



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



■ SANITÀ La “ratio” del Patto per la Salute 2014-2016 Piani di rientro, non solo tagli ma anche riorganizzazione

ROMA - Piani di rientro dai deficit sanitari che non puntino solo su tagli e contenimento dei costi ma che sappiano costruire un percorso concreto di riorganizzazione e riqualificazione delle sanità regionali in rosso. Questa la ratio delle nuove misure per i Piani di rientro previste dal Patto per la Salute 2014-2016 appena sottoscritto da Governo e Regioni.

Il nuovo Patto sembra strizzare l'occhio a “Piani” dal volto più “umano” dopo le numerose critiche in tal senso piovute negli ultimi anni e visti anche i risultati a livello di Lea dove le Regioni in rosso (Lazio, Calabria, Molise, Sicilia, Piemonte, Puglia, Abruzzo e Campania) non riescono a darne piena attuazione. Dalla Verifica adempimenti Lea 2012, del Ministero della Salute si legge come «rilevanti inadempienze» permangono «per le Regioni in Piano di rientro». Certo, a livello economico i risultati (positivi) negli anni ci sono stati. A prescindere dalle coperture (le tasse), dall'analisi dell'ultima relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni della Corte dei Conti, si nota come le Regioni sottoposte a Piano di rientro, dai 4,6 miliardi di euro di disavanzo del 2006 sono passate ad un deficit di 1,1 mld nel 2012. Una riduzione del 76% cui non è però spesso corrisposta una riorga-

nizzazione dei servizi. Ed è proprio sulla ricerca di un equilibrio tra contenimento dei costi e riqualificazione dell'offerta su cui il Patto intende intervenire. In primis, si prevede di definire una norma che stabilisca come «in caso di nuovi commissariamenti, la nomina a commissario ad acta sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento». Misura che in sintesi decreterà l'estinzione della figura del presidente-commissario. Regioni e Governo hanno poi convenuto di prevedere nuove misure per la «semplificazione e razionalizzazione delle procedure di verifica degli adempimenti previsti dal Piano» con un'attenzione specifica in ambito di erogazione e obiettivi Lea, nonché di coordinamento, oltre che di controllo sulle risorse. Affidata ad Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), che diventa ancora di più organo di verifica centrale, la predisposizione (le procedure dovranno essere definite entro il 30 settembre) di «uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari che consenta di rilevare, in via preventiva, attraverso un apposito sistema di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance».

Publicato sul sito internet del ministero del lavoro il decreto che assegna le risorse

Disabili, assunzioni agevolate Via libera alla ripartizione territoriale degli incentivi

DI DANIELE CIRIOLI

Via libera agli incentivi sulle assunzioni di disabili. Il decreto 12 maggio 2014, pubblicato sul sito internet della pubblica amministrazione del ministero del lavoro, infatti, stanziando e ripartisce tra le regioni le risorse necessarie alla copertura dell'incentivo consistente nella riduzione dell'aliquota contributiva (in misura del 100 o del 50%) sulle assunzioni effettuate nell'anno 2013. In tutto ammontano a euro 21.845.924 e sono a beneficio dei datori di lavoro del settore privato.

Incentivi alle assunzioni. Le risorse sono del fondo per il diritto al lavoro dei disabili e relative all'esercizio finanziario 2014. Finanzia gli incentivi all'assunzione dei soggetti disabili mediante convenzioni. L'agevolazione vede come destinatari tutti i datori di lavoro privati, soggetti o meno all'obbligo d'assunzione di disabili; le cooperative sociali e relativi consorzi (in base alla

La ripartizione territoriale delle risorse			
Regione	Quota fondo	Regione	Quota fondo
Valle d'Aosta	0,00 €	Lazio	1.639.182,98 €
Piemonte	3.710.768,29 €	Abruzzo	193.827,62 €
Liguria	452.994,93 €	Molise	0,00 €
Lombardia	4.700.064,10 €	Campania	181.446,11 €
Veneto	4.764.722,75 €	Puglia	452.342,56 €
Friuli-Venezia Giulia	695.094,46 €	Basilicata	110.113,74 €
Emilia-Romagna	973.357,45 €	Calabria	618.698,22 €
Toscana	1.052.101,87 €	Sicilia	634.697,27 €
Marche	866.449,92 €	Sardegna	579.505,54 €
Umbria	220.556,19 €	TOTALE	21.845.924,00 €

legge n. 381/1991); le organizzazioni di volontariato. Per fruirne, gli interessati devono stipulare apposita convenzione con il competente servizio per l'impiego ai sensi dell'art. 11 della legge n. 68/1999 (legge quadro sul diritto al lavoro

dei disabili). L'incentivo consiste nella riduzione degli oneri contributivi, per la sola quota a carico dei datori di lavoro, in caso di assunzione di soggetti disabili ed è previsto in due distinte tipologie: a) la fiscalizzazione totale (cioè al

100%) dell'aliquota contributiva, per la durata massima di otto anni, per ogni lavoratore disabile assunto con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 79%; b) la fiscalizzazione parziale (cioè al 50%) dell'aliquota contributiva, per

la durata massima di cinque anni, per ogni lavoratore disabile con una riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 67 e il 79%.

La ripartizione dei fondi. In allegato al decreto c'è la tabella con la ripartizione delle risorse necessarie a coprire le richieste di contributo relative alle assunzioni dei datori di lavoro fatte nell'anno 2013. Complessivamente le risorse ammontano a 21.845.924 euro (circa 10 milioni in più rispetto all'ultima ripartizione, quella relativa all'anno 2012 che è stata pari a 12.590.387 euro) e sono state ripartite tra tutte le regioni ad eccezione di Valle d'Aosta e Molise (così anche l'anno prima). In testa, con il maggior numero di assunzioni, c'è il Veneto cui vanno 4.764.722,75 euro seguito dalla Lombardia con 4.700.064,10 euro; quindi il Piemonte con 3.710.768,29 euro, il Lazio con 1.639.182,98 euro e la Toscana con 1.052.101,87 euro. Fanalino di coda la Basilicata con 110.113,74 euro.

— Riproduzione riservata —

I chiarimenti operativi emanati dalla fondazione Accademia romana di ragioneria

Fatture elettroniche integrabili Codice di gara e di progetto per l'emissione verso la p.a.

DI FABRIZIO G. POGGIANI

Fatture elettroniche emesse a carico delle pubbliche amministrazioni da integrare obbligatoriamente con il Codice identificativo di gara (Cig) e con il Codice unico di progetto (Cup), ai fini della tracciabilità dei pagamenti. Così le disposizioni dell'art. 25, comma 2, del dl 66/2014 inserite dal legislatore al fine di assicurare l'effettiva tracciabilità dei pagamenti da parte della p.a., commentate, nella nota operativa n. 10/2014, dalla fondazione Accademia romana di ragioneria Giorgio Di Giuliomaria, avente a oggetto la fatturazione elettronica nella p.a.

La nota ricorda che la fatturazione elettronica è stata introdotta, per recepimento della direttiva 2010/45/UE, dai commi da 325 a 328, dell'art. 1, della legge 228/2012 (Stabilità 2013) e che l'Agenzia delle entrate ha fornito le proprie precisazioni sul tema, con un recente documento di prassi

Procedura per la fatturazione elettronica: la decorrenza

6 giugno 2014	Ministeri, agenzie fiscali ed enti nazionali di previdenza e assistenza sociale
31 marzo 2015	Tutte le altre amministrazioni incluse nell'elenco Istat e le amministrazioni locali

(circ. 18/E/2014). Dal documento in commento si evince che la fattura elettronica, in base ai contenuti dell'art. 21, del dpr 633/1972, può essere emessa e ricevuta in qualunque formato elettronico, che il ricorso a tale documento è subordinato all'accettazione da parte del destinatario e che non possono essere considerate tali quelle fatture che, sebbene create in formato elettronico, siano successivamente inviate e ricevute su supporto cartaceo.

Di conseguenza, la nota operativa evidenzia che, l'art. 21 del decreto Iva, non prevede più il preventivo accordo con

il destinatario per la relativa emissione ma solo una mera accettazione della controparte, con l'ulteriore possibilità che il documento informatico possa essere messo a disposizione del destinatario tramite l'accesso al web, a un server o altro supporto informatico, nonché tramite e-mail contenente un protocollo di comunicazione e un link di collegamento che permetta il download della fattura stessa. L'art. 25 del dl 66 ha anticipato al 31 marzo 2015, il termine dal quale decorrono gli obblighi di fatturazione elettronica, con riferimento alle amministrazioni locali (regioni, province,

comuni, comunità montane, unione di comuni, Asl, Cciaa e quant'altro) e con riferimento a tutte le amministrazioni pubbliche, con l'eccezione dei ministeri, delle agenzie fiscali e degli enti nazionali di previdenza e assistenza sociale, per i quali l'obbligo è entrato in vigore dal 6 giugno 2014. Inoltre, l'art. 6, comma 4, del dm 55/2013 ha esteso l'applicazione anche alle fatture emesse da parte di soggetti non residenti in Italia e alle fatture relative al servizio di pagamento delle entrate, di cui al dlgs 241/1997.

Il documento in commento, inoltre, affronta le problematiche inerenti alla ricezione mediante il sistema informativo di contabilità (Sicoge) e al riconoscimento o rifiuto, per il tramite del sistema di interscambio (Sdi). La nota operativa ricorda che a partire dai tre mesi successivi dalle date indicate, le amministrazioni pubbliche non potranno eseguire alcun pagamento delle forniture e delle prestazioni di servizi ottenute, fino

all'invio del documento in formato elettronico, tenendo ulteriormente conto che, al fine di garantire la tracciabilità dei relativi pagamenti, i documenti, oltre a contenere i dati indicati dall'art. 21 del decreto Iva, dovranno contenere il Codice identificativo di gara (Cig) e il Codice unico di progetto (Cup).

Si ricorda, infine, che l'Agenzia delle entrate (circ. 18/E/2014) ha precisato che il soggetto passivo (colui che è obbligato all'emissione della fattura elettronica) deve assicurare l'autenticità dell'origine, l'integrità del contenuto e la leggibilità dei documenti, dal momento dell'emissione fino al termine di decadenza del periodo di conservazione, ai sensi delle disposizioni contenute nell'art. 21, comma 3, dpr 633/1972. Di fatto, quindi, devono essere garantite, la certa identità del cedente/prestatore, l'inalterabilità del contenuto e la visualizzazione adeguata e affidabile del formato.

—© Riproduzione riservata—

Il rischio default

L'intervista/Piero Fassino

Il presidente dell'Anci non si stupisce dei 180 casi di dissesto finanziario e punta il dito contro la iniqua distribuzione dei costi tra le amministrazioni "Noi sindaci abbiamo affrontato sacrifici superiori a quelli di Stato e Regioni"

"Crac comunali colpa dei tagli 17 miliardi nel giro di sei anni"

“

SPESA DIMINUITA

Tra il 2008 e il 2013 la spesa pubblica dei Comuni è scesa, quella dello Stato è aumentata

NON TUTTI EFFICIENTI

Non tutte le giunte sono efficienti, ma quei sacrifici hanno messo a terra molti di noi

FEDERICO FUBINI

ROMA. Forse nemmeno lui aveva mai fatto esattamente i conti. Ma Piero Fassino, sindaco di Torino (eletto per il Pd) e presidente dell'Anci, l'associazione nazionale dei Comuni, non è sorpreso dalla constatazione che le città paralizzate dai debiti in Italia sono circa 180. «Per molte amministrazioni la situazione finanziaria è estremamente precaria — concede — ma pochi si rendono conto che i Comuni in questi anni hanno affrontato sacrifici maggiori dello Stato centrale o delle Regioni».

Insomma i dissesti sono dovuti ai tagli, non all'eccesso di spesa o alla contabilità creativa dei sindaci?

«Basta guardare alle cifre. Tra il 2008 e il 2013 i comuni hanno avuto una riduzione di risorse per 17 miliardi di euro. Una metà dovuti a minori tra-

sferimenti dello Stato centrale, un'altra metà come contributi al patto di stabilità interno sotto forma di versamenti o di tagli. Mi pare una somma rilevante e questo ha messo in difficoltà tutti i Comuni».

