



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



IL RAPPORTO DEL MINISTERO *Livelli essenziali di assistenza insufficienti. Pessimi risultati nell'assistenza ad anziani e disabili*

Sanità, Campania ultima in Italia

NAPOLI (Serena Finozzi) - Unica bocciata in una 'classe' di sedici regioni, la Campania spicca come il solo territorio che ancora non è in grado di garantire un'adeguata assistenza sanitaria ai suoi cittadini. Sedici le regioni 'valutate' nell'ultimo rapporto sui Lea (livelli essenziali di assistenza) dal Ministero della Salute: 10 quelle promosse (Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte, Lombardia, Liguria, Umbria, Basilicata, Lazio e Marche), 5 le regioni 'ammesse con riserva' (Sicilia, Molise, Abruzzo, Puglia e Calabria). Una, infine, la Campania, bocciata su tutta la linea. Nel 'giudizio' relativo alle performance dell'anno in esame (2012) della Campania, si 'rinvia' la regione per "l'assistenza residenziale per anziani e disabili, per malati terminali, e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. Criticità per le vaccinazioni antinfluenziali per anziani e screening". Insomma: questa volta la Campania resta sola in fondo alla classifica. Anche le 'compagne' di sempre si sono allontanate dall'inefficienza nostrana. Solitamente, infatti, al momento dell'assegnazione delle 'maglie nere' in Italia, la Campania è sempre

accompagnata dalle altre, almeno qualcuna, del Mezzogiorno. Ma non questa volta. Eppure il rapporto ministeriale non prende in considerazione prestazioni da guinness ma i Lea, appunto. "I livelli essenziali di assistenza indicano l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio sanitario nazionale, allo scopo di garantire in condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio nazionale. Sono detti 'livelli essenziali' in quanto racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini. Si intende l'impegno a garantire le cure appropriate": questa la definizione da manuale di quello che in Campania, invece, lungi dall'essere un diritto inalienabile, è un'utopia. La regione è riuscita a totalizzare, sommando i dati di ciascuno degli indicatori dell'indagine, solo 117 punti. All'altro capo della classifica, con il miglior risultato, l'Emilia Romagna che ha totalizzato ben 210 punti. 31 gli indicatori presi in esame, ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assi-

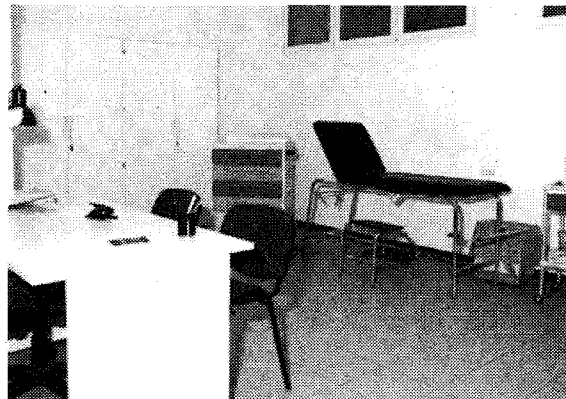
stenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogate da ciascuna regione. L'assistenza agli anziani resta una delle 'materie' in cui la Campania dà il peggio di sé: per avere un'idea è sufficiente raffrontare il punteggio conseguito in merito dalla Campania, col corrispettivo emiliano: 2,8 e 11,94. Analogamente, se non peggiore, il bilancio relativo alla voce 'numero di posti letto per anziani ogni mille abitanti'. In Campania siamo fermi a 0,56. In Emilia Romagna il dato corrispondente è 15,44. Andamento equivalente sul fronte dell'assistenza ai disabili. Altra 'materia' da bocciatura

secca per la Campania, è quella dei parti cesarei. Percentuali elevatissime quelle registrate, numeri che non hanno eguali in tutt'Italia. In Campania la percentuale dei cesarei si stabilizza al 36,78%. Per incontrare il secondo valore più alto in merito bisogna scendere fino al 29,5% del Molise e, per il terzo, si aspetta il 27,4 del Lazio. Virtuoso è il Friuli Venezia Giulia dove la percentuale dei parti cesarei sul totale (operazione che dovrebbe, per costi e per rischi, rappresentare un'eccezione e non la regola) si ferma al 15%. Ancora: in Campania solo il 14% degli over 65 con frattura del collo del femore viene operato entro due giorni dal ricovero (fatto che può fare, in positivo, la differenza sulla speranza di vita del paziente). A Bolzano tale 'opportunità' viene data ad oltre il 73% dei degenti, al 72% in Valle d'Aosta, al 64% degli over 65 in Toscana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALA PARTO

La percentuale
dei parti
cesarei effettuati
in Campania
sul totale
è del 36,7%
Il dato medio
nazionale
si ferma al 20%



Il migrante fantasma

Gli immigrati regolari in Italia da qualche anno sono circa 5 milioni. I minori sono 1,2 milioni. Oltre il 70% nati in Italia ma non «italiani». Neanche in sanità. Nel 2013 hanno chiesto asilo 28mila persone, lasciandosi alle spalle guerre, carestie, incarcerazione, tortura. Andrebbero accolte e curate. Per non aggiungere altri danni alla sofferenza post traumatica. E i numeri sono in crescita. Nel primo quadrimestre del 2014, i 26.200 migranti arrivati sono oltre 10 volte in più rispetto al primo quadrimestre del 2013. Certo, non possiamo essere lasciati soli dall'Europa. Ma di fronte a questi dati, ci si chiede come possa accadere che in diverse Asl non sia garantita la certezza dell'assistenza sanitaria ai migranti (come previsto dalla legge) e che non venga rispettato il diritto di ogni bambino, anche se i genitori sono irregolari, ad avere un pediatra di base. Non è più emergenza ma presenza. Persone, non fantasmi. E c'è una transizione epidemiologica da governare. Di tutto questo si è parlato ad Agrigento, al congresso della Società italiana di medicina delle migrazioni. Che ha chiesto cose semplici: risposte appropriate, una vera governance da parte del ministero della Salute, interlocutori competenti. (Ro.M.)

TICKET, ESENZIONI E ALTRI DISASTRI

Il copayment nei tornelli della disuguaglianza

Troppe esenzioni, mal bilanciate e inique. E una declinazione del copayment isterica e regionalizzata fino a rappresentare il primo patentino di diseguità del Ssn.

