



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il commento

Il Sud beffato dal Patto per la salute

Antonio Galdo

Più che un Patto per la Salute, se non cambia nulla, sarà un Patto per dividere l'Italia. Anche sul piano dell'assistenza sanitaria. Come ha documentato ieri un'inchiesta pubblicata da questo giornale, a firma di Marco Esposito, i numeri parlano e i conti non tornano. La ripartizione del fondo sanitario nazionale (104 miliardi di euro) per il 2014, infatti, avverrà sulla base di un assurdo criterio: la longevità della popolazione. Dove ci sono più anziani, arriveranno più soldi per cure e prevenzione, a scapito delle regioni dove le aspettative di vita sono più basse, come nel caso della Campania. Peccato che quelle aspettative, due anni in meno di vita media, altro non sono che il frutto di una mortalità più alta per la cattiva prevenzione, per l'inquinamento, e in generale per le peggiori condizioni ambientali. Dunque, il paradigma si rovescia: se stai peggio, e hai bisogno di più cure, ricevi meno soldi per sostenerle, così come lo Stato si preoccupa meno di prevenire le patologie che poi vanno a carico del Servizio sanitario nazionale. La formula dell'ingiustizia ha una puntuale traduzione in termini di risorse, per cui la Campania, che tra l'altro dal 2013 ha i conti della Sanità in pareggio al prezzo di ulteriori e dolorosi tagli, si vede sottrarre dal suo bilancio la bellezza di un miliardo di euro.

Dietro i numeri c'è un evidente problema politico. Gli sciagurati criteri del riparto furono scolpiti, perfino in deroga a una legge del 1996, dal ministro Roberto Calderoli, che nel nome di un federalismo a senso unico e grazie anche all'inanità del ceto politico meridionale, riuscì nel 2011 a cucire un abito su misura, in quanto a soldi da distribuire, per le regioni del Nord. Un vero capolavoro della politica infingarda che invece di aiutare i più deboli, ridurre le distanze, considerare gli svantaggi territoriali di partenza e limarli, allarga la forbice, gonfia le ingiustizie, e premia i più forti e i più furbi. Fino a mettere in campo, nei fatti, un'assistenza sanitaria perfetta per separare il Paese, per punire chi è già colpito da condizioni di vita, e di tutela della salute, decisamente peggiori.

Il governo Renzi, il ministro Beatrice Lorenzin, il Parlamento, hanno ancora il tempo, non molto per la verità, per correggere questo meccanismo da macelleria sociale.

Il Sud beffato dal Patto per la salute

Antonio Galdo

Possono farlo in occasione dell'arrivo alla Camera, previsto per mercoledì, del provvedimento sul Patto per la Salute che non può tradursi in un'ennesima beffa per le regioni meridionali. E se lo faranno, riusciranno a dare un segnale chiaro e forte di come l'attuale maggioranza, che vede insieme centrosinistra e centrodestra, ha maturato una convinzione che vale come e più di tante riforme annunciate: il federalismo all'italiana, grande bufala degli ultimi anni con responsabilità bipartisan, è l'albero dei veleni. E come tale va estirpato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il vicolo cieco dei piani di rientro

DI ETTORE JORIO

Con l'attuale regolazione che disciplina i "piani di rientro" e, nel particolare, i commissariamenti ad acta delle Regioni con i conti sanitari in dissesto - fatti spesso passare come strumenti di bonifica nonostante il loro acclarato insuccesso nella loro attuale dimensione e forma - non si arriverà da nessuna parte, né in termini di politica di risanamento dei bilanci né tampoco di garanzia dell'esigibilità dei Lea.

Ciò in quanto i risultati (non) conseguiti determinano nella quasi totalità delle Regioni meridionali - a fronte di un naturale miglioramento dei conti realizzato (quasi) esclusivamente con le economie derivanti dal blocco del turnover - la desertificazione dei siti di assistenza. Questi ultimi intesi soprattutto quali presidi destinati a garantire il livello di prestazione ospedaliera, ma anche come servizi territoriali, peraltro poco diffusi per non dire quasi assenti, dedicati all'offerta salutare di prima istanza in senso lato, comprendendo pertanto la prevenzione e la riabilitazione.

Tutto questo rappresenta il risultato di una legislazione nata male. Mal partorita perché costruita per affrontare il problema in modo generalizzato, a fronte dell'emergenza economica e prestazionale che si manifestava nella quasi totale incuranza, concausa dell'espandersi del debito pubblico. Una disciplina normativa allora delineata come misura emergenziale, in quanto tale non sufficientemente pensata, e senza conoscere profondamente le cause generatrici del malessere gestionale che affliggeva la metà del Paese.

Si è così introdotto un format procedurale generico del percorso di risanamento dei conti dissestati e di una assistenza sanitaria non propriamente all'altezza, cui sono state sottoposte sino a oggi ben undici Regioni, di cui tre venute fuori celermente, loro sponte, dall'incancrenimento progressivo del deficit. Anche la rete dei controlli, così come prevista e affidata ai due ben noti Tavoli ministeriali, ha dimostrato la sua insufficienza perché fatta di verifiche ex post e "condizionata" negli esiti.

Si diceva, uno strumento nato male e dunque da riscrivere, prova ne è stata la sua malriuscita nel conseguire il risultato voluto, ma anche l'inadeguatezza della sua sopravvenuta definizione, quasi a rappresentare il concretizzarsi di un lapsus linguae freudiano.

Nella norma introduttiva (comma 174, articolo 1, della legge 311/2004) era, infatti, dato rilevare che il suo nomen iuris era: «programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio». Una definizione appropriata perché in stretta conformità con la ratio legislativa dell'epoca votata al rinsavimento delle Regioni incapaci di generare correttamente ex se l'assistenza sanitaria.

Un'aspirazione, questa, tuttavia disattesa proprio perché normativamente introdotta senza tenere conto degli strumenti utili a intervenire sulle peculiarità negative che distinguevano le Regioni resesi destinatarie dell'intervento risanatore. Una ragione che ha fatto sì che i detti programmi - da perfezionare in un apposito accordo-intesa Governo-Regione interessata - sono stati comunemente degradati lessicalmente a meri "piani di rientro", a dimostrazione del pessimismo che sovrintendeva in relazione agli esiti pretesi dal legislatore.

Una tale scelta legislativa, estremamente difensiva, ha rappresentato il modo peggiore per risolvere i drammi economico-finanziari vissuti da numerose Regioni in materia di salute, che hanno ivi compromesso l'esigibilità dei Lea da parte dei cittadini. Ciò in quanto il risanamento veniva e viene affidato a criteri meramente ragionieristici, fondati sui cosiddetti tagli lineari (che più lineari di come sono quelli fondati sul blocco del turnover non è possibile rinvenire), senza tenere in alcun conto la previsione dei necessari investimenti produttivi, propedeutici ad assicurare il cambiamento in melius delle pratiche assistenziali.

Da siffatti percorsi, nati male e andati peggio nel tempo, sono a loro volta scaturiti i commissariamenti ad acta, affidati esclusivamente al presidente della Regione medesima, quasi a volere premiare (fatte le dovute eccezioni), con una irragionevole prova di fiducia, il verosimile responsabile del disastro cui si intendeva offrire rimedio.

Una esclusiva cui si è dato fortunatamente riparo (articolo 2, comma 6, della legge 213/2012, di conversione del decreto legge n. 174) con l'individuazione dell'opzione (e non già del doveroso obbligo) di nominare in sua vece soggetti terzi, in possesso delle necessarie competenze tecnico-giuridiche e gestionali.

Tutto il resto è storia, otto Regioni in piano di rientro residue a oggi, di cui cinque com-

missariate da ben oltre il triennio previsto. Quanto a queste ultime, rappresentative di circa la metà della popolazione nazionale, sono allo spasimo. Garantiscono appena la diminuzione dei loro deficit in un valore pressoché uguale (solo sulla carta) al blocco del turnover fisiologico, ovverosia dell'indispensabile flusso naturale del personale sanitario che esce ed entra nei servizi dei rispettivi Ssr per effetto dei normali eventi (pensionamenti/licenziamenti e assunzioni) che caratterizzano la vita delle Asl e delle Ao.

Una tale situazione determina una consistente desertificazione delle corsie lato sensu con conseguente grave disagio per i cittadini, tanto penalizzati da arrivare a registrare nei loro confronti la negazione assoluta del diritto alla tutela della salute.

Fino a quando si potrà andare avanti così? La situazione venutasi a determinare non è più sostenibile, e non solo nelle cinque Regioni commissariate, pe-

raltro gravate di costi multi milionari, del tipo quelli sostenuti per i mutui - cui far fronte (ahinoi) con le risorse da destinare ai Lea - e di quelli sopportati per gli advisor, attesa la compresenza dei revisori aziendali e quelli regionali di recente introduzione.

È il sistema che va modificato, principalmente nel riportare nelle Regioni interessate una sana programmazione, la più condivisa possibile, e una gestione ordinaria, divenuta insostenibile nel suo attuale esercizio.

Al riguardo, oltre all'introduzione a regime dei costi/fabbisogni standard e alla realizzazione della spending review a regime, andrebbero approvate misure legislative e previste risorse finanziarie da destinare a quegli investimenti produttivi realmente incidenti nel determinare, ove occorre, un serio programma riorganizzativo del sistema sanitario.

Al riguardo, anche le Regioni dovranno normativamente fare la loro parte in termini di razionalizzazione dei loro rispettivi sistemi di spesa in stretta funzionalità alle loro esigenze caratteristiche.

Quanto alla gestione commissariale in senso proprio andrebbero introdotte misure tali da non ridurre l'intervento all'applicazione di rimedi ragionieristici fini a se stessi bensì tendenti a ripristinare, come detto, le regole della buona programmazione, fatta di rilevazioni serie, sia sul piano del bisogno epidemiologico da soddisfare che della spesa effettuata male per decenni, propedeutiche a imporre le regole del buon andamento e della trasparenza. Un modo per rimediare a quelle insane gestioni che hanno reso, frequentemente, le Regioni del sud le peggiori amministrate, a esclusivo discapito dei diritti di cittadinanza delle collettività di rispettiva appartenenza e a spregio del "tesoro" statale, con una forte incidenza nella produzione del debito pubblico.

** Università della Calabria*

Situazione ormai
insostenibile e
non solo dove c'è
il commissario

Show down (forse) in settimana, ma per ticket e Lea sono previste misure successive

Governo-Regioni, Patto e rinvii

Farmaci: l'Aifa rivedrà il Prontuario - Dieta in vista per le dimensioni delle Asl

Dirittura finale per il Patto della salute: dopo aver sconvocato la conferenza delle Regioni, che la scorsa settimana avrebbe dovuto sottoporre ai governatori il lavoro di tecnici, ministro e assessori perché scrittura e ritocchi andavano per le lunghe, per giovedì è in cantiere lo show down. Quanto meno con un testo condiviso e completo che potrebbe approdare in Stato-Regioni subito o dopo una ulteriore settimana di tempo "tecnico", ma che sarebbe comunque il nuovo Patto della salute 2014-2016 promesso entro giugno. E che non «deve essere un libro dei sogni - ha affermato il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** la scorsa settimana in audizione alla Camera - ma deve realizzare cose chiare, concrete e attuate con clausole di salvaguardia. Basta anche fare a meno di tutto quello che si vorrebbe, ma farlo sul serio».

I risparmi restano nel Ssn. Con una premessa delle Regioni che rafforza e puntualizza i modelli di applicazione del nuovo Titolo V: «L'organizzazione resta a noi e allo Stato vanno solo le norme generali», è un concetto ripetuto in più punti del documento che la scorsa settimana era di 26 articoli, ma dove ancora alcuni di questi erano in bianco, su cui hanno giurato di tenere duro il ministro della Salute, Lorenzin, e i governatori: tutti i risparmi che si otterranno con le misure già scritte e, successivamente, con la revisione dei Lea, resteranno "in casa" per rimpinguare le risorse sanitarie destinate a investimenti e assistenza.

«I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità

delle singole Regioni per finalità sanitarie», si legge nelle prime righe dell'articolo sul finanziamento, in cui si confermano per i tre anni gli importi di 109,9 miliardi, 112,06 e 115,44 miliardi, tenuto conto di tutti gli effetti del Pil calan-

te e delle misure sul personale dell'Economia.