Vuole dire che i Comuni contribuiscono alla riduzione di spesa più degli altri rami dell'amministrazione?

«I dati Istat dimostrano che nel periodo 2008-2013 la spesa pubblica dei Comuni è scesa, mentre la spesa dello Stato è aumentata. Negli anni non tutte le giunte hanno dimostrato la stessa capacità e efficienza di gestione, ma il peso caricato su di noi è stato molto maggiore. Il debito pubblico dei Comuni è il 2,5% del debito pubblico totale e la spesa è il 7,6% della spesa dello Stato. Il problema dei conti pubblici non siamo noi».

Per finanziare il bonus di 80 euro, Matteo Renzi vi ha chie-

PRIMO CITTADINO

Piero Fassino, sindaco di Torino e presidente dell'Anci, l'associazione dei comuni italiani

sto 700 milioni di nuovi tagli. Li avete fatti?

«Abbiamo tagliato, certo. Nella nostra amministrazione abbiamo ridotto del 5% tutti i contratti di servizio e la spesa per il personale. La realtà è che si è gravato molto più sui Comuni che sullo Stato centrale. Torino, Milano o Firenze hanno fatto delle *spending review* durissime; queste città contribuiscono proporzionalmente alla stabilità di bilancio dell'Italia più dei ministeri o delle Regioni. L'aumento dei Comuni in sofferenza è una spia di questa realtà».

I sindaci possono sempre alzare le aliquote sulle tasse lo-



cali, prima di dichiarare dissesto...

«La fiscalità locale è salita per un ammontare pari a metà degli tagli subiti, in resto incide sul vivo».

Molte giunte mettono all'attivo multe di 20 anni fa mai riscosse o danno stime fantomatiche sui patrimoni cedibili. Contabilità creativa?

«Questo riguarda il passato. Adesso è stato introdotto un vincolo stringente: siamo obbligati a radiare tutti i crediti — dalle multe alle bollette — più vecchi di cinque anni. Se una giunta copre le spese somme inesigibili, da ora in poi rischiano poi di in-

cidere sui loro fondi di riserva. Non ci sono più margini per far sembrare il bilancio meglio di quello che è, ed è giusto che sia così».

Peraltro ora i cittadini sono incoraggiati a pagare le multe subito, perché hanno lo sconto del 30%...

«E i Comuni incassano di meno! Anche questo è un provvedimento figlio dei governi».

I Comuni in dissesto accusano Roma e Napoli: dicono che hanno avuto un trattamento di favore, malgrado i buchi di bilancio, mentre le città più piccole fanno sacrifici. È così?

«Non si possono far fallire città come Roma o Napoli, credo che su questo tutti concordino. È giustificato che ci siano trattamenti ad hoc, con prestiti del governo e misure per evitare di forzarle a dichiarare dissesto. È comprensibile, ma a una condizione: devono esserci anche dei vincoli finanziari che garantiscano che tra uno o due anni Roma o Napoli non si trovino di nuovo nella situazione di prima, obbligate a chiedere un altro aiuto straordinario».

Invece è esattamente ciò che è successo negli ultimi anni, non trova?

«Per questo dico che è stato giusto aiutare il Comune di Roma, ma dobbiamo anche dotarci di criteri di bilancio rigorosi. Vogliamo essere certi che ciò che è accaduto in questi anni non si ripeta in futuro. Sarebbe difficile spiegare un altro salvataggio della capitale agli abitanti di città di provincia che pagano le aliquote comunali più alte».

Il «Patto» al traguardo nella versione definitiva e certificata - Lorenzin: «Da sola avrei fatto di più»

Buoni acquisti: un tesoro da 7 mld

Consp: prospettive di mega risparmi - Lavoro, federalismo, territorio: tutti i dubbi

La razionalizzazione degli acquisti sanitari a firma Consip si concretizza in un primo «tesoretto» virtuale per il Ssn. Nel 2013, infatti, sono stati favoriti risparmi per circa due miliardi. Una cifra che a regime, proiettata nel futuro, può arrivare a sette. Intanto il Patto per la salute 2014-2016 decolla nella sua versione ufficiale, con le ultime modifiche concordate sul filo di lana da Regioni e Governo. E il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, descrivendone gli effetti in occasione di un convegno a Montecitorio sui risultati dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità della Camera ha affermato: «Da sola avrei fatto di più, ma la concertazione è stata necessaria». Sul Patto e sulla realizzazione delle nuove misure si addensano tuttavia una serie di dubbi operativi che gli esperti

interrogati dal Sole-24 Ore Sanità spiegano: tempi lunghi di attuazione, norme ripetute e mai applicate, un federalismo che potrebbe dividere di più l'Italia delle Regioni fanno ombra ai risultati dell'intesa. E le categorie mettono i puntini sulle "i" a partire dai medici che affermano: «Senza di noi le riforme non si fanno».

A PAG. 2-8

CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI NELLA PA

Con la ricetta Consip nel 2013 i risparmi a quota 2 miliardi e fino a 7 a regime

La super Consip fa tintinnare le prime monete virtuali nel salvadanaio del Ssn. Nel 2013, infatti, «poiché il prezzo in convenzione Consip - spiega **Domenico Casalino**, ad della società al 100% del Mef che opera come centrale di committenza nazionale per la razionalizzazione degli acquisti della Pa - è inferiore del 22% per tutto l'universo Pa, è stato favorito in sanità un risparmio di circa due miliardi, che proiettato nel futuro può arrivare a sette».

Un primo «tesoretto» che fa toccare con mano il significato di quanto previsto all'interno del Patto per la salute: le disposizioni dell'intesa, si legge nelle premesse, «testimoniano l'impegno congiunto di Governo e Regioni di attuare importanti e concrete misure di programmazione della spesa sanitaria con l'obiettivo di razionalizzarla, creando anche spazi finanziari da reinvestire nel settore della sanità». Ma non finisce qui.

«Anche il 2014 - continua Casalino - è un anno importante perché entra in vigore il sistema disegnato dal Dl 66 che si basa sulla presenza di massimo 35 soggetti aggregatori che fanno gli acquisti più importanti per conto delle amministrazioni, soggetti specializzati per gare particolarmente complesse». Obiettivi: gare più convenienti, risparmi, lotta agli sprechi e alle frodi.

Nel 2013 Consip ha attuato strumenti di razionalizzazione su 15 mi-

liardi di spesa del comparto sanità (beni e servizi) sui 18 complessivamente presidiabili.

A questi si aggiunge una spesa di circa 11-12 miliardi (sempre beni e servizi) che non è presidiabile con gli strumenti attuali, ma può esserlo con modalità innovative. Vi rientrano categorie come la ristorazione ospedaliera, la gestione dei rifiuti sanitari ospedalieri, i servizi di lavano, i servizi di pulizia degli ospedali (settori molto delicati in cui le Regioni non riescono a fare le gare), i servizi sanitari e sociali.

La spesa specifica del comparto sanità (beni e servizi) ammonta a circa 11 miliardi, quella generica (beni e servizi non sanitari) a circa sette miliardi. Nel 2013 Consip ha presidiato circa nove miliardi di spesa specifica e circa sei miliardi di spesa generica.

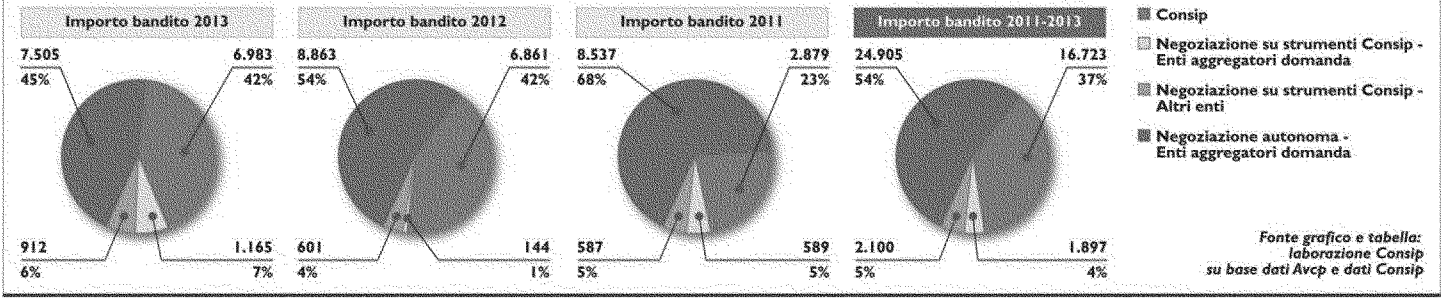
Quanto si acquista direttamente da Consip? Attraverso i vari strumenti (convenzioni, accordi quadro, Mepa, Sdapa) nel 2013 nel comparto sanità (inteso come acquisti di enti del Ssn su spesa specifica o generica) sono stati acquistati beni e servizi per circa 1,4 miliardi di euro. Di questi, 516 milioni ricorrendo allo strumento della convenzione-quadro, 145 ricorrendo allo strumento del Mercato elettronico della Pa (Mepa), 719 milioni utilizzando il Sistema dinamico d'acquisto della pubblica amministrazione (Sdapa) e delle gare in Asp.

Sul Mepa è presente un bando Beni e servizi specifici per la sanità (con 880 prodotti, per oltre 15mila articoli a catalogo dagli arredi sanitari agli aghi e siringhe). In ambito Sdapa sono attualmente attivi: lo Sdapa farmaci con circa 180 fornitori; lo Sdapa antisettici e disinfettanti (circa 30 fornitori) e lo Sdapa ausili per disabili (appena attivato).

«Il bilancio 2013 è molto importante - conclude Casalino - perché aumenta la quota di spesa presidiata insieme tra Consip e Regioni. Naturalmente c'è molta variabilità: si passa da un minimo del 2% al massimo del 100% (in Toscana) degli acquisti sanitari effettuati tramite centrali d'acquisto o Consip. La previsione è di arrivare in due-tre anni a presidiare il 100% della spesa in tutte le Regioni».

Rosanna Magnano

Ripartizione importo bandito (in milioni di euro)



Analisi di dettaglio

Enti aggregatori	Regione Pa	2012		2011		2010	
		Importo bandito (mil. €)	N. lotte	Importo bandito (mil. €)	N. lotte	Importo bandito (mil. €)	N. lotte
Azienda regionale centrale acquisti - Arca Spa	Lombardia	1.223	279	203	666	26	279
Regione Veneto - Cras - Centro regionale acquisti sanità	Veneto	136	230	146	628	183	412
Sua - Stazione unica appaltante	Calabria	1.182	963	11.99	71	26	111
Intercondiffi - Agenzia regionale per lo sviluppo dei mercati telematici	Emilia-Rom.	1.185	872	137	1.745	1.662	1.288
So.Re.Sa. - Società regionale per la sanità	Campania	123	413	139	1.354	1.222	1.116
Str - Società di committenza regionale	Piemonte	219	541	286	222	131	28
Dipartimento intercomunale "Comune di Anconina"	Basilicata	181	29	239	51	45	289
Regione Lazio - Direzione regionale centrale acquisti	Lazio	1.184	1.122	161	216	135	212
Sai - Società emergente laziana	Basilicata	33	0	1	13	-	13
Cras - Consorzio regionale di acquisto	Liguria	34	33	40	94	91	72
Innovapoint (Erapipt)	Puglia	23	0	27	22	0	43
Ministero Salute - Centrale regionale di acquisto per la sanità (Cras)	Umbria	0	0	0	31	31	65
Ente - Centro	Toscana	156	225	418	225	110	269
Ente - Nord Ovest	Toscana	208	179	442	154	179	169
Agenzia provinciale per gli appalti e i contratti	Trento	256	2	212	257	10	21

per singolo ente

Enti aggregatori	Regione Pa	2013		2012		2011	
		Importo bandito (mil. €)	N. lotte	Importo bandito (mil. €)	N. lotte	Importo bandito (mil. €)	N. lotte
Ente - Sud-Est	Toscana	151	66	347	227	147	67
Dipartimento servizi condotti	Prati V.G.	186	14	526	220	178	236
Azienda sanitaria provinciale di Belluno	Belluno	121	146	89	332	236	444
Azienda provinciale per i servizi sanitari	Trento	131	76	421	432	123	761
Asor - Azienda sanitaria unica regionale	Marche	174	161	496	83	51	297
Azi unica	V. d'Anna	15	0	25	14	11	71
Regione Toscana - Dg organizzazione - Sezione contratti	Toscana	34	0	56	46	0	79
Asor - Azienda sanitaria regionale del Molise	Molise	60	58	175	291	286	317
Car - Consorzio ospedaliero nazionale	Basilicata	206	9	161	-	-	-
Agenzia per i procedimenti e la vigilanza in materia di contratti pubblici	Bolzano	127	1	400	-	-	-
Comorzio energia Liguria	Liguria	0	0	0	-	-	-
Regione Liguria - Suez Stazione unica appaltante	Liguria	73	12	19	-	-	-
Simas - Stazione unica appaltante	Marche	12	0	51	-	-	-
Ente	V. d'Anna	0	0	11	-	-	-
Totale		6.670	6.576	8.272	8.248	6.242	6.317
Consip/Spa		6.983	132	146	6.641	216	192