Non sorprende se nell'ambito della relazione sull'Indagine conoscitiva delle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera il capitolo delle compartecipazioni ha finito per rappresentare il crocevia delle riflessioni sulla necessità di modifiche strutturali all'impalcatura del Ssn.

Nel mirino dei deputati le criticità cruciali che saltano agli occhi. Primo: le esenzioni sono troppe, con l'effetto paradosso che basta metà degli esenti a totalizzare quasi l'80 per cento delle prestazioni sanitarie. Secondo: sono anche mal bilanciate perché calcolate sul reddito Irpef, che sconta il fenomeno dell'evasione, perché le esenzioni per patologia (circa il 50% del totale) sono svincolate da qualsiasi parametro reddituale. Terzo: i ticket pesano solo su un segmento minimo della spesa sanitaria (specialistica, diagnostica, marginalmente la farmaceutica) e risultano svincolati da qualsiasi criterio di appropriatezza delle prestazioni.

«Per la prima volta - osservano le due commissioni - si sta facendo largo l'idea che occorra trasferire la responsabilità e i costi dei servizi su specifici segmenti di popolazione». Si ragiona sugli abbienti e su chi genera costi sanitari con comportamenti economicamente non sostenibili o inappropriati per la salute. Sotto la lente anche l'esigenza di tornare a un sistema unico nazionale di esenzioni e di copayment in cerca della ormai smarrita uniformità di diritti e oneri denunciata dall'ennesimo, noto paradosso, grazie al quale in alcune Regioni il ticket su una determinata prestazione finisce per costare più della prestazione fruita sul libero mercato. Ai

ticket - sottolinea la relazione - è stata assegnata non solo la funzione di regolazione della domanda ma anche quella di contribuire al finanziamento della spesa sanitaria: il risultato boomerang è stato quello di far sparire il gettito atteso in conseguenza della migrazione delle prestazioni nel privato.

Al capitolo delle possibili soluzioni il documento specula sull'ipotesi già rimbalsata lo scorso anno dai tavoli dell'Agenas alle cronache di settore: quella relativa all'individuazione di una «franchigia, calcolata in percentuale del reddito, fino al concorrere della quale si dovrà pagare interamente secondo le attuali tariffe ogni prestazione sanitaria fruita nel corso dell'anno».

Tale franchigia «potrebbe anche essere progressiva, gravando meno sui redditi bassi e di più su quelli elevati. Superata la franchigia le prestazioni sarebbero invece gratuite. In tal modo verrebbe conservato un sistema di co-payment in grado di tutelare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, senza determinare alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti».

Restano sul tappeto - concludono i deputati - i problemi pratici da risolvere nel caso si volesse rendere operativo questo modello:

1. corretta determinazione del reddito, che «potrebbe forse essere risolto applicando il sistema dell'Isee»;

2. lo strumento da utilizzare per detrarre dalla franchigia il costo delle prestazioni ottenute. Problema che «potrebbe essere risolto con una registrazione certificata su rete informatica da parte di tutti i presidi che riscuotono le relative tariffe o in alternativa con una scheda individuale, come la tessera sanitaria, in cui vengono registrate tutte le tariffe riscosse». Posto che sia la soluzione giusta, insomma, il resto è ancora tutto da inventare.

EXPOSANITÀ/ In una ricerca Grs il punto sul mercato di servizi e prodotti per la salute

Fornitori Ssn a tutta crescita

Fatturati in crescita per il 74,6% delle imprese - Sofferenza pagamenti

TREND&MERCATO

Servizi e prodotti per la sanità a gonfie vele nei primi mesi del 2014, ma resta inesorabile il "buco nero" dei ritardi di pagamento a oscurare ottimismo ed entusiasmo delle imprese di settore. Il termometro degli umori delle aziende della salute in una ricerca condotta da Grs Ricerca e Strategia e presentata la settimana scorsa a Bologna, in occasione della diciannovesima edizione di Exposanità, manifestazione dedicata ai temi della sanità e dell'assistenza che ha visto la partecipazione di oltre 700 aziende, oltre 2mila prodotti in esposizione e 235 meeting.

Dallo studio - realizzato tra marzo e aprile su 5.800 contatti con imprese produttrici di dispositivi medici, apparecchiature e prodotti diagnostici, engineering ospedaliero, servizi, informatica sanitaria e telemedicina, prodotti per l'handicap, l'ortopedia e la riabilitazione - emerge una vena d'ottimismo sull'andamento aziendale attuale fondato anche sui dati di chiusura 2013: il 74,6% delle imprese interpellate, infatti, ha registrato crescita o stabilità del fatturato rispetto al 2010 e ha mantenuto inalterato il numero dei propri dipendenti mentre il 28,1% ha registrato un aumento degli organici. Nove imprenditori su dieci contano di replicare la performance anche nel 2014: solo il 9,8% a temere una chiusura negativa e solo l'8,3% che teme di dover ridurre il numero di addetti. La fiducia nelle proprie performance si traduce in progetti di ricerca e sviluppo, con budget che vanno dall'1% al 15% dei fatturati, per il 65,8% delle imprese e un 15% di aziende che prevede quote superiori al 16 per cento in vista di una ulteriore crescita del settore nel prossimo triennio. Per il triennio 2014-2016, infatti, solo il 12,8% si aspetta una contrazione del mercato contro un 52% apertamente convinto della sua crescita e un 35,2% che non crede ci saranno grosse variazioni.

Dal profilo tracciato dall'indagine emerge anche il

grado di internazionalizzazione delle imprese del settore: il 51,2% dichiara non esportare all'estero, contro un 48,8% che esporta i propri prodotti e servizi e un 20,3% che ricava dalle esportazioni oltre il 26% del fatturato. Il Ssn rimane comunque l'interlocutore di riferimento per le aziende del comparto: in particolare il 25% delle imprese genera più del 50% del proprio fatturato vendendo servizi e prodotti alla sanità pubblica, mentre il 32,5% concentra più del 50% del fatturato nel settore del commercio e della distribuzione.

