è tratto, l'attuazione del Patto incontrerà, c'è da giurarci, più di una difficoltà. Non solo perché il progetto è quantomeno ambizioso - la precedente intesa, lo ricordiamo, era stata attuata per poco più della metà - e viene affidato a un calendario serrato di adempimenti (v. pagina 4-5), ma anche perché viene a mancare la regia di **Vasco Errani**. Le sue dimissioni dal governo dell'Emilia Romagna in seguito alla condanna per la vicenda Terremere e l'inevitabile addio al vertice della Stato-Regioni creeranno probabilmente un vuoto difficile da colmare. Il ruolo di «collante» che Errani ha sempre rappresentato tra Regioni e Governo ora viene meno, proprio al momento di attuare altre riforme importanti legate all'intesa appena sottoscritta: prime tra tutte quella sui nuovi criteri di riparto del fondo sanitario e la scelta dei nuovi vertici Aifa e Agenas.

Il patto, come ha ricordato

la stessa ministra, ha affrontato grandi temi: la longevità, la riorganizzazione del territorio e del personale, la garanzia di una maggiore efficienza dei servizi, nuovi sistemi di controllo ed efficientamento sia della qualità che della quantità, l'incompatibilità tra gli incarichi istituzionali di commissario e presidente di Regioni in piano di rientro, la proposta per la revisione dei ticket a fine novembre. Ancora, l'intesa mette finalmente un punto sul tormentone Lea, fermi al 2001 e da aggiornare entro il 31 dicembre. Entro ottobre le Regioni, il ministero della Salute e l'Università dovranno inoltre ridefinire i criteri e il numero dei processi formativi, e le modalità di accesso al sistema per i medici e per le altre professioni sanitarie grazie a una delega per la quale contenuti e passaggi sono indicati nell'ultima versione del Patto.

«Patto nel patto», il docu-

mento programmatico sulla sanità digitale (v. pagina 8) prevede un piano di investimenti pubblico-privati da 4 miliardi in tre anni.

A dare ossigeno ai sistemi sanitari regionali, dopo la lunga notte dei tagli, c'è poi - last but not least - un primo sblocco del turnover, con la possibilità per le Regioni più virtuose di tornare ad assumere personale.

Una svolta attesa dai governatori e dai cittadini: «È stata raggiunta una giusta flessibilità - sottolinea il presidente della Regione Umbria, **Catiuscia Marini** - per poter avere nuovo personale. È arrivata un'intesa con il ministero della Salute e dell'Economia, e quindi le Regioni virtuose potranno anche tornare ad assumere e ge-

stire il personale. Le Regioni che sono ancora vincolate al Piano di rientro avranno una modalità diversa per accedere a questa flessibilità: è stato infatti abbassato di un anno il blocco delle assunzioni già previsto, però al raggiungimento dell'equilibrio economico».

Il nuovo Patto fa necessariamente valorizzazione delle risorse regionali. «Tra le novità mi piace sottolineare l'accento posto sulla medicina territoriale, la valorizzazione delle risorse umane, l'attenzione per la ricerca, l'equilibrio tra contenimento della spesa ed esigenze di innovazione - spiega l'assessore al Diritto alla salute della Toscana, **Luigi Marroni** -. La Toscana ha dato un forte contributo al raggiungimento di questo risultato e nei contenuti

del patto ci sono molti punti che da tempo sono patrimonio del sistema sociosanitario integrato toscano».

A ribadire una maggiore certezza di ruoli e responsabilità tra Regioni e Governo è **Luca Coletto**, assessore alla Salute del Veneto e coordinatore degli assessori in Conferenza delle Regioni. «Nell'intesa raggiunta - ha spiegato - sono stati sbrogliati i nodi sui tagli del Fondo sanitario. Infatti se il Governo deciderà per futuri tagli dovrà dirci dove saranno fatti e non saranno più le Regioni a sforbiciare. In questo modo il Governo si prende in carica anche la possibilità di rimodulare il fondo e il Patto stesso».

Per **Claudio Montaldo**, presidente della Liguria, l'intesa del 10 luglio mette in piedi un sistema che «potrà rispondere ai nuovi bisogni di salute delle persone». «Anche per la Liguria - conclude Montaldo - si apre una fase di grande potenzialità, supportata dalla solida base dei risultati conseguiti in questi anni. Saremo un punto cardine del nuovo quadro che si verrà a definire. È stato un impegno durissimo arrivare a questo risultato dopo mesi di confronto con il governo. Un particolare ringraziamento - è la nota finale - va a colui che è stato il principale protagonista di questo percorso: Vasco Errani».

Barbara Gobbi
Rosanna Magnano

IN RETE

I testi del Patto per la salute e degli standard ospedalieri

www.24oresanita.com

I finanziamenti

109,92

I miliardi complessivi per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale previsti per il 2014

112,06

I miliardi complessivi per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale previsti per il 2015

115,44

I miliardi complessivi per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale previsti per il 2016

Spesa primaria per categorie economiche: incidenza % sul Pil (anni 2011-2012)

Italia - 2012	Servizi generali	Difesa	Ordine pubblico e sicurezza	Affari economici	Protezione dell'ambiente	Abitazioni e assesto del territ.	Sanità	Attività ricreative, culturali e di culto	Istruzione	Protezione sociale	Totale spesa primaria
Redditi da lavoro dipendente	1,4	0,9	1,5	0,4	0,1	0,1	2,4	0,2	3,2	0,3	10,5
Consumi intermedi	1,0	0,3	0,3	0,3	0,6	0,2	1,9	0,3	0,4	0,3	5,6
Imposte+rettifica per diritti famiglie su riserve fondi pensione	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,7
Contributi alla produzione	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,0
Prestazioni sociali in denaro e in natura	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	20,1	22,6
Trasferimenti correnti diversi	0,9	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	1,5
Investimenti lordi	0,3	0,1	0,1	0,7	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	2,0
Acquisizioni nette di attività non finanziarie non prodotte	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Trasferimenti in c/capitale	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Totale spesa primaria	3,8	1,4	2,0	3,3	0,9	0,6	7,3	0,8	4,1	20,8	45,0

FEDERICO SPANDONARO (Università di Roma Tor Vergata)

«Assetto federalista tradito se non ci sono i nuovi Lea»

Alto rischio di contenzioso con accordi che rinviando ad azioni successive

Non è certamente facile valutare e neppure riassumere i contenuti del nuovo Patto della salute che - a una prima lettura - appare come un complesso documento di indirizzo generale del Ssn di cui sfuggono i contenuti "concreti". Vale la pena iniziare cercando, quindi, di esplicitare le aspettative che, soggettivamente, avrei avuto rispetto a un Patto tra istituzioni centrali e regionali. Dato l'assetto federalista, mi sarei infatti sostanzialmente aspettato un accordo avente a oggetto cosa debbano garantire i servizi sanitari regionali a fronte di una data garanzia di finanziamento. Così tuttavia non è, visto che la revisione dei Lea (il livello minimo che è regionalmente obbligatorio garantire) è prevista solo successivamente.

Quindi le Regioni aderiscono a un Patto con cui si impegnano a continuare a garantire l'esistente con i Fondi previsti, in cambio di una serie di "promesse" di azioni da adottare: il rischio degli accordi che dipendono da azioni successive è, chiaramente, quello che si inneschi un inesauribile contenzioso da mancata o ritardata attuazione.

Sono molte le possibili chiavi interpretative, che spiegano i condizionamenti all'interno dei quali vede la luce il Patto. Eccone alcune:

- il Patto è in sostanza "senza soldi";
- l'assetto federalista è nuovamente in transizione;
- i costi standard sono a un punto fermo.

Sul primo punto è chiaro che "senza risorse" è difficile la revisione Lea. D'altra parte il finanziamento garantito cui concorre lo Stato copre a malapena l'inflazione fino al 2015 (+1,9%) e solo per il 2016, come d'uso in politica, si azzarda un maggiore ottimismo, che comunque si ferma al +3%; non si capisce dove siano le risorse per rendere possibile l'accesso alle tanto citate innovazioni, spesso citate nel Patto, non si capisce dove siano.

Sul secondo punto non è certamente casuale che il Patto si apre con un preambolo sulle future

nuove regole del gioco federalista, che in funzione dell'auspicabile superamento della legislazione concorrente, rimangono pericolosamente in bilico tra il ritorno a una funzione legislativa regionale meramente residuale e la garanzia alle Regioni di avere potestà esclusiva sull'organizzazione socio-sanitaria. Nella sostanza l'assetto sembra quello ante riforma Costituzionale, ma è davvero questa la strada più opportuna per garantire l'uniformità dei Lea?

