



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Dieci anni di doppia indennità alle guardie mediche, una era stata soppressa
Sotto accusa 7 dirigenti della Regione e 43 funzionari delle aziende sanitarie

Sanità, gli sprechi delle Asl Danno da 10 milioni di euro

MANUELA GALLETTA

Ottantotto centesimi all'ora a titolo di indennità di continuità assistenziale. Briciole, verrebbe da dire a leggere il modico importo stanziato in favore delle (ex) guardie mediche dall'accordo collettivo nazionale approvato nel luglio del 2000. Ma il punto è che quell'euro scarso, spalmato su un ventaglio di 24 ore e moltiplicato per numerosi giorni dell'anno, si è riprodotto all'infinito generando importi considerevoli. Milioni di euro. Un'enormità. Che tutte le Asl della Campania hanno sborsato in favore delle ex guardie mediche per circa dieci anni, da quando nel giugno 2003 venne varato l'accordo integrativo regionale in Campania. Un'enormità che, dice oggi una puntuale indagine del Nucleo di Polizia Tributaria della Guardia di Finanza di Napoli (guidato dal tenente colonnello Agostino Tortora), non andava corrisposta, perché il regolamento che ne stabiliva la liquidazione è stato superato, abolito da successivi 'Accordi collettivi nazionali' che hanno introdotto per i medici

Gli enti più penalizzati sono Napoli 1 e Napoli 3: [buco] da quasi due milioni di euro a testa

convenzionati un'indennità onnicomprensiva più vantaggiosa dal punto di vista economico. Col risultato che la corresponsione di quell'indennità - denunciano le fiamme gialle - ha provocato un danno alle casse delle Aziende sanitarie locali che fa impallidire. Dieci i milioni di euro andati in fumo, finiti nelle tasche delle (ex) guardie mediche che dal 2004 allo scorso anno hanno percepito in busta paga l'emolumento. Dieci milioni di euro di cui adesso si chiede conto a chi, quell'esborso, avrebbe dovuto evitarlo, a chi cioè ha lasciato in vita quell'Accordo in realtà scavalcato e a chi materialmente ha firmato i mandati di liquidazione. Cinquanta pubblici funzionari sono stati messi sotto inchiesta dal sostituto procuratore generale Marco Catalano presso la Corte dei Conti: a loro viene chiesta la restituzione, a seconda delle responsabilità e del periodo di tempo 'incriminato', dei dieci milioni di euro erogati indebitamente. Sotto accusa, in particolare, ci sono sette dirigenti della Regione Campania che rispondono delle indennità liquidate dal 2013 al 2014; e 43 dirigenti e funzionari delle Asl Napoli 1, Napoli 2, Napoli 3, Caserta, Benevento e Avellino che rispondono delle indennità liquidate dal 2004 sino allo scorso anno. Esclusi dall'elenco le (ex) guardie mediche che materialmente hanno intascato il denaro: sono considerati attori passivi della storia. Come dire: non avevano potere di control-

lo dei regolamenti, né a loro spettava stabilirne la legittimità; semplicemente si sono ritrovati a beneficiare di soldi che altri avrebbero dovuto evitare di spendere.

L'indagine ruota attorno all'indennità di continuità assistenziale soppressa nel marzo del 2005 a seguito dell'introduzione dell'indennità onnicomprensiva per effetto della sottoscrizione dell'Accordo Collettivo Nazionale. La Finanza ha accertato che quell'indennità è stata corrisposta ugualmente al pari della seconda con un doppio vantaggio per i medici e un doppio danno per le casse delle Asl. Ed è stata corrisposta anche a seguito dell'introduzione, nel luglio del 2013, del nuovo Accordo Integrativo dei Medici di Medicina Regionale che ha visto scendere in campo la Regione Campania come ente erogatore delle spettanze sino a quel momento corrisposte solo dalle Asl. Un caso di 'mala gestione' che ha penalizzato più delle altre l'Asl Napoli 1 (2 milioni di euro circa i soldi 'spesi' indebitamente), l'Asl Napoli 3 (un milione e 790mila euro di danno) e quella di Salerno (circa un milione di euro di danno). Di poche centinaia di migliaia di euro, invece, è il danno alle casse dell'Asl Napoli 2, che ha sospeso l'erogazione dell'indennità di continuità assistenziale già nel 2006 ed ha iniziato a recuperare le somme liquidate alle (ex) guardie mediche convenzionate.

©riproduzione riservata



ADEMPIMENTI/ Chi sale e chi scende nel ranking dei livelli essenziali relativi al 2014

Lea, classifica della discordia

Toscana in pole, Calabria ultima - Ma qualche governatore contesta

Prima ancora una volta la Toscana col punteggio più alto mai ottenuto, ultima la Calabria col 40% in meno di prestazioni sanitarie per quantità e per qualità erogate ai suoi cittadini. Poi sul podio Emilia Romagna e Piemonte e in fondo alla classifica ancora Campania, Molise e Lazio. Guarda caso, tutte e quattro le ultime della classe sono sotto schiaffo con la sanità locale commissariata dal Governo.

Mentre infuria la battaglia sulla manovra 2016 per i tagli ad Asl e ospedali, ecco l'ultimo e più aggiornato ranking del rispetto da parte delle Regioni dell'erogazione dei Lea, i livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti uniformemente agli italiani, gratis o dietro pagamento dei ticket.

È la classifica 2014, l'ultima possibile che ogni anno si mette a punto a un apposito tavolo ministeriale. Ancora formalmente sub iudice, perché alcune Regioni hanno contestato il punteggio loro assegnato. Ma i risultati del tavolo per ora sono questi, e difficilmente si scosteranno di parecchio nel giudizio finale.

Quel che emerge intanto è l'ennesimo e nitido check di un federalismo che ha frantumato in mille coriandoli l'universalità e il diritto alla salute. Un puzzle con centomila risvolti. Che ci dice meglio di tanti discorsi come e quanto curarsi in Toscana non sia la stessa cosa che curarsi in Calabria. O in Lombardia e in Campania. Anche perché chi ha meno cure paga di più tra ticket e tasse locali. La doppia beffa dell'Italia della salute. Anche se poi i risultati della scala Richter dell'assistenza sanitaria nel 2014 dicono che, per punteggio totale, solo 4 Regioni (al mo-

mento) hanno peggiorato: Calabria (4 punti in meno), Umbria (-14), Piemonte (-7, benché sia terzo), Veneto (solo -1, ma ben assestato nella graduatoria delle Regioni promosse). Le altre, la gran parte, hanno visto crescere il loro punteggio. Ma con la conferma che aree di recupero di sprechi e di migliore gestione e organizzazione, esistono ancora, eccome.

La classifica dei Lea d'altra parte valuta un'ampia griglia di prestazioni e di assistenza. Sono ben 31 indicatori raggruppati in tre grandi aree: assistenza sanitaria col-

lettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza sul territo-

rio e assistenza ospedaliera. E cioè: liste d'attesa, ricoveri, prestazioni inappropriate, farmaci e dispositivi medici, specialistica, assistenza agli anziani, cure domiciliari, consultori, tutela degli alimenti, vaccinazioni, screening, sanità veterinaria. L'intera gamma dei Lea dovuti. Che non tutte le Regioni garantiscono allo stesso modo e con eguale qualità.

Di qui la classifica elaborata al tavolo ministeriale, ora in attesa di conferma definitiva. La Toscana ha raggiunto un punteggio di 217, il più alto mai realizzato, su 225 totali, confermandosi prima e ottenendo anzi 3 punti in più che nel 2013. L'Emilia è sempre seconda e con lo stesso valore, il Piemonte terzo con 194 ma in calo di 7 punti. Nel ranking scalano posizioni in alto Liguria, Lombardia, Basilicata, Puglia e Campania che da penultima è diventata terz'ultima. Mentre perdono posti Veneto, Marche, Umbria, Abruzzo, Lazio, Molise e Calabria. Con una differenza di ben 86 punti tra Toscana e Calabria, e 78 e 69 rispettivamente sempre tra la Toscana prima della classe e la Campania e il Molise. Un abisso di salute in più o in meno erogata agli italiani che vivono in quelle Regioni.

«Sono contento che per il secondo anno consecutivo la Toscana sia arrivata prima nella graduatoria dei Lea. Ringrazio tutti gli operatori della nostra sanità, senza trascurare che eroghiamo altri

100 mln di extra Lea», gonfola il governatore Enrico Rossi per il risultato ottenuto quando assessore era Luigi Marroni, oggi ad di Consip. «La classifica - aggiunge

Rossi - certifica l'alto livello di qualità e di risposta dei nostri servizi».

Anche di qui parte ora il Governo con la manovra 2016 arrivata alle curve decisive al Senato. Tra risparmi da realizzare, tentativi di aumentare le risorse ma anche di erodere il grave gap Nord-Sud. «Il fatto che solo quattro Regioni abbiano fatto un passo indietro è segno del miglioramento e degli sforzi fatti nonostante i tagli - sostiene Francesco Ripa di Meana, presidente di Fiaso (associazione di manager del Ssn) e dg del Rizzoli di Bologna -. Ma le conseguenze dei tagli di oggi li vedremo tra 2-3 anni e ce ne vorranno altrettanti per risalire la china. La verità è che usare la sanità come un bancomat, è un rischio». (r.tu.)

La classifica dei Lea 2014 «sub iudice»

Punteggio 2013		Rango	Punteggio 2014	
Toscana	214		1°	Toscana
Emilia Romagna	204	2°	Emilia Romagna	204
Piemonte	201	3°	Piemonte	194
Marche	191	4°	Liguria	194
Veneto	190	5°	Lombardia	193
Liguria	187	6°	Marche	192
Lombardia	187	7°	Veneto	189
Umbria	179	8°	Basilicata	177
Sicilia	165	9°	Sicilia	170
Abruzzo	152	10°	Umbria	165
Lazio	152	11°	Abruzzo	163
Basilicata	146	12°	Puglia	161
Molise	140	13°	Lazio	154
Calabria	135	14°	Molise	148
Puglia	134	15°	Campania	139
Campania	127	16°	Calabria	131

CERGAS BOCCONI

Ecco i veri conti di Asl e Ao

Analisi 2008-2013: «Meglio le aziende in rosso, ma...»