BUSINESS UNIT IN EVOLUZIONE

Così il Market Access diventa "trasversale"

Il mercato farmaceutico, con riferimento alla componente rimborsata dal sistema sanitario, è stato a oggi caratterizzato da farmaci ad alto valore terapeutico, come gli oncologici, i reumatologici, gli antiinfettivi, e da farmaci per i trattamenti cronici, la maggior parte dei quali ha subito la scadenza brevettuale o la subirà nei prossimi due anni. È ormai vicina una generazione di farmaci innovativi (per la cura a esempio dell'Epatite C, dell'Alzheimer e del Parkinson) che presumibilmente cambieranno non solo la storia dei pazienti e della malattia, ma anche i modelli socio-assistenziali, le logiche programmatiche in sanità, le linee della ricerca scientifica.

In parallelo, le aziende farmaceutiche - secondo il nostro osservatorio di società di Executive Search che opera da anni nel settore - mostrano una tendenza a organizzarsi secondo un concetto di "sottomercato", ossia con business unit Vendite e Marketing dedicate ai prodotti innovativi, ai prodotti ad alto valore terapeutico, e a quelli il cui brevetto è scaduto o è prossimo alla scadenza.

Se in passato le business unit "ricalcavano" le aree terapeutiche, oggi sembrano caratterizzate da logiche commerciali e di promozione connesse all'arco della copertura brevettuale. Il Market access, trasversale alle business unit, è destinato ad avere un'importanza crescente in questo processo di trasformazione del mercato e delle organizzazioni. Per Market Access si intende la funzione che, all'interno delle aziende farmaceutiche, si occupa dei farmaci in termini di registrazione, prezzo e rimborso, inserimento nei prontuari regionali e ospedalieri.

Le professionalità e competenze ricercate negli ultimi anni dalle aziende, soprattutto quelle maggiormente strutturate, sono coerenti con questa visione dell'accesso e ne riflettono la "storia": si pensi da un lato al profilo del Regional Access Manager, che ha caratteristiche professionali diverse da quelle delle tradizionali figure di field (incentrate sulla informazione del farmaco verso i medici) e in grado di comprendere i processi periferici di "decision making" e di interfacciarsi con i bisogni degli interlocutori istituzionali regionali creati dalla devolution, che ha progressivamente ampliato le competenze delle Regioni in materia di sanità.

Dall'altro lato le scelte di politica sanitaria, condizionate dalla centralità della dimensione economico-finanziaria, introducendo misure centrali e regionali di contenimento della spesa farmaceutica, hanno comportato un bisogno crescente da parte delle aziende di competenze farmaco-economiche all'interno del Market access (nella posizione del Pricing & Health Economics Manager e dei suoi riporti), per disegnare modelli in grado di evidenziare il valore dei farmaci e di sviluppare strategie di prezzo coerenti con le risorse del sistema sanitario.

L'importanza del Market Access va però ricercata nel ruolo che esso può giocare nella proposizione sia dei farmaci innovativi sia di quelli scaduti e/o prossimi alla scadenza brevettuale. Molti farmaci a brevetto scaduto producono tuttora evidenze scientifiche e outcome di salute. Si pensi a esempio alle statine, farmaci cronici che hanno perso per la maggior parte il brevetto: ancora oggi l'aderenza agli schemi terapeutici è al di sotto del 60 per cento. Ciò vuol dire che il 40% dei farmaci viene utilizzato in modo improprio, generando una bassa probabilità di raggiungere l'obiettivo terapeutico (ossia evitare gli infarti in molti pazienti) e uno

spreco di risorse. Se la generazione delle statine ha significato minori costi per il sistema sanitario, ricercare ulteriormente l'appropriatezza nel loro utilizzo potrebbe contribuire a raggiungere sia l'obiettivo terapeutico sia un'ottimizzazione delle risorse.

Per giocare questo ruolo, a nostro avviso, il Market Access dovrà dotarsi di nuove competenze professionali (accanto a quelle consolidate di outcome research) nella ricerca e utilizzo dei Real World Data, ossia i dati raccolti al di fuori dei clinical trials.

Le fonti di questi dati sono in larga parte presso il settore pubblico (a esempio database amministrativi e registri monitoraggio Aifa) e la loro raccolta, nell'ambito di collaborazioni e progettualità pubblico/privato, rappresenta un'opportunità per le aziende farmaceutiche di generare "evidenze di Real Life" che contribuiscano a comprendere i reali costi di

una patologia, a valutare l'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci e la reale efficacia nella pratica clinica, gestendo l'intero ciclo di vita dei farmaci. Indirizzando al proprio interno (in

logica interfunzionale con la Medica) il tema della Real world evidence, il Market Access potrà svolgere un ruolo sempre più strategico per le aziende farmaceutiche, contribuendo al processo di evoluzione del sistema sanitario.

Caterina Tortorella
Laura Zolla
partners di Value search

Real world evidence
sotto osservazione

Organizzazione
per sottomercati

NOMINE/ I

Il nuovo Dg Agenas è Francesco Bevere

E Francesco Bevere, attuale direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, il nuovo direttore generale di Agenas, l'Agenzia nazionale dei servizi sanitari. Almeno fino alla riforma annunciata (già per fine agosto) dal ministro Lorenzin delle Agenzie (Agenas e Aifa).

Le Regioni hanno dato l'intesa sulla nomina, dopo il rinvio di giugno, per non lasciare il posto vacante dopo il mancato rinnovo nell'incarico a Fulvio Moirano (ora Dg della sanità regionale del Piemonte), il cui mandato è scaduto a marzo.

Bevere, nato ad Ariano Irpino il 21 giugno 1956, è medico e dal 2010 direttore



generale della Programmazione sanitaria al ministero della Salute, nominato nell'incarico dall'allora ministro della Salute Ferruccio Fazio. Bevere è stato inoltre fino a oggi già in Agenas, come membro del suo Cda dal 2012.

Bevere in precedenza è stato Dg dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena e dell'Istituto dermatologico San Gallicano - Irccs, della Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia e dell'Ao San Giovanni Addolorata, tutti di Roma.

RAPPORTO OSMED 2013/ Ecco l'identikit dei consumi farmaceutici nazionali

L'incognita delle cure territoriali è il macigno sui conti delle pillole

Nel 2013 abbiamo speso tra pubblico e privato 26 miliardi di euro (con un aumento del 2,3% rispetto al 2012) per concederci in media 1,7 dosi di farmaco al giorno a testa: 436 a testa, rimborsate al 75,4% dal Ssn. Il calcolo - tutto compreso - emerge dal voluminoso Rapporto Osmed 2014 presentato la settimana scorsa dall'Aifa a Roma. Un affresco come sempre puntuale ed esaustivo sull'uso dei farmaci in Italia, stavolta con un'attenzione in più sul tema dell'appropriatezza, «con l'obiettivo - spiega il neo-confermato direttore, **Luca Pani** - di fornire alle Regioni strumenti concreti per la programmazione sanitaria e a medici e farmacisti dati ed evidenze con cui confrontarsi nella propria attività professionale quotidiana».

Di numeri in parte noti su cui riflettere il Rapporto è ricchissimo. E per una volta, forse, vale la pena puntare nuovamente i riflettori anche sulla spesa territoriale, per la prima volta di poco fuori controllo dopo anni di retromarcia.

Punto di rottura. Ad accendere l'interruttore è stato proprio il Dg, perché alcune delle nuove cure in arrivo «hanno costi così alti da far tremare i polsi».

«Entro il 2017 - ha spiegato - arriveranno le immunoterapie contro il cancro, i nuovi agenti anti-infettivi contro epatite C e Hiv, i prodotti innovativi per le malattie del sistema nervoso centrale, la sclerosi multipla e il Parkinson, gli anticorpi monoclonali e quelli contro l'Alzheimer con costi esorbitanti. La spesa farmaceutica territoriale italiana - ha evidenziato - quest'anno è andata fuori controllo per la prima volta e molti di questi medicinali saranno proprio a gestione territoriale. L'Agenzia ha il dovere di segnalare quello che potrebbe essere un "punto di rottura" del sistema».

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, è aumentata rispetto all'anno precedente del +1,7%, per un totale di 19.708 milioni di euro: il Ssn ha sostenuto il 60,2% dell'onere, per complessivi 11.866 milioni, ricompre-

dendo anche i consumi in distribuzione diretta e per conto di classe A. Proprio quest'ultima, in crescita del 5,9%, ha determinato l'aumento dello 0,4% della farmaceutica territoriale, a fronte di una ulteriore riduzione della convenzionata netta dell'1,4%. In crescita del 3,8% anche la spesa sostenuta dai cittadini tra ticket e differenziali da prezzo di riferimento (24,1 euro pro capite il valore del pacchetto), acquisti privati in fascia A e classe C: in calo dell'1,1% solo quest'ultima.

Corsie "fuori" del 20,5%. Uscire dal territorio per entrare nelle strutture pubbliche non aiuta del resto la tenuta dei conti: la spesa per i farmaci acquistati da ospedali, Asl, Irccs e così via è risultata pari a 8,4 miliardi di euro (141,2 euro pro capite), in

crescita del 6,2%. Mentre dal monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera 2013 è emersa, come è noto, una spesa di 4.489,5 milioni di euro, con un disavanzo complessivo di 765,1 milioni: il 20,5% in più rispetto al livello di finanziamento programmato di 3.725 milioni di euro, corrispondente al 3,5% del Fsn; la crescita rispetto all'anno precedente (a invarianza di composizione della spesa in corrispondenza dell'attuale tetto) è stata dell'1,8% e quasi tutte le Regioni hanno sfondato il budget con oscillazioni dell'incidenza rispetto al Fsn che vanno dal massimo della Toscana (5,2% sul finanziamento regionale) al minimo della Campania (3,7%).

Santa alleanza. Numeri difficili, insomma, e destinati a complicarsi. La negoziazione del prezzo di sofosbuvir Gilead per l'epatite C appena rimasta in stand by su richiesta dell'azienda è solo una palestra in vista di altri confronti altrettanto complessi: «L'Italia è leader nel coordinamento dei 14 Paesi euro-

pei creato proprio per negoziare in sintonia il prezzo di questo medicinale», ha spiegato Pani. Che ne ha approfittato anche per dire la sua sulla riforma promessa dai ministri della Salute per un Cdm di fine agosto.

«Ringraziamo il ministro Lorenzin di aver proposto questa riforma e di voler portare l'Aifa al livello delle sue controparti europee. Per troppo tempo noi siamo stati, e siamo ancora, quelli con il minor numero di dipendenti per milione di abitanti: abbiamo, infatti, 400 dipendenti, gli stessi della Danimarca che ha solo 6 milioni di abitanti. Non siamo abituati a lamentarci e facciamo quello che dobbiamo fare, ma avremmo bisogno di più personale da formare in maniera consolidata: le Agenzie di riferimento per il nostro Paese hanno circa 1.500 dipendenti». Che faccia avranno alla fine l'Aifa e i suoi vertici è tutta un'altra storia. Per ora a crescere è solo la spesa.