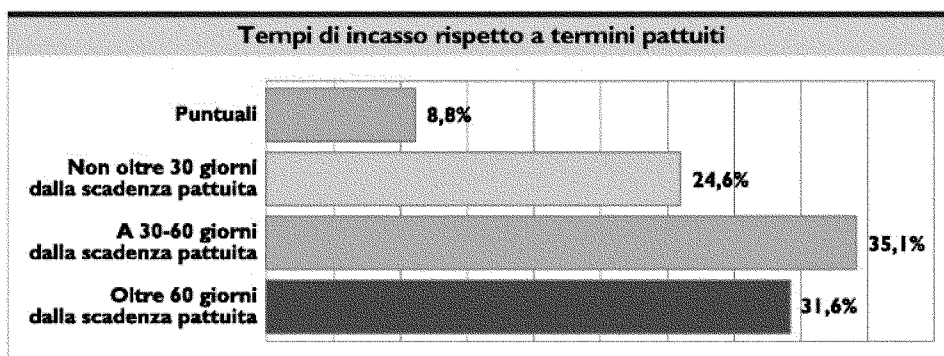
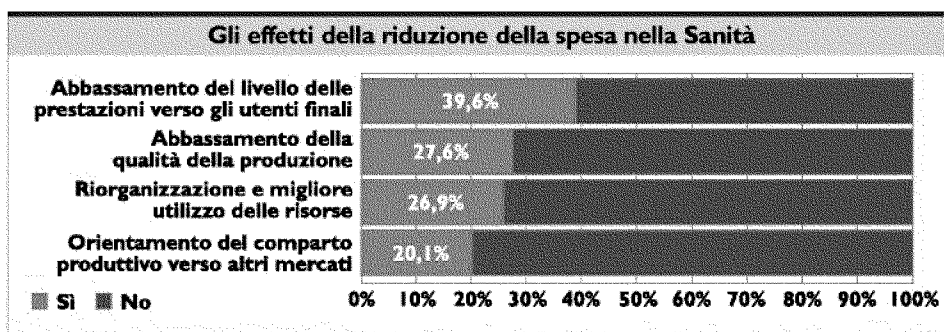
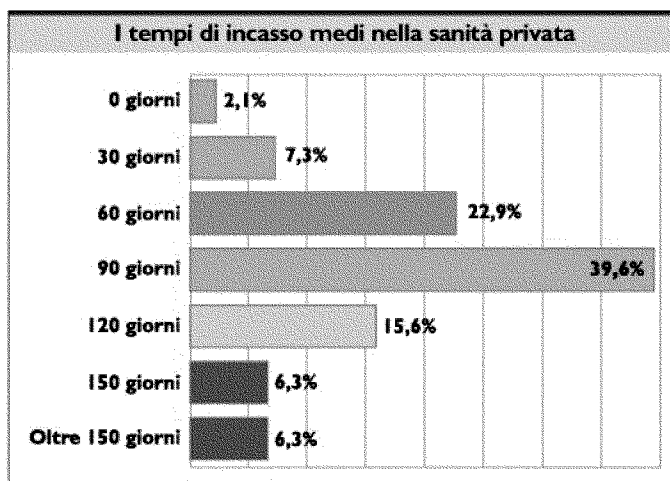
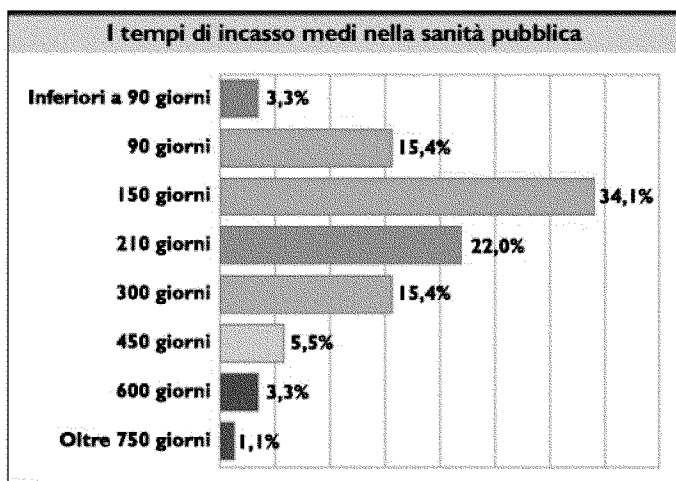
È per questo motivo che i tempi di pagamento restano il tasto dolente in un panorama altrimenti sufficientemente roseo. I tempi di incasso medi, nella sanità pubblica, toccano i 90 giorni (15,4% delle imprese), ma c'è un 34,1% di fornitori che attende fino a 150 e ben il 47,3% delle aziende che aspetta ancora di più per passare all'incasso. Leggermente migliore il rapporto con la sanità privata: pagamenti puntuali o a 30 giorni nel 9,4% dei casi; il 67,8% delle imprese attende di veder saldate le fatture a oltre 60 giorni, il 39,6% attende fino a 90 giorni, il 15,6% ne attende 120 e il 12,6% fino a 150 e oltre.

Più in generale, rispetto ai termini pattuiti, le imprese lamentano incassi che nel 66,7% dei casi si protraggono oltre i 30 giorni, contro un 8,8% che incassa puntualmente e un 24,6% che deve attendere almeno 30 giorni.

E in una situazione già gravata da burocrazia e scarsità di fondi sono i tagli di settore a destare le maggiori preoccupazioni: il 73,1% delle imprese è convinto non ci saranno razionalizzazioni o migliore uso delle risorse (lo dice il 73,1%) ed è pronto a scommettere sull'abbassamento del livello delle prestazioni verso gli utenti finali (39,6%) e conseguentemente della qualità della produzione (27,6%).

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

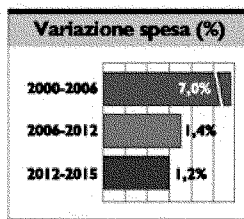


SOSTENIBILITÀ

La ricetta della Camera

Più Stato e meno Regioni, nuova governance e più territorio

Più Stato meno Regioni, gestione delle cronicità, crescita delle Regioni in difficoltà, premi alle virtuose, più innovazione e prevenzione. È la ricetta della sostenibilità dell'indagine conoscitiva delle Commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera.



A PAG. 6-7

SOSTENIBILITÀ/ L'indagine conoscitiva delle Commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera

Ecco perché scricchiola il Ssn

Le ricette: nuova governance, innovazione, più territorio e prevenzione

Rafforzare il ruolo dello Stato, come garante della definizione dei Lea ma anche dell'uniformità della loro erogazione; rivedere profondamente il modello assistenziale per gestire la cronicità; definire una griglia di indicatori per consentire la crescita del livello assistenziale medio delle regioni più svantaggiate integrando il sistema, teoricamente virtuoso, dei "costi standard" e delle "Regioni benchmark"; affrontare la sfida appropriatezza ristabilendo un meccanismo che premi le aziende virtuose (sia pubbliche che private) e stigmatizzi i comportamenti non corretti; ma anche investire di più in prevenzione e innovazione e incentivare la sanità integrativa (si veda articolo in pagina).