Diffuso equilibrio tra le aziende non assoggettate a PdR (dato medio 2008-2013: 0% per le Ao, -1,46% per le Asl). Le aziende assoggettate a PdR, pur presentando squilibri più accentuati (dato medio 2008-2013: -3,36% per le Asl, -12,25% per le Ao), mostrano un evidente miglioramento.

A PAG. 5

CERGAS BOCCONI // Verso Oasi 2015: i bilanci 2008-2013 «oltre il conto economico»

Deficit, si riduce la voragine

Migliorano Asl e Ao in piano di rientro - Personale, i costi pesano fino al 70%

DI EUGENIO ANESSI PESSINA *
ELENA CANTÙ *
ED ELISABETTA NOTARNICOLA **

Qual è la situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche? Come si è evoluta negli ultimi anni? Quali specificità caratterizzano le aziende che sono state assoggettate ai piani regionali di rientro?

Come è noto, l'equilibrio economico-finanziario del Ssn e dei soggetti che lo compongono ha acquisito crescente importanza, anche per le stringenti necessità di contenimento della spesa che hanno investito l'intero sistema pubblico. In particolare, per effetto dei processi di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni e di accentramento regionale, l'attenzione si è quasi esclusivamente focalizzata sul livello regionale e tipicamente sui Conti economici consolidati dei Ssr. Per loro natura, tuttavia, i bilanci consolidati perdono inevitabilmente di vista l'eterogeneità delle attività svolte dalle singole aziende, nonché l'apporto di ciascuna di esse alla realizzazione del risultato economico di gruppo. Nel contesto sanitario, inoltre, un'eccessiva focalizzazione sul livello regionale rischia di sottovalutare che la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità di ogni azienda e che molte variabili chiave restano ancora sotto il controllo delle singole aziende e delle relative capacità manageriali. E infatti la legge di stabilità in discussione

pare prospettare un rinnovato interesse per l'equilibrio delle singole aziende, prevedendo l'introduzione di piani di rientro aziendali. L'esclusiva focalizzazione sui soli Conti economici, inoltre, non consente di rappresentare compiutamente gli equilibri aziendali, poiché si limita a valutare il raggiungimento dell'equilibrio economico, senza considerare solidità e liquidità.

Queste considerazioni hanno suggerito di svolgere un'analisi sui bilanci d'esercizio delle singole aziende, utilizzando i modelli ministeriali SP e CE per tutte le aziende sanitarie pubbliche nel periodo 2008-2013. L'analisi è stata sviluppata procedendo dapprima alla riclassificazione dei Conti economici per aree gestionali e degli stati patrimoniali per liquidità/esigibilità e successivamente alla costruzione di tre insiemi di indici: equilibrio economico, liquidità, solidità. Gli indici così calcolati sono stati analizzati nel loro trend temporale e interaziendale distinguendo tra Asl e Ao, tra Regioni in Piano di rientro (PdR) e non. Ciò al fine di rappresentare il livello e la variabilità spaziotemporale della situazione economico finanziaria delle aziende, nonché di indagarne le principali determinanti.

Per quanto riguarda l'equilibrio economico complessivo, come rappresentato dal risultato d'esercizio in rapporto ai proventi caratteristici, dall'analisi emerge una situazione di diffuso equilibrio tra le aziende non assoggettate a PdR (dato medio 2008-2013: 0% per le Ao,

-1,46% per le Asl). Le aziende assoggettate a PdR, pur presentando squilibri più accentuati (dato medio 2008-2013: -3,36% per le Asl, -12,25% per le Ao), mostrano un evidente miglioramento, anche grazie a politiche di contenimento più stringenti relativamente sia ai costi per fattori esterni (farmaceutica convenzionata e acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati), sia ai costi del personale. Rispetto a quest'ultimo aspetto, si segnala che l'incidenza dei costi per il personale si attesta su valori molto elevati in tutte le aziende: è stata, infatti, mediamente pari al 66% nelle Ao PdR, al 59,8% nelle Ao non-PdR, al 69,4% nelle Asl PdR, al 66,1% nelle Asl non-PdR. L'analisi al riguardo rivela però un'evidente tendenza alla diminuzione di mediane e variabilità dell'indice, per tutte le classi di aziende, ma soprattutto per quelle assoggettate a PdR, che giungono così nel 2013 a ridurre significativamente la distanza rispetto alle aziende non-PdR, pur senza annullarla completamente. Si evidenzia, infine, che tra le aziende in PdR, il percorso di risanamento appare più sistemati-

co nelle Asl che nelle Ao, forse per effetto di specificità regionali (circa il 58% delle osservazioni relative ad Ao in PdR, per esempio, è riconducibile alle tre regioni tradizionalmente più critiche sotto il profilo economico-finanziario, ossia Lazio, Campania e Sicilia).

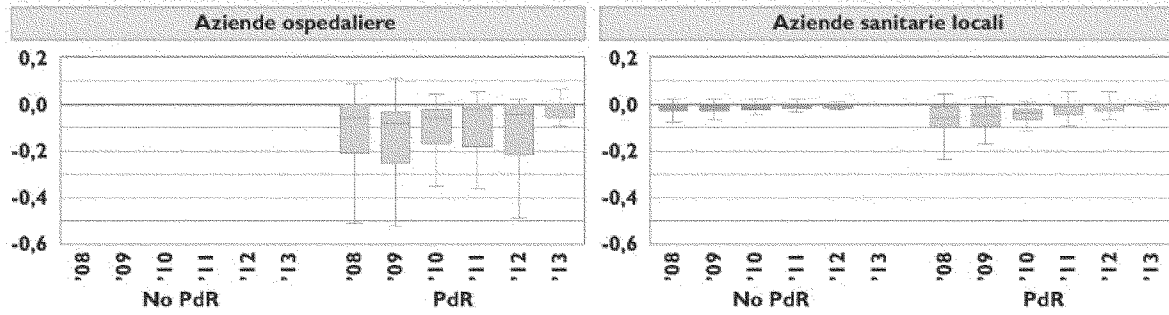
Molto più difficili restano invece, almeno fino al 2013, le condizioni di solidità e di liquidità delle aziende sanitarie, con rapporti di indebitamento molto elevati (mediamente compresi tra il 60 e 80%, con alcune situazioni particolarmente critiche nelle Asl in PdR), quote rilevanti di attivo fisso netto coperte da indebitamento anziché, come ipotizzabile, da contributi in conto capitale (questi ultimi mediamente coprono circa il 60% delle immobilizzazioni), tassi di obsolescenza delle immobilizzazioni materiali (diverse dai fabbricati) che negli ultimi anni hanno mediamente superato l'80%, passività a breve spesso in eccedenza rispetto alle attività a breve, tempi di pagamento dei fornitori molto lunghi. Presumibilmente, queste criticità riflettono le ampie perdite accumulate dalle aziende negli esercizi precedenti e non ancora coperte da trasferimenti regionali (circa 12,36 miliardi di euro al 31 dicembre 2013). Nel frattempo, la situazione dovrebbe però essere migliorata per effetto delle anticipazioni di liquidità ricevute dalle aziende in attuazione dei DL 35/2013 e 66/2014.

Quest'ultima affermazione richiama un limite importante dell'analisi svolta: non essendo ancora disponibili in forma definitiva i bilanci 2014, la rappresentazione offerta si è dovuta fermare al 31 dicembre 2013, risultando quindi inevitabilmente datata, anche in considerazione dell'elevata dinamicità del sistema. Inoltre, va ricordato come, nelle aziende sanitarie pubbliche, i proventi riflettano solo parzialmente la quantità, qualità e appropriatezza della produzione aziendale, con evidenti riflessi negativi sulla capacità del bilancio d'esercizio di rappresentare correttamente le performance. A ciò si aggiungono i persistenti dubbi sull'attendibilità dei bilanci, che hanno recentemente indotto lo Stato e le Regioni ad avviare appositi «percorsi attuativi» tesi a conseguire la «certificabilità» dei bilanci stessi, per poterli poi assoggettare a revisione legale. Infine, va segnalato che, prevalentemente per motivi di spazio, l'analisi ha dovuto limitarsi agli aspetti più generali, evitando per esempio di indagare la situazione delle singole regioni e di sviluppare indicatori di dettaglio con cui approfondire le determinanti degli equilibri complessivi. Per sua natura, del resto, l'analisi di bilancio è atta a cogliere i sintomi, più che le sottostanti cause.

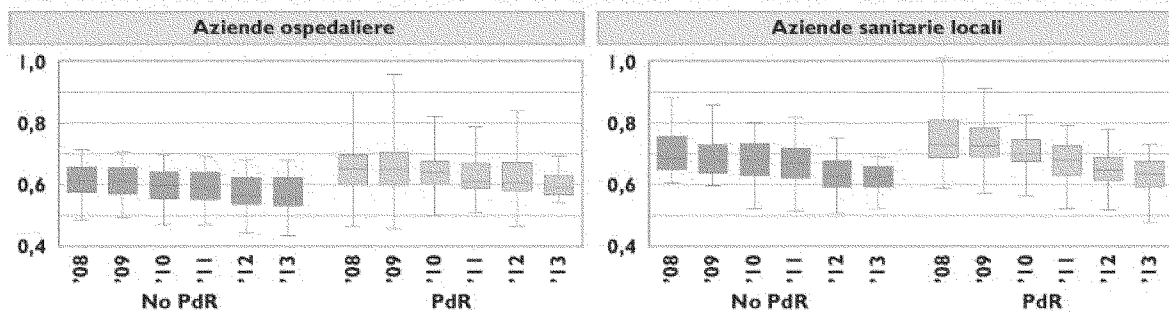
* *Cerismas - Università Cattolica del Sacro Cuore*

** *Cergas - Università Bocconi*

Incidenza del risultato di esercizio sui proventi della gestione caratteristica, per classe di aziende