E ancora, più avanti, «fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 80, della legge 191/2009 (la Finanziaria 2010 e l'articolo è quello sulle aliquote e sulle spese delle Regioni in piano di rientro, per le quali invece resta ancora in bilico la decisione se prevedere o meno che il commissario non sia più il governatore e che comunque dovranno essere ridisegnati e si chiameranno "piani operativi"), si conviene altresì che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimangano nella disponibilità delle Regioni stesse per finalità sanitarie».

Medici nel Ssn senza specializzazione. Tra le novità che dovranno essere discusse questa settimana - le riunioni a oltranza riprendono martedì - oltre al capitolo farmaci c'è anche quella che riguarda i medici ospedalieri, in cui si prevede la possibilità di assunzione per i non specializzati ai quali non potranno essere assegnati incarichi direttivi però, fino al compimento dell'iter formativo. E ancora, nel Patto è scritta a chiare lettere per la dirigenza la separazione tra funzione gestionale professionale, mentre per tutte le professioni si sta scrivendo il meccanismo di un «sistema dinamico» escludendo «ingesture organizzative, nelle progressioni di carriera, nel rispetto

comunque dei vincoli previsti dalla legislazione vigente con riguardo agli effetti delle stesse, favorendo meccanismi di valorizzazione professionale sia di natura economica che giuridica capaci di riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo».

Finanziamento con meno vincoli. Sul finanziamento poi si allentano i vincoli di utilizzo dei fondi per gli obiettivi di Psn (che devono

essere raggiunti, ma le Regioni possono utilizzare liberamente le relative risorse purché sempre in ambito sanitario), mentre si rafforza la necessità di prevenzione e si stabiliscono a priori i finanziamenti anno per anno per il relativo piano nazionale (v. tabella).

E si prevedono «ulteriori criteri per le forme premiali, che riguardano anche l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza oltre che gli attuali criteri di natura economico-finanziaria per le Regioni che hanno assicurato sia l'equilibrio economico che l'appropriata erogazione dei Livelli essenziali di assistenza».

Aziendalizzazione new look con meno Asl. Questi i presupposti, già scritti e in linea di massima approvati. Che nelle premesse indicano anche la necessità di un cambio di rotta nell'aziendalizzazione che «dovrà tendere a preservare il presidio territoriale nelle funzioni di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi evitando la ridondanza, dovuta alla meccanica replicazione della struttura fondamentale dell'azienda, di quei servizi aziendali con funzioni di supporto amministrativo generale, tecnico-logistico e sanitario intermedio la cui ubicazione (aziendale o sovra aziendale) non inficia i presupposti di autonomia e responsabilità tipici del modello aziendale né influenza la qualità e l'accessibilità nelle cure e nei servizi». E le Regioni si impegnano «a rivedere, entro ... (la data ancora non c'è nel testo della scorsa settimana) gli assetti organizzativi, dei propri Ssr, con individuazione delle dimensioni minime delle aziende Usl (non inferiori a ...000 abitanti) e delle funzioni da centralizzare a livello regionale/sovraziendale delle tecnostrutture

di supporto, con particolare e prioritario riferimento agli acquisti di beni e servizi, al reclutamento e alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all'area tecnico-professionale».

Nuovo Prontuario ma rinvio per ticket e Lea. Patto ancora in divenire, quindi. Con una serie di rinvii a momenti successivi per le materie più delicate che, giurano Regioni e ministero, si concluderanno comunque entro l'anno. Primo tra tutti quello della revisione dei ticket, per vagliare l'ipotesi di una compartecipazione alla spesa del sistema sanitario nazionale proporzionale al reddito, alla composizione del nucleo familiare e alle patologie, con modalità però scelte più avanti nell'anno anche per fare bene i conti ed evitare pasticci burocratici. E per la farmaceutica in generale torna in auge - e si rafforza - la ripulitura del prontuario da parte di Aifa già prevista nella legge Balduzzi, ma ancora non andata in porto. Così come la norma sull'intramoenia per la quale il Patto ribadisce

con forza la necessità di immediata applicazione per rientrare nel «regime ordinario».

Anche per i Lea, di cui al tavolo si parla, la decisione finale sarà presa più avanti, anche se nel testo del Patto è comunque previsto che «si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea e stabiliti per i direttori generali sia «grave inadempimento contrattuale» con la previsione di loro decadenza automatica».

Agenzie da riformare. Uno dei tasselli certi del puzzle che in ore e ore di riunione si sta componendo è quello della riforma di Agenas, Aifa e Iss, per la quale il ministro si impegna entro un periodo stabilito a ridefinire ruolo e competenze.

Ospedali, arrivano gli standard. Anche gli standard ospedalieri dovranno essere approvati a stretto giro (ma non entreranno nel Patto per non ingolfarlo), tanto che già si sono messe a fuoco le modifiche al vecchio testo e, andando incontro a una richiesta delle Regioni, si cambiano le scelte sulla chiusura

delle piccole strutture private con meno di 60 posti letto. L'orientamento è di cambiare questo limite a 80 posti letto, ma con la possibilità di esprimere un accorpamento amministrativo di più strutture, mai inferiori però a 40 posti letto tra autorizzati e accreditati. Il tutto scatterebbe dal 2016. Nessun rischio invece per le strutture monospecialistiche che non rientrerebbero nelle previsioni. In generale per gli ospedali si conferma la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri a 3,7 per mille, come previsto nella spending review, «da realizzare in un lasso temporale congruo, anche per recuperare risorse da investire sul territorio». Il criterio dei posti letto è stato però definito dallo stesso ministro «vetusto e sorpassato», ma ha anche aggiunto che «ci vorrà del tempo prima di poter passare a un altro tipo di misurazione».

Hta per farmaci e dispositivi. Poi, tra gli articoli ancora da limare, c'è la previsione di Hta (Health Technology Assessment) a go-go per farmaci e dispositivi medici e un articolo - che invece è in "versione

avanzata" tutto per la mobilità transfrontaliera. Si prevede tra l'altro, oltre all'applicazione immediata di linee guida ad hoc, «di procedere all'analisi sistematizzata, ai fini di una loro eventuale revisione e/o modificazione, e/o integrazione, delle norme che consentono il ricorso all'assistenza sanitaria all'estero, attesa la complessa applicazione delle stesse in modo omogeneo sul territorio nazionale e al fine di offrire le massime garanzie di tutela ai cittadini e realizzare nel contempo un costante monitoraggio della mobilità internazionale, per individuare e contenere fenomeni di ricorso inappropriato alle cure».

Paolo Del Bufalo

Medici assunti
nel Ssn anche
senza la
specilizzazione

Le risorse per il Piano nazionale prevenzione per ciascuno degli anni 2014, 2015 e 2016 (euro)

Regione	Popolazione all'1/1/2013	Risorse da vincolare sugli obiettivi di Psn	di cui 5 per mille	Risorse da quota indistinta delibera Cipe	Totale
Piemonte	4.374.052	17.588.481	-	14.657.067	32.245.548
Valle d'Aosta	127.844	514.073	-	428.394	942.467
Lombardia	9.794.525	39.384.721	-	32.820.601	72.205.321
Bolzano	509.626	2.049.255	-	1.707.712	3.756.967
Trento	530.308	2.132.419	-	1.777.016	3.909.435
Veneto	4.881.756	19.630.007	-	16.358.339	35.988.347
Friuli V.G.	1.221.860	4.913.216	-	4.094.346	9.007.562
Liguria	1.565.127	6.293.525	-	5.244.604	11.538.130
Emilia Romagna	4.377.487	17.602.293	-	14.668.578	32.270.871
Toscana	3.692.828	14.849.214	-	12.374.345	27.223.559
Umbria	886.239	3.563.652	-	2.969.710	6.533.361
Marche	1.545.155	6.213.216	-	5.177.680	11.390.896
Lazio	5.557.276	22.346.338	-	18.621.948	40.968.286
Abruzzo	1.312.507	5.277.716	-	4.398.097	9.675.813
Molise	313.341	1.259.974	-	1.049.978	2.309.953
Campania	5.769.750	23.200.716	-	19.333.930	42.534.646
Puglia	4.050.803	16.288.666	-	13.573.888	29.862.554
Basilicata	576.194	2.316.931	-	1.930.776	4.247.707
Calabria	1.958.238	7.874.262	-	6.561.885	14.436.147
Sicilia	4.999.932	20.105.204	-	16.754.337	36.859.541
Sardegna	1.640.379	6.596.121	-	5.496.767	12.092.888
Italia	59.685.227	240.000.000	1.200.000	200.000.000	440.000.000

ICT/ I vincoli di spesa lasciano poco spazio ai necessari investimenti per rendere operativa l'innovazione

Fascicolo sanitario senza risorse

Il valore di molti servizi non cambia se erogati con o senza Fse e ricetta elettronica

La necessità, anche a seguito della crisi economica, di realizzare, da parte delle Regioni, il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e la dematerializzazione della ricetta «senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica», ossia senza fondi specifici, induce un'attenta riflessione su come sia possibile fare innovazione con le attuali risorse economiche.

Non c'è quindi da stupirsi se diverse istituzioni, tra cui l'Unione europea, stiano cercando di misurare l'impatto finanziario e sociale del Fse e della ricetta elettronica. A differenza di altri settori, dove queste valutazioni sono più semplici, nel caso della sanità elettronica è difficile fare una misurazione quantitativa oggettiva e spesso ci si basa su stime che raramente provengono da studi realizzati secondo criteri di scientificità e obiettività.

Esistono diverse metodologie che sono state o possono essere utilizzate per misurare l'impatto diretto ed indiretto dell'e-health, come ad esempio il Treasury Green Book del Regno Unito, che viene adoperato per la valutazione degli investimenti nel settore pubblico, gli studi della Rand Corporation, un'organizzazione no-profit che svolge ricerche e analisi per le politiche pubbliche, lo studio del Centro per la Leadership dell'IT degli Usa, la metodologia dell'Ente Spaziale europeo per la valutazione degli investimenti in telemedicina, l'eGovernment Economics Project e lo studio eHealth Impact della Commissione europea.

L'impatto finanziario può es-

sere visto da tre differenti prospettive: i costi tangibili e i benefici che richiedono liquidità addizionale o di liberare risorse finanziarie; i costi tangibili e i benefici che richiedono una diversa allocazione delle risorse finanziarie, senza necessità di ulteriori investimenti; i costi intangibili e i benefici che sono classificabili come "non finanziari" e ai quali viene assegnata, per comodità, una stima monetaria.

L'impatto, sia finanziario, sia sociale, riguarda, in misure differenti, gli stakeholder della sanità, riassumibili in pazienti, operatori professionali e aziende sanitarie. L'impatto finanziario o economico può essere misurato come il valore aggiunto che l'eHealth fornisce alla sanità, ossia alla differenza tra il valore dei servizi sanitari erogati con l'eHealth e quelli erogati senza. A complicare il quadro dobbiamo osservare che in sanità il valore (tariffe) di un elevato numero di servizi non cambia se questi vengono erogati con o senza il Fse o la ricetta elettronica. È perciò necessario inserire nell'analisi anche la dimensione dell'impatto socio-economico con cui possiamo cercare di misurare gli effetti positivi o benefici che la sanità elettronica consente, in termini di valore aggiunto o distrutto. Possiamo quindi dire che l'impatto socio-economico equivale al valore aggiunto sociale che a sua volta è dato dalla differenza tra il valore aggiunto e quello distrutto. Questi ragionamenti sono alla base di un'analisi costi-benefici.

Sottolineiamo ancora che una ampia categoria di benefici,

come a esempio la sicurezza del paziente, la riduzione dei tempi, l'efficienza organizzativa, sono di difficile conversione in metriche monetarie, dal momento che ad esempio la riduzione delle giornate di degenza non si traduce, automaticamente, in un risparmio pari ai costi dei ricoveri, ma al più nella sola riduzione dei costi variabili, essendo quelli fissi determinati dal modello organizzativo che non può, dall'oggi al domani, essere modificato e del quale il costo del personale è una delle voci più rilevanti.