È questa la formula più o meno segreta per risolvere il cubo di rubik della «sostenibilità» del Ssn, che emerge dalle conclusioni dell'Indagine conoscitiva condotta dalle Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione) e XII (Affari sociali).

Il quadro tracciato dalle audizioni degli stakeholder svela senza dubbio un orgoglio di fondo, quello del valore insostituibile del Ssn, quale strumento indispensabile per la tutela della salute, un sistema che comporta oneri al di sotto della media internazionale ed europea. La preoccupazione diffusa è tuttavia che la crisi infinita e la riduzione dei finanziamenti si traducano in una perdita nella qualità dei servizi e nella capacità di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione.

Governance e competenze. Servirebbe un nuovo modello per garantire un'erogazione dei Lea omogenea ed eliminare le differenze regionali. Anche perché sono tutti d'accordo: il riparto di

competenze tra Stato e Regioni in materia di sanità non funziona. L'alternativa: «regolamentazione svolta a livello centrale in termini di definizione degli standard, controllo e poteri di intervento e rettifica» nettamente distinta dall'erogazione delle prestazioni, affidata alle Regioni. Che dovrebbero avere però un grado di responsabilità decisionale minore rispetto a quello attuale.

E a livello centrale, da parte dello Stato, andrebbe effettuata una verifica puntuale non solo sulla correttezza dei bilanci economici ma anche della efficace erogazione dei Lea. Insomma se il pane va razionato, le rose devono esserci per tutti. Anziani e cronici compresi, circondati da nuclei familiari sempre meno in grado di garantire presa in carico e protezione sociale. «Ne deriva l'urgenza - si legge nelle conclusioni dell'indagine - del superamento delle logiche ospedalocentriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie», un processo che consentirebbe all'ospedale di divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come avviene ora, la struttura di intervento generalista. Il che significa espandere la spesa nell'immediato per ottenere nel medio termine un utilizzo più efficiente delle risorse e un effetto di contenimento della spesa sul futuro.

Welfare sanitario. I meccanismi di finanziamento da parte dello Stato vanno integrati e corretti. Vanno bene i costi standard e le Regioni benchmark. Ma nel nuovo meccanismo restano «non pervenute» variabili della spesa sempre più importanti: emergenze territoriali per patologia, densità della popolazione, estensione territo-

riale regionale, condizioni orografiche, entità dei flussi migratori, indici di povertà della popolazione. Ma anche differenze strutturali, tecnologiche e di risorse umane che rendono «disomogenea la risposta ai bisogni di salute del cittadino». Per questo «Il sistema dei "costi standard" e delle "Regioni benchmark", assolutamente virtuoso in linea di principio, rischia di restare in larga misura una mera enunciazione se non sarà integrato con la definizione di indicatori appropriati, specifici e coerenti con l'obiettivo di consentire la crescita del livello assistenziale medio delle Regioni a maggior svantaggio strutturale». E la valutazione sui Piani di rientro, indispensabili per il raggiungimento del controllo delle variabili finanziarie, non dovrebbe trascurare l'impatto reale sull'efficacia e l'efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi, «legando le procedure di verifica degli obiettivi delle Regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale». E in questo ambito va colmata l'assenza dei Liveas, ai fini di una completa integrazione socio-sanitaria.

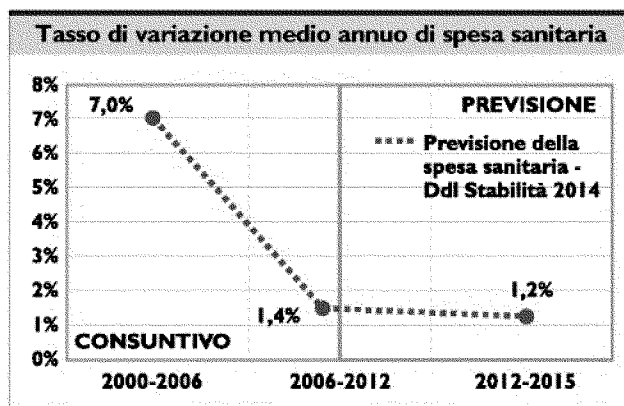
La sfida dell'appropriatezza. Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato riconosciuto da tutti che il modello dell'Azienda sanitaria funziona. Ma la qualità va premiata «promuovendo una vir-

tosa competizione fra erogatori che induca gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità». E su questo fronte una carta da giocare, nel rispetto di certi equilibri, è la mobilità sanitaria, che può rappresentare uno «strumento di incentivazione degli operatori più efficaci». E in nome dell'appropriatezza, suggeriscono i parlamentari nelle conclusioni dell'indagine, più spazio alla centralizzazione degli acquisti e all'aggregazione selettiva della domanda.

E soprattutto più prevenzione: nel nostro Paese l'80% delle malattie è determinato dalle cattive abitudini (fumo, alcol, eccessiva alimentazione, sedentarietà). E più innovazione: non è ormai rinviabile l'ammodernamento strutturale e tecnologico del sistema sanitario attraverso risorse certe e serve una maggiore rapidità e omogeneità nell'accessibilità ai farmaci innovativi. Sarà pure l'acqua calda. Ma il soldato Ssn ha bisogno di tutto questo. Per essere salvato e dare il meglio di sé.

pagine a cura di
Rosanna Magnano
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La spesa sanitaria nel conto della Pa: le previsioni nel Def 2013 (milioni di euro - %)

Previsioni Def 2013	2013	2014	2015	2016	2017
Valore assoluto	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789
Variazione percentuale su anno precedente	0,2	1,7	2,1	1,9	1,8
Percentuale su spesa primaria	15,29	15,60	15,61	15,72	15,74
Percentuale su Pil	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7