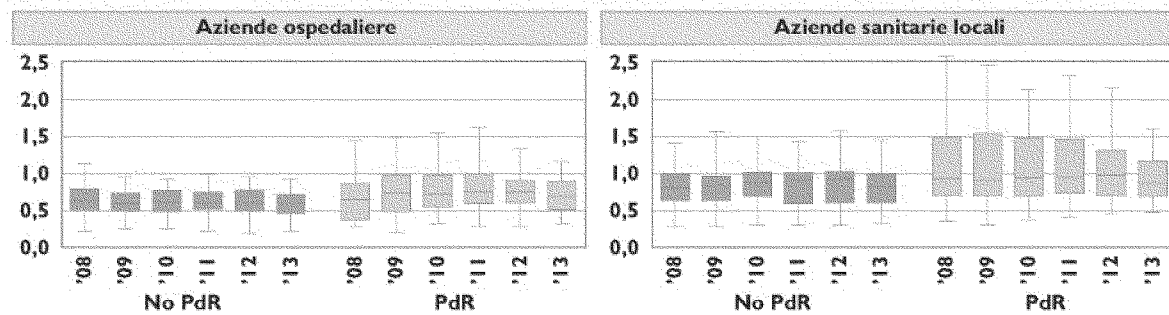


Incidenza dei costi per il personale, per classe di aziende



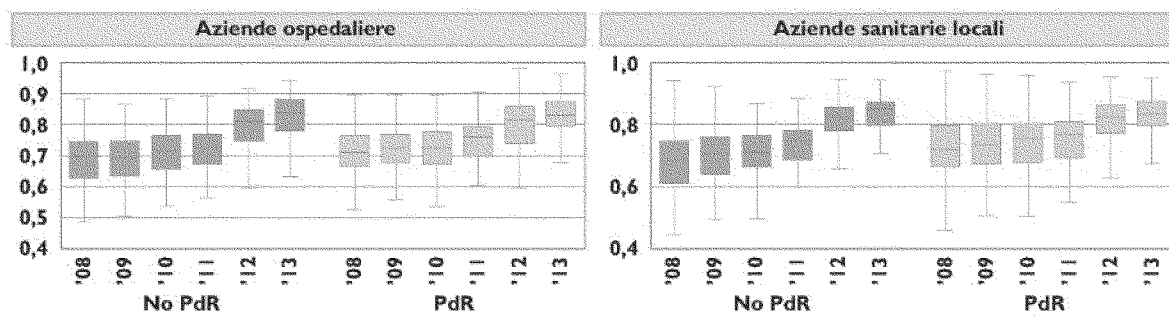
Note: Il costo del personale comprende anche le voci relative al personale convenzionato (Mmg, Pis, sumaisti...) e all'altro personale non dipendente, nonché l'Irap riferibile al personale stesso. L'incidenza è calcolata per le Ao sui proventi caratteristici e per le Asl sulle risorse per la produzione interna (definite come differenza tra proventi caratteristici e costi sostenuti per la produzione affidata all'esterno a soggetti sia privati sia pubblici, interni ed esterni al gruppo pubblico regionale)

Rapporto di indebitamento, per classe di aziende



Nota: L'indice è calcolato come rapporto: Mezzi di terzi (Passività totali)/Totale capitale investito (Attività totali)

Tasso di obsolescenza delle altre immobilizzazioni materiali ammortizzabili, per classe di aziende



Nota: L'indice è calcolato come rapporto: Fondo ammortamento delle immobilizzazioni materiali ammortizzabili diverse dai fabbricati/ Valore lordo delle immobilizzazioni materiali ammortizzabili diverse dai fabbricati

Cartelle cliniche elettroniche: ripartire dall'uomo con la scienza

Il cammino della scienza si fonda sulla capacità di dimostrare che un modello ritenuto valido e quindi universalmente adottato, possa essere demolito in breve tempo e sostituito da altri migliori, basati su paradigmi diversi e innovativi (Thomas Khun).

Questo processo è stato introdotto in sanità dall'emergere della eHealth e della Telemedicina, su cui tutti contano per una gran quantità di finalità: migliorare l'assistenza sanitaria, ridurre sprechi, automatizzare procedure, dematerializzare documenti, controllare le prescrizioni di farmaci.

C'è chi ritiene adeguato parlare di "rivoluzione della eHealth", che nasce da una istanza etica e logica, prima ancora che tecnologica. A sviluppare questi concetti, e a cercare di calarli nella realtà dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alle difficoltà del nostro Paese e alle problematiche della medicina transfrontaliera, ci hanno pensato numerosi esperti italiani ed europei, provenienti da 12 nazioni, intervenuti a Pesaro a un workshop internazionale dedicato a questi temi e organizzato nell'ambito del progetto Adriatic Mobile Health (www.adrihealthmob.eu), finanziato dalla Comunità europea, in collaborazione con la Società italiana di telemedicina e sanità elettronica (Sit).

La regia dell'evento, organizzato dall'Ao "Ospedali riuniti Marche nord" è stata affidata al fisico italiano Giovanni Rinaldi, componente il Comitato di consulenza tecnica della Sit, il quale ha coinvolto gli illustri esperti in una discussione approfondita, priva di esposizioni autoreferenziali su temi tecnici o amministrativi e capace di evidenziare senza timori le criticità, i fatti negativi come quelli positivi, per cercare poi di definire i principi generali su cui i nuovi paradigmi della eHealth si possano appoggiare con sicurezza: il ministero della Salute italiano, era rap-

presentato dal Direttore dell'Nsis, Lidia Di Minco.

Un'operazione culturale ambiziosa che tuttavia ha permesso di arrivare alla condivisione di alcuni punti rilevanti. Ad esempio quello, esposto da Mike Martin (Newcastle University), profondo conoscitore del Nhs inglese, che ha ben spiegato «Cosa è necessario fare prima di intraprendere qualsiasi lavoro tecnico» e che, viceversa, non è mai stato fatto. L'idea fondante che emerge dal meeting di Pesaro è di tornare a porre l'essere umano, quando malato, e il suo medico curante al centro del processo di cura. In realtà si tratta di ritornare alla definizione di eHealth già data nel lontano 2003 dai ministri della Salute dell'Unione europea, e poi dimenticata: «La eHealth riguarda l'uso di moderne tecnologie di informazione e comunicazione in modo da andare incontro alle necessità dei pazienti, del personale sanitario, dei cittadini e dei governi». Si tratta di una definizione finalistica, nella quale ogni nuovo paradigma ha senso se origina dalla centralità dei bisogni percepiti e reali dell'uomo e del rapporto medico-paziente.

Questo principio, che viene di solito dato per scontato in quasi tutti i meeting dai techno-entusiasti e poi nei fatti sistematicamente ignorato, dovrebbe invece tornare ad essere pilastro fondamentale nel progresso della scienza biomedica. Dunque, la vera rivoluzione è partire dall'Uomo e non dalla Tecnologia.

Durante il workshop di Pesaro a questa "affermazione di principio" sono conseguiti però anche fatti e proposte concrete, altamente innovative e in grado potenzialmente di far ripartire la sanità, per mezzo delle innovazioni della eHealth.

Come vanno cambiate le cartelle cliniche. Una di queste propo-

ste è stata quella di cambiare il modo di realizzare le cartelle cliniche elettroniche e, in senso lato, altri strumenti per il cittadino e per il personale sanitario.

È apparso evidente nella discussione l'opinione critica di molti esperti sull'attivazione e l'utilizzo dei sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie costruiti senza un'architettura comune ben pensata. Un esempio sotto gli occhi di tutti consiste nel Fascicolo sanitario elettronico italiano, pensato una dozzina d'anni fa ma realizzato oggi giorno e subito messo in discussione dagli stessi che pur se ne fecero promotori a suo tempo. Opinioni simili sono state indirizzate da numerosi esperti anche ad altre iniziative giudicate poco utili come il Minimum Data Set europeo.

Fabrizio Ricci, ricercatore del Cnr di Roma, e Francesco Gabrielli, vicepresidente Sit, hanno fornito una precisa traccia metodologica su come si possano ridisegnare strutture di eHealth e servizi sanitari digitalizzati su basi scientifiche.

Partire dai principi condivisi, adottare il metodo scientifico, studiare la letteratura e i migliori esempi che ci vengono dal mondo, e "solo dopo" proporre modelli di cartelle cliniche elettroniche da applicare alla popolazione. Misurarne comunque gli effetti su piccoli campioni e non sulla popolazione generale. Attualmente invece sembra quasi che applicare sistemi innovativi sia diventato un modo per fare esperimenti sulla gente in libertà, come in certa medicina del passato.

Ma partire davvero dall'Uomo ha altre conseguenze. Ad esempio la raccolta delle informazioni clini-

che deve anch'essa essere organizzata a partire dalle esigenze umane prima che dalla tecnologia. Su questo ancora Mike Martin ha proposto un nuovo concetto Socio-Tecnico di Informazione, che preveda una fase negoziale iniziale che precede tutte le altre attività progettuali tecniche.

Dalla Medical Division dell'European Organization for Nuclear Research di Ginevra è giunto forte e chiaro il messaggio di ricorrere ai migliori mezzi informatici oggi disponibili nel campo delle informazioni sulla salute dell'uomo. In particolare Alberto Di Meglio, capo dell'Open Lab del Dipartimento Ict del Cern, ha richiamato l'attenzione su nuovi modelli matematici nella realizzazione dei grandi clinical trials e sulla messa a punto di sistemi di analisi delle immagini cliniche utilizzando la tecnologia machine-learning, nell'analisi dei dati molecolari e l'integrazione di essi con i dati clinici e numerosi altri.

Marco Manca (Maastricht University), ricercatore medico del Cern di Ginevra e corrispondente

**I sistemi
innovativi non
sono sperimentati
sociali in libertà**

estero per l'Europa della Sit, ha ridisegnato il rapporto variabile e non sempre univoco, tra dati e informazione vera, alla luce del significato e del valore che essa deve avere per l'uomo.

Secondo Terje Peetso, responsabile dello sviluppo della eHealth Action Plan 2010-2020 della Eu, l'Europa dovrà orientarsi maggiormente verso la qualità e la ricerca. Gli esperti norvegesi hanno illustrato sistemi innovativi di coinvolgimento e di responsabilizzazione nella gestione delle cure di pazienti con malattie oncologiche o croniche, altri esperti di più nazioni intervenute, dall'Albania all'Inghilterra hanno portato esperienze rilevanti di interventi di telemedicina potenzialmente utili per i malati e per i cittadini.