Applicando queste metodologie ad alcuni dei più importanti progetti di sanità elettronica, in Italia e in Europa, emergono molte considerazioni interessanti. L'arco temporale, su base cumulativa, in cui i benefici superano i costi è piuttosto lungo, in media tra i 7 e i 10 anni. A livello di rapporto costi/benefici, le aziende sanitarie (o il servizio sanitario pubblico) sostengono la gran parte dei costi (fino al 93%), a fronte di benefici per il 40-60%; una parte rilevante dei benefici ricadono sui cittadini e gli operatori professionali. Questa ripartizione implica maggiori costi per la sanità pubblica, nei diversi livelli organizzativi, a fronte di ricadute per i cittadini e il personale. Per ottenere benefici è necessario investire risorse addizionali, dal momento che la tempistica dei primi è più lenta rispetto alle seconde. L'aspetto più critico è però se, nell'attuale contesto economico, a fronte delle stesse risorse finanziarie, sia possibile effettuare investimenti le cui ricadute siano in parte

esterne al perimetro del servizio sanitario nazionale; nessun dubbio sulla correttezza e opportunità politica di tale scelta, tuttavia i vincoli di bilancio che impongono la clausola «senza oneri aggiuntivi» lasciano poco spazio a un concreto piano di investimenti in eHealth, senza i quali appare velleitario immaginare l'implementazione e l'esercizio del Fse e della ricetta dematerializzata.

Alla luce di queste considerazioni è necessario un serio esame delle opportunità e delle potenzialità dell'eHealth, in relazione al modello di sanità che si vuole disegnare per i prossimi anni, in modo da ragionare su come e dove reperire le risorse che occorrono, evitando che l'eHealth diventi una promessa di innovazione tradita.

Massimo Mangia
docente Luiss Business school
Responsabile e-health
Federsanità Anci

Fatta entro l'autunno da maggiori tasse o da minori spese pubbliche. Ma sarebbe una mazzata

Ci attende una manovra da 20 mld Renzi farà le riforme che ci consentono di ripartire?

DI GUSTAVO PIGA *

Il Consiglio europeo ha comunicato all'Italia le proprie valutazioni sulla nostra politica economica dei prossimi anni, soprattutto per il 2014 e 2015. Malgrado il clima ancora di vacanza, in attesa delle nuove nomine europee (il cui esito ogni giorno che passa è sempre più vicino alla conferma di personaggi mediocri che non segnano nessuna discontinuità con il passato), il messaggio che arriva dall'Europa è assai netto: non è che capiamo molto di quello che ci avete proposto, ma voi dovete capire bene quello che vi diciamo noi, una volta per tutte.

Mentre la stampa italiana fa finta di nulla (addirittura il *Corriere della Sera* non ha dedicato nemmeno un rigo alle decisioni del Consiglio), facciamo un po' di chiarezza su dove stiamo andando a sbattere nel nostro volo europeo e perché: contro una montagna, senza nessun dubbio, a meno di radicali cambiamenti alla guida dell'aereo.

Il Consiglio europeo, nel giudicare i conti italiani, paragona le proposte programmatiche del Governo italiano per il periodo 2014-2018 (Def) alle stime per il 2014-2015 dalla Commissione europea, nelle sue previsioni dell'ultimo maggio. Dal che fa emergere come:

a) Il deficit strutturale italiano nel 2014 sarebbe dello 0,8% del Pil anziché dello 0,6% del Pil previsto dal Governo (sforamento di 0,2% di Pil);

b) Il deficit strutturale italiano nel 2015 sarebbe dello 0,7% di Pil anziché dello 0,1% previsto dal Governo e dello 0 richiesto dal Consiglio europeo (sforamento di 0,7% di Pil);

c) la regola della riduzione minima del debito pubblico sul Pil per il 2014 e 2015, invocata dal Consiglio europeo ai sensi del rispetto del Fiscal Compact, non sarebbe inoltre rispettata

in assenza degli aggiustamenti degli sforamenti di cui ai punti a) e b) e di un piano di privatizzazioni definito "ambizioso" (e comunque strutturato sul periodo 2014-2017).

Come risponde il Governo italiano a queste critiche? Non è dato esattamente sapere, e non solo a me: anche il Consiglio europeo richiede più chiarezza nei documenti ufficiali sulle manovre proposte. E probabile comunque che **Renzi e Padoan** abbiano negoziato una "chiusura degli occhi" rispetto allo sforamento di 0,2% di Pil (circa 3 miliardi di euro) nel 2014 di deficit strutturale, ma non possiamo escludere una qualche sorpresa extra nell'autunno. Mentre per il 2015, allacciatevi la cintura: oltre agli 0,2% di Pil del 2014 rinviati, la manovra autunnale, che già incorpora una correzione di 0,4% di Pil, per passare dallo 0,7% di Pil stimato dalla Commissione allo zero richiesto, avrà bisogno di un altro 0,3% di Pil. Quindi 0,3% mancante più 0,2% trascinato dal 2014 fa 0,5% di Pil, circa 8 miliardi di euro da trovare per il 2015. Ma che sia chiaro, 8 miliardi che si aggiungono a quanto già previsto dal Governo, che inserisce, nel suo piano per il 2015, una crescita dell'avanzo primario da 2,6% a 3,3% del Pil, sì, altri 0,7% di Pil, altri 12 miliardi, di manovra.

Una manovra quindi di 12+8, ossia 20 miliardi di euro da approvare in autunno di maggiori tasse e minori spese applicata su di un paziente già sfinito da mancanza di domanda interna, consumi ed investimenti, privati o pubblici che siano. E se aggiungete a queste cifre i soldi da trovare per il rinnovo degli 80 euro, ecco magicamente apparire l'esigenza di trovare circa altri 10 miliardi di maggiori tasse o minori spese!

Conclusione? Senza eccessive drammatizzazioni:

il Pil 2015 è destinato a crollare sotto manovre di questo tipo, e con essa l'Italia e con essa l'Europa. L'alternativa apparentemente a disposizione, quella di chi dice che alla fine tutto verrà risolto a tarallucci e vino, non pare migliore. Se infatti queste cifre richieste dall'Europa non fossero realistiche (e tutti lo verrebbero a sapere, state-ne certi), allora scordatevi che questa Europa basata sulla menzogna ed il quieto galleggiare possa avere più di 4-5 anni di vita: niente Pil e zero credibilità sono un cocktail micidiale per qualsiasi investitore che volesse prezzare il rischio Europa. Lo spread reale, che tiene conto della deflazione in arrivo, è già ai massimi: il collasso è vicino. Quanto vicino? Un anno? Dieci? Per i tempi di cui necessita una unione di diversi a formarsi (gli Usa vi misero quasi un secolo e mezzo), un nonnulla comunque.

Come, direte, uno veloce come Renzi, non riuscirà a fare le riforme che servono a far ripartire l'Italia? Io non so se le riforme che sta studiando il nostro premier sono veramente quelle di cui il Paese ha bisogno, ma so per certo una cosa: anche **Usain Bolt**, trattenuto da un gigantesco elastico, non va da nessuna parte e perde la gara.

C'è un altro modo di vedere il Fiscal Compact, oltre che nella forma di un gigantesco elastico: immaginatelo come un pilota automatico, assolutamente funzionante ed a regime, sull'aereo che ci conduce verso il futuro. Peccato che la turbolenza della recessione sopraggiunta sta facendo schiantare l'aereo sulla montagna che volevamo scavalcare con il motore presente dell'euro, capace di portarci lontano. Ma nessun motore potente va alunché senza una strategia di volo intelligente. Che

in questo momento richiederebbe che il pilota prendesse il comando del volo, disinserendo il pilota automatico. Il referendum che sosteniamo contro l'applicazione meccanicistica della politica fiscale va esattamente in questa direzione: da luglio saremo in tutte le città italiane, sosteneteci con la vostra firma.

Ma che sia chiara una cosa: levare il pilota automatico è condizione necessaria ma non sufficiente per riprendere in mano l'aereo. Ci vuole un pilota competente ed abile, che sappia fare le politiche giuste e le riforme appropriate. Chi legge questo blog sa bene quali queste siano per lo scrivente e come e quanto differiscano da quelle suggerite dai vari partiti e movimenti attualmente in Parlamento.

Un deficit che invece di scendere da 2,6 a 0,9 di Pil dal 2014 al 2016 si mantenesse costante al 2,6% - rispettando la regola del Trattato di non superare il 3% di Pil - permetterebbe di avere circa 28 miliardi aggiuntivi da usare per generare vera domanda interno, portando gli investimenti pubblici, che Renzi e Padoan vogliono schiacciare al loro minimo storico dell'1,4% di Pil, fino al 3% come sono stati negli anni Ottanta. Questo permetterebbe di ammorbidire l'impatto recessivo della minore spesa pubblica ed avere il tempo di tarare bene i tagli di spesa in modo tale che non siano lineari ma veri tagli di sprechi.

* docente di economia all'università di Roma - Tor Vergata

— Riproduzione riservata —

La Pa finisce a stecchetto

Pensioni forzose per i medici - Specializzandi, più borse

Nella riforma della Pa, per i medici toma l'incubo della rottamazione e per i sindacati il taglio del 50% di permessi e distacchi nell'ottica di razionalizzazione e risparmi. Ma aumentano le risorse per gli specializzandi per riportare le borse ad almeno 5mila l'anno.

A PAG. 6

RIFORMA PA/ Le novità introdotte dal decreto legge e dal Ddl approvati dal Consiglio di ministri

Manager con l'albo nazionale

Fondi agli specializzandi - Medici critici su area autonoma e pensioni

Le regole "conosciute" erano quelle sulla mobilità obbligatoria, sui demansionamenti in caso di superamento del limite di età, di prepensionamenti più facili nella pubblica amministrazione. Ma nella riforma della Pa approvata dal Consiglio dei ministri - ma al momento di andare in stampa con questo numero del settimanale non ancora pubblicata in Gazzetta - sono comparse una miriade di norme sanitarie. Alcune "buone" altre meno apprezzate dai sindacati che subito hanno alzato le barricate su molti aspetti del provvedimento.

«Con i provvedimenti che ho presentato nel Consiglio dei ministri e che sono stati approvati all'unanimità - ha commentato il ministro Beatrice Lorenzin - abbiamo fatto un importante passo in avanti nel segno della semplificazione, dell'appropriatezza e delle regole a vantaggio di cittadini e operatori».

Ma per l'Anaa il «pacchetto sanità» presenta poche luci e molte ombre. «Sono da valutare positivamente - sottolinea il segretario nazionale, **Costantino Troise** - la disponibilità di risorse aggiuntive per gli specializzandi e le facilitazioni per i cronici nella prescrizione dei farmaci e l'eliminazione dell'obbligo di assicurazione per i medici. Destano non poche preoccupazioni, invece, le norme sulla mobilità coatta se non escludessero, come pareva alla vigilia, scuola e sanità, e quelle sul pensionamento». E soprattutto, sottolinea Troise, «l'ennesima riforma della previdenza, realizzata con un decreto legge, continua a non tenere conto della specificità e della delicatezza dell'attività medica, prevedendo nelle strutture sanitarie più o meno immediate decapitazioni di saperi e competenze non facilmente e immediatamente sostituibili».

Secondo il presidente Cimo Asmd **Riccardo Cassi** «è un'ottima cosa che i medici siano fuori dal ruolo unico della dirigenza, ma non sappiamo quali ricadute normative questo avrà. Si vuole lasciare tutto

come ora o, come sembrerebbe di capire dalle dichiarazioni del ministro Lorenzin che condividiamo, si vuole ricostruire uno stato giuridico e una carriera fondati sul merito e sulla professionalità?».

Critico **Massimo Cozza**, segretario Fp Cgil medici sulla possibilità da parte delle aziende di mandare in pensione i dirigenti medici, compresi i primari, con 42 anni e 6 mesi (41 anni e 6 mesi per le donne) di contributi nel 2014, che «può aprire a una discrezionalità delle direzioni generali che collide con l'imperativo del rinnovamento generazionale, soprattutto perché non si prevede la contestuale assunzione dei giovani medici, che hanno peraltro un costo minore. La mancanza di contestualità rischia di mettere in ginocchio il nostro servizio pubblico». Secondo stime Cgil, basate sul Conto annuale 2012, ipotizzando che circa il 70% dei dirigenti medici abbia riscattato i dieci anni di laurea e specializzazione, potrebbero venire meno 7mila unità già nel 2014.

Ecco cosa contiene la riforma.