Composizione della spesa sanitaria (milioni di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012
Prestazioni sociali in natura	101.102	102.644	104.711	103.609	102.791
Corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market	39.607	40.809	41.316	40.406	39.578
• Farmaci	11.226	10.997	10.913	9.862	9.145
• Assistenza medico-generica	6.079	6.949	6.984	6.724	6.736
• Assistenza medico-specialistica	3.948	4.112	4.542	4.737	4.720
• Assistenza ospedaliera in case di cura private	9.407	9.493	9.449	9.503	9.395
• Assistenza protesica e balneo-termale	3.903	3.954	3.940	4.113	3.944
• Altra assistenza	5.044	5.304	5.488	5.467	5.638
Corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market	61.495	61.835	63.395	63.203	63.213
• Redditi da lavoro dipendente	35.757	34.467	35.449	34.425	33.961
• Consumi intermedi	23.230	24.777	25.220	26.168	26.779
• Altro	2.508	2.591	2.726	2.610	2.473
Contribuzioni diverse	952	894	852	876	1.001
Servizi amministrativi	5.482	5.705	5.797	5.838	5.825
• Redditi da lavoro dipendente	2.802	2.894	2.897	2.828	2.747
• Consumi intermedi	2.507	2.630	2.717	2.833	2.906
• Altro	173	181	183	177	172
Altre uscite	1.355	1.231	1.166	1.270	1.225
di cui: interessi passivi	588	424	326	380	335
Totale uscite correnti	108.891	110.474	112.526	111.593	110.842

Nel nuovo testo varato dalla Fnomceo la scelta dichiarata di adeguarsi a normative e innovazione

Deontologia, il Codice dei veleni

Quattro articoli in più e restyling su doveri e lessico - Ma la fronda annuncia battaglia

Restyling complessivo e quattro articoli nuovi di zecca che tengono conto del fattore Ict, delle potenzialità offerte dalla medicina e dei nuovi metri di misura da adottare nei confronti dei sistemi aziendali. È il Codice deontologico della Fnomceo versione 2014, presentato a Roma venerdì e da subito sotto il tiro incrociato di dieci Ordini. Che lo bocciano rivendicando l'autonomia del camice bianco rispetto a burocrazia, norme e università.

A PAG. 2-5

DEONTOLOGIA/ Varo definitivo a Torino per il testo che regola etica e doveri dei medici

Codice Fnom dei lunghi coltelli

Quattro nuovi articoli in più - Ma 10 Ordini annunciano il ricorso al Tar

Il dado è tratto. Dopo un'ampia trattativa e un confronto finale serrato sugli ultimi emendamenti apportati al testo, il nuovo Codice deontologico dei medici è varato. Approvato domenica 18 maggio a Torino dal Consiglio nazionale della Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici, dei chirurghi e degli odontoiatri - ma non all'unanimità, poiché 87 sono stati i voti favorevoli, dieci i contrari e due le astensioni - il nuovo testo innova la versione 2006. Un ritmo di revisione stretto, che riflette la pressante evoluzione della medicina intesa in senso lato: dal rapporto con l'assistito all'impiego delle tecnologie, fino al ruolo del camice bianco in un contesto di governance aziendale.

Ecco allora che il nuovo Codice, presentato ufficialmente a Roma venerdì 23 maggio, si arricchisce di quattro articoli inediti, dedicati a medicina militare, medicina potenziativa o cybermedicina, telemedicina e organizzazioni sanitarie. «Utilizzare bene le risorse ha un valore etico», afferma a quest'ultimo proposito il presidente **Amedeo Bianco**, sottolineando che è fondamentale «il ruolo dei professionisti nel determinare dove le risorse possono essere investite in modo appropriato». I medici, sottolinea però, hanno una prospettiva precisa nell'affrontare il tema delle risorse. «Noi - prosegue - partiamo in ogni caso dal benessere del paziente, che è origine e obiettivo finale, in un percorso di appropriatezza ed effica-

cia». Un compito «necessariamente complesso. Siamo per questo preoccupati da politiche che guardano solo all'equilibrio economico». Tenere d'occhio le risorse è giusto e necessario ma puntando su «obiettivi di salute e non sul mero dato contabile», conclude.

Cruciale durante il dibattito è stata l'introduzione o meno del concetto di persona assistita in totale sostituzione di "paziente". Alla fine ha prevalso una linea di mediazione: il termine "paziente" è mantenuto quando si parla di cure, mentre si introduce l'espressione "persona assistita" negli articoli di più ampia accezione. Che tengono cioè conto non della mera cura della malattia, ma dell'ambito più vasto di promozione della salute, mission a cui il camice bianco è chiamato in prima battuta. Una prospettiva ben presente nella scelta di dare maggiore attenzione all'ambiente e all'assistenza sanitaria universale e alla cooperazione internazionale. Focus, ancora, sulla prevenzione del rischio clinico, sulla sicurezza delle cure, sul controllo del dolore e delle cure palliative, su competenze professionali, lotta all'abusivismo e consenso informato.

Non è mancata - e promette battaglia - la fronda: una decina di Ordini, Milano e Bologna in testa, hanno votato contro il nuovo Codice e stanno meditando sul da farsi: se continuare ad attenersi alla versione 2006, se adottare la nuova a patto che alcune parti siano

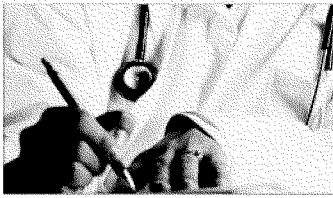
modificate; se, infine, fare ricorso contro la delibera che ha varato l'ultimo testo. A esprimere forti perplessità (in un articolo pubblicato a pag. 5) è il presidente dell'Omceo di Milano **Roberto Carlo Rossi**, mentre il presidente di Bologna **Giancarlo Pizza** ha già annunciato il ricorso al Tar del Lazio. Alla base della decisione dell'ordine bolognese, il fatto che nel nuovo Codice siano stati inseriti «argomenti ritenuti estranei al perimetro della deontologia professionale». Critiche che Bianco rinvia al mittente (v. anche intervista a fianco): «Metteremo in atto azioni di risposta a tutela del nuovo Codice, che 87 presidenti di Ordini, e non "marziani", hanno democraticamente proposto, accettato e votato».

Restano infine ancora da approvare (l'appuntamento è per metà giugno a Bari) gli allegati al Codice su giuramento d'Ippocrate, Ict, conflitto d'interessi, ricerca e sperimentazioni.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOVERI ED EXPERTISE



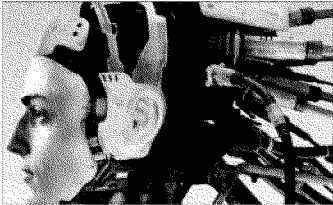
Competenze «esterne» e obbligo assicurativo

L'articolo 3 - tra i più contestati del nuovo Codice - rinvia per le competenze in base alle quali il medico opera, a fonti "esterne". Il camice bianco, si legge infatti nel testo, «esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e odontoiatria e protesi dentaria, insegnate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca».