Dall'Inghilterra sono giunte osservazioni e critiche sulle resistenze dei medici rispetto alla eHealth e sull'ipotesi di utilizzare applicazioni avanzate anche in settori ancora poco esplorati dalla stessa scienza, in particolare nel settore della genomica.

In altri Paesi, Stati Uniti, Germa-

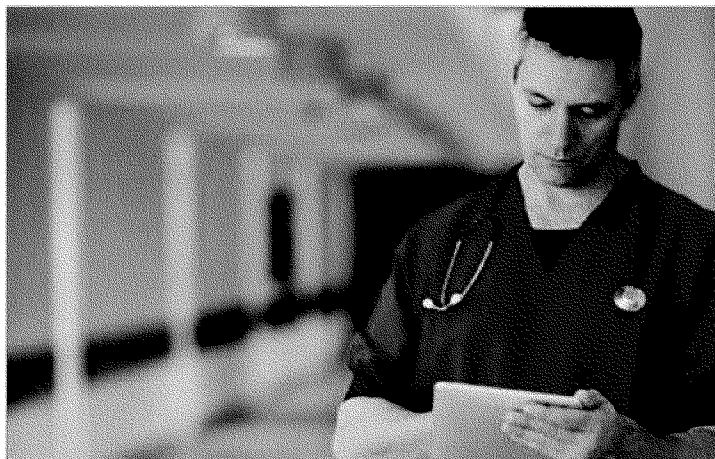
nia e Italia in particolare, come ben si legge nella letteratura, i medici sono disponibili a usare tecnologie innovative, ove convalidate e realmente utili, ma pronti anche a difendere il rapporto medico-paziente e a tutelare l'uomo.

Senza prestarsi ad appoggiare innovazioni meramente tecnologiche che sottraggano "tempo clinico" alla cura dei loro pazienti, come ha concluso Giancarmine Russo, segretario generale e fondatore della Sit.

In conclusione, la scienza è pronta. Ora è essenziale coinvolgere al massimo i veri esperti, i medici e i cittadini, evitando accuratamente gli errori e i rischi della telemedicina improvvisata o burocratizzata.

Antonio Vittorino Gaddi
*direttore Centro studi Sit -
Società italiana Telemedicina
e sanità elettronica*

**Cure on line
leva essenziale
dell'assistenza
transfrontaliera**



GAZZETTA UFFICIALE

Il fascicolo sanitario elettronico in rampa di lancio

Pronti, partenza, via. Con la pubblicazione sulla «Gazzetta Ufficiale» del Dpcm con il regolamento operativo, prende ufficialmente il via l'utilizzo su tutto il territorio nazionale del fascicolo sanitario elettronico (Fse). Tecnicamente il provvedimento sarà operativo dal 26 novembre prossimo.

Ogni cittadino italiano dalla nascita e per tutto il corso della vita avrà un fascicolo personale digitale che raccoglierà tutti i dati e le informazioni sanitarie e socio-sanitarie che costituiscono la storia clinica e di salute di ciascuno.

Ogni prescrizione, ogni accertamento clinico-diagnostico, visita medica e ogni eventuale ricovero, tutto, proprio tutto sarà tracciato e finirà nel faldone digitale personale.

Un'evoluzione che ha il sapore della rivoluzione, perché garantirà vantaggi concreti al sistema sanitario nazionale, al cittadino, ai medici e alle strutture.

La traccia-

bilità potrà far ridurre sprechi e inefficienze attraverso le statistiche, l'incrocio dei dati e una maggiore trasparenza degli stessi.

Che tradotto significa ottenere miglioramenti in termini di programmazione, controllo e valutazione del sistema sanitario nel suo complesso, in un contesto sia italiano che europeo.

E innumerevoli saranno i vantaggi per i cittadini - che nel rispetto delle regole sulla privacy - potranno tenere sotto l'occhio per tutta la vita gli alti e i bassi della propria salute, migliorando anche il self empowerment del proprio benessere. I medici, dal canto loro, potranno leggere i referti e ricostruire il percorso clinico di ogni paziente che non sarà più un perfetto sconosciuto.

Nulla potrà sfuggire, ogni acciaccio, ogni pillola assunta, indipendentemente se il paziente sia nato a Cefalù o a Pordenone, mentre il dottore lo sta visitando a Genova.

E anche la ricerca epidemiologica e statistica ne gioverebbe perché avrebbe dati freschi su tutta la popolazione, ovviamente nei limiti delle re-

gole della privacy, perché ogni utilizzo potrà avvenire soltanto per le finalità indicate e potrà essere realizzato soltanto con il consenso dell'assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale. Ma ovviamente se tutto fosse così già da domani sarebbe troppo bello. Siamo pur sempre in Italia.

In realtà il regolamento in Gazzetta contiene la cornice normativa, fissa le regole per tutte le Regioni, ma non è, né può esserne, l'avvio concreto.

Bisognerà infatti aspettare la data del 31 dicembre quando tutte le 21 Regioni dovranno aver elaborato con l'Agenzia digitale (Agid) un sistema

unificato in grado di assicurare la piena e concreta interoperabilità su tutto il territorio nazionale, seguendo le schede tecniche che

l'Agid ha pubblicato il 6 maggio scorso. Senza dimenticare che perché il Fse possa essere davvero operativo dall'anno prossimo,

ogni regione dovrà aver già lavorato su tre fronti caldi: la medicina generale, le aziende sanitarie e ospedaliere, e appunto l'interoperabilità di livello regionale, interregionale e nazionale.

L'operazione Fse è già costata anni di lavoro. Inizialmente sembrava pura utopia mettere in grado di funzionare 21 fascicoli digitali regionali con diversi sistemi di codifica digitale. Poi sono arrivati i protocolli digitali e step-by-step si sono andati a definire nel dettaglio la struttura del messaggio, del framework e dei dataset dei servizi base di ciascun sistema.

Lucilla Vazza

**Interoperabilità
dei sistemi:
la scadenza
è il 31 dicembre**

INVENZIONE TUTTA ITALIANA

**Per risparmiare
basta tagliare
i commissari alla
spending review**

Ponziانو a pag. 8

Visto che quelli alla spending review non servono, risparmiamo almeno i loro stipendi

Basta nominare dei commissari Trovano dove poter tagliare. Ma nessuno vuol tagliare

DI GIORGIO PONZIANO

Bisognerà pur scriverla, prima o poi, la storia di quell'invenzione tutta italiana che si chiama il commissario alla *spending review* e che fa il paio con la proliferazione delle costose authority: l'Italia è il paese col maggior numero di autorità e allo stesso tempo col maggior numero di regole impunemente disattese. Qualche appunto sulla *spending review* può essere utile per mettere a fuoco questa telenovela che non riesce ad avere un buon finale, tanto che invece di rottamare le spese vengono rottamati i commissari. L'ultima vittima è **Roberto Perotti**, professore della Bocconi. Anche lui ha dovuto arrendersi: un conto è spiegare algoritmi e teorie alla lavagna ai suoi studenti, un altro è convincere i politici a tagliare le spese.

Ma andiamo con ordine. Il capostipite è Dino Piero Giarda, laureato alla Cattolica e poi docente di economia nella stessa università. All'inizio del 2012 **Mario Monti** gli affida il compito di individuare in che modo razionalizzare la spesa pubblica: nasce la *spending review*. Lui si mette al lavoro e annuncia di avere individuato 300 miliardi di risparmi, cioè di tagli agli sprechi. Nel maggio 2012 presenta il suo dossier e dice: «L'irresponsabilità finanziaria è un tratto caratteristico del nostro paese. Non solo: nessun paese al mondo ha uno squilibrio così rilevante tra spesa ed

entrate. Su circa 650 miliardi di spesa pubblica vi sono 300 miliardi di euro aggredibili di cui un terzo fanno capo allo Stato e due terzi agli enti decentrati».

Il dossier elaborato da Giarda sostiene che «in 30 anni i costi di produzione dei servizi pubblici sono aumentati del 30% in più rispetto ai costi di produzione dei servizi privati» e aggiunge che l'insieme dei provvedimenti che originano la legge 42 (federalismo fiscale) «non sono in grado di attaccare in modo significativo lo squilibrio tra i 240 miliardi di spesa gestite dagli enti decentrati e i 100 miliardi di entrate proprie». Conclusione: con gli opportuni provvedimenti è possibile risparmiare subito 100 miliardi. L'elenco predisposto è minuzioso, qualche esempio: la riduzione delle prefetture, l'utilizzo di beni demaniali per risparmiare 30 milioni l'anno di locazioni solo da parte del Viminale, sinergie tra polizia, carabinieri ed esercito, tagli al numero dei giudici di pace e ai tribunali, razionalizzazione della motorizzazione, tagli a tutti i ministeri e soprattutto il ricorso alla centrale d'acquisto: «Le amministrazioni che hanno acquistato i prodotti tramite la

Consip - annota Giarda - risparmiano a volte fino al 70%. Una centrale telefonica, ad esempio, in convenzione, costa il 77% in meno. Ma solo il 3% delle forniture pubbliche passa attraverso la centrale unica».

Il piano non riesce a fare passi avanti, Giarda fa un passo indietro e Mario Monti pesca **Enrico Bondi**, colui che aveva salvato Parmalat dal crack anche se poi il gruppo è finito in mani francesi. Bondi si mette alla scrivania e anche lui presenta un documento per risparmiare un centinaio di miliardi: «Va determinato un *benchmark* interno (cioè un parametro oggettivo di riferimento, ndr) per le varie amministrazioni, che dovrà costituire una base per la programmazione degli acquisti ai fini di ottimizzarne la quantità. Dal lavoro sin qui svolto emerge che, grazie alla creazione di un sistema a rete per gli acquisti e all'individuazione di indicatori per le quantità, già nella seconda parte del 2012 può essere conseguito un risparmio rispetto agli attuali volumi di spesa».