Sara Todaro

Composizione della spesa farmaceutica totale 2013 per regione

Regione	Spesa convenzionata lorda [1]		Classe A privato		Classe C con ricetta		Automedicazione (farmacie pubbliche e private)		Strutture pubbliche		Totale
	Spesa [2]	% [3]	Spesa [2]	% [3]	Spesa [2]	% [3]	Spesa [2]	% [3]	Spesa [2]	%	
Piemonte	783	41	79	4	229	12	179	9	653	34	1.9233
V. d'Aosta	21	41	3	5	7	13	6	12	15	28	52
Lombardia	1.763	44	200	5	489	12	406	10	1.161	29	4.019
Pa Bolzano	60	32	8	4	18	10	23	12	79	42	188
Pa Trento	76	40	7	4	23	12	24	13	58	31	188
Veneto	788	41	79	4	227	12	196	10	644	33	1.935
Friuli V.G.	218	41	15	3	55	11	44	8	194	37	527
Liguria	297	38	47	6	110	14	85	11	252	32	790
Emilia R.	669	36	98	5	237	13	187	10	675	36	1.866
Toscana	598	35	94	5	212	12	168	10	660	38	1.732
Umbria	162	41	10	3	47	12	33	9	139	36	391
Marche	291	42	34	5	81	12	57	8	229	33	692
Lazio	1.192	45	138	5	301	11	240	9	789	30	2.661
Abruzzo	276	47	17	3	61	10	45	8	183	31	583
Molise	61	49	1	1	11	9	9	7	43	34	125
Campania	1.157	47	89	4	259	11	190	8	752	31	2.447
Puglia	844	46	60	3	168	9	120	6	656	36	1.847
Basilicata	104	44	8	3	21	9	15	7	86	37	234
Calabria	407	47	41	5	90	10	60	7	269	31	866
Sicilia	1.115	50	95	4	239	11	158	7	606	27	2.213
Sardegna	343	44	20	3	79	10	52	7	284	37	778
Italia	11.226	43	1.142	4	2.966	11	2.298	9	8.425	32	26.058

[1] La spesa si riferisce ai farmaci di Classe A-Ssn e ai farmaci di classe C (24 milioni di euro) rimborsati dal Ssn esclusivamente per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della legge 203/2000; [2] Milioni di euro; [3] Calcolata sul totale della spesa regionale

I risultati in fascia A

Regione	Fascia A rimborsata dal Ssn - Spesa lorda pro capite pesata	Acquisto privato di fascia A, C, Sop e Otc - Spesa pro capite pesata
Piemonte	166,7	104,1
V. d'Aosta	163,7	120,7
Lombardia	179,4	111,5
Pa Bolzano	129,1	105,9
Pa Trento	147,1	104,1
Veneto	162,1	103,4
Friuli V.G.	164,7	86,5
Liguria	160,6	130,9
Emilia R.	145,4	113,7
Toscana	148,6	118,0
Umbria	170,9	94,8
Marche	178,8	106,0
Lazio	216,2	123,3
Abruzzo	204,3	91,6
Molise	186,0	64,7
Campania	228,0	106,1
Puglia	219,2	90,4
Basilicata	179,2	77,8
Calabria	216,6	101,3
Sicilia	235,9	104,3
Sardegna	209,1	92,6
Italia	187,7	107,2

Spesa Ssn pro capite

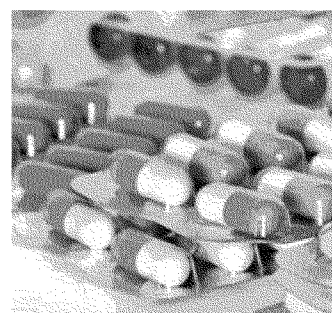
Regione	Euro	Δ% 13/12
Piemonte	139,0	-10,4
V. d'Aosta	112,0	15,0
Lombardia	118,8	-23,1
Pa Bolzano	167,8	3,4
Pa Trento	113,0	-16,2
Veneto	132,6	-15,4
Friuli V.G.	146,3	-2,0
Liguria	165,3	-4,2
Emilia R.	146,6	-3,0
Toscana	165,3	-11,2
Umbria	146,6	-4,1
Marche	140,7	-4,5
Lazio	143,5	-15,0
Abruzzo	135,7	-35,5
Molise	129,9	-34,6
Campania	148,2	-9,4
Puglia	170,6	-34,4
Basilicata	148,6	-8,2
Calabria	143,3	-7,4
Sicilia	128,2	-24,7
Sardegna	173,6	1,7
Italia	141,2	-13,8
Nord	132,2	-11,5
Centro	150,6	-11,1
Sud e Isole	148,3	-21,2

Fonte: elab. Osmed su dati Nsis relativi alla tracciabilità del farmaco - Dm 15 luglio 2004

Composizione della spesa farmaceutica 2013

	Spesa	%
Spesa convenzionata lorda	11.226	43,1
Distribuzione diretta e per conto di fascia A	3.003	11,5
Classe A privato	1.142	4,4
Classe C con ricetta	2.966	11,4
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	2.298	8,8
Asl, aziende ospedaliere, Ria e penitenziari*	5.422	20,8
Totale	26.057	100,0

(*) Al netto della spesa per distribuzione diretta e per conto di medicinali di classe A



Composizione della spesa farmaceutica 2013 per I livello Atc e classe di rimborsabilità

Categoria terapeutica	Classe A-Sns ^[1]		Acquisto privato di classe A		Classe C con ricetta		Automedicazione Sop e Otc		Strutture sanitarie pubbliche		Totale Euro ^[2]
	Euro ^[2]	% ^[3]	Euro ^[2]	% ^[3]	Euro ^[2]	% ^[3]	Euro ^[2]	% ^[3]	Euro ^[2]	% ^[3]	
C - Cardiovascolare	3.604	85,9	203	4,8	59	1,4	142	3,4	185	4,4	4.194
A - Gastrointestinale e metabolismo	1.947	54,1	192	5,3	273	7,6	644	17,9	545	15,1	3.601
L - Antineoplastici e immunomodulatori	252	7,0	23	0,6	9	0,3	-	-	3.305	92,1	3.589
N - Snc	1.398	42,7	148	4,5	938	28,6	253	7,7	538	16,4	3.275
J - Antimicrobici	898	33,3	138	5,1	85	3,1	-	-	1.572	58,4	2.693
B - Sangue e organi emopoietici	576	29,9	79	4,1	89	4,6	16	0,8	1.166	60,6	1.926
R - Respiratorio	1.023	58,2	118	6,7	168	9,5	394	22,4	55	3,1	1.758
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	412	31,8	38	2,9	659	50,9	80	6,2	106	8,2	1.294
M - Muscolo scheletrico	485	37,6	175	13,6	210	16,3	354	27,4	67	5,2	1.291
D - Dermatologici	59	9,0	36	5,5	245	37,2	294	44,7	24	3,7	657
S - Organi di senso	215	34,7	18	2,9	164	26,5	120	19,4	102	16,5	619
H - Ormoni sistemici	216	38,3	51	9,1	27	4,8	-	-	270	47,8	565
V - Vari	106	19,1	<0,1	<0,1	38	6,9	-	-	488	88,5	551
P - Antiparassitari	12	56,9	3	14,5	3	16,2	1	6,8	1	5,6	21
Totale	11.202	43,0	1.142	4,4	2.966	11,4	2.298	8,8	8.425	32,4	26.034

[1] Spesa di fascia A al netto della fascia C rimborsata per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della legge n. 203 del 19 luglio 2000 (24 milioni di euro); [2] Lorda in milioni di euro; [3] Calcolata sulla categoria.

Fonte: OsMed, Tracciabilità del farmaco ed elaborazione OsMed su dati Ims Health

*Titolo V
di male in peggio*

Il Patto si correla alla riforma della Costituzione e «l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari» è competenza esclusiva delle Regioni. Senza correttivi, aumenteranno le disuguaglianze e rischia la quota di spesa a carico delle famiglie.

RICCIARDI PAG. 6

PATTO PER LA SALUTE/ Federalismo: i problemi dell'organizzazione in mano alle Regioni

Nuovo Titolo V, rischi in più

Le politiche locali aumentano le diversità - La logica del "multi-pilastro"

DI WALTER RICCIARDI

Nel commentare l'importante passaggio della firma del Patto per la salute da parte di Stato e Regioni, non si può non esprimere una nota di ottimismo per come il nostro Paese, in controtendenza con gli altri dell'Europa meridionale e il Regno Unito, sta concretamente cercando di difendere la grande conquista di civiltà rappresentata dal Ssn, anche adattandolo alla mutevole realtà economica, sociale e politica dei nostri tempi.

Certo le sfide sono ancora tante, tutte rimarcate nella pregevole introduzione al Patto, e alcune impostazioni risentono della necessità di un compromesso tra istanze molto diverse sia tra che all'interno delle stesse Regioni.

Il Patto si correla alla proposta di riforma della Costituzione in cui alcune materie vengono tolte alla competenza regionale e affidate allo Stato, come il «coordinamento della finanza pubblica» e il «commercio con l'estero». Lo Stato avrà inoltre legislazione esclusiva in politica estera e nei rapporti internazionali, nei rapporti con l'Unione europea, nelle politiche di asilo e di immigrazione. Sempre allo Stato spettano il «coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale» e la «tutela dei beni culturali e paesaggistici», delle «disposizioni generali e comuni su ambiente ed ecosistema» e delle «attività culturali e sul turismo». Infine, tornano di competenza esclusiva dello Stato materie come produzione, trasporto e distribuzione nazionali di energia e le grandi reti di trasporto. Le Regioni potranno poi ve-

dersi devolute dallo Stato «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» su giustizia di pace, istruzione, turismo e beni culturali, ma a condizioni che esse siano «in condizioni di equilibrio tra le entrate e le spese».

Per quanto attiene a salute e sanità, rimangono allo Stato le «disposizioni generali e comuni», mentre «l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari» diventa di competenza esclusiva delle Regioni.

In questo contesto, la preoccupazione vera, considerando le politiche specifiche a oggi svolte dalle Regioni, è che, in assenza di difficili e complessi correttivi, aumenteranno ancora di più le disuguaglianze già in atto e che, in alcune di esse, si rischia di incrementare la quota di spesa socio-sanitaria a carico delle famiglie, con il rischio di aumentare la quota di circa il 7,6% delle famiglie a rischio di povertà, a fronte di una quota di oltre il 15,5% di povertà accertata cosiddetta assoluta/relativa (Istat, 2013).

In questo contesto, va sottolineato che le ultime manovre economiche realizzate in Italia in risposta alla tempesta finanziaria avevano portato a: ridimensionamento degli attuali livelli di finanziamento dell'assistenza sanitaria; introduzione di ulteriori ticket; tagli drastici nei trasferimenti alle Regioni e alle municipalità dei fondi sulla disabilità, l'infanzia, gli immigrati e su altri aspetti sociali delle politiche di "welfare", che sono anche tra i principali determinanti sociali di salute.

Per la prima volta, invece, il Patto dà certezza (naturalmente correlata alla capacità del Paese di "tenere" economi-

camente) sulle risorse disponibili, tocca concretamente dimensioni come la riduzione dell'inappropriatezza, l'implementazione della "clinical governance" (attraverso cure più sicure, l'Ebm, il rafforzamento dei sistemi informativi, l'Hta) e altre importanti dimensioni dell'assistenza sanitaria (liste d'attesa, continuità della cura, integrazione socio-sanitaria, centralità del paziente).

Per quanto attiene al finanziamento del sistema, posto che la spesa sanitaria italiana non è di certo più alta di altri sistemi sanitari riconosciuti come virtuosi, e che il trend finanziario è di ridotta disponibilità di finanziamenti pubblici, il meccanismo dei cosiddetti costi standard non rappresenta altro che il tentativo, da parte dell'amministrazione centrale, di garantire "alla fonte" che i costi di prodotti, servizi e prestazioni non oscillino in modo incontrollato e incontrollabile, in virtù di dinamiche che nel nostro Paese, soprattutto in alcune Regioni, seguono logiche strumentali o addirittura di franca illegalità.