Numerosi gli articoli che al Titolo II "Doveri e competenze del medico" rafforzano il contributo chiesto al medico, rispetto alla versione 2006. Tra questi l'articolo 14 sulla "Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure", che esplicitamente prevede in capo al dottore l'adesione alle buone pratiche cliniche, l'attenzione al processo di informazione e raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause; lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure; la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella, errori, "quasi errori" ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte.

Tema caldo di dibattito è stato l'inserimento, all'articolo 54, dell'obbligo in capo al medico libero professionista di provvedere - «in armonia con le previsioni normative», a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale».

MEDICINA POTENZIATIVA ED ESTETICA

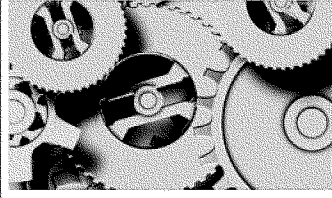


Posizione d'avanguardia sull'«uomo bionico»

L'articolo 76 è dedicato alla cosiddetta «cybermedicina» o medicina potenziativa (l comma) e agli interventi di estetica (il comma). La seconda bozza del Codice prevedeva due ipotesi per il primo comma: la prima più possibilista, la seconda "contenitiva". Ha prevalso la prima: «Il medico, quando gli siano richiesti interventi finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo, opera sia nella fase della ricerca che nella pratica professionale secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta». Così, invece, recitava l'opzione stralciata dal Consiglio nazionale: «Nel rispetto della identità e delle peculiarità genetiche e neurofunzionali della persona - recitava il testo - il medico non deve intervenire con atti suscettibili di alterare il naturale equilibrio, richiamandosi ai principi di proporzionalità e di precauzione di fronte alle nuove istanze e potestà della scienza, propugnando la salute, la dignità e la libertà umana in ogni loro riflesso individuale e sociale».

Inalterato il II comma, sulla medicina estetica: il medico garantisce idonee competenze, non «uscita né alimenta aspettative illusorie», individua le possibili soluzioni alternative di pari efficacia e opera per garantire la massima sicurezza delle prestazioni.

INNOVAZIONE E ORGANIZZAZIONE



Maggiore indipendenza professionale in azienda

È asciutto - e asciugato rispetto alla bozza di ingresso in Consiglio nazionale - l'articolo 79 su "Innovazione e organizzazione sanitaria". «Il medico - si legge testuale - partecipa e collabora con l'organizzazione sanitaria al fine del continuo miglioramento della qualità dei servizi offerti agli individui e alla collettività, opponendosi a ogni condizionamento che lo distolga dai fini primari della medicina. Il medico garantisce indipendenza di giudizio e persegue l'appropriatezza clinica nell'organizzazione sanitaria».

Rispetto alla bozza avanzata uscita a fine marzo dal confronto di Terni, l'articolo 79 ora in vigore elimina l'ultimo comma: «Il medico favorisce la trasparenza e la legalità dei comportamenti e il contrasto ai conflitti d'interesse».

La ratio complessiva della norma deontologica è di preservare l'autonomia e l'indipendenza di giudizio e di azione dei professionisti sanitari, sempre più schiacciati da criteri economicistici che rischiano di sminuire la relazione terapeutica con il paziente. «Dovevamo scegliere tra un Codice ripiegato su se stesso e un Codice "d'attacco", che partendo dalla crisi valorizzasse l'obiettivo per cui è pensato, cioè valorizzare il significato etico e sociale della scelta di fare il medico. Ha prevalso la seconda scelta e questo è evidente, per restare su un tema che ha un forte aggancio con la crisi, nel nuovo articolo sulle relazioni tra medico e organizzazioni sanitarie e con l'ordinamento stesso», spiega Amedeo Bianco.

CAMICI CON UN CUORE VERDE

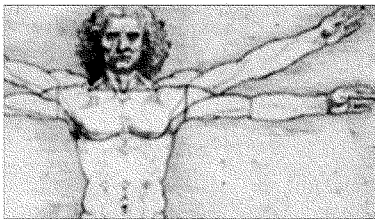


Prevenzione e massima allerta sul rischio ambientale

La vicenda dell'Ilva di Taranto e il dramma della Terra dei fuochi non hanno mancato di lasciare traccia nella coscienza dei medici. Il rischio ambientale entra quindi a pieno titolo nel nuovo Codice: rispetto alla versione 2006 l'articolo 5 su "Promozione della salute, ambiente e salute globale", nel testo finale approvato a Torino è rafforzato. Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, «si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni».

Ribadita poi la necessità che il camice bianco partecipi attivamente alla tutela della salute individuale e collettiva, considerando l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione come fondamentali nella definizione del quadro di benessere di una persona o di una società. Il medico «collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto delle disuguaglianze di salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio».

L'APPROCCIO OLISTICO



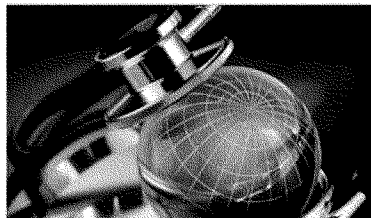
Non solo pazienti ma «persone assistite»

Fu sotto la presidenza Pagni che si decise di passare dal concetto di paziente, in quanto destinatario dell'atto medico, a quello di cittadino portatore di diritti, in linea peraltro con l'articolo 32 della Costituzione. L'obiettivo era valorizzare l'autodeterminazione sancita dal consenso, l'empowerment dell'individuo, mai più destinatario passivo della cura.

Il nuovo Codice registra ora un ulteriore passaggio, l'orientamento promosso con forza dal presidente Bianco, che tiene conto del «cambio di paradigma» - dalla malattia alla salute - che caratterizza la moderna medicina. Una medicina che non si limita a curare, ma a mantenere o a perseguire lo stato di benessere. Di "persona" si parla quindi all'articolo 12 sul trattamento dei dati sensibili, all'articolo 15 sui "sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali", quando si ribadisce che «il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia»; all'articolo 33 dedicato a «informazione e comunicazione con la persona assistita».