Anche lui fa la sua bella lista e addirittura invita i cittadini a segnalare gli sprechi, annunciando poi trionfalmente di avere ricevuto oltre 100 mila segnalazioni che in

parte accetta: taglio di tribunali, procure, giudici di pace ed effettivi dell'esercito, riequilibrio della proporzione tra docenti e classi di alunni, efficienza nella gestione delle supplenze, riforma del trasporto pubblico locale, riduzione del numero delle autorità portuali, stretta sulle spese per i convegni, le consulenze e le spese di rappresentanza, oculata gestione degli immobili pubblici.

Il 7 gennaio 2013 stanco di predicare al vento si dimette. Il governo **Letta** lo sostituisce con **Carlo Cottarelli**, ex-Banca d'Italia ed ex-Fondo monetario internazionale. Pure lui si mette diligentemente al lavoro e annuncia un risparmio di 59 miliardi in tre anni, tanto per cominciare. Propone: accorpate i comuni sotto i 10 mila abitanti, eliminazione dell'indennità di fine mandato per i sindaci, collegare la remunerazione di

presidenti e consiglieri regionali a quella del sindaco del comune capoluogo, taglio dei vitalizi e delle indennità di funzione, stop al cumulo pensione-stipendio per chi si trovi a svolgere incarichi di governo o in sedi istituzionali, taglio del 20% ai mass media collegati alla politica, realizzazione di un prontuario nazionale per la sanità, taglio delle partecipate pubbliche, riscrittura del codice degli appalti, centralizzazione degli acquisti della pubblica amministrazione.

Il dossier finisce nel cassetto (senza fondo) di **Matteo Renzi** e Cottarelli dice addio: «Nessuno mi chiedeva il parere al momento di stilare i provvedimenti. Ma facevo il consulente e in Italia funziona così: se non hai potere di firma si dimenticano di te».

Il presidente del consiglio non fa una piega e si rivolge a **Roberto Perotti**, professore alla Columbia University di New York e poi alla Bocconi. È il settembre 2014 e anche lui cerca di dare contenuti alla *spending review*. Propone il taglio alle agevolazioni fiscali («le *tax expenditures* sono un tratto distintivo del sistema fiscale italiano che, da un lato, si caratterizza per l'elevato livello di tassazione, ma dall'altro prevede un numero altrettanto elevato di

agevolazioni, detrazioni e deduzioni, in moltissimi casi frutto di microconcessioni, che causano un mancato gettito fra i 253 e i 152 miliardi»), limitare i finanziamenti a pioggia che vengono elargiti alle imprese, tagliare i privilegi delle ambasciate («in media, le remunerazioni nette degli ambasciatori italiani sono due volte e mezzo quelle dei tedeschi, con punte che, in Europa e in America del Nord, arrivano quasi a triplicarsi»), intervenire sulla corte costituzionale («ogni giorno, ogni giudice costituzionale costa 750 euro di sole auto blu... La consulta costa ogni anno un totale di 45 milioni di euro»), intervenire sui ministeri e anche sul meccanismo dei fondi europei.

Qualche giorno fa se n'è andato: «Non mi sentivo molto utile». Ovvero anche le sue proposte sono finite nel cassetto di Renzi. Adesso ci prova **Yoram Gutgeld**, economista israeliano naturalizzato italiano e deputato Pd: «Punto a risparmiare - annuncia - almeno 10 miliardi di euro nel 2016». Insomma, la *spending review* all'italiana continua. Il risultato dei mancati tagli è che la spesa pubblica è costata lo scorso anno agli italiani 692 miliardi di euro, dal 2010 al 2014 è cresciuta di 27,4 miliardi.

Twitter: @gponziano



Roberto Perotti

quotidianosanità.it

Mercoledì 18 NOVEMBRE 2015

Responsabilità professionale. Assicurazione obbligatoria per tutti. Per dipendenti e liberi professionisti, Asl e strutture private. Sì all'emendamento Gelli in Commissione

Approvato, inoltre, nel pomeriggio di oggi l'emendamento che disciplina l'azione diretta del soggetto danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice. Presentato, infine, [un nuovo emendamento che prevede l'affidamento della consulenza tecnica e della perizia a specialisti nella disciplina oggetto del giudizio.](#)

La commissione Affari Sociali della Camera, nella seduta di ieri, ha approvato [l'emendamento 8.50](#) al disegno di legge sulla responsabilità professionale presentato lo scorso venerdì dal relatore, **Federico Gelli (Pd)**, interamente sostitutivo dell'articolo 8 in tema di obbligo di assicurazione.

In particolare, nel testo approvato viene previsto l'**obbligo per tutti i dipendenti delle strutture sanitarie di essere provvisti di una copertura assicurativa**. Tale misura viene estesa anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina. L'obbligo assicurativo per tutti gli esercenti la professione sanitaria viene previsto anche al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa da parte delle strutture nei confronti dei loro dipendenti.

Quanto alla trasparenza, le aziende saranno obbligate a pubblicare sul loro sito internet la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative, oltre a tutte le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa. Viene poi previsto un apposito decreto del Ministero dello Sviluppo economico, di concerto con il Ministero della Salute, che avrà il compito di definire i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass) sarà tenuto ad effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture e con gli esercenti la professione sanitaria.

Approvato, inoltre, nel pomeriggio di oggi l'**emendamento del relatore 8.10** in tema di **azione diretta del soggetto danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice**.

Sempre nella giornata di ieri, Federico Gelli ha poi depositato [l'emendamento 10.50](#), interamente sostitutivo dell'articolo 10 che disciplina la **nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria**. Nel nuovo testo si spiega che, nei procedimenti civili e penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista nella disciplina oggetto del giudizio. A tal fine, negli albi dei consulenti e dei periti dovranno essere indicate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina, l'esperienza da loro maturata, il numero degli incarichi conferiti e quelli revocati. Infine, si spiega che gli albi dei periti dovranno essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche di area sanitaria, anche coinvolgendo società scientifiche.

Giovanni Rodriguez

Mercoledì 18 NOVEMBRE 2015

Un italiano su due cerca sul web le informazioni di salute. Ma il 63% si rivolge comunque al proprio medico di fiducia

Il web viene considerato utile come fonte di informazione dal 74% degli italiani, diventa il secondo riferimento dopo il medico. Superati farmacisti, parenti e amici ed i media. Ma la maggior parte dei medici pensa che la grande quantità di informazioni che si trovano sulla salute possano confondere le persone. È quanto emerge da una ricerca realizzata da Gfk su un campione di 2.066 individui.

Lo sviluppo delle nuove tecnologie e la loro diffusione nella popolazione italiana ha contribuito a cambiare anche il modo in cui i pazienti si informano sulla salute e si influenzano vicendevolmente. Per analizzare questo nuovo processo Ibsa Foundation, organizzazione non-profit che ha lo scopo di promuovere, sostenere e contribuire allo sviluppo della ricerca scientifica, ha promosso all'Università La Sapienza di Roma, l'incontro dal titolo "La salute in rete: progresso o pericolo?". Alla base del confronto tra esperti, studiosi, Istituto Superiore di Sanità e AIFA i risultati di una ricerca realizzata da Gfk su un campione di 2.066 individui.

Il primo dato che emerge è che 1 italiano su 2 ricerca attivamente informazioni sulla salute, 2 su 3 nella fascia tra i 25 e i 55 anni. Per tutti il medico è il riferimento centrale (85% medico di base, 68% medico specialista), subito seguito dal web, il cui ruolo rilevante viene confermato dal 49% degli intervistati. Vengono dopo i consigli del farmacista (37%), quelli di parenti e amici (36%) e infine quelli dei media (24%). Varia il channel mix in base al livello di istruzione: i laureati utilizzano molteplici canali ricorrendo al medico di medicina generale per il 79% e al web per il 73%, mentre chi ha la sola licenza elementare registra una fortissima prevalenza del medico di base, 91%, a fronte di un ricorso all'8%. Chiaramente diverse le informazioni ricercate a seconda della gravità delle condizioni di salute con chi ha problemi più gravi che cerca per il 59,3% informazioni sui centri di eccellenza e per l'83,7% sullo specifico problema di salute, mentre tra chi ha non ha problemi di salute specifici il 58,2% cerca informazioni su corretti stili di vita o comportamenti salutistici.

"Il rapporto tra comunicazione e salute – spiega **Mario Morcellini**, Direttore del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale dell'Università La Sapienza di Roma – si struttura come una relazione che "fa bene" ad entrambi i sottosistemi: la salute è uno dei campi della vita sociale in cui la comunicazione può giocare un ruolo significativo sul piano dell'affidabilità e dell'efficacia; la salute, sottoposta alla revisione critica della comunicazione, migliora e potenzia la sua efficacia, favorendo la definizione e la diffusione dei "saperi esperti". Tuttavia oggi assistiamo alla crisi della mediazione nella professione medica. Il disagio di questo passaggio d'epoca è soprattutto alla confluenza tra diversi diritti in competizione: il paziente, il medico, il comunicatore".

Diverse e articolate le informazioni cercate sul web: alla domanda "quali informazioni sulla salute ha cercato su internet?" l'83% degli italiani indica informazioni riguardanti le patologie, il 66% sulle possibilità di cura e il 64% sui corretti stili di vita. Le ricerche comprendono inoltre accentuazioni specifiche sui farmaci prescritti dal medico (44%) e sui farmaci da banco (35%).

"La democratizzazione dei dati e delle informazioni nel campo della salute provocherà una rivoluzione paragonabile a quella seguita all'introduzione sul mercato degli smartphone, che hanno concentrato in un unico apparecchio una molteplicità di funzioni cambiando per sempre i concetti di connessione e comunicazione" - spiega **Valentina Mantua**, Psichiatra e Dirigente Medico dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). "Uno dei componenti fondamentali della medicina - prosegue Mantua - il rapporto medico-paziente, sarà rivoluzionato dal venire meno di quella asimmetria nella conoscenza che lo ha contraddistinto. La sfida per Aifa è, già oggi, quella di offrire dati e informazioni a una platea di utenti in crescita, che siano certificati e validati dal punto di vista regolatorio".