Specializzandi. Arrivano 6 milioni per il 2014 e 42 milioni dal 2015 per le borse di studio per le scuole di specializzazione medica (ogni borsa vale in media 25mila euro, sarebbero quindi 240 borse in più per il 2014 e 1.680 circa per gli anni successivi) che tomano così a 5mila dalle 3.300 a cui si erano ridotte già da quest'anno. Lo stesso articolo prevede l'applicazione anche alle scuole di specializzazione medica della procedura prevista dalla legge 183/2011: «Per la partecipazione ai concorsi per il reclutamento del personale dirigenziale delle amministrazioni pubbliche... è dovuto un diritto di segreteria, quale contributo per la copertura delle spese della procedura», da cui la legge originaria escludeva il Ssn. E si precisa che l'importo massimo chiesto a ciascun candidato non può comunque superare i 100 euro, tutte risorse che contribuiranno a rimpinguare le casse del Miur - oltre ad altre modalità per la copertura

degli oneri - per le procedure legate alle prove di ammissione.

Ricette per i cronici. Grande novità per i malati cronici, cioè per più di 14 milioni di persone che rappresentano il 24% degli assistiti dal Ssn. La norma proposta dal ministro Lorenzin e inserita nel decreto legge Semplificazioni permetterà di allungare i tempi di validità delle ricette per i malati cronici, validità che passa dai 60 giorni attuali a 180 giorni.

Niente più file dal medico di famiglia, il malato potrà così andare per le ricette solo una volta ogni 6 mesi e si potranno prescrivere 6 scatole ogni ricetta (salvo naturalmente indicazioni diverse del medico curante). Uno snellimento burocratico e delle loro famiglie.

Assicurazione per i medici. Novità importanti anche per chi esercita la professione sanitaria sull'assicurazione dei medici: l'obbligo di assicurazione che scatterà il prossimo 14 agosto non si applica ai medici dipendenti pubblici del Sistema sanitario nazionale e sono state introdotte misure per istituire un fondo che supporterà i professionisti sanitari nel pagamento dei premi assicurati, in particolare nei casi in cui i premi siano di ammontare elevato a causa del notevole livello di rischio dell'attività svolta dal professionista.

Strutture sanitarie. Sono state semplificate le procedure per il rilascio delle autorizzazioni necessarie per l'apertura di strutture sanitarie, eliminando il parere regionale relativo alla verifica di compatibilità

lità con il fabbisogno sanitario.

Governance delle aziende sanitarie. Con Ddl delega («Repubblica semplice») è stata inoltre introdotta una vera e propria rivoluzione sul riordino della governance delle aziende sanitarie, con l'introduzione di una selezione unica nazionale per i direttori generali. Potranno essere nominati soltanto coloro che, all'esito di una selezione pubblica nazionale, saranno iscritti in un elenco tenuto dal ministero della Salute e aggiornato con cadenza biennale. I direttori dovranno possedere titoli professionali specifici, avere frequentato uno specifico corso universitario di formazione in gestione sanitaria. I direttori nominati dovranno garantire obiettivi di gestione, i livelli essenziali di assistenza, l'equilibrio di bilancio e i risultati del programma nazionale valutazione esiti.

Il direttore generale potrà essere dichiarato decaduto dall'incarico se non raggiunge gli obiettivi o commette gravi violazioni di legge o regolamento, o i principi di buon andamento e imparzialità. Il direttore generale dichiarato decaduto viene cancellato dall'elenco e non potrà più essere nominato.

Prevista l'istituzione, su base regiona-

le, degli elenchi dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari.

Per essere nominato direttore amministrativo o direttore sanitario occorrerà superare una selezione pubblica per titoli e colloquio, contrariamente a quanto avviene attualmente con la nomina di queste figure di vertice in modo strettamente fiduciario e prescindendo da qualsiasi selezione. Gli idonei verranno iscritti nell'elenco pubblico tenuto dalla Regione. Le commissioni di concorso sono composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche. Coloro che non raggiungeranno gli obiettivi prefissati verranno cancellati dall'elenco e non potranno essere rinominate.

Dopo 40 anni di lavoro tutti in pensione. Nel decreto poi si prevede l'applicazione anche alla dirigenza medica della previsione della legge 133/2008 che «nel caso di compimento dell'anzianità massima contributiva di 40 anni del personale dipendente, le pubbliche amministrazioni... possono risolvere, fermo restando quanto previsto dalla disciplina vigente in materia di decorrenze dei trattamenti pensionistici, il rapporto lavoro con un preavviso di sei mesi».

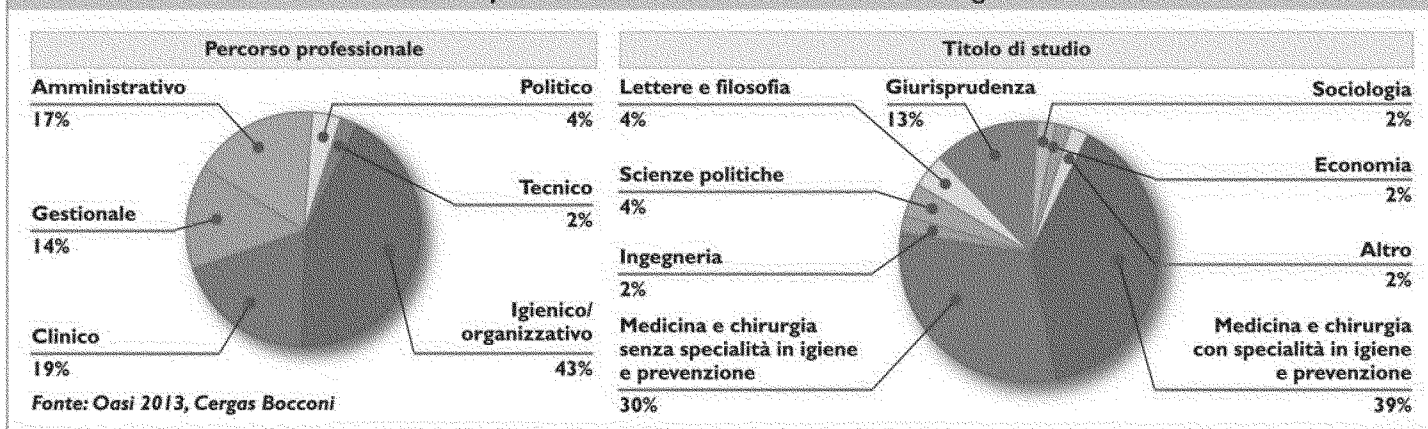
Niente incarichi dirigenziali se si è

in pensione. E sempre in materia di pensioni, il decreto prevede il divieto alle pubbliche amministrazioni di conferire incarichi dirigenziali o cariche in organi di governo a soggetti già in pensione. Una norma questa che potrebbe mettere non pochi bastoni tra le ruote nelle nomine dei direttori generali.

Limiti al tempo determinato. Altra previsione è la fissazione al limite del 10% dei contratti a tempo determinato per la dirigenza regionale, e la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa degli enti e delle aziende del Ssn.

P.D.B.

Percorso professionale e titolo di studio dei direttori generali



Esperienze professionali maturate dai Dg

Fenomeni	Settore pubblico	Settore privato
Azienda Usl II Empoli (A)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
Asl I Imperiese (I)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
Asl I Imperiese (L)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo ora Papa Giovanni XXIII (G)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
Aou di Parma (H)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
Ao Bolognini Seriate (M)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
Ospedali riuniti Papardo-Piemonte di Messina (C)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
Ospedali riuniti Papardo-Piemonte di Messina (B)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
Aso S. Croce e Carle di Cuneo (D)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
Aso S. Croce e Carle di Cuneo (E)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
Aso S. Croce e Carle di Cuneo (F)	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

Legenda: ■ = esperienza nel top management ■ = altro incarico dirigenziale

Fonte: Rapporto Censis 2014, «Sviluppo del performance management nelle aziende sanitarie»

Agenda settimanale Camera e Senato. Lorenzin illustrerà il Patto per la Salute all'Affari Sociali

L'appuntamento è il 25 giugno in XII Commissione di Montecitorio, dove si parlerà anche, tra le altre cose, di Ludopatia. Lorenzin sarà invece in XII commissione del Senato venerdì, per un'audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn. Senato impegnato anche sul ddl Omnibus.

Il Patto per la Salute al centro della politica sanitaria questa settimana. L'accordo, che dovrebbe chiudersi proprio in questi giorni, arriverà anche in Parlamento. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, è infatti convocata mercoledì in commissione Affari Sociali della Camera per illustrare lo stato di avanzamento dei confronti con le Regioni. In XII Commissione della Camera è all'esame, insieme alla commissione Lavoro, anche lo schema di decreto ministeriale concernente il regolamento recante norme per l'applicazione, nell'ambito dell'amministrazione della giustizia, delle disposizioni in materia di sicurezza e salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro. In sede referente è in programma l'esame dei provvedimenti sulla Ludopatia e sull'assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. Il comitato ristretto si occuperà degli indennizzi in favore delle persone affette da sindrome da talidomide.

In commissione Igiene e Sanità al Senato si parte con l'esame, in sede referente, del Ddl sul riutilizzo medicinali non utilizzati e in sede consultiva con l'AG su "Sicurezza e salute nell'ambito dell'amministrazione della giustizia". In programma, nella settimana, anche l'esame delle Ddl sulle Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea –e sulla Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea -Legge di delegazione europea 2013 - secondo semestre), approvati dalla Camera dei deputati.

Proseguono poi le audizioni sul Ddl Omnibus del ministro Lorenzin. Saranno ascoltati i rappresentanti del Sindacato professionale italiano fisioterapisti e professioni area riabilitativa (SPIF), del Sindacato Italiano Veterinari Medicina Pubblica, del Sindacato Italiano Assistenti di Studio Odontoiatrico, dell'Associazione Nazionale Perfusionisti in Cardioangiochirurgia (ANPeC) e dell'Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in oftalmologia.

Giovedì è prevista l'audizione del ministro della Salute Beatrice Lorenzin nell'ambito dell'indagine conoscitiva sostenibilità Ssn.

(Fonte: quotidianosanità)

Sicurezza dei pazienti. Il 57% degli italiani teme di subire danni durante le cure. Ma solo al 13% è capitato davvero. I RAPPORTI UE

Publicati dalla Commissione Europea una serie di rapporti che evidenziano le criticità, reali o percepite, in materia di sicurezza dei pazienti. In Italia il timore è maggiore che in Europa (57% vs 53%), ma le esperienze reali di danno subito sono inferiori che nel resto dell'Ue (13% vs 27% le esperienze dirette, 38% vs 46% quelle familiari). In Ue almeno 37.000 pazienti muoiono ogni anno per infezioni nosocomiali.

Si stima che l'8-12% dei pazienti ricoverati in ospedale in Europa subisca un evento avverso, ad esempio una infezione associata all'assistenza sanitaria (approssimativamente il 25% dei casi). Ogni anno nella Unione Europea circa 4,1 milioni di pazienti hanno una infezione ospedaliera e almeno 37.000 di loro muoiono per le conseguenze. Tuttavia il 20-30% delle infezioni nosocomiali potrebbe essere evitato applicando programmi intensivi di igiene e controllo delle infezioni. Eppure la strada da fare in questa direzione è ancora lunga. Sia in Europa che nel nostro Paese. Quando si tratta di sicurezza delle cure sanitarie, infatti, l'Italia è indietro sulla formazione degli operatori sanitari e sull'"empowerment" del cittadino, parziali gli avanzamenti sui programmi e politiche per la sicurezza e sui sistemi di reporting.

È quanto emerge dai Rapporti della Commissione Europea, freschi di pubblicazione, che presentano i progressi compiuti in materia nei Paesi Ue dal 2009, anno di approvazione della Raccomandazione del Consiglio Europeo sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009/C 151/01). Il pacchetto di documenti, alla realizzazione dei quali hanno partecipato anche il ministero della Salute italiano e il Centro GRC della Toscana, è composto in particolare da: **1) La relazione sull'esecuzione della raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti del 2009, 2) L'indagine Eurobarometro sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza, condotta tra il novembre e il dicembre 2013 in tutti i 28 paesi dell'UE; 3) I risultati della consultazione pubblica svoltasi tra il dicembre 2013 e il febbraio 2014.**

"Quando i nostri cittadini si recano in un ospedale si aspettano di ricevere un'assistenza sanitaria sicura. La buona notizia è che la maggior parte degli Stati membri ha attuato programmi per la sicurezza dei pazienti. La cattiva notizia è che, nonostante tali progressi, nelle strutture sanitarie continuano a registrarsi eventi sfavorevoli e la sicurezza dei pazienti è raramente contemplata nella formazione del personale sanitario. Dobbiamo pertanto dar seguito all'impegno volto a garantire ai nostri cittadini una maggiore sicurezza nelle strutture sanitarie", ha affermato Tonio Borg, Commissario europeo per la Salute, commentando i risultati raccolti. Eccone una sintesi:

Relazione sull'esecuzione della raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti del 2009

Nel 2009 il Consiglio ha presentato una raccomandazione sulla sicurezza dei pazienti e sulle infezioni nosocomiali, che prevede una strategia globale a livello di UE basata su quattro settori di intervento: 1) politiche e programmi in materia di sicurezza dei pazienti; 2) rafforzamento del ruolo dei pazienti, 3) segnalazione degli eventi sfavorevoli e apprendimento dagli errori; 4) istruzione e formazione del personale sanitario.