È evidente, però, che una gestione efficace, efficiente, equa e umana dei servizi sociali e sanitari da parte delle Regioni non può essere basata solo su questo approccio, pur in questa fase storica, utile e, forse, indispensabile.

In questo quadro è fondamentale che la programmazione sanitaria regionale debba affiancare e integrare gli attuali criteri di destinazione delle risorse, ancora fortemente improntati sui risultati economico-gestionali, con indicatori di salute e valutazione degli esiti delle prestazioni. Tale attività dovrà essere supportata, a livello centrale, dalla

LE RACCOMANDAZIONI DI IMPACT PROACTIVE 2014

Priorità alla presa in carico integrale

Il 27 e 28 giugno si è svolta a Firenze la sesta edizione di Impact proactive, il summit multidisciplinare che ogni anno raduna tutte le componenti del sistema sanitario a vario titolo coinvolte nell'applicazione della legge 38/2010. Ministero della Salute, Agenas, Regioni e oltre 70 Società scientifiche, Associazioni di categoria e Fondazioni hanno discusso i risultati raggiunti e le criticità ancora da superare, al fine di garantire a tutti i cittadini il diritto a non soffrire. Più di 200 delegati, provenienti da tutta Italia, hanno preso parte alla due giorni di lavori. Un ruolo di primo piano, quest'anno, è stato quello giocato da pazienti e cittadini che, attraverso Cittadinanzattiva e Federconsumatori, hanno portato all'attenzione della platea i bisogni e le aspettative di chi è costretto a convivere con il dolore. Grazie alla partecipazione di importanti esperti europei, l'evento si è arricchito anche di un respiro e di una visione internazionale.

Come preannunciato alla fine del workshop 2013, nell'edizione di quest'anno ci siamo concentrati sulla discussione delle buone pratiche diagnostico-terapeutiche, indispensabili per portare a termine il processo di attuazione della Legge 38 e per superare le resistenze che ancora si oppongono a questo obiettivo. Abbiamo quindi strutturato dei gruppi di lavoro che, in ottica "choosing wisely", hanno approfondito specifiche tematiche di interesse: l'integrazione sul territorio tra Unità di cure palliative (Ucp) e Medici di medicina generale; doveri delle Istituzioni e diritti dei cittadini; l'appropriata diagnosi e terapia del Breakthrough cancer pain; l'importanza dell'approccio multidisciplinare al dolore; le scelte "sagge" per affrontare la sofferenza di natura osteoarticolare.

Questi gruppi di lavoro Impact proactive 2014 hanno così individuato una serie di indicazioni "giuste", condivise e appropriate, sui trattamenti da implementare e quelli da ridimensionare, perché troppo spesso non necessari. Tutti gli attori del sistema devono esserne resi consapevoli. Alcune delle raccomandazioni più importanti emerse sono state: implementare il lavoro d'équipe e la presa in carico integrata del paziente, anche con il supporto di reti informatiche per la condivisione real time delle informazioni; dedicare tempo adeguato all'ascolto del

malato, rendendolo più partecipe nelle scelte di cura; privilegiare un approccio precoce al dolore, senza attendere che cronicizzi; evitare di prescrivere esami e terapie senza prima un inquadramento clinico e psicologico del paziente; scoraggiare l'uso improprio di Fans e l'automedicazione; intensificare l'impegno nel formare i medici e informare i cittadini.

Uno dei fronti su cui occorre ancora lavorare è anche l'umanizzazione della medicina, cruciale nel campo del dolore. Serve un maggiore sforzo dei clinici verso la riflessione e la disponibilità all'ascolto del paziente, che si attua dando valore alla sua specifica storia e instaurando con lui una relazione simmetrica. Solo così sarà possibile raccogliere le informazioni e sviluppare gli strumenti necessari affinché le cure siano davvero tailor-made. Da contrastare la tendenza alla supermedicalizzazione, perché ciò che non è utile può essere dannoso, per la salute del malato e per l'ulteriore aggravio di costi. I tempi sono ormai maturi per passare da "Impact proactive" a "Impact in action": sulla base delle scelte "giuste" definite, ci auguriamo di poter avviare entro l'anno alcune azioni pilota, che ci consentano di implementare un reale cambiamento nella pratica clinica di gestione del dolore.

Il summit fiorentino, come è sua tradizione, ha voluto dunque non solo favorire la discussione, il confronto e la condivisione fra tutti gli interlocutori presenti, ma essere anche "motore" di attività, progettualità e strategie di comunicazione che permettano l'informazione e l'aggiornamento delle diverse competenze coinvolte nella presa in carico del paziente che soffre. L'impegno è che all'evento possa seguire una significativa sensibilizzazione del "grande pubblico" sui diritti che la legge 38/2010 ha sancito per i cittadini, da rendere attuabili non soltanto in alcune Regioni, ma su tutto il territorio nazionale.

Gian Franco Gensini

*presidente del Comitato scientifico Impact proactive
e ordinario di Medicina interna Università di Firenze*

Approccio precoce
da privilegiare

Il personale del Ssn. Un esercito di 715.992 addetti. Età media 47,3 anni. Il rapporto del Ministero

I dati, riferiti al 2011, contano 243.855 medici, 332.857 infermieri, 49.555 unità di personale con funzioni riabilitative, 45.285 unità di personale tecnico sanitario e 10.894 unità di personale con funzioni di vigilanza ed ispezione. Tra i contratti, 665.031 a tempo indeterminato, 34.125 unità con rapporto di lavoro flessibile e 16.836 personale universitario. Nel 2010 il personale del sistema sanitario nazionale ammontava a 724.245 unità.

23 LUG - Diminuisce il personale del sistema sanitario nazionale. Ad evidenziarlo è la seconda fotografia scattata dal ministero della salute al personale dipendente che opera nelle Aziende Sanitarie Locali (strutture territoriali ed ospedali), nelle Aziende Ospedaliere e nelle Aziende Ospedaliere Universitarie. Ad esso si aggiunge il personale dipendente dell'Università che eroga prestazioni assistenziali presso le Aziende Sanitarie, il personale delle strutture equiparate al pubblico cioè dei Policlinici universitari privati, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), degli ospedali classificati, degli istituti qualificati presidi delle USL, degli enti di ricerca, ma anche del personale delle case di cura convenzionale "poiché concorre all'erogazione delle prestazioni sanitarie per conto del Ssn" e delle personale delle strutture di riabilitazione ex art 26 legge 833/78, i medici di continuità assistenziale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Dalla sommatoria e dall'integrazione dei dati disponibili dalle varie fonti informative analizzate il ministero infatti ha contato nel 2011 ben 715.992 dipendenti nel Ssn a fronte dei 724.245 dell'anno precedente. Nel 2011, in particolare, c'erano 243.855 medici, 332.857 unità di personale infermieristico, 49.555 unità di personale con funzioni riabilitative, 45.285 unità di personale tecnico sanitario e 10.894 unità di personale con funzioni di vigilanza ed ispezione che operano nei vari livelli di assistenza: medicina primaria, riabilitazione, ospedaliera, ambulatoriale. L'età media del personale è pari a 47,3 anni, con valori inferiori al valore medio per il personale infermieristico (44,5 anni), tecnico sanitario (45,9 anni) e con funzioni riabilitative (46,7 anni).

Delle 715.992 unità, nel 2011, 665.031 avevano un contratto a tempo indeterminato, in 34.125 casi si trattava di persone con rapporto di lavoro flessibile e in 16.836 di personale universitario. Il rapporto tra personale con rapporto di lavoro flessibile e personale a tempo indeterminato risulta pari a 13,9% nel comparto dirigenti del ruolo tecnico, a 15,5% nei profili del ruolo professionale, a 6% nei profili del ruolo tecnico, a 4,1% nel personale con funzioni riabilitative, a 6,5% per i medici, a 4,1% per il personale infermieristico e solo all'1,9% per i veterinari.

Nel corso del 2011 sono cessati dal servizio 30.454 unità di personale di cui circa il 51% è costituito da personale collocato a riposo per limiti di età, dimesso con diritto a pensione, rapporto di lavoro risolto con 40 anni di contribuzione e licenziato (cosiddetti cessati puri). Complessivamente, l'anzianità media di servizio risulta pari a 17,3 anni; si passa da 8,3 anni per il ruolo professionale a 15,5 per i medici e a 17,3 anni per il personale infermieristico.

Ecco i dettagli della seconda edizione dell'analisi del Ministero della Salute sul personale Ssn.

MEDICI. Nel 2011 i medici impiegati nelle ASL, nelle aziende Ospedaliere ed Universitarie, negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV al 31/12/2011 risultano pari a 109.170 cioè 1,84 medici per mille abitanti, operano nell'area funzionale dei servizi con 30.367 unità di cui il 68% nelle specialità di anestesia e rianimazione, radiodiagnostica, igiene e medicina preventiva; nell'area funzionale di chirurgia con 25.435 unità di cui il 64% nelle specialità di chirurgia generale, ginecologia ed ostetricia, ortopedia e traumatologia; nell'area funzionale di medicina con 42.210 unità di cui il 54% nella medicina interna, cardiologia, psichiatria e pediatria. L'età media dei medici del SSN è pari a 50,3 anni e si rileva una crescente femminilizzazione della professione con una maggiore presenza di donne nelle classi più giovani. Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe di età compresa tra 50 e 59 anni sia la più numerosa e come a quella di età compresa tra 30 e 34 anni corrisponda invece, la percentuale minore. La quota di donne medico sul totale è superiore a quella degli uomini nelle fasce di età inferiori ai 40 anni. Inoltre, il 30% dei medici di famiglia ed il 64% tra i pediatri di libera scelta è di sesso femminile. Dall'analisi della distribuzione per aree geografiche emerge che i medici che operano nelle strutture pubbliche ed equiparate al pubblico (133.983 unità) sono presenti al Nord con una percentuale di oltre il 43%, al Centro di circa 22%, al Sud ed isole rispettivamente 22% e 13%. Con riferimento ad alcune specializzazioni ed a specifici gruppi di popolazione, è stato realizzato un approfondimento sulla distribuzione per regione dei medici del SSN.

Pediatria: con riferimento alla medicina di base si rileva una media di 0,99 pediatri di libera scelta ogni 1.000 residenti tra 0 e 14 anni non compiuti, mentre nelle aziende sanitarie sono 0,44 i pediatri per 1.000 residenti di età 0 e 18 anni non compiuti.

Geriatría e Medicina interna: i geriatri presenti nelle strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale sono nel 2011 pari a 1.422 unità pari a 0,12 per 1.000 residenti di età 65 e oltre, mentre la medicina interna è presente con un numero di medici pari a 0,63 per 1.000 abitanti ultra 65-enni.

Chirurgia generale e dell'apparato digerente: nell'area funzionale di chirurgia si rilevano 0,14 chirurghi generali e dell'apparato digerente ogni 1.000 residenti adulti (età superiore o uguale a 18 anni).

Ostetricia e ginecologia: nell'area chirurgica si rilevano nell'anno 2011 0,26 medici ginecologi/ostetrici ogni 1.000 donne in età compresa tra 14 e 64 anni.

Attività libero professionale: dal conto annuale è possibile rilevare il numero di medici del SSN con rapporto contrattuale di esclusività con la propria azienda sanitaria. Inoltre, dal 2011 nella tabella 1F, è stata introdotta una sezione dedicata alla rilevazione dei dirigenti medici che esercitano l'attività professionale intramuraria e intramuraria allargata, in quanto il rapporto di esclusività è condizione necessaria ma non sufficiente per l'esercizio della libera professione.

Nel 2011 i medici che operano nelle aziende sanitarie con rapporto esclusivo ammontano a 103.202 unità (ossia il 94,5% dei medici a tempo indeterminato) 42.542 medici cioè il 39% svolgono attività libero professionale intramuraria e 18.458 cioè il 16,9% del totale a tempo indeterminato svolgono attività libero professionale allargata cioè fuori dagli spazi aziendali. A livello regionale esistono notevoli differenziazioni sia in termini generali di esercizio dell'attività libero professionale sia in termini specifici di tipologia di svolgimento della stessa. Più precisamente la percentuale dei medici con attività libero professionale intramuraria passa dall'11,8% in Abruzzo al 97,1% nella P.A di Trento; molto disomogenea è la distribuzione percentuale dei medici con attività libero professionale allargata: quasi inesistente in alcune zone quali Bolzano, Trento e Toscana, con punte del 45,2% in Molise e comunque oltre il 20% in Lombardia, Liguria, Marche, Lazio e Puglia.