"188.000 tra medici e operatori del settore - aggiunge Valentina Mantua - ricevono ogni giorno notizie sull'attualità regolatoria grazie al servizio "Pillole dal Mondo", mentre nei primi 10 mesi di quest'anno sono oltre 3.000.000 le visite registrate al Portale e oltre 9.000.000 le pagine visualizzate. AIFA, all'interno del nuovo modello di salute "peer to peer", è destinata ad assumere il ruolo di fonte e provider di dati e informazioni evidence-based generati e aggiornati in tempo reale".

Si cerca soprattutto sui siti mentre blog e forum vengono mediamente utilizzati da 1 su 4, in particolare dalle fasce più giovani rispetto a quelle più anziane. E' molto positiva la valutazione del canale web che viene preferito rispetto ai media tradizionali, in particolar modo dalle persone "attente alla salute", e considerato facile da consultare (85%), utile (76%) e affidabile (65%). L'uso del web appare comunque equilibrato. Se si analizza quale peso hanno poi le informazioni in fatto di salute trovate online emerge che queste influenzano le decisioni e i comportamenti futuri di solo il 48% del panel, uno sviluppo che trova d'accordo tutti i diversi livelli di istruzione.

Ecco allora che il paziente dopo la ricerca sul web si rivolge al proprio medico, il 63% infatti della popolazione, dopo aver trovato online informazioni sulla salute, si è recato dal proprio dottore di fiducia per ulteriori delucidazioni e approfondimenti.

Ma il medico come si rapporta a un paziente informato? In ambulatorio si vive spesso come una "minaccia" la relazione con il nuovo paziente 2.0: solo il 10% dei medici di medicina generale e il 17% degli specialisti pensa che sia utile cercare informazioni su internet e utilizzarle per confrontarsi con il medico e comprendere meglio la propria situazione, probabilmente perché una buona fetta (il 33% degli specialisti e il 42% dei Mmg) è convinto che informarsi su internet possa poi rendere più difficile il rapporto con il medico. Questo non fa che allontanare i due soggetti incrinandone la relazione

"Il web rappresenta un'enorme opportunità in termini di conoscenza, ma nell'esplorare la rete sono necessari gli strumenti per orientarsi sull'autorevolezza delle fonti che producono informazioni e in medicina la qualità delle informazioni è una questione centrale - commenta **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità - In Italia esistono tanti siti che producono informazioni di ottima, buona,

media e scarsa qualità in diversi argomenti di salute. Ciò che manca è un portale che in qualche modo sia di riferimento per tutti i temi di natura medica capace di fornire indicazioni basate su evidenze scientifiche. Serve un filo di Arianna per orientarsi nel labirinto delle tante e disparate fonti che circolano sul web, uno strumento flessibile, semplice nel linguaggio ma rigoroso nei contenuti che nel dialogare con il cittadino educi al metodo scientifico e rinsaldi la sua alleanza con il medico".

Diventa allora fondamentale favorire l'alleanza fra paziente e medico e fornire a quest'ultimo strumenti di presidio per guidare la popolazione nelle ricerche online. Internet necessita di essere incluso nella relazione potendo affermarsi quale collante e territorio di confronto all'interno della relazione.

"Lo scopo della Fondazione è quello di favorire una migliore conoscenza e analisi delle evoluzioni del panorama della salute e delle sue sfide. La "salute 2.0" è di certo una di queste. I dati emersi oggi, in questo workshop che proprio per questo abbiamo fortemente voluto, ci sembrano importanti e significativi - conclude **Silvia Misiti**, direttore della Ibsa Foundation – Il rapporto paziente-medico è di estrema importanza per tutto il percorso di cura: se il primo sta vivendo un processo di forte cambiamento dovuto anche alle nuove tecnologie è necessario che il secondo lo accompagni con la sua professionalità in questo ambito non dimenticando che, nonostante la facile reperibilità di informazioni online, il paziente continua a riconoscere il valore del consulto medico. Una maggiore consapevolezza e strumenti che aiutino a districarsi con discernimento in questo mutevole panorama si impongono sempre più come delle necessità. Ed è su questa strada che la Fondazione Ibsa lavorerà nel prossimo futuro".

Mercoledì 18 NOVEMBRE 2015

Parkinson. In Italia ne soffrono 250mila persone e la spesa a carico del Ssn raggiunge 1,3 mld. Manca una chiara definizione dei Pdta

Il Parkinson è la seconda patologia neurodegenerativa per prevalenza (dopo l'Alzheimer), e il numero di italiani che ne è affetto è destinato a raddoppiare nei prossimi 15 anni. In un incontro al Senato, alcuni dei massimi esperti nazionali hanno delineato una strategia per migliorare l'assistenza ai pazienti, promuovendo l'informazione e la ricerca sulla patologia e favorendo l'integrazione tra i diversi snodi del Ssn.

Sono tre, ad oggi, i principali fattori critici nella gestione della malattia di Parkinson, patologia neurodegenerativa dal forte impatto sociale, che ha pesanti ripercussioni sulla vita di migliaia di famiglie: non se ne parla abbastanza, non esiste ancora una cura definitiva, e la maggior parte delle Regioni italiane non ha sviluppato uno specifico percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (Pdta).

Il Parkinson, seconda malattia degenerativa per prevalenza, dopo l'Alzheimer, colpisce in Italia circa 250.000 persone, numero destinato a raddoppiare nei prossimi 15 anni dal momento che ogni anno si registrano circa 6.000 nuovi casi, con un'incidenza da 1,5 a 2 volte maggiore negli uomini rispetto alle donne. Nonostante il Parkinson venga spesso etichettato erroneamente come malattia della terza età, una persona su cinque ha meno di 50 anni al momento della comparsa dei sintomi iniziali. Il campanello d'allarme della malattia sono la fatica nel camminare, i disordini del movimento e la perdita dell'equilibrio, a volte i tremori.

Tutto ciò dà luogo a pesanti ripercussioni sulla qualità di vita di migliaia di famiglie, soprattutto perché non esiste ancora una cura definitiva della malattia, né sono state individuate soddisfacenti strategie preventive. Per il Parkinson, infatti, esistono solo cure sintomatiche, in quanto i farmaci ad oggi disponibili agiscono unicamente sui primi segnali della malattia e sui disturbi che essi comportano.

A fronte di questa situazione si rileva anche una certa impreparazione del sistema sanitario nella presa in carico dei pazienti affetti dal morbo: sono infatti pochissimi in Italia i centri di cura specializzati, e solo alcune Regioni hanno definito un apposito Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (Pdta)

Di questi aspetti, dei costi diretti e indiretti della patologia per il Servizio Sanitario Nazionale, dei programmi delle Istituzioni per la presa in carico dei pazienti sul territorio e del ruolo delle associazioni dei pazienti, si è discusso nel corso del convegno di questa mattina "La gestione della malattia di Parkinson in Italia", organizzato da Aboutpharma and Medical Devices con il contributo incondizionato di Zambon.

Alfredo Berardelli, presidente dell'Accademia Limpe-Dismov e professore ordinario di Neurologia alla Sapienza di Roma ha fornito indicazioni precise sullo stato dell'arte nella cura della malattia e sulle speranze che si possono riporre nella ricerca: "La ricerca neurologica in Italia è di primissimo livello, con strutture d'avanguardia, assolutamente competitive rispetto a quelle presenti in Europa e negli Stati Uniti. L'obiettivo degli studi in corso è quello di trovare una terapia che agisca sul meccanismo fisiopatologico che dà luogo alla malattia di Parkinson. Al momento risulta essenziale – conclude Berardelli – che la diagnosi venga effettuata da un neurologo, l'unico professionista che può seguire il paziente durante tutte le fasi di progressione della malattia, per consigliare il trattamento più idoneo e garantirgli sempre una buona qualità di vita".

"Nelle prime fasi della malattia, oggi si riesce a intervenire con farmaci che potenziano la produzione di dopamina da parte del cervello e riescono a migliorare la sintomatologia motoria – afferma a sua volta **Giovanni Abbruzzese**, Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa, Dinogmi Università degli Studi di Genova -. Nel momento in cui le manifestazioni della patologia diventano più serie, si fa ricorso a terapie complesse, di tipo neurochirurgico, con impianto di stimolatori all'interno del cervello, o di tipo infusione, con impianto di infusori nell'intestino. Rimedi per lo più sintomatici, che inoltre non possono essere usati nella totalità dei pazienti. Un aiuto importante può venire invece dalla riabilitazione, che non deve essere un'alternativa alla terapia farmacologica, ma un'integrazione alla stessa. Una speranza arriva anche dalla ricerca, che sta iniziando a individuare biomarcatori in grado di rilevare la patologia prima dei suoi esordi sintomatici, e sta identificando anche nuove cure, probabilmente capaci di rallentare, o addirittura bloccare definitivamente la progressione della malattia".

Americo Cicchetti, Direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Altems), ha illustrato i risultati di uno studio, condotto dall'Altems per quantificare la spesa che Ssn, malati di Parkinson e famiglie e Società sostengono per la malattia: "Sia per quanto concerne le spese del Ssn sia per quelle dei malati, le cifre sono più alte nelle Regioni del Centro, rispetto a quelle del Nord e del Sud. Il costo annuale per paziente affetto da malattia di Parkinson varia fra 3.500 e 4.800 euro per il Ssn, fra 1.500 e 2.700 euro per i malati e fra 10.000 e 17.000 euro per la Società. Riportando questi dati al numero di persone con malattia di Parkinson presenti in Italia, è stato calcolato che il carico totale per il Ssn, relativo a questa patologia, sia compreso fra 1.1 e 1.3 miliardi di euro e quello per la Società fra 2.2 e 2.9 miliardi di euro. Sebbene le risorse messe in campo dal Ssn per questa malattia siano considerevoli, esiste ancora un ampio margine di manovra per l'ottimizzazione, che potrebbe passare anzitutto per la chiara definizione di Pdta che migliorino la continuità dell'assistenza e garantiscano una migliore gestione del paziente".