Sul terzo punto notiamo che l'evoluzione del sistema di applicazione dei costi standard ha portato lo strumento lontanissimo dai suoi obiettivi iniziali: riproduce complessivamente il finanziamento garantito, lasciando, però, sospese molte questioni. Come mai ormai solo quattro Regioni sono in equilibrio? È ragionevole che la quota di finanziamento che il metodo stima come efficiente, sia di gran lunga inferiore al finanziamento medio dei Paesi confrontabili con l'Italia?

Un elemento che vale la pena di evidenziare è che il forte richiamo all'uso dell'Hta sembra essere la ciambella principale a cui il sistema intende aggrapparsi per rendersi finanziariamente sostenibile. Credo (e spero) che non ci siano dubbi, sul fatto che un uso più istituzionalizzato e trasparente dell'Hta sia auspicabile, e quindi anche la partecipazione alle logiche di network europeo (ma attenzione a chiarire il concetto buttato lì in due righe dei presidi Hta in ogni Regione). Sul tema però, la logica complessiva di applicazione continua ad apparire poco chiara.

È un esempio preoccupante l'idea che si possa fare un aggiornamento del Pfn solo "sulla base del criterio costo/beneficio e dell'efficacia terapeutica", dimenticando che il criterio è inapplicabile senza chiarire preventivamente il cosiddetto threshold di costo-efficacia e, almeno nel sistema italiano a budget fisso e preordinato, anche il budget impact. Per non essere troppo ingenui, l'idea implicita è probabilmente quella di rivedere

il prezzo dei farmaci (in larga misura degli oncologici): operazione legittima ma delicata, che coinvolge aspetti distributivi non banali e dove il dibattito deve essere tra-

sparente e esplicito.

Analogamente, ben venga che il criterio costo-efficacia valga anche per i dispositivi medici, ma perché sia cogente è necessario approntare un prontuario e un sistema di governance.

Ancora una nota (duplicata) sulle logiche europee richiamate nel Patto; attenzione all'articolo che prevede (se lo interpreto correttamente) il superamento della Cnn: anche qui l'obiettivo è condivisibile, ma il vincolare la

commercializzazione alla rimborsabilità è altra questione, con risvolti anche internazionali non banali.

Ben vengano, infine, le norme tese a rendere operativo il recepimento della Direttiva 24 (transfrontaliere), ma se pensiamo che il problema si esaurisca in una migliore regolazione dei flussi dei "viaggi della speranza" siamo fuori strada. I contact point sono necessari, ma la condizione sufficiente per essere preparati agli effetti della Direttiva è definire una chiara ed efficace politica del Ssn sulla mobilità, prima di tutto in entrata.

Per chiudere mi sembra che il Patto abbia risvolti davvero importanti (a esempio il superamento dei presidenti Commissari) e altri più discutibili (a esempio una non chiara posizione sulle compartecipazioni e una scarsa incidenza



sul versante della non autosufficienza), ma in conclusione vada, forse, letto anche per quello che «non dice». Per ora mi pare che l'essenza del Patto sia proprio la conferma sostanziale dell'attuale.

Federico Spandonaro
Università di Tor Vergata
Presidente Crea Sanità

*Un Patto
con risvolti importanti
e altri più discutibili,
che in conclusione
va, forse, letto anche
per quello che «non dice»
e la cui essenza sta proprio
nella conferma sostanziale
dell'attuale*



Dalla mobilità alle pensioni, pioggia di modifiche alla riforma Pa

STATALI

ROMA I chilometri entro i quali un dipendente dello Stato potrà essere liberamente trasferito? Cinquanta possono anche andare bene, purché si possa andare e tornare entro un'ora con i mezzi pubblici. E purché lo Stato si faccia carico di una detrazione di 600 euro per l'abbonamento al bus o al treno. E sempre che prima di trasferire il lavoratore ci sia un confronto con i sindacati. L'assalto alla riforma della pubblica amministrazione è partito. Il fascicolo con gli emendamenti, fresco di stampa in Commissione Affari costituzionali alla Camera, contiene ben 1.850 proposte di modifica del decreto Madia. E la maggior parte con lo scopo di rendere più gradualmente le norme inserite dal governo nel testo iniziale. Molte delle proposte di modifica

si concentrano sui temi più delicati del provvedimento, a cominciare dalla mobilità obbligatoria dei dipendenti pubblici e all'abolizione del trattenimento in servizio.

LE PROPOSTE

Su questo secondo punto le richieste dei magistrati di rendere più graduale il pensionamento anticipato a 70 anni (contro gli attuali 75 anni) hanno fatto proseliti tra gli onorevoli. Diverse proposte prendono in considerazione il «lodo Santacroce», dal nome del primo presidente della Corte di Cassazione che ha proposto di rendere graduale l'abolizione del trattenimento in servizio. Diversi emendamenti propongono di ridurre il trattenimento da cinque a quattro anni dal prossimo anno, poi tre anni dal 2016, e così via, fino ad arrivare ad un azzeramento nel 2019. Difficile, tuttavia,

che su questo punto il governo ceda. L'esecutivo, del resto, al momento ha presentato solo tre emendamenti. Uno per finanziare il pensionamento anticipato dei giornalisti, uno sulle elezioni della città metropolitana di Venezia e una proroga sui trasferimenti delle funzioni ai Comuni. Nel fascicolo invece, è ampio il capitolo dedicato alle pensioni degli statali. C'è, per esempio, l'emendamento sulla cosiddetta «quota 96» degli insegnanti, che prevede

PRESENTATI 1.850 EMENDAMENTI, NEL MIRINO ANCHE PERMESSI SINDACALI, TAR E TRATTENIMENTI IN SERVIZIO

il ritiro dal lavoro a settembre dei professori che avevano maturato i requisiti previdenziali precedenti alla legge Fornero nel 2011-2012 e che dovrebbe mandare a casa 4 mila insegnanti. Ma c'è anche una norma che, invece, sempre per gli insegnanti, prevede una quota 97 per la pensione, 62 anni di età e 35 di contributi. Sul tema sarà fondamentale capire l'atteggiamento del ministero del Tesoro, da sempre contrario ad aprire la strada delle eccezioni alla Fornero. Qualche emendamento, invece, potrebbe trovare la sponda del governo, come quelli che prevedono il potere sostitutivo di Palazzo Chigi sui decreti attuativi delle leggi, o il divieto per i consiglieri di Stato di divenire capi di gabinetto dei ministeri. Il primo test per le proposte di modifica ci sarà oggi in Commissione.

A. Bas.

RAPPORTO TERZA ETÀ ANNI D'ARGENTO

Per il Ministro **Lorenzin** consente di conciliare qualità del servizio, controllo della spesa e flessibilità delle cure

TELEMEDICINA, RISORSA DA SFRUTTARE

La sanità digitale farebbe risparmiare 6,8 mld all'anno

DI CHIARA CANTONI

Monitoraggio a distanza, sistemi di localizzazione per chi soffre di disturbi cognitivi, intervento rapido sull'emergenza, ma soprattutto possibilità di offrire prestazioni da remoto, riducendo le visite ospedaliere e il carico sui budget della sanità. Se è opinione condivisa che la coverzione Ict dei sistemi di healthcare sia ormai ineluttabile, si prevede che device e software dedicati genereranno entro il 2018 un mercato di quasi 2 miliardi di euro. Non è un caso che un big dell'elettronica di consumo come Samsung abbia scelto di puntare sulla telemedicina con dispositivi indossabili di ultima generazione: annunciando 50 milioni di dollari di investimento per progetti orientati al telemonitoraggio, il 28 maggio, a San Francisco, l'azienda ha svelato il prototipo del braccialetto intelligente, Simband, collegato alla piattaforma Sami, in grado di raccogliere dati sui parametri vitali di chi lo porta: glucosio nel sangue, saturazione d'ossigeno, frequenza cardiaca, pressione e molto altro. La versione beta della piattaforma sarà a disposizione degli sviluppatori di tutto il mondo entro la fine dell'anno. Un treno, quello dell'e-Health, che l'Italia non può permettersi di perdere. «Una leva strategica per conciliare la qualità del servizio con il controllo della spesa, favorendo l'erogazione delle cure secondo percorsi più flessibili e personalizzati», ha detto il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, intervenendo il 3 luglio al convegno di Italia Longeva sulla Tecnoassistenza.