A seguito della relazione del 2012 sull'attuazione della raccomandazione, che ha dimostrato i progressi

compiuti dagli Stati membri e ha individuato i settori che richiedono ulteriore impegno, la relazione odierna evidenzia ulteriori progressi compiuti negli ultimi due anni, in particolare nei settori sotto elencati.

1. Sviluppo di politiche e programmi in materia di sicurezza dei pazienti: 26 paesi hanno elaborato o stanno completando strategie o programmi in materia di sicurezza dei pazienti. Le norme sulla sicurezza dei pazienti sono ora obbligatorie in 20 paesi (erano 11 nel 2012) e 19 paesi utilizzano gli orientamenti in materia di sicurezza dei pazienti.

1. Sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli: tali sistemi sono attualmente in vigore in 27 paesi (erano 15 nel 2012), principalmente a livello nazionale (21) e di prestatori di assistenza sanitaria (13). I pazienti sono attualmente più propensi a segnalare di aver subito danni nel ricevere assistenza sanitaria – nel 2013 il 46% ha segnalato eventi sfavorevoli, mentre nel 2009 lo ha fatto solo il 28%.

2. Rafforzamento del ruolo dei pazienti: 18 paesi informano i pazienti sulle norme relative alla sicurezza dei pazienti, sulle misure di sicurezza per ridurre o prevenire gli errori, sul diritto al consenso informato alla terapia, sulle procedure di reclamo e sui mezzi di ricorso disponibili (soltanto cinque nel 2012).

Per quanto riguarda l'impatto della raccomandazione, 21 dei 28 paesi rispondenti hanno dichiarato di aver incrementato la sensibilizzazione a livello politico, 20 hanno dichiarato di aver aumentato la consapevolezza nelle strutture sanitarie e 16 hanno dichiarato di avere avviato interventi concreti. La relazione conclude tuttavia che è necessario un impegno continuo a livello di UE per aumentare la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza e propone una serie di interventi, tra cui l'elaborazione di orientamenti sulle informazioni da fornire ai pazienti e sulla norme relative alla sicurezza dei pazienti, nonché una definizione comune di qualità dell'assistenza.

Per quanto riguarda la prevenzione delle infezioni nosocomiali la relazione conclude che è richiesto un maggiore impegno, in particolare per garantire che nelle strutture sanitarie sia presente personale specializzato addetto alla lotta contro le infezioni nonché per assicurare la capacità di isolamento dei pazienti infetti.

Indagine Eurobarometro sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza

Poco più della metà (53%) dei cittadini dell'UE considera probabile che i pazienti possano subire danni a seguito delle cure ospedaliere ricevute nel proprio paese. Questa percentuale varia tuttavia notevolmente tra i diversi paesi: si va dall'82% di Cipro al 21% dell'Austria. Anche l'Italia è sopra la media europea, dal momento che la percentuale di cittadini che temono di subire danni in ospedale raggiunge il 57%. Questo nonostante solo il 13% degli italiani dichiara di avere direttamente subito un danno o che sia accaduto a un familiare (38%). Anche in Europa il timore è maggiore della reale esperienza di danno, avvenuta al direttamente 27% dei cittadini intervistati e al 46% dei loro familiari. L'Italia, tuttavia, è ancora più indietro della media europea per quanto riguarda le segnalazioni. In Europa, infatti, il 46% di coloro che hanno subito un evento sfavorevole lo ha segnalato (era il 28% nel 2009, il che indica che il ruolo dei pazienti è stato sensibilmente rafforzato), ma l'Italia è, in questo campo, tra i paesi in "rosso", cioè dove il danno è stato segnalato da meno del 42% dei pazienti che lo hanno subito. Se i cittadini italiani hanno subito un danno si rivolgono nel 48% dei casi, come nel resto d'Europa, ha un avvocato. La percentuale di cittadini italiani che si rivolge alle direzioni sanitarie è molto più bassa che in Europa (27% vs 39%).

Ciò nonostante, nel 37% dei casi in cui l'evento sfavorevole è stato segnalato "non è successo nulla". Un paziente su cinque ha tuttavia ricevuto le scuse del medico o degli infermieri, mentre il 17% ha ricevuto una spiegazione dell'errore commesso da parte della struttura sanitaria.

Sempre per quanto l'Italia, l'indagine ha rilevato come il 71% dei cittadini europei afferma che la qualità della sanità nel loro paese è buona, mentre nel nostro Paese tale percentuale scende al 56% e il 35% ritiene che la propria sanità sia peggiore rispetto agli altri paesi. Il 41% dei cittadini italiani rispetto al 53% del resto d'Europa ritiene che uno dei criteri per definire la qualità sia avere dei medici ben formati, il 36% rispetto al 40% degli europei fornire cure efficaci mentre il 23% rispetto al 25%, disporre di apparecchiature sanitarie moderne. Colpisce la questione del rispetto della dignità del paziente che viene percepita come un importante criterio di qualità dal 31% dei cittadini italiani rispetto al 24% degli europei.

La consultazione pubblica

I risultati della consultazione pubblica svoltasi tra il dicembre 2013 e il febbraio 2014 mostra che la società civile (oltre il 90%) ancora ritiene che la sicurezza dei pazienti nell'UE sia problematica. Dai risultati è emerso un fortissimo sostegno a tutti i settori passibili di miglioramento individuati dalla Commissione. Secondo gli intervistati le misure più efficaci consistono nel coinvolgere il personale sanitario, nel prevedere leggi nazionali vincolanti, nel coinvolgere le organizzazioni dei pazienti e nel promuovere la cooperazione in materia di sicurezza dei pazienti a livello di UE.

La maggior parte dei partecipanti (72%) ritiene inoltre che ampliare l'ambito di applicazione dell'intervento dell'UE dalla sicurezza dei pazienti fino a coinvolgere una qualità dell'assistenza in senso più ampio apporterebbe notevoli benefici.

La sicurezza dei pazienti è considerata il risultato di un'assistenza di alta qualità, che deve essere sicura, efficace e rispettosa delle esigenze e della dignità dei pazienti.

(Fonte: quotidianosanità)

GARACI E BETTONI: NESSUN DISAVANZO

Scatta il commissariamento per l'Iss

«**A** tto dovuto», «misura necessaria». Con queste motivazioni il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha manifestato l'intenzione di commissariare l'Istituto superiore di Sanità (Iss). Per diventare ufficiale, la decisione dovrà comunque essere adottata in via formale del Consiglio dei ministri. Il provvedimento sarebbe una diretta conseguenza dei buchi di bilancio negli esercizi dell'Iss del 2011, chiuso con oltre 26 milioni di euro di rosso, e del 2012, in cui le perdite sono state di 4,244 milioni. La mossa dell'esecutivo Renzi arriva peraltro dopo l'intervento della Corte dei conti, che aveva espresso preoccupazione sui saldi negativi dell'Iss. L'eventuale commissariamento avrebbe conseguenze sui nuovi vertici dell'Iss, il presidente Fabrizio Oleari, scelto a inizio 2013 dall'allora ministro della Sanità, Renato Balduzzi, e il neo direttore generale, Angelo Lino Del Favero, in carica dal 19 marzo 2014.

Il ministro Lorenzin invita però a interpretare il possibile commissariamento «come un fatto positivo che ci permetterà - spiega - di riorganizzare l'Istituto. Permetterà di rafforzare le funzioni dell'Iss che - sempre secondo la titolare della Sanità - deve diventare un grande istituto di ricerca, con più mezzi». Quanto alla posizione dei sindacati, Lorenzin sottolinea che «il nostro compito è far rispettare la legge e permettere all'Iss di continuare a lavorare, lavorare meglio e avere possibilmente più disponibilità economiche».

In merito all'ipotesi del commissariamento intervengono anche l'ex presidente Enrico Garaci, che ha guidato l'Iss per 12 anni, e l'ex direttore generale Monica Bettoni. «Non viene evidenziato - spiega Garaci in una nota - che quel saldo negativo era ampiamente compensato da un avanzo di gestione rispettivamente di 27 milioni e 27,4 milioni. Se ci fosse stato un saldo negativo - prosegue Garaci - mi domando come avrebbe potuto essere approvato dagli organi di controllo».

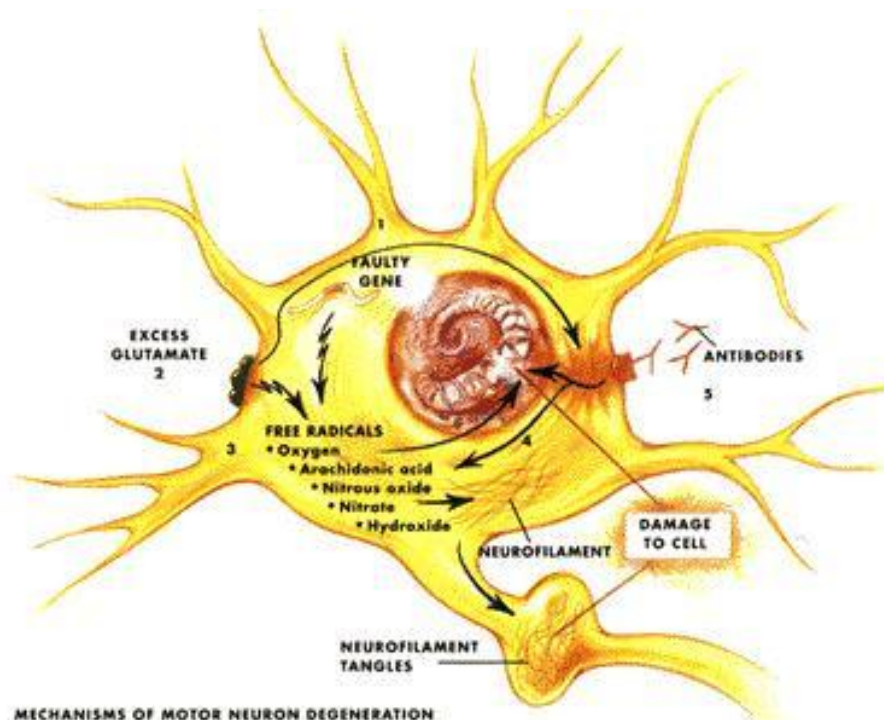
Da parte sua invece l'ex dg Monica Bettoni rileva che «non si tratta di buco di bilancio ma di utilizzo dell'avanzo di amministrazione per far fronte alla consistente riduzione dei finanziamenti pubblici per gli enti di ricerca negli anni 2010, 2011 e 2012, senza arrivare a liquidazioni di massa del personale. L'ente ha tenuto - prosegue Bettoni - un comportamento virtuoso di progressiva riduzione della spesa, di abolizione degli sprechi, di restrizioni, proprio al fine di mantenere l'equilibrio finanziario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Diabete. Dal congresso statunitense dell'Ada novità e attesa per il pancreas artificiale. Nuovi device e la tipizzazione dei malati per terapie più specifiche

Le tecnocure sempre più mirate

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRANASELLI

NUOVE molecole, dispositivi integrati, fenotipo del malato per una terapia più specifica. In attesa del pancreas artificiale, che appare a portata di mano tanto che il primo prototipo è già in funzione (università di Padova, Pavia, Virginia, Amsterdam e Montpellier), al 74° congresso Ada (American Diabetes Association) di San Francisco, l'appuntamento più importante con 14.000 delegati, si guarda a tutto questo.

E anche se difficilmente una macchina potrà replicare il meccanismo con cui il pancreas produce insulina e la mette in circolo quando il livello di glucosio nel sangue si modifica, l'obiettivo dell'organo artificiale resta importante «pur se — ragiona Francesco Giorgino, ordinario di Endocrinologia e malattie metaboliche a Bari — solo alcuni pazienti potrebbero utilizzare un sistema automatizzato». Per Emanuele Bosi, direttore del Diabetes Research Institute del San Raffaele di Milano, «è difficile realizzare un algoritmo predittivo per gestire la quotidianità, lo si è già fatto per la notte perché i cambiamenti glicemici sono più lenti».