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

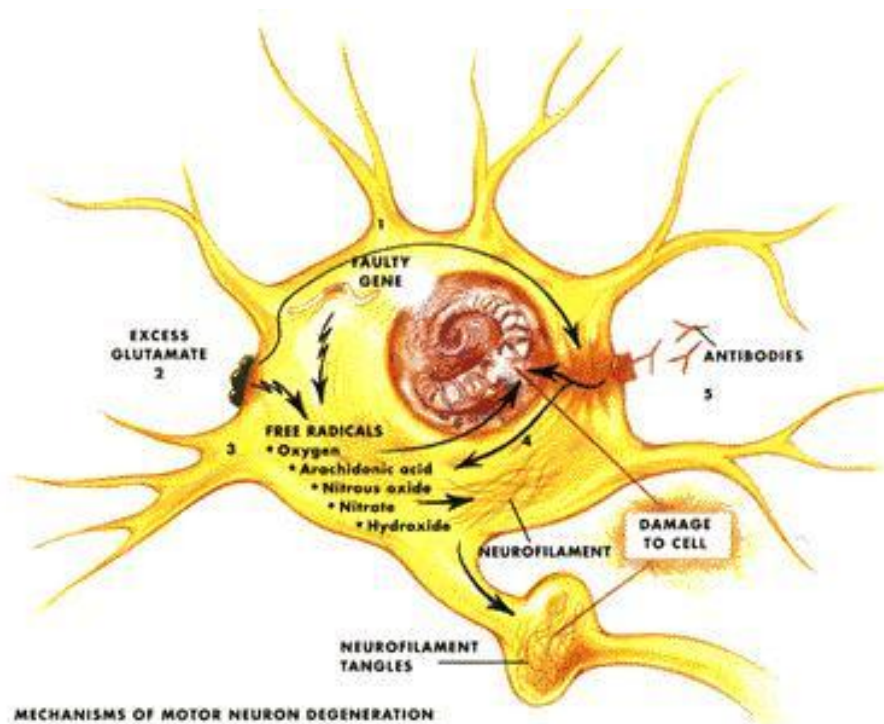
Notizie dalle Province





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Bioingegneria. Una tecnica semplice ed economica che opera sul Dna. E cambia i caratteri degli animali. A Londra vogliono usarla sui nostri embrioni

Le forbici sul genoma umano

PIETRO GRECO

NON LASCIATEVI ingannare dal nome impossibile, CRISPR/Cas9. Né dalla giovane età, tre anni o poco più, essendo stata messa a punto nel 2012 da Bruce Conklin presso i Gladstone Institutes di San Francisco. La tecnica ha già le caratteristiche per sgominare tutte le altre. Per il semplice motivo che, come scrive *Nature*, è economica, veloce e facile da usare. Eppure è già al centro di polemiche al calor bianco. Perché permetterebbe di riscrivere l'uomo modificando a piacere il suo Dna. E non è uno spauracchio peregrino perché un'équipe di bioingegneri cinesi ha già manipolato embrioni umani proprio con la Crispr, suscitando un mare di proteste. I cinesi non badano alla bioetica, si è subito detto. Ma, qualche settimana fa, è stato un gruppo di scienziati del Francis Crick Institute di Londra a chiedere alla Human Fertilization and Embriology Authority di poter sperimentare la Crispr su un embrione umano «a scopo di ricerca», hanno precisato.

In attesa che l'Authority si pronunci, vale la pena di capire cos'è il "taglia e cuci genetico" che sta eccitando la comunità scientifica. Cominciando col dire che Bruce Conklin non ha creato la tecnica dal nulla.

Ma ha utilizzato un metodo inventato dai batteri fin dalla notte dei tempi per difendersi da virus e da materiale genetico "alieno" pericoloso. Si tratta di sequenze geniche che si ripetono, le Clustered Regularly Interspaced Palindromic Repeats (CRISPR) cui sono associati dei geni, i cas (CRISPR associated) che codificano per enzimi capaci di tagliare il DNA nei punti giusti, eliminare le sequenze indesiderate e eventualmente sostituirle con quelle volute. Quello che ha fatto Bruce Conklin è stato di trasformare il sistema, con opportuni accorgimenti, in una "forbice universale" in grado di lavorare bene in ogni ambiente cellulare, compreso quello degli eucarioti e di quegli eucarioti che noi consideriamo i più speciali fra tutti: gli uomini.

Questo "taglia e cuci" può essere utilizzato proprio come fanno i batteri: espellere con grande precisione ed efficacia i tratti di Dna deteriorati, malati o comunque indesiderati, e sostituirli con tratti integri, sani o comunque desiderati. La tecnica funziona bene su piante, topi e cellule umane adulte. Come su maiali e scimmie, così simili a noi. E non c'è voluto molto al genetista cinese Junjiu Huang, in forze all'università Sun Yat-sen di Guangzhou, di saltare a mettere le mani sull'uomo. Con quindici suoi collaboratori nel marzo scorso ha annunciato di aver utilizzato la tecnica CRISPR/Cas9 su embrioni umani per verificare se è efficace nella terapia genica della beta-talassemia. In pratica Huang e i suoi hanno utilizzato 86 zigoti nel tentativo di eliminare le mutazioni del gene HBB che causano la malattia. Nella prospettiva di curare fin dall'inizio, nella linea germinale, la diffusa patologia. Ma il lavoro viene subito rifiutato da riviste prestigiose, come *Nature* e *Science*, per il semplice motivo che la comunità scientifica internazionale considera sbagliato e in ogni caso prematuro correggere i difetti genetici nelle linee germinali, perché ogni eventuale errore si trasmette di genitore in figlio. Per nulla scoraggiato Huang tenta con una rivista cinese, *Protein & Cell*, che glielo pubblica in due giorni. E noi apprendiamo che su 86 embrioni manipolati, 15 non sono sopravvissuti; che solo su 28 le mutazioni indesiderate del gene della betatalassemia erano state eliminate e che solo in 4 zigoti era stato sostituito l'intero gene. Inoltre CRISPR/Cas9 aveva tagliato e cucito in una quantità di luoghi diversi dal gene responsabile della malattia, in maniera del tutto indesiderata e potenzialmente molto dannosa. Quindi né il genetista di Guangzhou né alcun altro nella comunità scientifica hanno la più pallida idea di cos'altro abbia combinato il taglia e cuci su quegli embrioni.

SI PUÒ O NON SI PUÒ

Misure adottate dai governi sulla manipolazione genetica di embrioni umani



Insomma, l'esperienza di Huang è stata così negativa in ogni suo aspetto da suscitare reazioni veementi. Compresa una richiesta di moratoria sull'uso in medicina della CRISPR/Cas9 firmata, tra gli altri, da David Baltimore, premio Nobel e già presidente dell'Associazione Americana per l'Avanzamento delle Scienze (AAAS), la più grande società scientifica al mondo, editrice della rivista *Science*.

Ancora una volta ci troviamo di fronte a un bivio sulla strada dell'innovazione. Ed è tra i più importanti. Proprio perché la CRISPR/Cas9 è così economica, veloce e facile da usare da consentire di riscrivere a piacimento il Dna di piante, animali e uomini. E debellare, tra l'altro, odiose malattie. Certo, molto c'è ancora da imparare. Se la richiesta del Francis Crick Institute sarà accettata si potrà cominciare a capire come lavora la tecnica sul materiale umano. Un primo passo, ma è bene che dei limiti sul suo uso ci siano. Per esempio è bene consolidare il bando sul suo utilizzo su cellule della linea germinale umana.

CRIPRODUZIONE RISERVATA

Si chiama Crispr/Cas9 e permette di eliminare sequenze geniche responsabili di malattie. Ma anche di tratti somatici

Il caso. Liberare i suini dai virus che impediscono di trapiantare i loro organi: lo hanno fatto ad Harvard

E nei maiali cancellate tutte le infezioni

ELENA DUSI

MODIFICARE IL Dna dei maiali con la Crispr/Cas9 potrebbe rendere più vicini gli xenotrapianti. I suini, infatti, sono i principali candidati all'uso di organi da trapiantare, ma hanno nel loro Dna dei geni di antichi virus che li infettarono migliaia di anni fa, i quali, in caso di trapianto nell'uomo, sono capaci di riattivarsi contagiando

chi ha ricevuto l'organo.

George Church, che insegna ad Harvard ed è uno dei più vivaci biologi del momento (sua è l'idea di riportare in vita un mammut con la tecnica della clonazione) è riuscito grazie a Crispr a cancellare dal Dna di alcune cellule di maiale il rischio di infezione. Lo scienziato si è infatti accorto che ogni virus suino ha un gene, sempre uguale, che utilizza per infettare l'individuo ospite. Costruendo una versione di Crispr mirata a cancellare questo gene, Church è riuscito a rendere inoffensivo il Dna virale dei maiali. Le "forbici" del sistema enzimatico di taglia e incolla sono intervenute 62 volte: tanti erano i virus che si erano insinuati fra i cromosomi dei suini per infettarli.

Il lavoro degli harvardiani è

Ridotto di mille volte il rischio di infettarsi

una pietra miliare perché Crispr non era mai stato usato per effettuare modifiche così numerose su un singolo genoma. E le cellule trattate con il nuovo metodo di gene editing hanno dimostrato un'intatta funzionalità e una capacità ridotta di mille volte di infettare le cellule umane (in provetta).

Il lavoro di Church - pubblicato su *Science* - è però ancora preliminare. Lo scienziato è intervenuto solo su singole cellule di rene di suino coltivate in laboratorio. Per ottenere organi da trapiantare bisognerà invece creare e allevare interi maiali ogm, modificando il Dna al livello degli embrioni. Nell'esperimento di Harvard, le cellule perfettamente "ripulite" dai virus non erano il 100 per cento. Né l'uso di Crispr risolverà il problema del rigetto, che è particolarmente violento nel caso degli xenotrapianti.

Il fatto che con questo metodo si sia riusciti a eliminare l'ostacolo dei virus, lasciando per il resto le cellule dei reni intatte e perfettamente funzionanti, è però un passo avanti per risolvere il problema della carenza di organi da trapianto. «L'intero settore degli xenotrapianti - ha commentato Church - è rimasto immobile per 15 anni, tenuto in vita solo da pochi esperti che ci credevano veramente. Questa ricerca, penso, cambierà la situazione».