Per la medicina specialistica ambulatoriale si annoverano 15.609 medici convenzionati (fonte: SISAC) con 17.338.044 ore remunerate. Gli specialisti ambulatoriali sono presenti al Nord con una percentuale pari al 36% rispetto al numero complessivo, al Centro pari al 24,4%, al Sud pari al 29,2% e al 10% nelle Isole.

Per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta le percentuali si attestano ad oltre il 43% al

Nord, 21% al Centro, 24,2% al Sud e 12,3% nelle Isole.

PERSONALE AREA INFERMIERISTICA. Nel 2011 il personale infermieristico delle ASL, delle aziende Ospedaliere ed Universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV ammonta a 276.862 unità di cui di 260.092 infermieri, 6.594 infermieri pediatrici e 10.176 ostetriche. L'età media è pari a 44,5 anni con un'anzianità media di servizio di 17,9 anni. Il rapporto rispetto ai residenti è di 4,46 per mille che sale al 4,77 se consideriamo anche gli ospedali equiparati al pubblico; la media nazionale del rapporto tra il personale infermieristico e quello medico è pari a 2,43.

PERSONALE AREA DELLA RIABILITAZIONE. Nel 2011 il personale addetto alla riabilitazione delle ASL, delle aziende Ospedaliere ed Universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV pari a 20.378 unità è composto per circa il 63% da fisioterapisti, 18% da educatori professionali e 12% da logopedisti. L'età media è pari a 46,7 anni con anzianità di servizio di 17 anni. Il rapporto tra personale dell'area di riabilitazione e popolazione residente è 0,32; con riferimento anche all'equiparato pubblico è pari a 0,36 per mille abitanti.

PERSONALE AREA TECNICA E DELLA PREVENZIONE. Nel 2011 l'area tecnica sanitaria e della prevenzione è costituita dall'area assistenziale, dall'area diagnostica e dall'area della prevenzione. Il personale dell'area diagnostica costituito in maggior numero da tecnici di laboratorio e di radiologia medica ammonta a 34.547 unità, quello dell'area assistenziale ammonta a 2.251 unità e quello dell'area della prevenzione ammonta a 11.043 unità con il 67% di tecnici della prevenzione. L'età media del personale dell'area tecnica è di 45,9 anni e l'anzianità di servizio pari a 17,5 anni di servizio. Il rapporto tra tale personale e la popolazione residente oscilla tra 0,59 e 0,64 per mille abitanti a seconda che ci si riferisca o meno anche alle strutture equiparate al pubblico. L'età media del personale dell'area della prevenzione (personale addetto alla vigilanza e all'ispezione) è di 48,9 anni ed il rapporto sulla popolazione residente è pari a 0,19 ogni 1.000 abitanti. Tutti gli indicatori costruiti (numero di professionisti per 1000 abitanti) sono calcolati considerando il personale a tempo indeterminato.

PERSONALE OSPEDALIERO E GIORNATE DI DEGENZA. In questa seconda edizione dello studio, è stata introdotta una sezione dedicata all'analisi della consistenza di personale sanitario, in particolare medici e personale infermieristico, rispetto alle giornate di degenza, riferite ai soli ricoveri ordinari, erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate. Più precisamente le strutture ospedaliere considerate sono gli Ospedali a gestione diretta, le Aziende Ospedaliere, le Aziende universitarie con i policlinici privati, gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici, privati e fondazioni; per il personale le fonti di riferimento sono Conto annuale e modello HSP16. Il personale considerato è costituito da personale SSN e universitario, a tempo indeterminato e tempo determinato. L'indicatore giornate di degenza per unità di personale è stato calcolato a livello nazionale distinguendo le tipologie di strutture ospedaliere, a livello regionale con riferimento all'insieme delle strutture ospedaliere.

(Fonte: quotidianosanità)

Italiani in fuga dal Servizio sanitario

Spesa privata, giro da 30 miliardi

Ticket stellari e tempi di attesa troppo lunghi stanno spingendo sempre più connazionali - oltre 12 milioni - verso gli operatori della sanità privata



Italiani in fuga dal Servizio sanitario nazionale. Ticket stellari e tempi di attesa troppo lunghi stanno spingendo sempre più connazionali - oltre 12 milioni - verso gli operatori della sanità privata. Che si leccano i baffi. Secondo le stime che emergono dal documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità economica del Ssn, condotta dalle commissioni Bilancio e Affari Sociali della Camera, la spesa privata ha sfondato il muro dei 30 miliardi l'anno. Per l'esattezza 30,3 mld, tra farmaceutica, diagnostica e assistenza, che - come si legge nel documento - costituiscono «una percentuale rilevante della spesa sanitaria complessiva». Una spesa ingente che - osservano i deputati - «pur non collocandosi su un livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per intero “out of pocket”, mentre altrove è in buona parte intermediata da assicurazioni e fondi». L'indagine della Camera svela anche i motivi di questa emigrazione di pazienti dal pubblico al privato: «È stato rilevato - si legge nel documento - come l'applicazione dei ticket stia di fatto escludendo le fasce economicamente più deboli della popolazione dall'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare a quelle di specialistica e diagnostica». Questa fotografia trova conferma nei dati rilevati dal Censis. Secondo una recente ricerca dell'istituto sul ruolo della sanità integrativa, sono infatti sempre di più gli italiani che pagano di tasca propria i servizi sanitari che il pubblico non garantisce più: nel 2013 la spesa sanitaria privata è infatti aumentata del 3% rispetto al 2007. E nello stesso arco di tempo quella pubblica è rimasta quasi ferma (+0,6%).

I numeri

Secondo il Censis, gli italiani sono costretti a scegliere le prestazioni sanitarie da fare subito a pagamento e quelle da rinviare oppure non fare. Così, crolla il ricorso al dentista a pagamento (oltre un milione di visite in meno tra il 2005 e il 2012), ma nello stesso periodo aumentano gli italiani che pagano per intero gli esami del sangue (+74%) e gli accertamenti diagnostici (+19%). Ormai il 41,3% dei cittadini paga per intero le visite specialistiche. Cresce anche la spesa per i ticket, sfiorando i 3 miliardi di euro nel 2013: +10% in termini reali nel periodo 2011-2013. Insieme alla spesa cresce anche il numero delle persone che si rivolgono al privato, secondo gli ultimi dati del Censis 12,2 milioni di italiani. La ragione fondamentale è che nel pubblico bisogna aspettare troppo tempo per accedere alle prestazioni, come dichiarato dal 61% di coloro che ricorrono alla sanità privata. Altre motivazioni sono per il 33% la possibilità di scegliere il medico di fiducia e per il 18,2% «se paghi vieni trattato meglio», mentre il 15% fa riferimento all'indicazione di una persona di fiducia. La fuga nel privato riguarda soprattutto l'odontoiatria (90%), le visite ginecologiche (57%) e le prestazioni di riabilitazione (36%). Ma il 69% delle persone che hanno effettuato prestazioni sanitarie private reputa alto il prezzo pagato e il 73% ritiene elevato il costo dell'intramoenia.

Ticket alti

Uno scenario che incide sul giudizio che gli italiani hanno del Ssn. A finire nel mirino è soprattutto il costo dei ticket. Secondo quanto rilevato dagli esperti del Censis, il 50% degli italiani ritiene che il ticket sulle prestazioni sanitarie sia una tassa iniqua, il 19,5% pensa che sia inutile e il 30% lo considera invece necessario per limitare l'acquisto di farmaci. Il 56% dei cittadini ritiene troppo alto il ticket pagato su alcune prestazioni sanitarie, mentre il 41% lo reputa giusto. Si lamentano di dover pagare ticket elevati soprattutto per le visite ortopediche (53%), l'ecografia dell'addome (52%), le visite ginecologiche (49%) e la colonscopia (45%). Molto diffusa è poi la percezione di una copertura pubblica sempre più ristretta: il 41% degli italiani dichiara che la sanità pubblica copre solo le prestazioni essenziali e tutto il resto bisogna pagarselo da soli, per il 14% la copertura pubblica è insufficiente per sé e la propria famiglia, mentre il 45% la ritiene adeguata per le prestazioni di cui ha bisogno. In questa cornice spicca il dato relativo alla sanità integrativa. Il Censis stima in 6 milioni gli italiani che hanno aderito a un fondo sanitario integrativo. Considerando anche i loro familiari, si sale a circa 11 milioni di assistiti. Pochi, rispetto a quanto si registra in altri Paesi europei. Secondo il recente rapporto «Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali» di Censis e Unipol, «l'Italia resta una delle poche economie avanzate in cui la spesa sanitaria “out of pocket” intermediata - vale a dire gestita attraverso assicurazioni integrative o strumenti simili - si ferma a una quota molto bassa: appena il 13,4% del totale della spesa sanitaria privata, a fronte del 43% della Germania, del 65,8% della Francia, del 76,1% degli Stati Uniti».

Boom dell'intramoenia

Oltre alla sanità privata, si assiste anche a un boom dell'intramoenia. Sempre più italiani vi fanno ricorso per curarsi. Sfiniti da liste d'attesa troppo lunghe e da ticket comunque salati, molti, al momento di sottoporsi a una visita specialistica o a un semplice esame diagnostico, ricorrono a prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Secondo gli ultimi dati del Censis, è pari a quasi il 12% la quota di coloro che si rivolgono più all'intramoenia che al pubblico: oltre il 14% nella fascia d'età tra i 30 e i 45 anni, con punte del 17% tra gli abitanti del Sud e delle Isole. Analizzando l'indagine a livello territoriale, la frequenza con la quale si ricorre all'intramoenia è aumentata per il 10% nel Nord-Ovest; per il 3% nel Nord-Est; per il 12,8% in Centro; per il 17,2% nel Sud e nelle Isole. Il ricorso all'intramoenia, più che una scelta, sembra però essere una necessità. La fotografia scattata dall'ultimo Rapporto Pit-Salute di Cittadinanzattiva-Tribunale diritti del malato sembra dire questo: oltre il 15% dei cittadini segnala infatti il «necessario ricorso all'intramoenia per potersi curare», pur percependo tale soluzione come una «vera ingiustizia». Spesso infatti, a fronte di lunghe attese per esami o visite specialistiche, vengono proposte soluzioni in intramoenia in pochissimo tempo.