Nel Belpaese, si stimano circa

7,5 milioni di pazienti cronici che potrebbero giovare del telecare e l'Osservatorio Ict in Sanità del Politecnico di Milano calcola risparmi potenziali per almeno 6,8 miliardi di euro annui attraverso l'uso esteso della sanità digitale. «L'incremento dell'età media implica l'inevitabile aumento delle patologie cronicodegenerative, delle pluripatologie e della comorbidità», dice Gianfranco Gensini, presidente Sit, Società italiana di telemedicina e sanità elettronica. «La maggior parte di queste non richiede ricovero, ma un controllo clinico costante che può essere eseguito direttamente a domicilio». La conferma arriva dal più importante studio di telemedicina mai realizzato in Italia su 300 diabetici seguiti attraverso Doctor Plus, innovativo servizio di monitoraggio remoto firmato Vree Health, società di Msd Italia specializzata nell'healthcare, dedicato a pazienti con diabete, Bpco e scompenso cardiaco. Patologie che costano ogni anno al Ssn 18 miliardi di euro. Incoraggianti i risultati dello studio, condotto dalla Fondazione Mario Negri Sud, Chieti: miglioramento dei valori glicemici, riduzione di complicanze, minori visite specialistiche. Alleggerite le strutture ospedaliere, protagonisti del Servizio sono il medico di medicina generale e i pazienti stessi che, attraverso l'automonitoraggio, diventano attori della propria salute. Le misurazioni effettuate a casa, tramite un kit di dispositivi certificati, vengono inviate a una piattaforma in cloud accessibile al medico, allo specialista e alla centrale infermieristica, che si attiva sulla base di un sistema di triage: quando un valore supera una certa soglia, corrisponden-

te a codici bianchi o gialli, gli operatori contattano il paziente offrendogli suggerimenti; con allarme rosso, avvertono il medico curante che a sua volta contatta il paziente. «Se la soluzione Doctor Plus fosse applicata a tutti i diabetici con co-morbidità in Italia, circa 1,5 milioni, si potrebbe risparmiare oltre 1 miliardo di euro: 140 milioni circa, nella sola Regione Lazio», dice Pierluigi Antonelli, presidente e ad di Msd Italia.

Va da sé, che la tecnologia da sola non basta, senza il collegamento con una centrale di servizio in grado di garantire la presa in carico di lungo termine o d'emergenza. Lo aveva capito, già nel 1993, il Gruppo Beghelli, lanciando il suo primo device per il telesoccorso, oggi, rinnovato nel Telesalvalavita Sistema Beghelli, grazie al quale è possibile inoltrare chiamate di emergenza semplicemente premendo il tasto rosso sull'apparecchio oppure dal telecomando in dotazione. Con l'aggiunta di sensori accessori, inoltre, il sistema è in grado di inviare autonomamente allarmi di tipo ambientale o antintrusione. In modo automatico, un messaggio a sintesi vocale raggiunge fino a otto numeri telefonici preimpostati dall'utente o, in alternativa, il Centro SOS Beghelli, operativo su base nazionale h24.

RAPPORTO TERZA ETÀ ANNI D'ARGENTO

Secondo uno studio recente (Medicine Use Review) il 75% di chi assume farmaci ne trae beneficio

LA REVISIONE AVVANTAGGIA I PAZIENTI

La nuova sperimentazione individuerà i vantaggi economici

DI CHIARA CANTONI

Quasi uno su due scorda di assumere il farmaco quando indicato o modifica di sua iniziativa il dosaggio, mentre uno su cinque non ha ben chiara la natura della propria malattia o dei medicinali prescritti dal medico curante. È ciò che hanno scoperto, esaminando i comportamenti di 898 pazienti con asma bronchiale, gli 80 farmacisti di Treviso, Pistoia, Torino e Brescia, arruolati nella I fase di sperimentazione in Italia del MUR (Medicine Use Review, revisione dell'uso dei farmaci), progetto pilota condotto dalla Medway School of Pharmacy dell'Università del Kent, con il patrocinio della FOFI. «Introdotta in Inghilterra nel 2005, è un servizio fornito dal farmacista sotto forma di questionario somministrato al paziente, per aiutarlo a capire meglio le cure, identificare eventuali effetti collaterali e favorire l'aderenza alle prescrizioni, riducendo gli sprechi generati dall'uso scorretto dei medicinali», spiega il senatore Andrea Mandelli, presidente della FOFI. La II fase di studio, conclusa a gennaio, ha analizzato il feedback dei pazienti sottoposti alla revisione. «Il 75% ha dichiarato di averne tratto beneficio, tanto da richiederne la somministrazione periodica», dice Andrea Manfrin della Medway School of Pharmacy dell'Università del Kent e Principal Investigator dello studio. Parere favorevole unanime anche dai medici del-

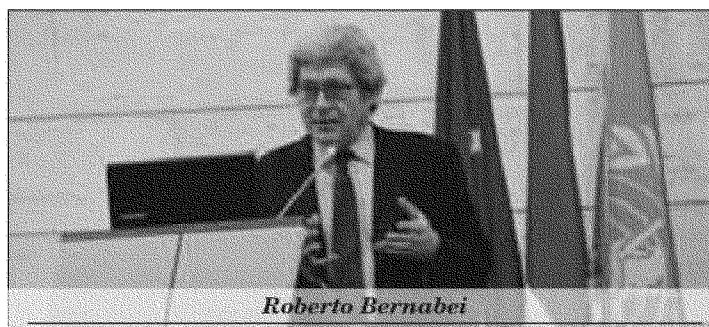
la SIMG, interpellati sui risultati della sperimentazione.

«L'Italia ha la popolazione più anziana d'Europa e, se si vuole offrire un'assistenza di qualità a chi soffre di malattie croniche, la maggioranza degli over 65, è indispensabile mobilitare i presidi del territorio, a partire dalla farmacia, che ha una presenza capillare, professionisti qualificati e la fiducia dei cittadini», dice Mandelli. «I tempi sono maturi per un modello di collaborazione tra professionisti della salute che metta al centro il paziente e questo è il primo passo verso il riconoscimento dei molti servizi che la farmacia può rendere alla collettività». A settembre, inizierà la III fase della sperimentazione, RE-I-MUR, su 360 farmacie e 1.800 pazienti, volto a dimostrare i benefici della revisione sul piano clinico ed economico. Diversi studi anglosassoni e statunitensi ne hanno già mostrato l'efficacia sia in termini di salute sia di razionalizzazione della spesa sanitaria. «Ma questa sarà la ricerca più vasta per campione e area geografica mai condotta sulla farmacia di comunità. Inoltre, si avvalgono di un supporto cartaceo, mentre la Medway School of Pharmacy ha messo a punto una piattaforma informatizzata che non soltanto rende più semplice la raccolta dei dati, ma permette elaborazioni statistiche in tempo reale. L'Italia ha fatto da apripista di un progresso significativo per la pharmaceutical care europea».

INDICE DI VECCHIAIA AL 1° GENNAIO PER REGIONE
 Anni 2002 e 2012 (a) (valori percentuali e differenze)

"REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE"	2002	2012	"Differenze 2002-2012"
Piemonte	176,1	181,0	4,9
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	148,6	152,0	3,4
Liguria	241,8	236,2	-5,6
Lombardia	138,2	145,6	7,4
Trentino-Alto Adige/Südtirol	105,8	120,1	14,3
Boziano/Bozen	92,1	111,8	19,7
Trento	120,8	128,7	7,9
Veneto	135,8	144,2	8,4
Friuli-Venezia Giulia	187,2	189,6	2,4
Emilia-Romagna	192,3	169,6	-22,8
Toscana	192,2	186,0	-6,2
Umbria	186,1	181,0	-5,1
Marche	168,9	170,8	1,8
Lazio	130,4	146,3	15,9
Abruzzo	147,2	167,6	20,4
Molise	148,2	178,3	30,1
Campania	77,2	102,7	25,5
Puglia	95,7	130,3	34,6
Basilicata	119,3	154,2	34,9
Calabria	103,0	135,6	32,6
Sicilia	99,2	127,0	27,8
Sardegna	116,8	164,6	47,8
Nord-ovest	157,7	162,6	4,9
Nord-est	156,9	155,4	-1,5
Centro	157,5	164,1	6,6
Mezzogiorno	96,9	127,1	30,2
Italia	131,7	148,6	16,9

Fonte: Anno 2002 Istat, Ricostruzione Interconsensuale; Anno 2012 Istat, Rilevazione della popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita o stato civile (Poesa)
 (a) I dati del 2002 provengono dalla ricostruzione interconsensuale della popolazione, per età e sesso al 1° gennaio.



Roberto Bernabei

LA "SPENDING" DEL DIABETOLOGO

Con la "cura" vera dell'appropriatezza possibile risparmiare fino a 1,5 miliardi

Maggiore appropriatezza delle cure, maggiore aspettativa di vita, meno complicanze, meno costi. È su questo assioma incontestabile che si fonda la "spending review" del diabete proposta pochi mesi fa dall'Amd (Associazione medici diabetologi italiani) in uno studio realizzato in collaborazione con Fondazione Mario Negri Sud, Istituto Ossian Health Economics di Basilea e il sostegno del Centro studi di Novo Nordisk, pubblicato sulla rivista internazionale *Diabetic Medicine*.

L'analisi si fonda sui dati reali desunti dal database *Annali Amd* dei centri di diabetologia italiani, che valuta la qualità dell'assistenza prestata nel nostro Paese, gli esami, le cure e i risultati conseguiti in 320 centri, circa il 50% di quelli presenti sul territorio nazionale, e mette a confronto con un modello matematico validato da tempo i risultati ottenuti nei centri diabetologici che partecipano al progetto *Annali* rispetto a quelli che non aderiscono.