Grandi passi anche in campo tecnologico dove — soprattutto per i malati con diabete 1

**Una procedura indicata
per pazienti che non possono
avvalersi di altri trattamenti**

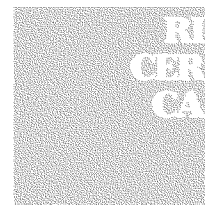
— ai sensori adesivi che monitorano la glicemia comunicando wireless la lettura a piccoli microinfusori indossati dal paziente, che sospendono la somministrazione di insulina nel caso di ipoglicemia o invece iniettano la quantità stabilita dal paziente stesso, si affiancano nuovi dispositivi, come quello in arrivo entro l'anno dell'americana Medtronic, con algoritmi avanzati predittivi delle ipoglicemie. Tutto in un unico device. Del resto l'accordo, celebrato all'Ada, tra Medtronic, leader nel settore dei microinfusori, e la francese Sanofi, che ha presentato una nuova insulina, è propedeutico per lo sviluppo di nuovi device per il ghiotto mercato del diabete 2.

Finora i microinfusori sono stati prescritti prevalentemente ai pazienti di tipo 1 ma i risultati di uno studio presentato all'Ada (Opt2mise), che ha coinvolto oltre 300 pazienti con diabete 2 in 36 centri nel mondo (Bari, Perugia e Roma la Sapienza in Italia) mostrano come la terapia con i device (rispetto alla multi-iniettiva) dia risultati migliori. «Nel gruppo trattato con microinfusori — spiega Giorgino — abbiamo avuto un mag-

gior controllo metabolico che ha consentito di ridurre le dosi di insulina somministrata. I pazienti più scompensati hanno mostrato più benefici. I microinfusori sono una opportunità terapeutica per un 5% di pazienti con diabete 2».

«Il diabete è una sindrome con tante caratteristiche — premette Paolo Pozzilli, ordinario di endocrinologia e malattie metaboliche all'università Campus Bio-Medico di Roma — si devono diagnosticare i fenotipi di diabete 2 per individuare quale farmaco, tra le 10 classi e le 38 molecole a disposizione, sia il più adatto. Caratterizzando il malato, con lo studio degli anticorpi o della funzione beta-cellulare, può essere diversa la prognosi. Così come, per il tipo 1, i microinfusori alla diagnosi difendono le Beta cellule modificando la storia naturale della malattia (studio su *Diabetes care* di maggio)».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Acidosi

Il 5% dei pazienti con diabete ha il tipo 1, su base autoimmune. Si scopre prevalentemente in età pediatrica (sintomi: si beve e si urina di più, astenia, dimagrimento, difficoltà respiratorie). Tra i fattori scatenanti si ipotizza esposizione a virus, a fattori chimici o alimentari (carico eccessivo zuccheri semplici). Spesso si manifesta con chetoacidosi (pH sangue <7,30) complicanza grave che espone al rischio di danni permanenti. Uno studio Siedp su 2026 bambini italiani under 15 (presentato all'Ada) mostra come l'incidenza in Italia sia oltre il 30% e i bambini sotto i 5 anni hanno un rischio più alto. «Abbiamo osservato — spiega Valentino Cherubini, direttore Diabetologia pediatrica osp. Ancona — che negli ultimi 8 anni 3 bambini sono morti e 4 hanno avuto lesioni neurologiche permanenti per ritardo nella diagnosi o cura sbagliata. È necessario uno sforzo per una prevenzione efficace».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

> A TAVOLA
EUGENIO DEL TOMA



MINESTRE E RICICLO DI AVANZI

Quando eravamo poveri ed emigranti si riciclava il cibo e nulla andava buttato. Poi sono venuti i frigoriferi e il benessere a promuovere le carni fin quasi a cancellare la gloria nazionale dei minestrone "di recupero", tipici di tutte le regioni italiane. Oggi, vorrei proporre un più frequente ricorso alle minestre liquide, sia quelle ricche di verdure, sia quelle potenziate in senso nutrizionale dalla combinazione di cereali e legumi, tanto da potersi considerare un piatto unico in alternativa meno calorica e più completa della solita pastasciutta.

In tempi di sedentarietà l'offerta energetica del cibo è diventata sovrabbondante al punto da farci ricorrere ai cibi light ma anche alle minestre per una cena. Ci sono buoni motivi per utilizzare più spesso le minestre senza dover parlare di una monotona "dieta del minestrone". Dobbiamo aumentare il consumo giornaliero di verdure, per ridurre le calorie ma anche per garantirci il valore protettivo ormai riconosciuto al patrimonio di vitamine, minerali, antiossidanti e fibre vegetali. Il secondo motivo è quello di favorire la sazietà, soprattutto quando ci si limita a piccole quantità di cereali e legumi (meglio se "passati" per chi ha problemi di

colon irritabile). Dobbiamo privilegiare le verdure locali e di stagione ma per chi non può dedicare tempo alla cucina andrà bene anche un minestrone vegetale del mercato, senza dimenticare che esistono anche degli ottimi prodotti surgelati.

edeltoma@gmail.com

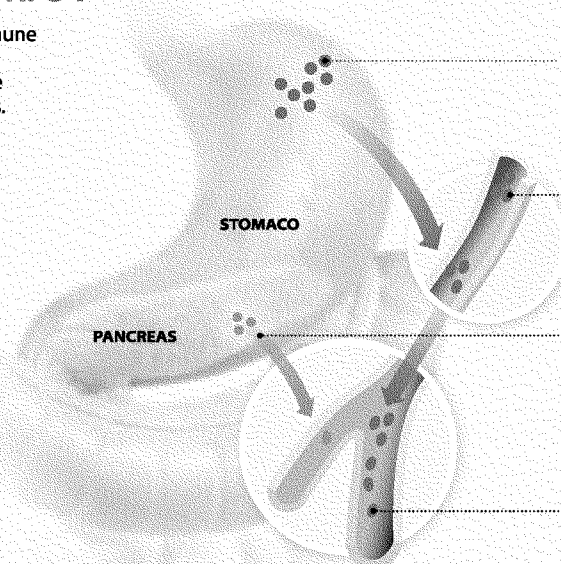
© RIPRODUZIONE RISERVATA

DIABETE DI TIPO 1

Malattia autoimmune in cui sono distrutte le cellule beta del pancreas. Richiede l'uso di insulina tramite iniezioni

- INSULINA
- GLUCOSIO

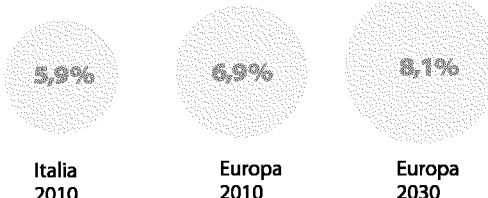
INFORMAZIONI ALLA PAGINA 111



- 1 Lo stomaco estrae glucosio dal cibo
- 2 Il glucosio entra nei vasi sanguigni
- 3 Il pancreas non produce insulina o ne produce poca. La quantità nel sangue è scarsa
- 4 Il glucosio rimane nel sangue

PREVALENZA PER REGIONE

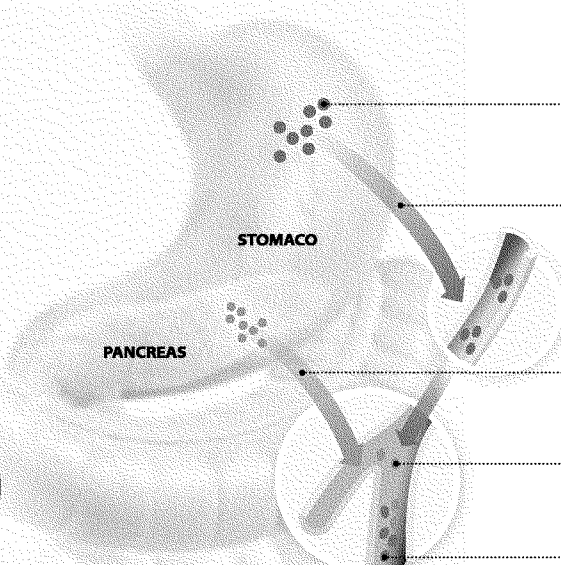
% sul totale della popolazione (20-79 anni)



DI TIPO 2

Presente spesso in adulti o anziani ed è dovuto ad uno scarso funzionamento dell'insulina

- INSULINA
- GLUCOSIO



- 1 Lo stomaco estrae glucosio dal cibo
- 2 Il glucosio entra nei vasi sanguigni
- 3 Il pancreas produce insulina (in dose normale oppure poca)
- 4 L'insulina entra nei vasi sanguigni
- 5 Il glucosio non viene assimilato correttamente dalle cellule

FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION

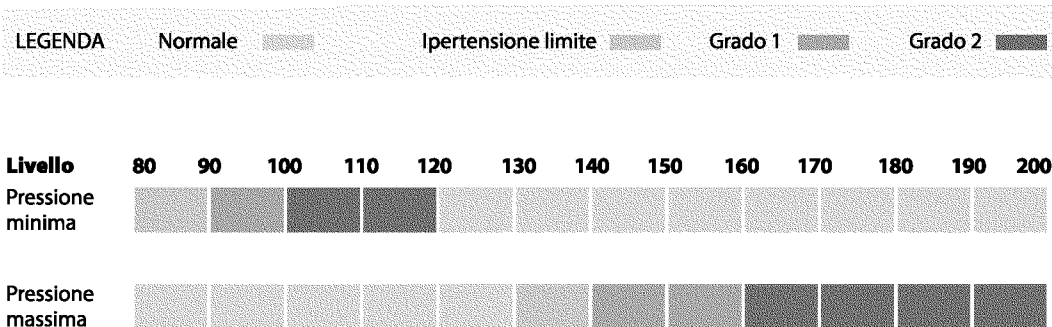
FLASH

Ictus

Cosa fare dopo un ictus? Trenta specialisti hanno cercato di rispondere a questa domanda nel "Quarto rapporto sull'ictus", realizzato dall'Istituto Auxologico Italiano. Il manuale è frutto di due anni di condivisione delle conoscenze mediche più avanzate. «La ricerca clinica - spiega il direttore scientifico, Alberto Zanchetti - ci ha fornito mezzi efficaci per ridurre le conseguenze di un ictus». Ai fini di prevenire queste sindromi è bene ricordare che l'ictus non è solo un mondo per vecchi. Oggi in Italia oltre 95mila persone sono colpite da ictus; ogni anno sono circa 200mila i nuovi casi, mentre le recidive sono 39mila. A maggior rischio la fascia di età fra i 45 e i 64 anni. Importanti campagne di prevenzione come "STOP all'ICTUS" promossa da Rotary International (sarà presentata oggi a Milano, Palazzo Pirelli ore 17). Spiega Vincenzo Silani, direttore della Stroke Unit dell'Auxologico: «I progressi maggiori si ottengono là dove il paziente viene immediatamente assistito da un'equipe interdisciplinare e specializzata. Percorso terapeutico in fase acuta, così come la riabilitazione vanno valutati caso per caso».

(silvia baglioni)

LIVELLI DELLA PRESSIONE Valori negli adulti in millimetri di mercurio



Aritmie

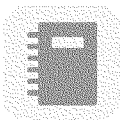
Sulla fibrillazione atriale nuove linee guida di Nice (l'Istituto inglese sulla salute e le cure di eccellenza) per il rischio ictus. Indicazioni: piano di cura personalizzato, nuovi anticoagulanti orali, controlli periodici sulla coagulazione con antagonisti della vitamina K (warfarin), no alla monoterapia con aspirina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dieta

Dal congresso Eas la conferma che l'Italia, dove si è scoperto il beneficio della dieta mediterranea, mangia meno verdura e frutta del necessario ed è sempre più sedentaria.



Registro

Avviato Lipigen (Società italiana studio aterosclerosi, www.sisa.it). Realizzerà un registro delle dislipidemie genetiche per migliorarne la conoscenza.

PREVENZIONE.