Le cliniche private

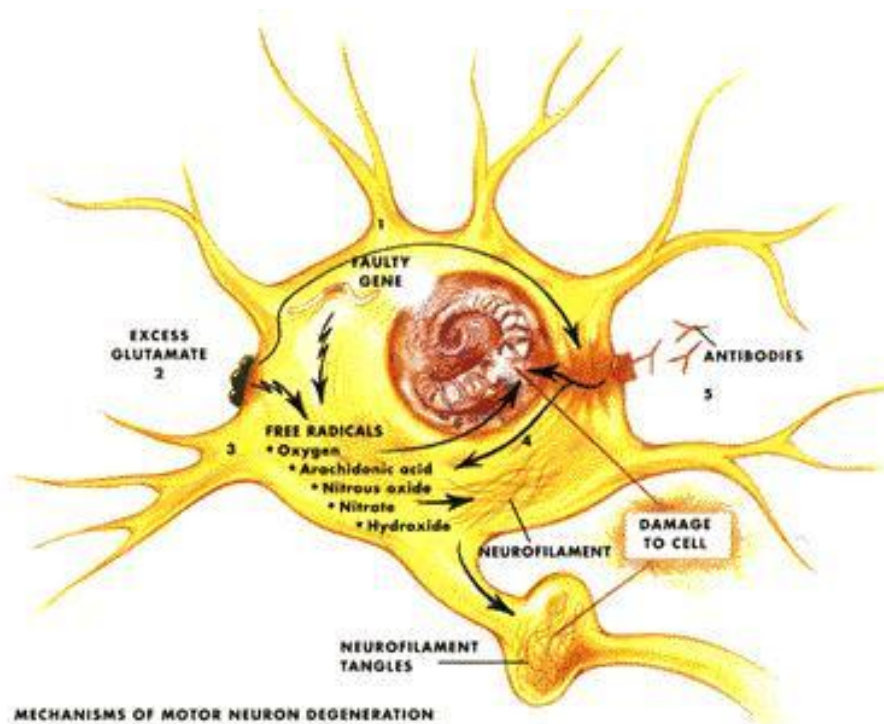
Ma quante sono le cliniche private in Italia? Se ne contano circa 600. Di queste, solo 64 - circa il 10% - non sono accreditate col Servizio sanitario nazionale. È quanto emerge dai dati della Direzione generale del sistema informativo e statistico del Ministero della Salute, che scatta una fotografia sul mondo delle strutture private (accreditate e non) aggiornata al 2011. Analizzando la tabella nel dettaglio, un dato su tutti salta agli occhi: circa la metà delle strutture private attive in Italia - 266 su 589 - si trova in quattro regioni, cioè Lombardia (72), Lazio (65), Campania (65) e Sicilia (64). Un altro aspetto che emerge è quello relativo alle (poche) strutture non accreditate col Ssn: solo 64. Di queste, circa la metà (29) si trova nel Lazio. Altre 12 strutture “svincolate” dal servizio pubblico si contano in Lombardia. Per il resto, nelle altre regioni, le Case di cura private sono quasi tutte accreditate. In Campania solo 5 strutture su 65 non sono legate al Ssn. In Sicilia, invece, le 64 case di cura private sono tutte accreditate.

(Fonte: Adnkronos Salute)



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Il robot con lo stetoscopio

LA TECNOLOGIA

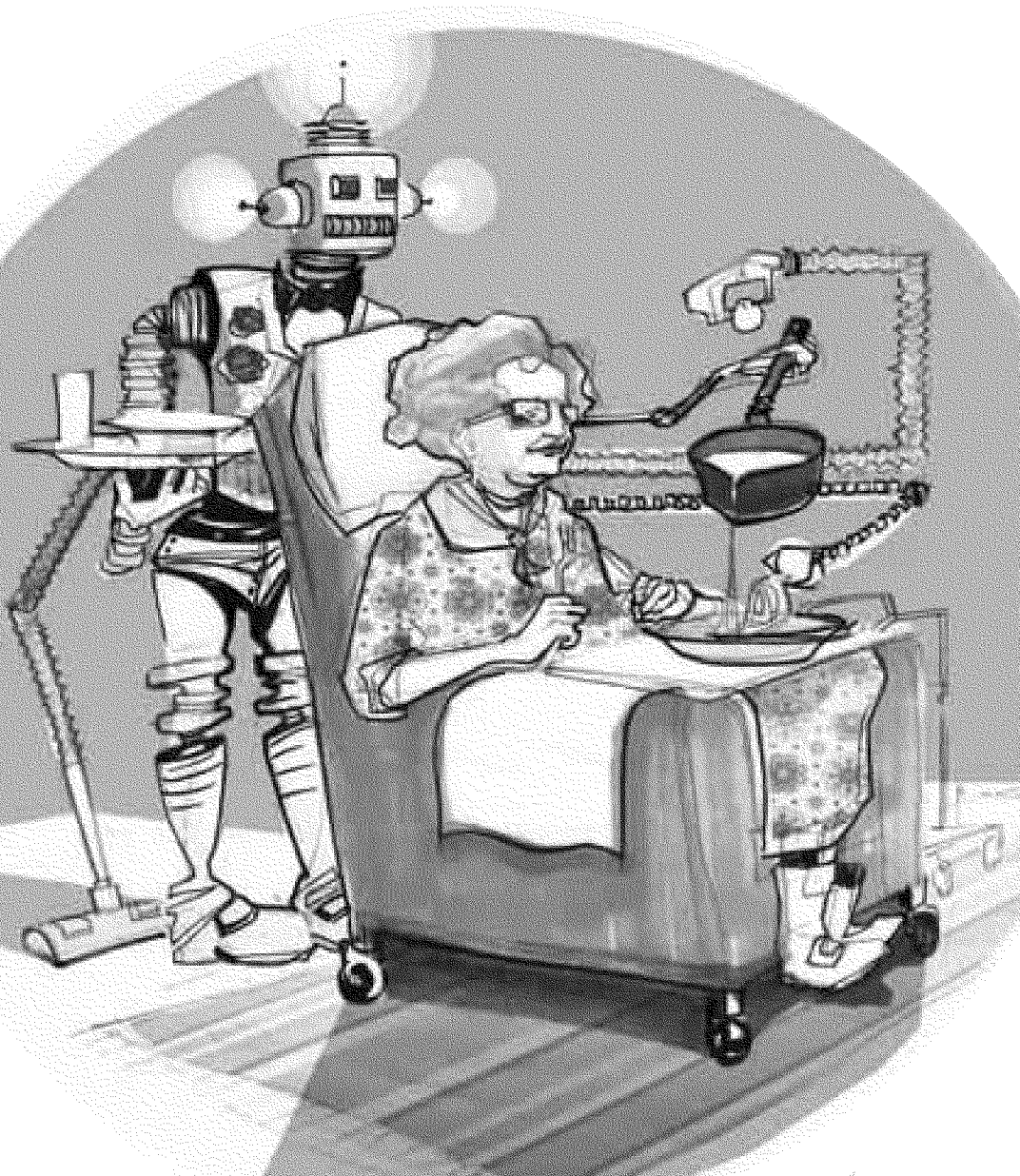
NEW YORK

Infaticabili e pazienti, onesti e affidabili, gli infermieri di ultima generazione stanno imparando di giorno in giorno ad assolvere nuove funzioni per la cura dei malati ai quali sono affidati. Eppure nonostante i progressi, qualcuno li giudica ancora un po' freddini nel rapporto umano, e un po' pesanti nel tocco professionale. Ma in fondo cosa ci si può aspettare di più da un robot elettronico?

Ci si può aspettare molto invece, al punto che alcuni analisti del servizio sanitario hanno azzardato l'ipotesi che con il tempo (dieci anni secondo Rosalind Picard del MIT di Boston) i robot saranno in grado di sostituire i paramedici, e in un tempo più lungo gli stessi dottori. In tutto il mondo il settore della sanità è uno dei segmenti dell'economia che cresce più rapidamente, affiancato da una generazione crescente di anziani. La carenza di personale paramedico che li assista è critica, e l'idea che il loro posto possa essere preso almeno in parte dalle macchine, è allettante per molti servizi sanitari nazionali.

L'ESPERIMENTO

I primi ad averlo capito, e ad avere puntato abbondanti risorse per la creazione di robo-infermieri, sono i giapponesi. Il governo di Tokio finanzia due terzi delle spese di ricerca per i robot-infermieri, nella quale sono impegnate 24 grandi aziende nazionali tra cui la Toyota. Ed è dal laboratorio giapponese della Kokoro che nel 2003 è uscito Actroid, il modello che più si avvicina alle sembianze umane, e che da un anno ormai siede al fianco del letto di alcuni pazienti d'ospedale, in un esperimento condotto dal ministero della Sanità di Tokio. Il silicone che ricopre la testa e le mani degli auto-



mi simula la pelle umana nei minimi dettagli, mentre parrucca e abiti perfezionano la finzione. Actroid può seguire la direzione

COSMO BOT ROMPE L'ISOLAMENTO DEI BAMBINI AUTISTICI PARO È UN CUCCIULO DI FOCA PER CHI SOFFRE DI ALZHEIMER

degli occhi della persona alla quale siede accanto e cercare di puntargli gli occhi addosso. Può decodificare la sua voce e rispondere, tramite il computer che ospita al suo interno. Non si muove e non svolge funzioni mediche, ma la sua presenza è conforto per i malati costretti ad una lunga degenza. Actroid è il tentativo più evidente di sostituire la figura di un infermiere con una macchina.

PILLOLE E PRESSIONE

Diverso è l'approccio negli Usa, dove la ricerca va invece nella direzione di creare macchine che aiutino i paramedici invece di sostituirli. In alcuni ospedali ci sono già robot che misurano la pressione, dispensano pillole e prelevano il sangue. La HStar Technologies di Cambridge ha già in catalogo Serbot, che spinge un paziente sulla carrozzella e monitorizza i suoi segni vitali. Il suo cugino Pearl ha uno schermo al posto del petto, sul quale può proiettare immagini e film, ma anche far comunicare il malato con infermieri e medici. Cody,

sviluppato dalla Georgia Tech University può lavare e pulire un paziente nel suo letto. Sollevarlo e cambiarlo di posizione per mezzo di un robot sarebbe un vantaggio enorme in tempi di obesità crescente, ma occorre che la macchina pesi quattro volte più del paziente per ora la tecnologia è limitata.

Il consorzio europeo Mobiserv ha creato Kompai, un vero badante a transistor: detta gli esercizi di fitness, controlla la dieta del suo assistito, gli propone di chiamare amici e conoscenti, e si offre di sfogliare con lui o lei le foto di famiglia che custodisce nel chip della sua memoria. La macchina è ancora in uno stadio preliminare, ma non passerà molto tempo prima che Kompai o un suo simile vengano offerti su catalogo ad uso dei privati.

LA COMPAGNIA

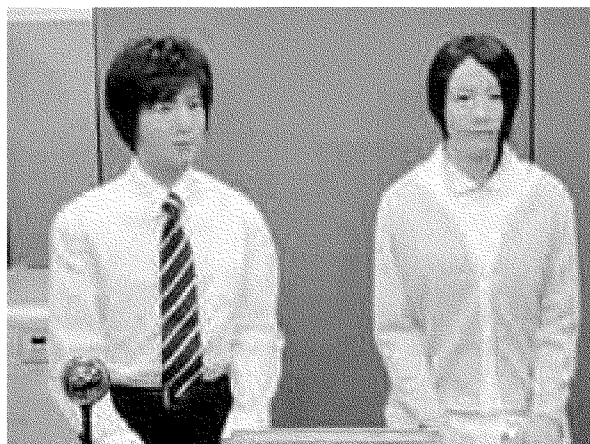
Ancora più il là nei confini della medicina si spinge Cosmo Bot, l'automa giocattolo che riesce a rompere l'isolamento di alcuni bambini affetti da autismo e da ritardo mentale. Li invita a giocare, e tiene nota di tutti i progressi e di tutti gli ostacoli di ogni sessione terapeutica. Si dirà: «Sì, ma dov'è la sensibilità umana, la comunicazione intima tra paziente e malato?». Prima di giudicare bisogna però dare un'occhiata a Paro, il cucciolo di foca che il suo creatore Takanori Shibata ha plasmato esagerando i tratti facciali, come in un manga giapponese. Il suo pelo è bianco e morbido. Paro memorizza il suo nome e quello del paziente, spesso malato di Alzheimer, e associa le carezze a una reazione di piacere, che esprime con gridolini. È un animale da compagnia perfetto: richiede pochi chilowatt l'anno e nessuna manutenzione. Quello che gli manca in tecnologia viene sostituito dalla fantasia dei pazienti che se ne innamorano a vista. Anziani il cui cervello comincia a perdere colpi, e che sono più che felici di perdersi nella finzione di aver trovato il compagno ideale per la progressiva solitudine alla quale sono condannati.