Con un precedente studio l'Amd aveva già dimostrato che l'adesione al progetto portava a un miglioramento della qualità dell'assistenza fornita alle persone con diabete, la nuova analisi dimostra che il miglioramento non è solo di tipo "clinico", ma anche "economico", dal momento che la maggiore appropriatezza nelle cure e nell'assistenza si traduce nella riduzione delle complicanze a lungo termine e, di conseguenza, dei costi diretti della malattia.

In particolare, lo studio ha calcolato in 3.784 euro il risparmio, su un orizzonte temporale di 50 anni, dei costi diretti per ogni persona con diabete assistita in un centro aderente al progetto, rispetto a un centro non partecipante (37.289 euro nel primo caso, 41.075 nel secondo): considerando un periodo di 5 anni, il risparmio si attesterebbe a 469 euro pro-capite di minore spesa.

Proiettando poi i 469 euro di risparmio così stimati sulle circa 3.200.000 persone con diabete censite dall'Istat in Italia, si otterrebbe una stima di possibile riduzione dei costi di 1,5 miliardi di euro nell'arco di cinque anni. Ai trend di crescita attuale, valutando in almeno 5 milioni le persone affette da diabete nell'arco dei prossimi 50 anni, i risparmi possibili ammonterebbero a oltre 18 miliardi. I risparmi derivanti dall'aver evitato le complicanze conseguenti alla patologia compenserebbero dunque ampiamente i maggiori costi amministrativi e l'aumento della prescrizione farmaceutica registrata nei centri aderenti al progetto: 4.287 euro contro 3.416 euro a paziente. Un risultato importante dal punto di vista economico che corrisponde non solo a un significativo miglioramento dell'aspettativa di vita media dei pazienti - 9,92 anni contro 9,37 - ma anche della qualità degli stessi: secondo i dati dello studio, infatti, le persone curate nei centri campione aderenti al progetto sono rimaste prive di complicanze del diabete per un periodo medio di 1,6 anni contro 1,2 anni per chi è assistito in modalità convenzionale.

Rischio di ricovero in ospedale per specifiche cause

Soggetti con diabete rispetto a soggetti di pari età e sesso, ma senza diabete

Complicanze e patologie concomitanti	Rischio di ricovero in presenza di diabete	Complicanze e patologie concomitanti	Rischio di ricovero in presenza di diabete
Infarto del miocardio	1,85 (1,77-1,92)	Complicanze renali	2,82 (2,73-2,91)
Cardiopatía ischemica	2,47 (2,41-2,53)	Neuropatia	3,77 (3,55-4,00)
Scopenso cardiaco	2,48 (2,40-2,56)	Complicanze oculari	1,74 (1,70-1,79)
Aritmie	1,49 (1,45-1,53)	Complicanze arti inferiori	6,01 (5,44-6,64)
Complicanze cerebrovascolari	2,02 (1,97-2,07)	Vasculopatia periferica	4,09 (3,94-4,24)
Ictus ischemico	2,07 (1,96-2,18)	Amputazioni	8,77 (7,16-10,08)
Ictus emorragico	1,26 (1,12-1,40)	Malattie infettive	1,87 (1,83-1,90)

Fonte: Studio Dada

Standard d'Italia unitevi

La riforma costituzionale, nata con il Governo che si sarebbe riappropriato di poteri sfilacciati dal federalismo, torna come un boomerang a favore delle Regioni, che non solo siederanno nel nuovo Senato, ma avranno voce in capitolo su quella che è la loro maggiore fonte di spesa: la sanità.

Il Parlamento infatti (questa settimana deciderà l'aula del Senato) dà l'assist alle Regioni che tornano a legiferare sull'organizzazione sanitaria, anche se lo Stato potrà intervenire se ci saranno fughe in avanti.

A questo si aggiunge il goal delle Regioni che hanno messo al sicuro i costi standard (tutti, non solo quelli sanitari, unendo sotto una sola bandiera i criteri per determinare le risorse a livello locale) nella Costituzione: come dire che ora da decidere per la sanità saranno davve-

ro solo i criteri di riparto, ma sul metodo per calcolare quanto vada ripartito non ci saranno più dubbi. E sui criteri il lapis dei governatori è sempre ben temperato e il suo "segno" - che arriva di solito in extremis perché non ci siano passi indietro - è sempre indelebile. (P.D.B.)

A PAG. 7

NUOVO TITOLO VI Il testo approvato dalla Affari costituzionali approda in aula al Senato

Costi standard in Costituzione

Aumentano le competenze delle Regioni: allo Stato interventi straordinari

I costi standard entrano a pieno titolo nella Costituzione. E le Regioni recuperano competenze tra cui quelle legislative per l'organizzazione sanitaria. La commissione Affari costituzionali del Senato ha approvato la scorsa settimana il nuovo Titolo V nel testo base che ricalca il Ddl del Governo sulle riforme. Testo che da lunedì è in aula al Senato e su cui è già previsto il voto a partire da mercoledì.

I costi standard sono stati introdotti con l'approvazione di un sub emendamento dell'Ncd, a prima firma del capogruppo Maurizio Sacconi, che introduce in costituzione dopo «gli indicatori di riferimento di costo e di fabbisogno» le parole «uniformati a criteri di efficienza», ossia i costi standard per le spese degli enti locali per quanto riguarda l'autonomia finanziaria. I costi e i fabbisogni standard nella determinazione delle risorse di Comuni, città metropolitane e Regioni (sopprime le Province) sono stati introdotti all'articolo 119 della Costituzione.

Tutte le modifiche riguardano gli articoli 117 e 119 della costituzione e rispetto al testo

del Governo aumentano le competenze per le Regioni.

In particolare, all'articolo 117 si prevede che spetti allo Stato la competenza sul coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Inoltre spetteranno allo Stato, oltre alla competenza sui mercati finanziari anche quella sui mercati assicurativi. Tra le altre materie resteranno inoltre alla competenza esclusiva dello Stato la produzione, il trasporto e distri-

buzione nazionali dell'energia e le infrastrutture strategiche e grandi reti di trasporto e navigazione d'interesse nazionale e porti e aeroporti di interesse nazionale e internazionale (come previsto anche dal testo del Governo). Ma non la sanità.

Poi la potestà legislativa delle Regioni. La modifica introduce sopprime totalmente la legislazione concorrente e lascia agli enti locali il potere di legiferare su «pianificazione del territorio regionale, mobilità al suo interno, dotazione infrastrutturale, programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali, promozione dello sviluppo economico locale e organizzazione in ambito dei servizi alle imprese e in materia di ser-

vizi scolastici, istruzione e formazione professionale, promozione del diritto allo studio, anche universitario, di disciplina, per quanto di interesse regionale, delle attività culturali, della valorizzazione dei beni ambientali e paesaggistici, di valorizzazione e organizzazione regionale del turismo, di regolazione, sulla base di apposite intese concluse in ambito regionale, delle relazioni finanziarie tra gli enti territoriali della Regione per il rispetto degli obiettivi programmatici regionali locali di finanza pubblica, nonché in ogni materia non espressamente riservata alla competenza dello Stato».

Viene infine introdotta una clausola di salvaguardia dell'interesse nazionale, ossia la possibilità del Governo di intervenire non solo a tutela dell'unità giuridica o economica della repubblica ma anche a «tutela dell'interesse nazionale», anche se la proposta dei relatori riduce l'ambito di applicabilità della norma. «Su proposta del Governo - si legge nel testo - la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuri-

dica o economica della repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale». Il Ddl del Governo prevedeva che tale potestà potesse applicarsi anche laddove «lo renda necessario la realizzazione di programmi di riforme economico-sociali di interesse nazionale».

La riforma costituzionale ha anche modificato il quorum per eleggere il Capo dello Stato, con una modifica approvata che sposta dal quarto al nono scrutinio l'elezione del Presidente della Repubblica a maggioranza assoluta. Il quorum resta dei due terzi nei primi quattro scrutini, scende a tre quinti nei successivi quattro, e solo dalla nona votazione si abbassa alla maggioranza assoluta dei grandi elettori (630 deputati e 100 senatori, senza più i 58 rappresentanti delle Regioni).

Il Senato, infine, è composto da 95 senatori rappresentativi delle istituzioni territoriali e da 5 senatori che possono essere nominati dal presidente della Repubblica. I consigli regionali e i consigli delle Province autonome eleggono col metodo proporzionale i senatori tra i propri componenti e tra i sindaci. Nessuna Regione può avere un numero di senatori inferiore a due. La durata del mandato dei senatori coincide con quella degli organi delle istituzioni territoriali nei quali sono stati eletti.