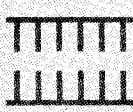
CASO I TAGLIA E RIMPIAZZA

Il frammento viene rimpiazzato con un altro integro, sano o comunque desiderato

Gene eliminato



Gene da donatore



Dna riparato

CASO II TAGLIA E BASTA

Il frammento viene eliminato e non rimpiazzato

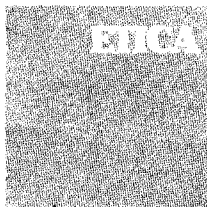
Gene eliminato



Dna riparato

FONTE: RIELABORAZIONE DATI RSALUTE/NEWSWEEK/NATURE

INFOGRAFICA: PALLA SIMONETTI

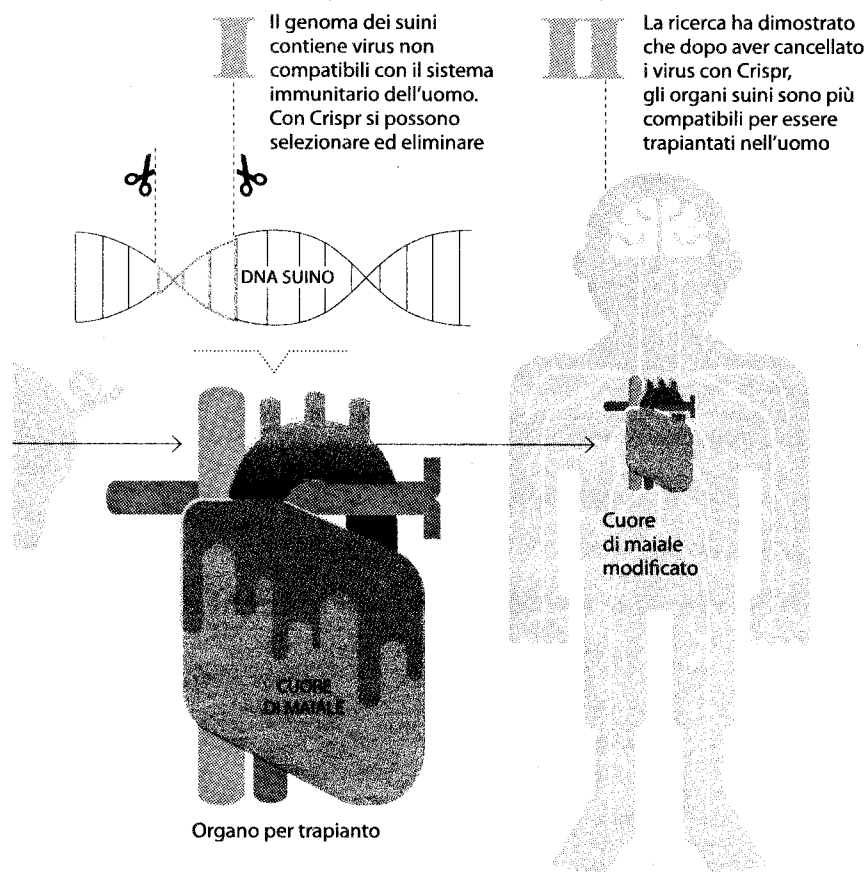


“Nessuna censura”

«Non demonizziamo questa tecnologia. Non ripetiamo errori già commessi in passato. È già molto utilizzata in laboratori di tutto il mondo per studi importanti, sul cancro o sulla terapia genica o nelle biotecnologie agrarie». Chi parla è Carlo Alberto Redi, professore dell'università di Pavia e membro dell'Accademia dei Lincei. Che, a chi ha chiesto una moratoria sulla Crispr parlando di rischio eugenetica, risponde: «La storia dice che non è concepibile una moratoria perché non è attuabile. Gli scienziati sono responsabilmente impegnati ad assicurarsi che le ricerche impieghino cellule che non saranno mai sviluppate oltre i primi stadi e mai impiantate in madri surrogate». A molti resta però il dubbio che possano esserci usi sbagliati, e che per questo si debba fare qualcosa. Certo che sì, risponde Redi, ma «la storia insegna che ben più efficace della censura sono le campagne per spiegare le possibilità offerte da una nuova tecnica. Molto meglio della moratoria totale è chiamare da subito filosofi, giuristi, psicologi, economisti a dare il proprio contributo a togliere le nebbie che offuscano la ragione e fanno vivere nella

paura di mondi che non esistono, quelli dei cattivi scienziati. Una nuova tecnica potente come CRISPR/Cas9 riempie il bicchiere a metà. L'altra metà dobbiamo riempirla noi, chiedendo norme capaci di evitare derive non accettabili e lavorare ciascuno per una società democratica della conoscenza. Che chiede un esercizio di cittadinanza scientifica alla quale siamo chiamati tutti». (p. g.)

OBIETTIVO XENO



L'intervento

Neuroradiologia: curare l'ictus con le tecniche poco invasive

► Quando un'arteria del cervello si chiude, il principale obiettivo è riaprirla prima che si possano creare danni per mancanza di ossigeno nei tessuti. E' perciò fondamentale essere trasportati con urgenza nell'ospedale più vicino, possibilmente dotato di un centro per l'emergenza ictus (Stroke unit). Con questa modalità si riducono sia la mortalità sia il grado di invalidità, indipendentemente dalla gravità e dall'età di chi è colpito. Essenziale è arrivare nella struttura specializzata quanto prima in modo che vengano eseguiti gli esami, la Tac in particolare, per capire se l'ictus è stato determinato da un'ischemia o da un'emorragia. La diagnosi e terapia dello stroke, nonché aspetti di neuroradiologia funzionale e patologie pediatriche, spinali e tumori cerebrali sono stati gli argomenti principali del congresso di Neuroradiologia europeo (ESNR) ed italiano (AINR), che si è svolto a Napoli, sotto la presidenza di Mario Muto, direttore di Neuroradiologia al Cardarelli di Napoli. In Italia ci sono circa 60 unità di Neuroradiologia, che svolgono attività diagnostica e terapeutica per le patologie cerebrali e spinali. La Neuroradiologia interventistica ha sviluppato nuove tecniche sia per il trattamento degli aneurismi intracranici. Recentemente anche per il trattamento dello stroke ischemico in fase acuta con la disostruzione mini invasiva del trombo o trombo-aspirazione.

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ecco la barriera anti-batteri Arma contro celiachia e diabete?

Le prospettive della scoperta dell'Ieo e della Statale di Milano



IMMUNOLOGIA

NICLA PANCIERA

Una barriera vascolare che regola il passaggio di microbi e tossine, potenzialmente dannosi, e ne impedisce la disseminazione nell'organismo. La struttura è stata chiamata Gvb - «Gut vascular barrier» - ed è stata scoperta da un team dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano e dell'Università Statale. E dalle pagine di «Scienze» si spiega anche in che modo un agente patogeno come la salmonella riesca a superare la barriera stessa e a intrufolarsi nell'organismo.

Lo studio, condotto sui topi di laboratorio, rivela come questa «diga» tra l'epitelio dell'intestino e i vasi sanguigni abbia una funzione analoga, sebbene meno selettiva, a quella della preziosa barriera ematoencefalica (la «Bbb») che protegge il cervello. E il parallelismo cervello-intestino si spinge oltre: le due strutture condividono, infatti, alcune caratteristiche-chiave come alcune similarità strutturali.

La parete dell'intestino, in particolare, è costituita da cellule epiteliali che, oltre a garantire l'assorbimento dei nutrienti, fungono da ostacolo sia fisico sia chimico: il muco che secernono e che le ricopre, infatti, è composto da proteine antimicrobiche. Le particelle di cibo digerito che attraversano questo compatto strato di cellule entrano poi nel flusso sanguigno e, attraverso la vena porta epatica, raggiungono il fegato, dove sono ulteriormente metabolizzate.

«Negli individui sani i batteri intestinali difficilmente accedono al fegato, alla milza o ad altri organi periferici. Alcuni batteri nocivi, invece, riescono a raggiungere il fegato e ad atti-

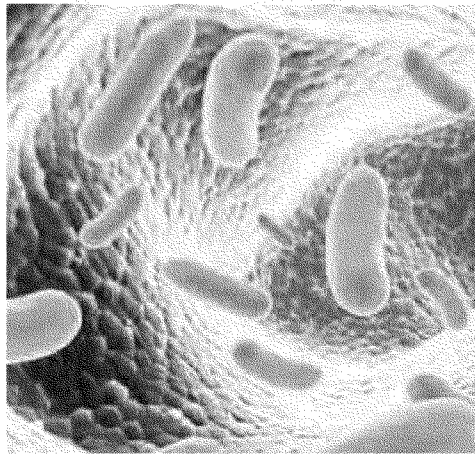
vare una risposta del sistema immunitario, provocando così un'infezione», ha spiegato la leader del gruppo di ricerca Maria Rescigno, che è direttrice del programma di immunoterapia allo Ieo e professoressa del Dipartimento di oncologia ed emato-oncologia alla Statale. Si pensava che la barriera fisica fornita dall'epitelio dell'intestino fosse l'unica protezione per evitare la «migrazione» batterica. «Noi abbiamo invece dimostrato l'esistenza di un'ulteriore barriera, più complessa, che funge da schermo contro i batteri quando superano l'epitelio», chiarisce la Rescigno. E i danni a questa seconda barriera potrebbero essere alla base di alcune infezioni batteriche. Alcuni batteri aggressivi - come la salmonella, responsabile del tifo intestinale - hanno infatti sviluppato sistemi specifici per infrangere la «Gvb» e in questo modo riescono a entrare nel sistema circolatorio, diffondendosi nell'organismo.

L'inattività della barriera - ipotizzano i ricercatori - potrebbe essere una causa dei danni epatici, ma non solo: «Valutiamo la funzione della barriera anche nella formazione delle metastasi epatiche del carcinoma intestinale». Più in generale, poi, si aprono nuove prospettive per la cura

di celiachia, diabete di tipo 2 e una serie di malattie che colpiscono il fegato.

Se gli ultimi studi neurofisiologici avevano contri-

buito alla diffusione del detto che l'intestino è il «secondo cervello», questa scoperta tutta italiana dimostra che questo modo di dire potrebbe contenere molte più verità di quanto immaginassimo.



Maria
Rescigno

Immunologa

RUOLO: È DIRETTRICE DEL PROGRAMMA DI IMMUNOTERAPIA ALL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA DI MILANO