Resta fermo che ogni qualvolta sia in ballo la dimensione della malattia, il termine impiegato è "paziente". All'articolo 14, ad esempio, su «prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure», si elencano nel dettaglio gli strumenti che il camice bianco deve mettere in campo «al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti».

HI-TECH APPROPRIATA E SICURA



Secco altolà alla tecnologia «senz'anima»

Sventare il rischio di ridurre il paziente a un mero file. Perché dietro i dati ci sono le applicazioni di telemedicina, teleconsulenza o teleconsulto che necessariamente implicano una relazione terapeutica viva. Questa la ratio dell'articolo 78, dedicato alle "Tecnologie informatiche", in ambito di "Informatizzazione e innovazione sanitaria".

Il camice bianco, nell'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici - si legge - persegue l'appropriatezza clinica e adotta le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari, garantendo la consapevole partecipazione della persona assistita. Quando poi si trovi a impiegare tecnologie Ict a fini di prevenzione, diagnosi, cura o sorveglianza clinica, o tali da influire sulle prestazioni dell'uomo, il medico è chiamato ad attenersi ai criteri di «proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel rispetto dei diritti della persona e degli indirizzi applicativi indicati». Indirizzi che saranno approvati a Bari il prossimo 15 giugno, insieme agli altri 3 allegati al Codice.

La premessa - scritta nel primo comma - è che il medico nell'uso degli strumenti informatici, «garantisce l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e, per quanto di propria competenza, la sicurezza delle tecniche».

DEONTOLOGIA/ I commenti di sindacati e parlamentari alle nuove regole per i medici

Codice: «tiepido» entusiasmo

Bene l'approvazione, ma sul capitolo delle competenze si poteva fare di più

Sindacati "mediamente" soddisfatti; politici "politicamente" entusiasti. A conti fatti i festeggiamenti per l'approvazione del nuovo Codice deontologico della Fnom, risultano tutto sommato "tiepidi". E soprattutto dal fronte medico è tutt'altro che sopito quello che è stato il tema dominante e cruciale del dibattito sviluppatosi a Torino attorno alla nuova Charta della professione.

«È un codice molto ampio, che apre a nuove problematiche finora escluse, come la medicina potenziativa, quella militare e i rapporti con le nuove tecnologie informatiche. Importante soprattutto l'articolo 3 che definisce le competenze del medico e risulta rilevante anche per i cittadini, che devono orientarsi tra oltre 20 professioni sanitarie», hanno commentato **Leo Mencarelli** e **Rosella Zerbi**, che per l'Anaa hanno seguito i lavori di stesura.

«È estremamente positivo che il Codice sia stato approvato dal 90% dei presidenti, anche se i sindacati sono stati consultati tardivamente», sottolinea **Riccardo Cassi** (Cimo Asmd), spiegando le tre questioni poste dal sindacato: l'art. 3 su doveri e competenze, l'autonomia delle scelte cliniche e il non inserimento dell'obbligo assicurativo in assenza di chiare norme.

Attacco frontale invece da parte di **Giacomo Milillo** (Fimmg) agli Ordini che hanno contestato duramente il Codice: «La loro - dice - è un'opposizione costante e pregiudiziale, che presumo possa avere motivazioni che prescindono dal merito delle azioni. I loro interventi e le loro argomentazioni cominciano a essere sempre meno prese in considerazione anche dai singoli medici, perché di affermazioni successivamente smentite dall'evidenza in questi anni ne hanno fatte fin troppe».

Più critico **Massimo Cozza** (Fp Cgil medici), secondo il quale «dopo 8 anni il rinnovamento del codice non sembra aver prodotto grandi novità. Il tema centrale è stato il cambiamento della parola paziente. Alla fine il risultato è pirandelliano: un cittadino può essere una persona, una persona assistita o un paziente. Per quanto riguarda i temi etici il codice deontologico sostanzialmente non cambia, e le problematiche aperte dipendono più dalla politica, come la mancanza di regole per garantire un numero adeguato di non obiettori per l'Ivg».

Proprio alle tematiche aperte anche a livello parlamentare fa riferimento **Andrea Mandelli**, presidente Fofi e membro della commissione Bilancio del Senato: «L'aggiornamento del Codice deontologico è un passaggio fondamentale per le professioni del settore sanitario: anche noi abbiamo un cantiere aperto e stiamo aspettando il recepimento della direttiva sull'e-commerce per concludere i lavori - spiega -. Quello che però non è

più rinviabile è la modernizzazione delle norme istitutive di Ordini e Collegi: serve una riforma capace di rispondere adeguatamente alle esigenze della società».

E secondo **Emilia Grazia Di Biasi** (Pd), presidente della commissione Igiene e sanità del Senato, il restyling varato dalla Fnom risponde proprio alle sollecitazioni provenienti dall'esterno della professione: «Si è preso coscienza dei cambiamenti di contesto del sistema sanitario e di quanto sia cambiata la professione: la figura del medico nelle sue funzioni fondamentali ne esce rafforzata ma contemporaneamente si è dovuto prendere coscienza del fatto che la presa in carico della persona comporta una serie di professionalità complementari. Il nuovo codice, insomma, ricolloca il ruolo medico nella contemporaneità».

Secondo **Pierpaolo Vargiu** (Scelta Civica), presidente della commissione Affari sociali della Camera, «La revisione a otto anni di distanza dalla precedente denota un atteggiamento molto dinamico della professione». «Le modifiche hanno riguardato temi sfidanti come il rapporto con l'organizzazione del Ssn e le questioni di bioetica: non valuto negativamente neanche il fatto che ci siano dieci Ordini che non le condividono. Il dinamismo della professione consente di tollerare tranquillamente certe diversità di vedute».

Stessa lunghezza d'onda per l'ex senatore **Antonio Tomassini**, presidente dell'Associazione di iniziativa parlamentare e legislativa per la salute e la prevenzione: «È un rinnovamento necessario e tempestivo rispetto alle mutate e contingenti condizioni in cui ci troviamo a operare come medici. C'è sempre chi eccelle o tenta di spostare il dibattito sui fondamentalismi» - commenta. - «Credo però che nella salute e nella medicina bisogna cercare soprattutto ciò che unisce: la Sanità deve rivolgersi a tutti i cittadini indipendentemente da quali siano i loro pensieri e opinioni. Quello votato a Torino mi sembra al momento il passaggio più condiviso e possibile, cioè il comun denominatore più rappresentativo».