Caos da
federalismo e
costi standard

MAPELLI E
SPANDONARO PAG. 6

VITTORIO MAPELLI (Università di Milano)

«L'errore del federalismo e il caos dei costi standard»

Oltre all'autonomia e alla solidarietà è necessaria la responsabilità

Il Patto per la salute 2014-16 è un concentrato di impegni e obblighi. Con tutti i temi sul tappeto dal finanziamento ai Lea, dai dispositivi medici all'assistenza territoriale. Tra tanti colpiscono tre aspetti. Il primo è il finanziamento Ssn, che dopo tre anni riprende a crescere. Il secondo è la riproposta del metodo di riparto del budget sanitario, fondato sui costi standard. Il terzo il ritrovato desiderio di uniformità e omogeneità nei diritti di salute dei cittadini.

Dopo tre anni il finanziamento del Ssn - o meglio, le disponibilità finanziarie, che potrebbero anche variare, secondo gli obiettivi di finanza pubblica, precisa l'emendamento del Mef - aumenta da 109,9 nel 2014 a 115,4 miliardi nel 2016. Per i prossimi tre anni vengono aggiunti quindi 8,4 miliardi. Il precedente Patto 2010-12, nel pieno della crisi, aveva dato solo 4,4 miliardi, per poi tagliarne uno nel 2013. A chi andranno queste risorse aggiuntive? Ai pazienti per la loro cura - che hanno sempre più bisogno di nuovi farmaci, tempi di attesa più brevi, tecnologie innovative e ticket meno onerosi - o ai medici e ai dipendenti Ssn, che hanno il contratto o la convenzione bloccati da 4-5 anni?

La sanità è comunque un'isola felice nel mare agitato del Patto di stabilità. Finora non ha subito sostanziali decurtazioni, come ha riconosciuto la stessa Corte dei conti nella propria relazione. Non solo non contribuisce al Patto di stabilità, come Enti locali e Regioni, ma crea nuovi deficit: nell'ultimo quinquennio 10,7 miliardi. Fortunatamente dimezzati dai 23,4 del 2004-09. Merito soprattutto delle Regioni in piano di rientro, a dimostrazione che inefficienze e sprechi si possono tagliare.

La sanità è anche l'unico settore della Pa sottratto alla verifica della spending

review. Le Regioni hanno fatto valere il principio dell'auto-revisione di spesa e del mantenimento dei risparmi «nelle disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie». Bene, che si certifichi quali sono i risparmi realmente conseguiti, anno per anno, e che dal 2014 non si crei più un centesimo di deficit.

Sotto il pretesto del diritto costituzionale alla salute si è fatto passare il principio della inviolabilità della spesa sanitaria. Nella sanità (privata) americana diversi autori hanno stimato che si nascondono sprechi per il 25-30% della spesa (800 miliardi di dollari). La sanità italiana è più parsimoniosa, ma è tempo di aggredire gli sprechi, partendo dal mitico costo della siringa che dev'essere uguale in tutta Italia, il più clamoroso fraintendimento (da parte dei politici) del principio dei costi standard in sanità, introdotto dalla legge 42/09 sul federalismo fiscale. Per uniformare il costo della siringa basta però la centrale degli acquisti, non serve il federalismo fiscale. Il Dlgs 68/11 ha identificato il costo standard con la spesa sanitaria (standard) pro-capite. Sono possibili diverse accezioni di costo standard. In economia aziendale il costo standard normalmente si riferisce al costo di produzione di un prodotto finito (un pezzo) in condizioni di efficienza ottimale o normale, escluse le situazioni anomale. La siringa non è un prodotto, ma la componente di un prodotto sanitario (un ricovero, un intervento ambulatoriale). Calcolare il fabbisogno regionale per questa via analitica (costo standard dei ricoveri x quantità standard dei ricoveri), sarebbe arduo, ma fattibile e politicamente corretto, perché permetterebbe, a posteriori, di verificare se la Regione ha registrato costi e/o quantità di ricoveri superiori o inferiori allo standard. Ma sembra che i governatori non lo amino.

Certo è che il significato attribuito al costo standard dal Dlgs 68/11 come «spesa pro-capite standard» e riproposto dal Patto, conduce in un vicolo cieco, come si è argomentato su questo giornale nel 2010. È anche un metodo illogico, perché dopo avere calcolato e assegnato i finanziamenti (2011)

secondo pesi rappresentativi dei bisogni sanitari e, quindi, della struttura demografica giovane o anziana (per cui alla Campania spetta una quota capitaria di 1.650 euro e alla Liguria di 1.916), definisce "virtuose", a consuntivo, le Regioni in pareggio di bilancio nel 2011 e calcola il costo standard per il riparto 2013 sulla spesa media delle 3 Regioni più virtuose, a prescindere dalla loro quota capitaria alta o bassa - e quindi dai bisogni sanitari. In nessuno dei circa 20 Paesi che adottano la quota capitaria in sanità è applicato un metodo così contorto.

Urgono una riflessione e un cambio di rotta, orientandosi su un metodo basato sulla prevalenza delle patologie croniche e sul costo standard per malattia (come suggerito da chi scrive), che è la nuova frontiera ver-

so cui si sono incamminati numerosi Paesi (Germania, Svizzera, Israele, Sud Africa), dopo l'esempio del Medicare Usa (2004) e dei Paesi Bassi (2006).

Il Patto risente del nuovo clima, che sta cambiando nel Paese e nel Parlamento (modifica del Titolo V della Costituzione), ed è pervaso da numerosi richiami all'uniformità e omogeneità dell'assistenza sul territorio nazionale. Quindici anni di confusa sperimentazione del federalismo fiscale e di scelte compromissorie sulle materie di competenza concorrente tra Stato e Regioni hanno accentuato le diversità tra le Regioni nei Lea erogati, nelle politiche dei ticket, dei farmaci, conflittualità esasperate, deresponsabilizzazioni. Nel momento storico in cui si profila il federalismo sanitario, le Regioni sono state richiamate alle loro responsabilità con i piani di rientro, i blocchi di spesa, i commissariamenti e gli affiancamenti dello Stato. Qualcuno l'ha definito "federalismo coloniale", perché si era smarrito che il

federalismo, oltre che autonomo e solidale, dev'essere anche responsabile. Quando le differenze, prima tollerate, diventano divaricazioni, l'identità nazionale va in crisi. Imparare dagli errori e correggere la rotta è l'essenza dell'agire umano e sociale.

Vittorio Mapelli
professore associato di Economia sanitaria
Università degli Studi di Milano



Il riparto andrebbe basato sulla prevalenza delle patologie croniche e sul costo standard per malattia, nuova frontiera di numerosi Paesi, e va tenuto presente che quando le differenze diventano divaricazioni l'identità nazionale va in crisi

In Italia il mercato dei generici cresce lentamente

Ignorare le evidenze scientifiche ha un costo. Nel caso della diffidenza verso i farmaci equivalenti, quelli non più coperti da brevetto, commercializzati con il nome del principio attivo, è possibile determinarlo al centesimo, giorno per giorno e regione per regione. «Il salvadanaio della salute», widget on-line sul sito di Assogenerici, www.assogenerici.it, calcola quotidianamente quanto spendono gli italiani per coprire la differenza di prezzo tra il generico e il farmaco di marca. «Una differenza che nel 2013 è costata ai cittadini oltre 850 milioni di euro e che nei primi sei mesi del 2014 ha superato i 456 milioni», dice Enrique Häusermann, presidente dell'associazione che rappresenta in Italia le aziende produttrici di generici e biosimilari. «Un'industria raddoppiata negli ultimi 6 anni, fino a coprire oggi il 20% del mercato tricolore. Siamo ancora lontani dalle quote del Nord Europa, anche per i ritardi storici con cui sono stati introdotti in Italia i brevetti, ma sta maturando la consapevolezza che equivalente significa stessa efficacia a costi minori. Negli anziani, i principali consumatori di medicinali, spesso in combinazione, l'abitudine alla marca può essere un deterrente alla scelta del generico, magari, diverso per confezione o posologia. Perciò è fondamentale il ruolo sia del medico curante, nel prescrivere l'equivalente, sia del farmacista, nel promuoverne la cultura».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



L'EMERGENZA

Reparto di cardiologia vicino alla paralisi Manca il personale: niente impianti pacemaker

■ Polemiche all'ospedale di Boscotrecase, il caso era stato segnalato nei giorni scorsi

■ A nulla è servita la battaglia dei sindacati che hanno occupato la direzione

GIOVANNA SALVATI
Boscotrecase

Personale carente: non si montano i pacemaker. E' questa la sintesi di quello che da giorni sta accadendo presso l'Ospedale Sant'Anna di Boscotrecase. Sembra che lo stato di emergenza nell'Ospedale di via Lenze non sia per nulla rientrato. Anzi. Continua a creare non pochi disagi ai pazienti e allo stesso personale medico.