Colesterolo alto Ecco i biofarmaci se non si riesce ad abbassarlo

CECILIANRANZA

«**L**A VITA media conquistata nell'arco di vent'anni, è per tre quarti merito degli sviluppi in terapia cardiovascolare»: la sintesi di Alberico Catapano, presidente dell'European Atherosclerosis Society (EAS), all'apertura del congresso europeo di Madrid, è positiva ma pacata, perché le malattie cardiovascolari restano la prima causa di morte nel mondo, coi relativi fattori di rischio, dislipidemie in testa. Ma ora si spera nei farmaci biologici per affrontare il rischio residuo e l'ipercolesterolemia familiare.

«Il rischio residuo - spiega Alberto Corsini, dipartimento di Scienze farmacologiche e biomolecolari, università di Milano - inquadra i soggetti che non rispondono alle statine, oltre a quelli (fino al 10-15%) che le abbandonano per gli effetti collaterali. Ma i primi destinatari dei nuovi farmaci sono i soggetti con un difetto genetico, nei quali le statine possono poco o, a volte, nulla». Maurizio Averna, che dirige a Palermo il Centro di riferimento siciliano per la prevenzione, diagnosi e cura delle Malattie rare del metabolismo, precisa: «Le ipercolesterolemie fa-

miliari sono due: una forma rara, ma molto grave, omozigote (HoFH) e una ben più diffusa e relativamente meno grave, eterozigote (FH). La HoFH interessa un soggetto ogni milione, la FH invece uno ogni 200-250: in Italia sarebbero 200 mila soggetti, molti di loro ignari di esserlo».

Per le forme genetiche, in Italia è già stata approvata la lomitapide, che impedisce la formazione delle LDL (colesterolo cattivo); è invece ancora al vaglio mipomersen. L'attenzione a Madrid si è però focalizzata sugli antagonisti della PCSK9: «Ridurre la PCSK9 significa avere più recettori nel fegato per le LDL; queste vengono catturate e non passano nel sangue» spiega Corsini. Si tratta di anticorpi monoclonali umani come evolocumab, il primo, tra gli inibitori della PCSK9, ad avere dati clinici avanzati (studio Tesla) su pazienti con la forma omozigote (HoFH), quella rara e grave. L'aggiunta di evolocumab (rispetto a placebo) a una terapia di base con statine (ed eventualmente ezetimibe) ha ridotto il loro colesterolo di un ulteriore 31% già nelle prime 12 settimane. Anche nei pazienti con la forma eterozigote evolocumab promette bene: nello studio Tausig, che durerà in tutto 5 anni, i dati preliminari mostrano una caduta verticale del colesterolo cattivo (-67%) in 12 settimane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ipertensione. Stili di vita non salutari, stress, sedentarietà rendono utile iniziare il controllo negli under30 ma persino dal pediatra. La scelta dello strumento in casa

L'apparecchio per la pressione termometro dei nostri tempi

IRMAD'ARIA

DA MALATTIA dei nonni a malattia dei nipoti: gli esperti riuniti ad Atene per il congresso congiunto della European Society of Hypertension (Esh) e dell'International Society of Hypertension (Ish) lanciano l'allarme sull'aumento dell'ipertensione tra i giovani già a partire dai 25-30 anni. Colpa degli stili di vita che, sommati alla predisposizione familiare, anticipano l'insorgenza dei disturbi della pressione.

«I giovani adulti di oggi sono esposti a nuovi fattori di rischio come lo stress legato alla crisi economica, il fumo, l'obesità, l'abuso dei dispositivi elettronici ed il consumo di bibite dolcificate con fruttosio che, ingerito, viene trasformato in acido urico con conseguente innalzamento della pressione» ha dichiarato al congresso Massimo Volpe, direttore del Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Sant'Andrea di Roma.

Superata la vecchia regola secondo cui la pressione arteriosa va tenuta sotto controllo a partire dai 50 anni: periodicamente è bene che tutti la misurino, anche i bambini quando fanno la visita di controllo dal pediatra. «L'apparecchio della pressione deve diventare come il termometro: uno in ogni famiglia. Sol tanto così sarà possibile arrivare a controllare la pres-

ATENE

GLI IPERTESI IN ITALIA

15 milioni di casi diagnosticati

3-4 milioni di casi non diagnosticati

onde) che potrebbero disturbare il funzionamento e quindi rendere meno precisa la misurazione.

«Si tratta in generale di apparecchi che forniscono una misurazione attendibile, ma non tutti hanno superato il vaglio dei criteri proposti da diverse Società Scientifiche», avverte Borghi. Indicazioni precise sugli apparecchi di misurazione approvati per l'uso domestico sono reperibili sul sito www.dabl.ie/it. Sono stati messi a punto anche dispositivi che effettuano la rilevazione della pressione al polso o al dito della mano: «In linea di massima sono poco attendibili e non sono attualmente consigliati neppure dalle più recenti linee guida internazionali».

È bene tenere presente, però, che i dispositivi elettronici vanno bene solo per i pazienti ipertesi che hanno un ritmo cardiaco regolare. «Per chi ha un sospetto di aritmia cardiaca, i prodotti migliori sono quelle grazie ad un algoritmo sono in grado di rilevare anche le irregolarità del battito, ma nei pazienti che sono affetti da fibrillazione atriale è meglio utilizzare lo sfigmomanometro di Riva Rocci» spiega il presidente della Siia.

Ma le evoluzioni più recenti sono quelle che riguardano l'interpretazione dei valori pressori come Pascal, il primo algoritmo al mondo in grado di interpretare l'andamento della pressione nel tempo: ogni volta che l'utilizzatore inserisce una misura, Pascal la analizza e la confronta anche con tutte le misurazioni precedenti. E poi ci sono le App: la più recente Amico-med free (made in Italy) è una delle poche basate su un servizio certificato e collegata a una Centrale Medica operativa 365 giorni l'anno e composta da cardiologi pronti a intervenire in casi di emergenza. Anche la Siia lancerà ad ottobre una app gratuita che consentirà l'archiviazione delle varie misurazioni e fornirà tutte le indicazioni utili sui valori pressori, su come effettuare la misurazione e sulla localizzazione dei centri per l'ipertensione in tutta Italia.

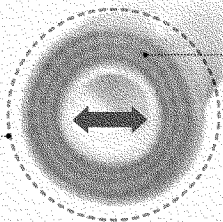
Chi non riesce a misurare la pressione a casa (soprattutto gli anziani), si rivolge sempre più spesso alle farmacie. Al congresso Esh-Ish sono stati presentati anche i risultati preliminari del Progetto TEMPLAR (TELEMonitoring of blood Pressure in Local phARmacies) che rappresenta il primo Registro Italiano sul monitoraggio della pressione arteriosa in farmacia, con lo scopo di verificare il livello di controllo pressorio su 5645 pazienti sottoposti al monitoraggio delle 24 ore o domiciliare attraverso farmacie abilitate a questo servizio. I risultati preliminari hanno dimostrato che il monitoraggio delle 24 ore può realmente migliorare il controllo della pressione e rappresenta una guida utile per l'intervento prescrittivo del medico.

Il sistema più affidabile è ancora quello a mercurio che inventò un italiano quasi un secolo fa

sione arteriosa nel 70% dei pazienti mentre oggi siamo solo al 37» dice Volpe. In Italia l'auto-misurazione è diffusa in circa il 25% dei 15 milioni di ipertesi: secondo la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (Siia), 1 paziente su 4 si misura la pressione. Ancora oggi lo sfigmomanometro a mercurio inventato nel 1896 da Scipione Riva Rocci, è il più affidabile: «L'80% dei dati epidemiologici derivano proprio dalla rilevazione pressoria effettuata con questo apparecchio, nonostante gli strumenti elettronici più facili e veloci» spiega Claudio Borghi, presidente della Siia. Dei numerosi modelli in commercio, la maggior parte utilizza un bracciale simile a quello classico ma forniscono i valori della pressione rilevata su un display elettronico. Poiché questi apparecchi contengono componenti elettronici sensibili, bisogna evitare forti campi elettromagnetici nelle vicinanze (come, per esempio, cellulari o forni a micro-

ARTERIA SANA

Le sue pareti sono flessibili, il diametro si adatta a seconda della necessità



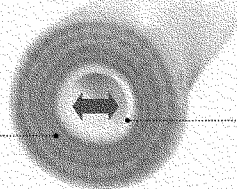
La muscolatura liscia le permette di dilatarsi e contrarsi

Vasodilatazione

La variazione del diametro è uno dei principali sistemi di regolazione della pressione

ARTERIA MALATA

Le pareti interne induriscono e perdono la flessibilità



Talvolta può essere presente arteriosclerosi; placche di grasso (ateromi) nelle pareti interne

Iperensione

Il diametro ridotto e la scarsa vasodilatazione fanno alzare la pressione

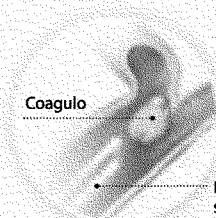
Le complicanze dell'ipertensione

Principali malattie associate alla pressione alta

ICTUS

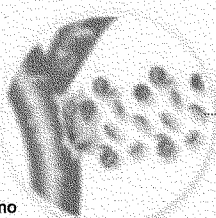
L'evento può essere di tipo ischemico (necrosi per ostruzione) o emorragico

Coagulo



Ictus ischemico
Un coagulo ostruisce l'irrogazione sanguigna

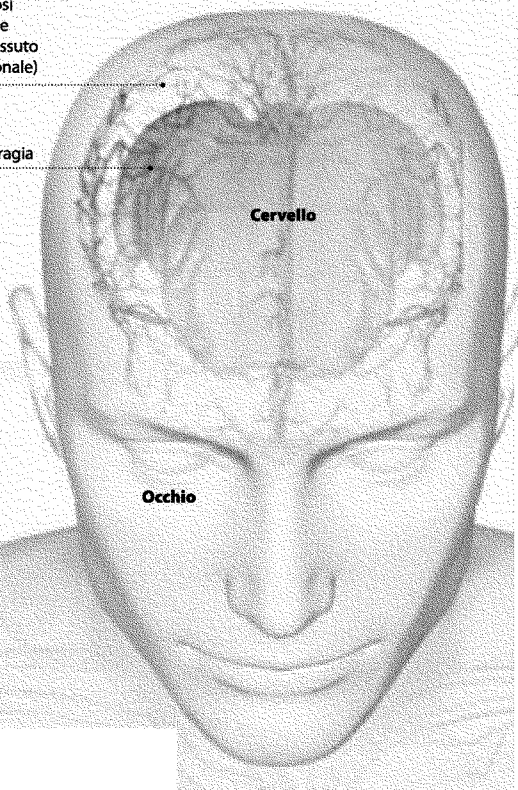
Flusso sanguigno



Ictus emorragico
Un vaso si rompe all'interno del cervello

Necrosi (morte del tessuto neuronale)

Emorragia



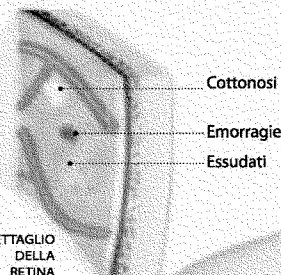
RETINOPATIA IPERTENSIVA

Sono lesioni della retina a causa di episodi ipertensivi

SEZIONE DEL GLOBO OCULARE



DETTAGLIO DELLA RETINA



INFARTO DI MIOCARDIO

Dolore principale ■ **Irradiazione del dolore** ■

SINTOMI

Nausea e vomito

Dolore intenso e pressione nel petto e/o nella schiena che dura oltre 5 minuti

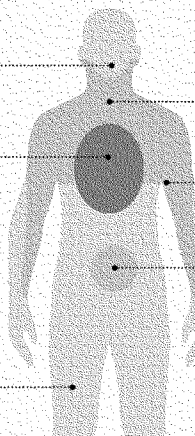
Debolezza muscolare

Difficoltà nella respirazione

Sudorazione

Acidità

La donna presenta sintomi diversi



Come avviene un infarto

- 1 Se forma un ateroma all'interno di un vaso
- 2 L'ateroma produce una ostruzione acuta del vaso sanguigno
- 3 Un'area rimane senza irrorazione e diventa necrotica

Cuore

Rene

NEFROPATIA IPERTENSIVA

Si produce a causa dell'ispessimento delle pareti delle piccole arterie che irrorano le strutture renale

BENIGNA
Si sviluppa in modo lento. Di solito non porta ad insufficienza

MALIGNA
Si sviluppa in modo veloce e spesso porta ad insufficienza

SEZIONE DEL RENE

DETTAGLIO DEL SISTEMA VASCOLARE DEL RENE

Arteriola ingrossata Capillari

Arteria renale

Vena renale

Calice

Piramide renale

Uretere

Vena renale

Arteria renale

Diabete e obesità. Ecco tutte le novità terapeutiche in arrivo nei prossimi anni

Dalle insuline inalatorie e in cerotto, agli analoghi del GLP-1 orali, agli anticorpi 'attivanti' il recettore dell'insulina per il diabete; dalla liraglutide alla lorcaserina per l'obesità. Si prepara la carica delle nuove terapie per contrastare la pandemia di 'diabesità', presentate al congresso dell'American Diabetes Association (ADA) appena concluso a San Francisco.