Flavio Pompetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COSMO BOT
L'automa giocattolo che aiuta i bimbi autistici
ACTROID
In basso negli ospedali di Tokio tanti gemelli umanoidi che fanno compagnia agli anziani



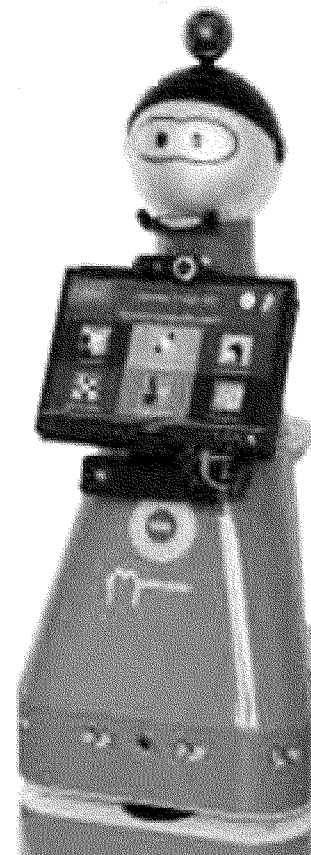
PARO
Il cucciolo di foca è perfetto per gli anziani con l'Alzheimer
KOMPAL
In basso il prototipo Mobiserv, una vera badante a transistor

Il mercato

Toyota e Honda una sfida hi-tech

Dall'autostrada alla corsia d'ospedale. La rivalità tra le case automobilistiche Honda e Toyota continua nella ricerca della futura generazione di infermieri ad alta tecnologia. La prima sta sviluppando sistemi elettronici che aiutino la riabilitazione di chi ha sofferto danni agli arti inferiori, e allevino il peso su ginocchia indebolite. La seconda è già riuscita nell'impresa miracolosa di riportare alla mobilità persone che hanno gambe

paralizzate, tramite un tutore che permette loro persino di salire le scale. La Toyota ha già in commercio un trampolo giroscopico che replica la funzione di uno scooter Segway, da usare però solo in ambiente domestico.



Autismo, il 52% del rischio dipende dal dna

Come l'altezza e' legato ad alcune variazioni comuni



Come l'altezza o la predisposizione ad alcune malattie anche l'autismo è legato a varianti genetiche comuni, che combinate tra loro e con fattori ambientali determinano l'eventuale manifestarsi della malattia. Lo afferma uno studio coordinato dalla Mount Sinai School of Medicine pubblicato da Nature Genetics, secondo cui la componente dovuta a variazioni comuni del Dna conta per il 52%.

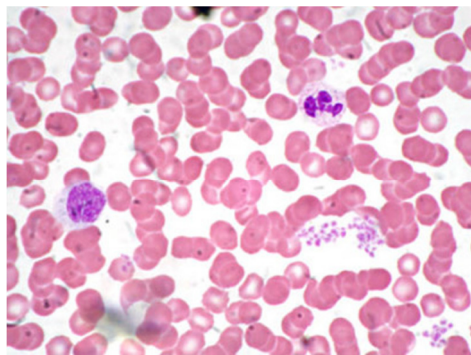
I ricercatori hanno analizzato i genomi di 3mila svedesi con autismo con quelli di altrettante sane, confrontando i risultati con quelli di uno studio parallelo su 1,6 milioni di persone sempre svedesi. Oltre alla percentuale dovuta a variazioni comuni lo studio ha trovato che un 3% circa del rischio è determinato invece da mutazioni più rare. "Le variazioni che abbiamo trovato sono così comuni che la maggior parte delle persone ne ha almeno qualcuna - spiega Joseph Buxbaum, l'autore principale -. Ognuna ha un effetto piccolo, ma molte centinaia o migliaia danno un rischio significativo". Secondo l'esperto la presenza delle varianti comuni può solo determinare il rischio di autismo, e non se si svilupperà o no la sindrome, un po' come avviene per le malattie cardiovascolari, di cui si conoscono i fattori di rischio ma che non necessariamente si sviluppano anche in chi li possiede.

"Questo studio dimostra che la genetica ha il ruolo principale nello sviluppo dell'autismo rispetto ad altri fattori, rendendolo più simile all'altezza rispetto a quanto si pensava prima - afferma Kathryn Roeder della Carnegie Mellon University, responsabile dell'analisi statistica -. Altri piccoli fattori di rischio si aggiungono spingendo una persona nello spettro autistico".

(Fonte: Ansa)

Prodotte piastrine in laboratorio: pronte per la trasfusione in pochi anni

Prodotte piastrine in laboratorio: secondo i ricercatori entro il 2017 potrebbe cominciare la sperimentazione sugli esseri umani



Alcuni scienziati del Brigham and Women Hospital (BWH) sono riusciti a riprodurre in laboratorio piastrine per le trasfusioni. Il metodo, che riproduce in laboratorio le funzionalità di un midollo osseo, potrebbe essere pronto per la sperimentazione sugli esseri umani in 3 anni. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista *Blood*.

Sarebbe una sorta di piccolo bioreattore in grado di soddisfare la necessità di piastrine per trasfusione quello creato dagli scienziati del Brigham and Women Hospital. Il piccolo bioreattore potrebbe essere facilmente trasportabile e avrebbe quindi la potenzialità di risolvere il problema della carenza delle piastrine in tutto il mondo.

Il problema della carenza delle piastrine è dovuta alla grande richiesta (più di 2 milioni di unità trasfuse ogni anno solo negli Stati Uniti, per pazienti sottoposti a chemioterapia, trapianto di organi e chirurgia), alla conservazione possibile solo per 5 giorni e al fatto che le trasfusioni delle piastrine comporta il rischio di infezione, rigetto e contaminazione.

“La capacità di generare una fonte alternativa di piastrine umane funzionali praticamente con nessuna trasmissione di malattia rappresenta un cambiamento di paradigma nel modo in cui raccogliamo le piastrine che possono permettere a soddisfare il crescente bisogno di trasfusioni di sangue”, ha detto Jonathan Thon, della Divisione di Ematologia dell’ospedale e autore principale dello studio.

Il bioreattore è una copia del midollo osseo, il luogo dove nel nostro corpo vengono fabbricate le piastrine, in grado di produrre su scala industriale le piastrine che hanno caratteristiche per tutto identiche a quelle prodotte in un vero midollo osseo.

William Savage direttore medico, del Kraft Family Blood Donor Center del Dana Farber Cancer Institute presso il Brigham and Women’s Hospital, che non ha partecipato allo studio ha confermato che queste piastrine hanno il vantaggio di essere libere da rischio di contagio, rispetto a quelle che arrivano dai donatori.

Inoltre, ha spiegato il medico, lo studio affronta il problema dell’inefficienza della crescita delle piastrine “artificiali” contribuendo inoltre alla comprensione della biologia delle piastrine.

“Essere in grado di sviluppare un dispositivo che riproduca con successo un midollo osseo rappresenta un ponte cruciale che collega la nostra comprensione dei fattori fisiologici scatenanti la formazione delle piastrine per sostenere lo sviluppo di farmaci e la produzione di piastrine su scala”, ha detto l’autore senior dello studio Giuseppe Italiano, della Divisione di Ematologia, del Dipartimento di Medicina e Biologia vascolare dell’ospedale.

Secondo i ricercatori la prima fase clinica di sperimentazione sugli esseri umani potrebbe cominciare nel 2017: sono fiduciosi di riuscire ad avere tutte le garanzie richieste dalla legge perchè alla fine le piastrine prodotte dal bioreattore possano essere infuse anche negli esseri umani con sicurezza.

(Fonte: Ansa)

Nuove strategie contro il morbo di Alzheimer

Ad un Congresso Internazionale nuove ricerche aprono la strada a metodologie innovative per tenere lontano il morbo di Alzheimer

Secondo nuovi studi presentati all'Alzheimer Association International Conference 2014 (AAIC) a Copenaghen, la partecipazione alle attività cognitivamente stimolanti e una moderata attività fisica durante la mezza età, sono un valido aiuto contro lo sviluppo del morbo di Alzheimer. Altre due nuove ricerche, invece, hanno dimostrato che i problemi legati alla qualità del sonno – specialmente se combinati con disturbo da stress post-traumatico (PTSD) – possono aumentare il rischio di demenza nelle persone anziane, e che un esordio tardivo dell'ipertensione può proteggere contro questa malattia.



“Determinare i fattori che alzano e abbassano il rischio della malattia di Alzheimer e le altre demenze è una componente essenziale nella nostra battaglia contro queste patologie”, ha detto Heather Snyder, dell'Alzheimer's Association “Stiamo ottenendo una visione più chiara delle opportunità di riduzione dei rischi attraverso cambiamenti comportamentali e altri fattori di salute, e stiamo imparando che i fattori protettivi possono cambiare nel corso della vita.”

“Questi studi inoltre sottolineano la necessità di finanziare grandi studi a lungo termine in popolazioni differenti per permetterci di sviluppare ‘ricette’ per cambiare stile di vita (per esempio, quali cibi mangiare ed evitare, quanta attività fisica e quali tipi di esercizi fare) e di saperne di più specificamente su come i fattori di rischio dell'Alzheimer e della demenza cambino con l'età”, aggiunge Snyder.

Precedenti studi hanno suggerito che la partecipazione ad attività che stimolano il pensiero e nuove idee, con l'avanzare dell'età, possono ridurre il rischio del deterioramento cognitivo e della demenza, anche se i meccanismi alla base di questo possibile effetto attualmente non sono ben compresi.

“I nostri risultati suggeriscono che, per alcuni individui, l'impegno in attività cognitivamente stimolanti, soprattutto giochi come puzzle e carte, potrebbero essere un approccio utile per preservare le strutture del cervello e le funzioni cognitive che sono vulnerabili alla malattia di Alzheimer”, ha detto Stephanie Schultz del Wisconsin Alzheimer's Institute. “Studi più dettagliati delle attività cognitive specifiche, tra cui i giochi, contribuirebbero ulteriormente alla nostra comprensione su come uno stile di vita sano possa aiutare a ritardare lo sviluppo del morbo di Alzheimer.”

Yonas E. Geda, i e colleghi della Mayo Clinic Study of Aging hanno studiato invece la relazione tra l'attività fisica e il rischio di nuovi casi di demenza in 280 anziani con compromissione cognitiva lieve (MCI).

Una persona con decadimento cognitivo lieve (MCI) ha un leggero, ma evidente e misurabile declino delle capacità cognitive, compresa la memoria e la capacità di pensiero. Questi cambiamenti sono

abbastanza gravi da essere notati dai singoli, ma non sono abbastanza forti da interferire con la vita quotidiana. Le persone con MCI presentano inoltre un alto rischio di sviluppare l'Alzheimer.

Dopo aver seguito i partecipanti per circa tre anni, i ricercatori hanno scoperto che un moderato esercizio fisico durante la mezza età è associato ad una significativa diminuzione del rischio di progressione verso la demenza.

“Nei nostri studi, abbiamo scoperto che l'esercizio fisico a vari livelli, è utile per le funzioni cognitive”, ha detto Geda. “Questi risultati sono interessanti, ma non sono ancora conclusivi. Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare l'entità e la natura dell'attività fisica nella protezione contro la demenza.”

Kristine Yaffe, della University of California, insieme con il suo team di ricerca, ha riportato invece i risultati di uno studio in cui i disturbi del sonno sono correlati alla demenza. Dall'indagine è emerso che gli anziani con una diagnosi di disturbi del sonno, come apnea o insonnia, presentavano un 30 per cento di rischio in più di sviluppare la malattia rispetto ai loro coetanei senza problemi .

“Questa è la prima indagine sul legame tra disturbi del sonno e la demenza tra gli anziani, per lo più di sesso maschile”, ha detto Yaffe. “Sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire come i disturbi del sonno siano un fattore di rischio” .

Infine un' ultima ricerca ha rilevato che un esordio tardivo dell'ipertensione può proteggere contro la demenza. Un gruppo di esperti, guidati da Maria Corrada, della University of California, ha studiato la relazione tra la malattia e l'età di insorgenza dell'ipertensione.

I ricercatori hanno rilevato che i partecipanti ipertesi dall'età di 80 anni avevano un rischio significativamente inferiore di sviluppare la demenza rispetto ai partecipanti senza ipertensione. E i partecipanti con un'insorgenza all'età di 90 anni avevano una probabilità ancora più bassa.

“Nel nostro studio, la pressione alta non è un fattore di rischio per la demenza, ma tutto il contrario”, spiega Corrada. “Lo sviluppo dell'ipertensione in età avanzata può essere utile per mantenere la cognizione intatta. E' importante capire questi meccanismi, perché le raccomandazioni per una sana pressione del sangue nei più anziani potrebbero rivelarsi diverse da quelle per le persone più giovani. “

(Fonte: Ansa)