Ora al centro, tra già le mille emergenze in corsia, spunta l'sos dal reparto di cardiologia dove il personale medico non può offrire il servizio di pacemaker perché non ha specialisti. Eppure a lanciare l'allarme nei giorni scorsi, prima della decisione di occupare la direzione generale della struttura ospedaliera era stato proprio il responsabile del reparto di cardiologia Giovanni Savino: "Non possiamo più garantire il servizio - tuonò preoccupato - non c'è personale medico, quello specializzato fa la spola tra più ospedali e garantire ai pazienti il servizio di installazione e monitoraggio dei pacemaker è impossibile".

Un servizio per i pazienti fondamentale che però rischia di paralizzare, come peraltro sta già accadendo da diverse ore, l'intero reparto di cardiologia. Se a questo si aggiunge poi la situazione carente per l'assenza di posti letto e persino di semplici infermieri la situazione precipita.

A poco è servita la decisione da parte dei rappresentanti sindacali nei giorni scorsi di



SOS ALL'OSPEDALE DI BOSCOTECASE
Manca il personale medico specializzato e non si possono impiantare i pacemaker

occupare la direzione generale del nosocomio di via Lenze. Seppur un primo accordo aveva infatti prospettato uno spiraglio di accordo ora punto e a capo.

Parte del personale destinato all'Ospedale di Boscotrecase chiede continuamente di essere trasferito, l'ultimo lunedì scorso: un infermiere del pronto soccorso aveva fatto istanza, ottenendo persino il permesso, al trasferimento da Bosco a Torre del Greco, ma fu tempestivamente revocato il nulla osta a

seguito della manifestazione estrema da parte dei sindacati. Ora nuova emergenza.

Chiunque si sia recato presso la struttura per chiedere di pacemaker si è visto liquidare con un "Mi spiace non c'è personale". Pazienti trasferiti nei nosocomi napoletani e tutto mentre l'immobilismo della direzione sanitaria dell'Asl Na3sud continua a non intervenire.

*Riproduzione riservata
redazione@metropolisweb.it*

La sanità

Scafati chiama la Lorenzin

«Riapra il pronto soccorso»

Nicola Sposato

SCAFATI. Ospedale Mauro Scarlato: il consiglio comunale approva all'unanimità, alla presenza del consigliere regionale Mario Schiano, presidente della commissione regionale Sanità e sicurezza sociale, una delibera per chiedere il ripristino del pronto soccorso e il ritorno dell'ospedale nella rete dell'emergenza. Istituita una commissione formata dal sindaco Pasquale Aliberti e, su proposta dell'opposizione, dalla commissione bipartisan sull'ospedale per dialogare con il presidente della Regione Campania Stefano Caldoro e con il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. L'onorevole Schiano annuncia: «Presto la fine della gestione commissariale della Sanità e l'avvio della modifica del decreto n.49».

La decisione arriva alla fine di una seduta dai toni accesi con continui scontri tra centrosinistra e centrodestra sulle responsabilità della chiusura dell'ospedale. «L'ospedale viene chiuso - ricorda il sindaco Pasquale Aliberti - quando è intervenuto il Governo a commissariare la Sanità. La politica ha commesso errori cui oggi bisogna rimediare. Oggi bisogna puntare sul punto di primo intervento che il direttore generale dell'Asl ancora non ha aperto. Siamo pronti ad occupare la direzione generale dell'Asl». L'onorevole



Striscione Il manifesto pro-ospedale esposto in aula

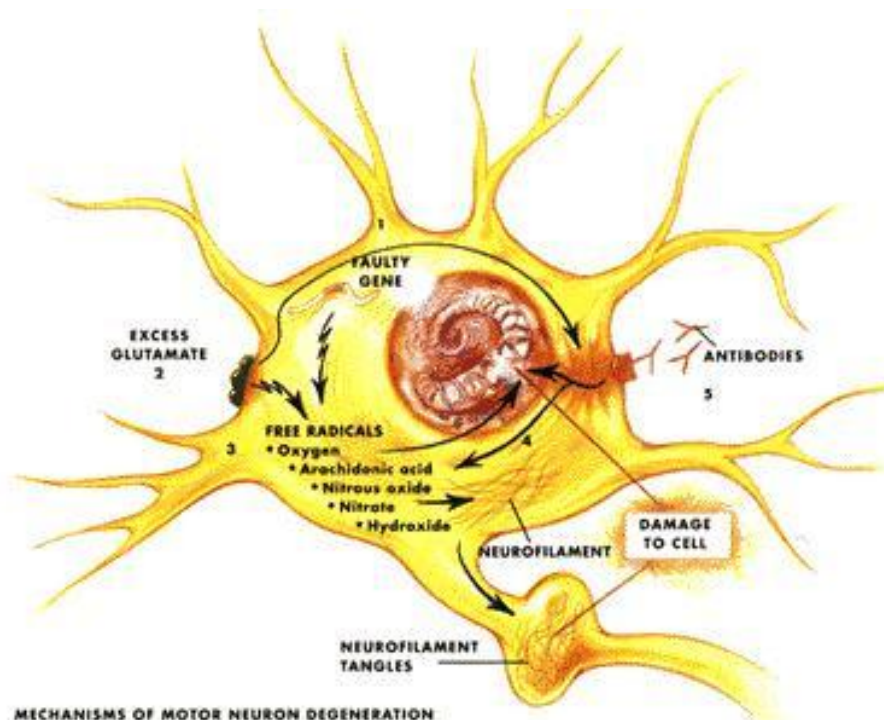
Schiano raccoglie la sfida e annuncia: «A settembre rivediamo il decreto n.49. La politica è adesso. In questi anni continui stratagemmi per salvare Scafati. Siamo però ripianando i debiti per ritornare ad una gestione politica per garantire il diritto alla salute. Con l'uscita dalla fase commissariale avremo di nuovo interlocutori politici e non commissari». Ad accendere gli animi il consigliere del Pdl Brigida Marra che ricorda: «C'è stato un provvedimento giudiziario di chiusura delle sale operatorie. Noi combattiamo anche l'inerzia del direttore generale dell'Asl Antonio Squillante». In sala gli animi si scaldano. Ci vogliono i vigili urbani per placare il presidente del comitato «Salviamo l'ospedale» Francesco Di Palma che urla: «Tu vuoi la chiusura dell'ospedale». Dall'ex sindaco Nicola Pesce infine l'appello ad «occupare l'ospedale a settembre».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Medicina futura

Dal robot in chirurgia al medico-pilota che corregge anomalie con nanodispositivi e onde radio

stimolando il sistema neurovegetativo. Già quattro successi su asma, ferite, glicemia e artrite reumatoide

Rivoluzione medica. Attivare in modo mirato il sistema neurovegetativo: primi successi in 4 patologie. Tra 10 anni addio farmaci? La ricerca e le multinazionali al lavoro

Stimolatori e impulsi elettrici. Così le nuove cure



ARNALDO D'AMICO

DAL medico-chimico al medico-pilota. Il primo è quello odierno: somministra farmaci (sostanze chimiche con effetto curativo dimostrato scientificamente) per combattere microorganismi e tumori o ripristinare equilibri biologici alterati (diabete, ipertensione, malattie autoimmunitarie, ecc.). Il secondo invece si mette ai comandi del sistema nervoso vegetativo, quello che controlla i processi vitali del corpo e guida il sistema ormonale, immunitario, cardiovascolare, ecc. facendogli produrre le sostanze che combattono microrganismi e tumori e ripristinano gli equilibri biologici alterati. Le sostanze sono quelle che il corpo già usa ma in questo mo-

do sono prodotte solo dove servono, riducendo quasi a zero gli effetti collaterali. I comandi viaggiano su onde radio che attivano micro-stimolatori inseriti nei nervi diretti agli organi da attivare.

Tra le numerose sperimentazioni condotte sinora, quattro sono particolarmente esemplificative del futuro che si sta costruendo nei centri di ricerca più avanzati del mondo. Agendo solo sul sistema neurovegetativo si è già riuscito a curare, nell'uomo, crisi asmatiche gravi, malati di artrite reumatoide refrattari ai farmaci, anche quelli biologici di ultima generazione, ferite infette che tentavano a guarire e la glicemia alta. Ma per comprendere come è stato possibile meglio

addentrarsi nel sistema nervoso "ombra", il neurovegetativo, che opera senza dare segno di sé e autonomamente dal sistema nervoso centrale. Quando un mammifero, uomo compreso, si trova in situazione di pericolo nel suo corpo si attuano in meno di un secondo le seguenti modifiche: le pupille si allargano; aumentano la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, lo zucchero nel sangue, si dilatano i bronchi, le arterie dei muscoli e si restringono quelle di intestino e pelle, il cervello e il midollo spinale sono inondati di neuromediatrici eccitatori (come se si fosse presa della cocaina) e di endorfine con effetto antidolorifico. E tante altre modifiche che sarebbe troppo lungo elencare. A volte si drizzano anche peli e capelli, gli equivalenti della pelliccia. L'individuo ora può affrontare al meglio il combattimento o la fuga, a seconda di ciò che riterrà opportuno. Tutto ciò è opera del neurovegetativo, che dalla centrale operativa posta alla base del cervello si connette con tutti gli organi ed apparati del corpo con propri filamenti nervosi attraverso i quali raccoglie informazioni e invia comandi.