Insulina inalatoria. Ci si prova da anni a mettere a punto un'insulina da somministrare per via inalatoria, anziché sottocutanea; ma tutti i tentativi passati sono falliti perché esponevano al rischio di complicanze polmonari. Ma adesso ci si riprova. Al congresso dell'American Diabetes Association (ADA) sono stati presentati due studi, richiesti dall'FDA, per l'approvazione di una nuova insulina inalatoria (*Technosphere Insulin Inhalation Powder*). Il primo di questi ha dimostrato che l'insulina inalatoria dà un minor numero di crisi ipoglicemiche e di aumento ponderale, rispetto a quella somministrata per via tradizionale, senza provocare complicanze polmonari. In un secondo studio, un gruppo di pazienti con diabete scompensato, mai trattati in precedenza con insulina, sono stati randomizzati a insulina inalatoria o a placebo; il gruppo trattato ha mostrato un miglior compenso glicemico, al prezzo di un minimo incremento ponderale. Gli episodi di ipoglicemia, sebbene maggiori nel gruppo trattato, sono stati relativamente scarsi. La decisione dell'FDA circa l'autorizzazione al commercio di questa nuova insulina è attesa per il prossimo luglio.

Insulina in cerotto. Un'ulteriore alternativa all'insulina iniettabile, in fase di studio è il cosiddetto 'cerotto'. Topicon è una nuova piattaforma tecnologica, progettata per consentire un rilascio transdermico passivo di insulina (determir e glargine liofilizzate), attraverso un cerotto Thermomatrix. In uno studio *in vitro*, un gruppo di ricercatori americani ha dimostrato che le formulazioni Topicon a base di analogo lento dell'insulina, passavano dallo stato solido (a 25°) ad uno stato gelatinoso (a 32°, la temperatura della pelle), consentendo un assorbimento graduale e costante di insulina per via transdermica, per sette giorni. Sono attesi a breve gli studi di validazione su modello suino, con analoghi rapidi dell'insulina.

Insuline orali. A metà strada tra un'insulina orale e un cerotto, all'ADA è stato presentato uno studio di fase I che prevedeva la somministrazione di insulina attraverso una striscia, da applicare sulla mucosa orale, che rilascia gradualmente insulina, legata a nanoparticelle inerti. La sperimentazione sull'insulina transorale ha dato risultati promettenti, determinando un rapido assorbimento e una buona bioattività della stessa. Molti sono gli studi in corso mirati alla messa a punto di formulazioni di insulina per via orale. L'ORMD-0801 è un programma di studi sperimentali che utilizza la tecnologia POD, con supporto antiproteolitico e fattori di facilitazione dell'assorbimento, per consentire la somministrazione di insulina per via orale e il suo assorbimento attraverso il tratto gastrointestinale. L'ORMD-0801 ha dimostrato la possibilità di ottenere un buon controllo metabolico sia nel diabete di tipo 1 che 2; è al momento in corso un vasto programma di *trial* clinici, mentre si continuano ad sperimentare migliori tecnologie, quali l'aggiunta di particolari *surfactant* all'insulina orale.

Le premiscelate del terzo millennio. Al congresso di San Francisco è stata presentata una metanalisi

post hoc che dimostra come gli adulti con diabete di tipo 2, che raggiungevano un *target* di emoglobina glicata inferiore a 7%, presentino un rischio di ipoglicemia nettamente inferiore con la nuova premiscelata Ryzodeg, rispetto a quelli in trattamento con l'insulina bifasica aspart 30. La metanalisi ha confrontato i tassi di ipoglicemia nei due gruppi di trattamento, al termine del programma dei sei studi BOOST, che hanno avuto una durata di 26 settimane e hanno coinvolto oltre duemila persone, in 30 nazioni. Il rischio di ipoglicemia complessiva e notturna è risultato rispettivamente inferiore del 30% e del 66% nei soggetti trattati con la nuova premiscelata, rispetto a quelli in trattamento con aspart bifasica. I soggetti trattati con Ryzodeg inoltre presentavano una maggiore riduzione dell'insulina a digiuno, rispetto ai trattati con aspart bifasica (-54,8 mg/dl contro -38 mg/dl); infine le unità di insulina giornaliere medie impiegate al termine dello studio sono risultate inferiori nel gruppo Ryzodeg, che nel gruppo aspart bifasica (rispettivamente 0,9 U/Kg, contro 1,1 U/Kg). Ryzodeg è la prima associazione al mondo, in un'unica penna, di due analoghi dell'insulina, l'ultralenta degludec e la rapida aspart, in rapporto 70/30. È già stata approvata in Europa e in diversi altri Paesi del mondo.

Le nuove associazioni insulina-GLP 1 analogo. Due in uno nella stessa penna. Ci si prova con IDegLira, una combinazione di insulina degludec e liraglutide (un GLP1 analogo) che prevede una singola iniezione al giorno, per il trattamento del diabete di tipo 2. I risultati dell'estensione di 26 settimane dello studio DUAL, presentati al congresso dell'*American Diabetes Association* confermano l'efficacia e la sicurezza di questa associazione preconstituita. A 52 settimane, IDegLira ha dimostrato una persistente e statisticamente significativa riduzione dell'emoglobina glicata di 1,8 punti percentuali, rispetto ai valori basali, in una popolazione di adulti con diabete di tipo 2, non trattati in precedenza con insulina. I valori medi di emoglobina glicata al termine dello studio sono stati 6,4% con IDegLira, 6,9% con l'insulina degludec e 7,1% con liraglutide. Ben il 78% dei soggetti in trattamento con IDegLira ha raggiunto il *target* di emoglobina glicata inferiore al 7%, contro il 63% di quelli trattati con degludec e il 57% di quelli in terapia con liraglutide. I soggetti trattati con IDegLira, al termine dello studio presentavano un calo ponderale medio di 0,4 Kg, mentre quelli in trattamento con insulina mostravano un aumento di peso di 2,3 Kg; al contrario, i soggetti trattati con liraglutide presentavano un calo ponderale di 3 Kg. Il tasso di ipoglicemie nei soggetti trattati con IDegLira infine è stato del 37% inferiore rispetto ai soggetti trattati con degludec; quelli del gruppo liraglutide, mostravano i tassi più bassi in assoluto. “Mantenere il compenso glicemico, man mano che il diabete progredisce – commenta il professor **John Buse**, *University of North Carolina School of Medicine*, Chapel Hill, North Carolina (USA) – è un problema, visto che i pazienti hanno timore di iniziare nuovi trattamenti che possono comportare il rischio di effetti indesiderati, quali l'aumento del peso o l'ipoglicemia. I risultati degli studi con IDegLira presentati al congresso dell'ADA indicano tuttavia che questo trattamento può fugare queste preoccupazioni”.

L'analogo del GLP1 orale. Sono allo studio formulazioni orali anche per gli analoghi del GLP 1. Molti i benefici teorici di questa nuova formulazione: posologia facilitata, rilascio più fisiologico sul sito d'azione, riduzione degli effetti indesiderati gastro-intestinali. Il nuovo farmaco sperimentale della TransTech Pharma, per ora definito dalla sigla TTP273, ha dimostrato una buona efficacia sia in monosomministrazione serale, che nei regimi a due somministrazioni al giorno. Oltre ad una sensibile riduzione della glicemia, il nuovo farmaco orale ha prodotto una riduzione dei valori pressori (sia diastolici che sistolici) e dei trigliceridi. Il TTP054 è una seconda molecola, messa a punto dalla di TransTech Pharma, nell'ambito del suo programma di sviluppo di agonisti recettoriali del GLP-1; anche TTP054 è un agonista non-peptidico del recettore per il GLP-1 sulle cellule pancreatiche, che si è dimostrato efficace in somministrazione orale per il trattamento del diabete di tipo 2. E' al momento in valutazione in studi di *dose-finding*.

Un anticorpo monoclonale anti-diabete. Un'azienda *biotech* californiana, la XOMA, sta sperimentando un approccio del tutto innovativo al trattamento del diabete. Si tratta di un anticorpo monoclonale che si lega al recettore per l'insulina, modulandone l'azione. Nelle intenzioni degli sperimentatori, questo farmaco dovrebbe essere somministrato sottocute una volta alla settimana per garantire un'insulinizzazione basale, senza il rischio di crisi ipoglicemiche. IL farmaco è stato finora

sperimentato su primati, con buoni risultati; sono attesi a breve i primi studi nell'uomo.

Le performance anti-diabete del farmaco anti-obesità. La lorcaserina è un nuovo farmaco, approvato dall'FDA come terapia anti-obesità, in aggiunta ad una dieta ipocalorica e ad un programma di esercizio fisico, per la gestione a lungo termine dei soggetti obesi o in sovrappeso; il farmaco non è stato approvato dall'EMA, che non ha ritenuto soddisfacente il suo profilo di sicurezza. Lorcaserina è un agonista selettivo del recettore 2c della serotonina (5HT_{2c}) che causa un aumento del senso di sazietà dopo il pasto e una riduzione del senso di fame; questi effetti provocano una minor assunzione di cibo e quindi un calo ponderale. Una riduzione anche modesta del peso, intorno al 5%, può migliorare il compenso glicemico e ridurre il rischio di diabete. Un'analisi *post hoc*, presentata all'ADA, ha valutato la progressione dalla condizione di prediabete a quella di diabete, nell'arco di un anno di terapia con lorcaserina, confrontata con il placebo; i dati esaminati provenivano dai trial BLOOM/BLOSSOM, condotti su una popolazione di soggetti obesi (BMI 30-45), non diabetici e con almeno una condizione comorbile, associata all'obesità. Il trattamento con lorcaserina ha prodotto un maggior calo ponderale, che nel gruppo di controllo e una minore progressione verso una condizione di diabete; nell'arco dell'anno di durata dello studio, hanno sviluppato diabete il 2% dei soggetti trattati con lorcaserina, contro il 3% del gruppo placebo.

Liraglutide: l'anti-obesità 3.0 Il programma di studi LEAD ne ha ampiamente dimostrata l'efficacia come antidiabetico. Adesso, tocca ai trial del programma SCALE (*Satiety and Clinical Adiposity – Liraglutide Evidence*) dimostrare che questo analogo del GLP-1, prodotto dalla danese Novo Nordisk, è efficace anche come farmaco anti-obesità negli adulti in sovrappeso/obesi e affetti da diabete mellito di tipo 2. La posologia per questo nuovo campo di applicazione è superiore a quella utilizzata in clinica nel diabete (3,0 mg/die contro gli 1,8 mg/die tradizionali). I risultati a 56 settimane dello studio di fase 3a SCALE Diabetes, condotto su 846 pazienti e presentati al congresso dell'*American Diabetes Association*, evidenziano che liraglutide 3 mg/die ha comportato una riduzione di peso del 5,9% rispetto ai valori iniziali, contro il -4,6% di liraglutide 1,8 mg/die e il 2% del placebo. Ben il 22% dei trattati con liraglutide 3 mg/die ha ottenuto con questo trattamento un calo ponderale superiore al 10% dei valori basali, al termine delle 56 settimane dello studio. Oltre al calo ponderale, liraglutide 3,0 mg ha prodotto anche una riduzione di 1,3 punti percentuali di emoglobina glicata e oltre il 70% dei trattati ha raggiunto il *target* di emoglobina glicata inferiore a 7%. Sulla base dei risultati del programma di studi SCALE, è stata avanzata da mesi una richiesta di *New Drug Application* (NDA) e una di *Marketing Authorization Application* (MAA) sia all'FDA, che all'EMA per l'impiego di liraglutide come terapia per la gestione cronica del peso negli adulti obesi o in sovrappeso (con BMI ≥ 27) e con diabete di tipo 2.

(Fonte: quotidianosanita)