Le crisi d'asma di 81 malati, corsi al pronto soccorso in grave insufficienza respiratoria, sono state risolte attivando con impulsi elettrici via microelettrodi le stesse fibre neurovegetative che comandano la broncodilatazione in corso di reazione di attacco o fuga. La sperimentazione è stata fatta dalla Electrocore, azienda di bioelettronica del New Jersey, Usa.

Alla Harvard University invece hanno sfruttato un'azione del sistema neurovegetativo nota da tempo anche se non è ancora ben chiaro come si eserciti. Le fibre neurovegetative che arrivano alla pelle dentro i nervi che ne raccolgono le varie sensibilità (tattile, termica, dolorifica) hanno una forte influenza sul suo metabolismo.

Lo si scopre quando il nervo, ad esempio per un trauma, si interrompe. Oltre a perdere la sensibilità, la parte di pelle denervata va incontro ad una strana degenerazione, diventando sottile, più vulnerabile alle lesioni e alle infezioni, e, se ferita, guarisce con difficoltà. E così i ricercatori di Boston hanno ipotizzato che la stimolazione del nervo, ovviamente regolarmente connesso alla pelle, poteva invece accelerare la guarigione di ferite, anche gravemente infette. E così è stato.

Alla Nova University di Lisbona sono riusciti a riportare sotto controllo la glicemia nei ratti stimolando con impulsi elettrici una particolare area interna alla carotide, l'arte-

ria che porta il sangue al cervello. Si chiama glomo ed è ricca di cellule con funzioni di sensori che rilevano nel sangue la concentrazione di zucchero, ed è stimolando queste cellule che si è normalizzata la glicemia. Ma nel glomo ci sono cellule che "misurano" anche la pressione, la frequenza cardiaca ed altro ed è su queste che si sta lavorando.

Infine l'artrite reumatoide. Il neurochirurgo Kevin Tracey, al Feinstein Institute di New York stava sperimentando negli anni 90 un nuovo farmaco per limitare i danni da ictus iniettandolo direttamente nel cervello. Tracey si accorge che il farmaco, oltre a dare benefici sull'ictus, stimola una potente reazione immunitaria che si manifesta in tutto il corpo. Dopo anni di ricerche si svela il mistero. La potente reazione immunitaria è scatenata dal nervo vago, del sistema neurovegetativo, il cui centro di controllo si trova appunto alla base del cervello, raggiunta dal farmaco anti-ictus che, non si sapeva prima, aveva anche questa funzione di stimolo nervoso. A questo punto Tracey individua le fibre del vago che vanno alla milza, l'organo dove si concentrano e maturano le cellule immunitarie, e stimolando le fibre all'altezza del collo, ottiene in sette malati su dodici di artrite reumatoide insensibili ai farmaci, la fine dell'auto-aggressione immunitaria a la scomparsa di dolori e infiammazioni articolari.

Decine i centri di ricerca e le aziende di bioelettronica piccole e grandi come la Medtronic che stanno lavorando al medico-pilota. Ma ad avvicinare quello che sembra un futuro lontano è la discesa in campo di un colosso farmaceutico che vanta 12.500 ricercatori. Per il "medico-pilota" ha creato una unità di ricerca dedicata, la GSK Bioelectronics e un fondo d'investimento (Action Potential Venture Capital) di 50 milioni di dollari, che hanno già riscosso l'interesse e l'adesione di cinque prestigiosi centri internazionali di ricerca. «L'obiettivo - spiega Moncef Slaoui a capo del settore Ricerca & Sviluppo della GlaxoSmithKline - è quello di creare nano-dispositivi elettronici non più grandi di un chicco di riso capaci di leggere le informazioni che viaggiano attraverso impulsi bioelettrici nei nervi, identificare le eventuali anomalie e inviare gli stimoli che le correggano. I nano-dispositivi possono trovare l'energia per funzionare sfruttando alcuni processi metabolici del corpo, mentre i collegamenti con l'esterno possono viaggiare su microtrasmettenti wi-fi. Sono fiducioso: prevedo le prime applicazioni cliniche entro dieci anni». Sembra tanto, ma è il tempo che impiega una nuova molecola a diventare farmaco.

LE SPERIMENTAZIONI

ARTRITE REUMATOIDE

CAMPIONE
12 pazienti insensibili al trattamento farmacologico

SINTOMI
Infiammazione e dolore articolare d'origine auto-immunitaria

NERVO VAGO

- Un micro-elettrodo emette stimoli sul nervo vago
- Gli stimoli si scaricano sulla milza
- Fine dei sintomi in 7 pazienti

CRISI ASMATICA

CAMPIONE
81 pazienti arrivati in pronto soccorso. Questi pazienti erano tutti incurabili con i trattamenti farmacologici

NERVO VAGO

- I micro-elettrodi emettono impulsi sulle fibre del nervo vago che controllano l'attività polmonare
- La stimolazione favorisce la broncodilatazione
- Recupero della normale attività respiratoria

VERTE VEPETTE

CAMPIONE
Pazienti con ferite cutanee che non guarivano

- Un micro-elettrodo emette impulsi sul fascio nervoso che si connette con la pelle interessata
- Gli impulsi arrivano all'area di cute lesionata e accelerano la guarigione

GLIACERIA ALTA

CAMPIONE
Topi con glicemia alta

- Impianto di elettrodi nel globo cardiaco
- Cellule misurano il glucosio nel sangue
- Gli impulsi emessi dagli elettrodi normalizzano il livello di glicemia

GLIOMO CAROTIDEO

Il sistema nervoso vegetativo

È il sistema di cellule e fibre che innervano organi e ghiandole, controllando le funzioni vitali involontarie. È formato dal sistema simpatico e parasimpatico.

SIMPATICO (SNS)

FLUSSO NERVOSO

Accelera i processi vitali, il consumo di energia, il sistema cardiovascolare e attiva la reazione d'allarme.

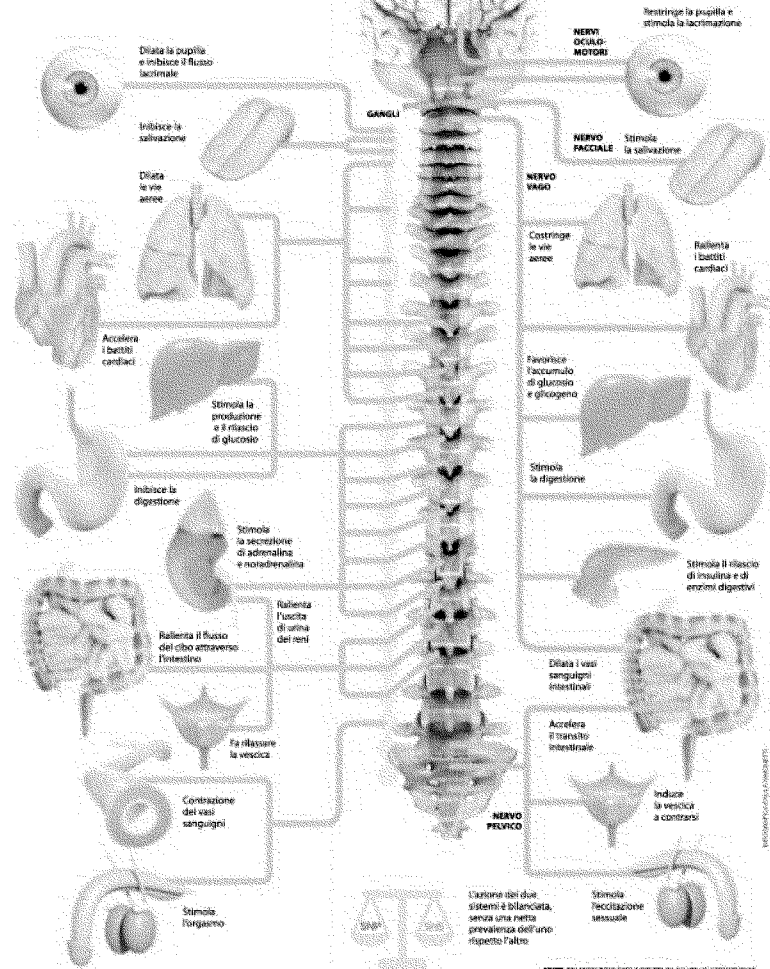
CERVELLO

MIDOLLO SPINALE

PARASIMPATICO (SNP)

FLUSSO NERVOSO

Stimola la calma, il rilassamento, il riposo, la digestione e l'immagazzinamento di energia.



FORN. ILLUSTRAZIONI: BRUNA REPUBLICA SALUTE / GARDAGNINI

RSALUTE/

CHIRURGIA.

Robot in sala operatoria tra ortopedia e oncologia già in atto la svolta del computer assistente

Il training con un simulatore

per apprendere la tecnica

L'intervento allo Ieo di Milano

GIUSEPPE DEL BELLO

DALLE prime macchine rudimentali alle attuali tecnologie intelligenti. Ortopedia, neurochirurgia, urologia, chirurgia oncologica, l'automazione in medicina è un'area alta senza confini. Una fabbrica in divenire a 20 anni dal robot ideato dal britannico Brian Davies per i tumori addominali. Ne hanno discusso a Milano i partecipanti al congresso dell'associazione di Chirurgia ortopedica Computer e robot Assistita (Caos) presieduto da Norberto Confalonieri, il primo ad aver utilizzato nel '99 la metodica "computer assistita" per impiantare protesi di ginocchio e anca. Si tratta di un sistema che, sfruttando raggi infrarossi e particolari sensori, riesce a monitorare l'arto da operare, il chirurgo e i suoi strumenti. In questo modo, i dati elaborati dal computer consentono di riprodurre sullo schermo il modello da seguire per un impianto corretto. Ma da Confalonieri arriva l'allarme "pazienti zoppi nel 2030". Che vuol dire? Che la minaccia potrebbe trasformarsi in realtà se dovesse avverarsi la previsione: carenza di specialisti in grado di gestire la revisione delle pro-

tesi. La vita media di una protesi è infatti di circa 15 anni. Per ovviare a questo scenario, un'unica soluzione: incrementare e diffondere l'utilizzo del sistema robotico coniugato all'informatica. «La metodica computer assistita permette di impiantare devices che risparmiano i tessuti sotto la cute, osso, legamenti, muscoli e capsula», osserva Confalonieri, «Sono protesi pensate per durare una vita e per evitare che da qui a vent'anni ci si trovi da un lato milioni di pazienti a cui andrebbe revisionato l'impianto, dall'altro pochi chirurghi per eseguirlo». In ambito ginocchio, è operativo un innovativo sistema che sfrutta le caratteristiche di un giroscopio elettronico. Lo strumento semplifica le tecniche di navigazione e riduce il "time consuming", cioè quei preziosi minuti (circa 15) necessari alla preparazione delle tecnologie robotiche rispetto a un intervento tradizionale: «In Italia gli ortopedici sono bravi anche senza computer», ironizza Confalonieri, «ma anche Giotto faceva i cerchi a mano libera, eppure i suoi allievi col compasso raggiungevano la stessa performance del maestro». Dal ginocchio all'anca. Sono recentissimi i

primi interventi di impianto protesi totalmente robotizzati. La procedura mini-invasiva che si avvale di navigatore e robotica, è così precisa nell'individuazione dei dettagli da eliminare una frequente complicanza, la dismetria delle anche.

Ma il robot miete successi anche in chirurgia oncologica. L'ultimo step del Da Vinci: la mastectomia profilattica. A eseguirla, un mese fa — prima volta in Italia — è stato Alberto Luini, primario allo Ieo di Milano su una paziente già operata di carcinoma al seno. «Aveva un'anomalia genetica (mutazione del gene BRCA2)», spiega lo specialista, «che esprimeva anche l'altro seno al rischio di tumore. L'intervento è consistito nell'asportazione della ghiandola mammaria, preservando il complesso areola-pezzolo e con la contemporanea ricostruzione plastica». Prima dell'intervento l'équipe — Luini sottolinea il ruolo di tutti i colleghi — ha dovuto fare un training su simulatore, necessario all'esecuzione di una tecnica diversa dalla tradizionale. Notevoli i vantaggi. Dalla migliore asportazione della ghiandola fino alla minima e nascosta cicatrice ascellare di appena tre centimetri.

A PAG. 22-23

Barometer Forum

Diabete, dati allarmanti: ricoveri e complicanze costano sei miliardi l'anno al Ssn

I dati aggiornati sulla patologia presentati all'Italian Barometer Diabetes Forum 2014

Ricoveri dei diabetici, costi boom: fino a 100 € l'anno per cittadino

Il panorama nazionale

3,6 mln

Affetti dalla patologia in Italia: il 90% da diabete di Tipo 2

11,2 mld

Costo complessivo della malattia: 10% della spesa Ssn

6 mld

Costo annuale dei ricoveri da diabete e sue complicanze

Sei miliardi l'anno. A tanto ammontano i costi a carico del Ssn per i ricoveri determinati dal diabete e dalle sue complicanze: 100 euro a testa per ogni cittadino, sano o malato che sia.

I dati aggiornati sull'epidemia diabetica a livello nazionale - contenuti nel Rapporto «Facts and figures about diabetes in Italy 2014» - sono stati illustrati la settimana scorsa a Villa Mondragone (Monte Porzio Catone, Roma), in occasione della settima edizione dell'Italian Barometer Diabetes Forum, organizzata da Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation (Ibdo) e Università di Roma «Tor Vergata», sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica e con il patrocinio di Presidenza del Consiglio dei ministri, Commissione Ue, Parlamento europeo, ministero della Salute e con il contributo non condizionato di Novo Nordisk.

All'incontro - un appuntamento annuale ormai consolidato, che si configura come veri e propri "stati generali" sul diabete - hanno preso parte 200 esperti di clinica, economia e politi-

che sanitarie provenienti da tutta Europa, che hanno interpretato l'appuntamento come una sorta di inaugurazione virtuale del semestre di presidenza italiana del Consiglio dell'Unione europea.

«L'obiettivo principale - spiega **Simona Frontoni**, presidente del comitato scientifico del Barometer Forum - è quello di identificare strategie per affrontare il diabete dal punto di vista clinico, ma soprattutto sociale, economico e politico frutto di una collaborazione sempre più globale tra addetti ai lavori e istituzioni».

Un bisogno di strategie condivise che risponde alla dimensione della sfida che l'inesorabile crescita delle patologie croniche non comunicabili pone ai sistemi sanitari sia dei Paesi industrializzati che di quelli in via di sviluppo: «Per affrontarla - spiega **Renato Lauro**, Presidente Ibdo Foundation - è necessario conoscerne a fondo tutti gli aspetti, valutarli misurandone ampiezza e portata, monitorarne il trend. L'Ibdo è un think-tank permanente che si pone questi obiettivi».

L'epidemiologia. Secondo le stime contenute nel Rapporto presentato al Barometer Forum, in Italia dall'interpolazione delle varie fonti disponibili, risulta che in Italia la prevalenza del diabete su tutta la popolazione sia pari al 6,2%, mentre sale a circa il 15% nella fascia di età fra i 65-74 anni, e al 20,3% oltre i 75 anni.

In pratica le persone affette da diabete sono 3,6 milioni, di cui oltre il 90% da diabete di tipo 2, alle quali va aggiunta una quota di persone cui non è stata ancora diagnosticata la malattia: secondo gli esperti per ogni tre persone con diabete noto, ce ne sarebbe una con diabete non diagnosticato. Inoltre, si stima che per ogni persona con

diabete noto, vi sia almeno una persona ad alto rischio di svilupparlo perché affetta da ridotta tolleranza al glucosio o alterata glicemia a digiuno. Sotto la lente degli esperti anche un evidente gradiente geografico: in alcune Regioni del Sud la prevalenza del diabete ha già ampiamente superato il 6%, il che lascia prevedere un aggravarsi del fenomeno nel meridione nei prossimi anni.

Le stime dell'International Diabetes Federation (Idf), riferite alla più ristretta fascia di età fra i 20 e i 75 anni, prevedevano la presenza in Italia di oltre 3,2 milioni di diabetici entro il 2025. Un "traguardo" di fatto già oggi superato con oltre 15 anni di anticipo: ai ritmi di cre-

scita attuali - sottolinea il Rapporto - entro 20 anni i malati di diabete potrebbero superare i 6 milioni (9% della popolazione totale), con enormi implicazioni assistenziali, sociali ed economiche.

I costi. E i riflettori dello studio si sono accesi proprio sul capitolo dei costi legati alla patologia diabetica che già oggi incidono per il 10% sulla spesa sanitaria nazionale, per un totale di oltre 11,2 miliardi l'anno. L'onere più pesante è rappresentato proprio dalle ospedalizzazioni, che assorbono oltre il 58% della spesa complessiva, per un totale di circa 6 miliardi di euro, mentre i costi per i trattamenti incidono solo per il 7 per cento. Mentre ammontano infine a oltre 50 milioni di euro l'anno i costi imputabili ai ricoveri per le ipoglicemie gravi, il repentino ed eccessivo abbassamento dei livelli di glucosio nel sangue a volte determinato proprio dall'assunzione di alcuni farmaci per la cura del diabete.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