Un filo di fatalismo in **Maria Rizzotti** (Fi-Pdl), chirurgo plastico e vicepresidente della XII del Senato: «Un aggiornamento del Codice era senz'altro necessario» - spiega -. «A far discutere è stato soprattutto l'articolo 3 e il vincolo ad adeguarsi comunque alle linee del Ssn: da alcuni viene considerata una sorta di perdita di autonomia. Le polemiche continueranno, ma penso che si possa ancora discutere e che l'etica del medico nel rapporto medico-paziente non sia mai stata messa in discussione».

Paolo del Bufalo
Sara Todaro



ANGOLO DI PENNA

Il trial clinico non è registrato? Il Comitato etico deve dire no

di Nino Cartabellotta *

Il protocollo di tutte le sperimentazioni cliniche fa riferimento alla Dichiarazione di Helsinki che riporta i principi della World medical association per la ricerca sugli esseri umani. Rispetto agli obblighi etici relativi alla registrazione della ricerca e alla pubblicazione e divulgazione dei risultati, il testo non lascia alcun dubbio sulle responsabilità di ricercatori, sponsor ed editori, in quanto:

● «ogni studio di ricerca che coinvolge esseri umani deve essere registrato in un database pubblicamente accessibile prima dell'arruolamento del primo partecipante»;

● «ricercatori, autori, sponsor, editori e case editrici hanno obblighi etici in merito alla pubblicazione e alla divulgazione dei risultati della ricerca. I ricercatori hanno il dovere di rendere pubblicamente disponibili i risultati delle loro ricerche sugli esseri umani [...] Risultati negativi e non conclusivi devono essere pubblicati o resi pubblicamente disponibili, alla stessa maniera dei risultati positivi [...] I report di ricerche non conformi con i principi di questa Dichiarazione non dovrebbero più essere accettati per la pubblicazione».

Purtroppo, a fronte di milioni di soggetti arruolati nelle sperimentazioni cliniche per aumentare le conoscenze sugli effetti dei trattamenti per diverse malattie, principi etici di simile portata continuano a essere largamente ignorati perché, di fatto, non esiste alcun obbligo di legge a livello internazionale che impone di registrare e di pubblicare o di rendere disponibili in altra forma i risultati dei trial clinici.

In Italia, la normativa sulle sperimentazioni cliniche impone ai promotori di riportare gli eventi avversi, di garantire la "buona pratica clinica" e di dichiarare, al momento di richiedere l'approvazione del protocollo, che non sussiste vincolo alcuno alla pubblicazione dei risultati. Di fatto, nessun organismo effettua un follow-up sulle dichiarazioni fornite ai comitati etici e agli organismi regolatori, per cui il legittimo proprietario dei dati (ricercatore o industria) può decidere di non pubblicare i risultati. Infatti, verifiche sullo status di registrazione dei trial pubblicati dimostrano che circa il 40% delle sperimentazioni condotte su interventi sanitari attualmente in uso non è mai stato registrato: il dato è certamente "ottimistico", in quanto la stima non può tenere conto dei trial non registrati e mai pubblicati.

Per queste ragioni l'iniziativa internazionale AllTrials, lanciata nel gennaio 2013, chiede che «tutti i risultati di tutti i trial pregressi e futuri condotti su tutti gli interventi sanitari siano resi disponibili» per garantire decisioni realmente basate sulle evidenze (www.alltrials.net). La petizione ha raccolto quasi 80.000 sottoscrizioni ed è sostenuta da oltre 450 organizzazioni, rappresentative di milioni di persone.

Secondo AllTrials, il reporting di un trial clinico deve includere tre set fondamentali di informazioni: i dati relativi alla registrazione del trial, la sintesi dei risultati del trial, i dati completi su metodi e risultati del trial.

1. Dati relativi alla registrazione del trial. Prima di iniziare il reclutamento dei partecipanti tutti i trial clinici pianificati dovrebbero essere registrati, insieme a una sintesi del protocollo di studio. I trial pregressi non registrati (inclusi quelli condotti prima dell'istituzione dei registri) dovrebbero essere registrati in maniera retrospettiva, in particolare se finalizzati a valutare gli effetti di farmaci o interventi sanitari ancora in uso. La mancata registrazione di un trial dovrebbe implicare conseguenze per sponsor e ricercatori: dal semplice diniego dell'autorizzazione del comitato etico a condurre la sperimentazione, all'impossibilità di accedere a finanziamenti istituzionali, sino al divieto di commercializzare il prodotto.

2. Sintesi dei risultati del trial. Entro un anno dalla conclusione del trial, una sintesi dei risultati dovrebbe essere resa pubblica dove il trial è stato registrato. La sintesi dei risultati di tutti i trial condotti su farmaci attualmente in uso dovrebbe essere oggi pubblicamente disponibile in un registro. Tale sintesi dovrebbe comprendere informazioni sull'outcome primario, su ogni outcome secondario e sulle analisi statistiche. Tutti i registri dovrebbero prevedere la registrazione standardizzata di queste informazioni.

3. Dati completi su metodi e risultati del trial. Gli sponsor o altri soggetti che realizzano un report completo del trial per ottenere l'autorizzazione al commercio di un farmaco, o per qualunque altro scopo, dovrebbero renderlo pubblicamente disponibile. I report narrativi di eventi avversi e i dati dei singoli pazienti in un report completo possono essere redatti e resi disponibili su richiesta dei ricercatori, come già avviene per gli incident reports, con la ragionevole certezza che la richiesta non verrà respinta.

L'iniziativa AllTrials sembra già avere prodotto i suoi effetti: infatti, a seguito di una normativa approvata dall'UK Health Research Authority - tra i sostenitori di AllTrial - nel Regno Unito dal 30 settembre 2013 è obbligatorio registrare tutte le sperimentazioni cliniche per ottenere l'approvazione del comitato etico (Bmj 2013;347:f5614).

Nella stessa direzione sembra finalmente muoversi l'Europa che il 2 aprile, al primo giro di consultazione, ha approvato il nuovo regolamento europeo sulle sperimentazioni cliniche dei farmaci, che dal 2016 dovrebbe rendere obbligatorie la registrazione di tutti i trial condotti in Europa e la pubblicazione dei relativi report entro un anno dalla loro conclusione, insieme a un sommario comprensibile da cittadini e pazienti.

L'importanza delle sperimentazioni cliniche per migliorare la salute delle popolazioni e le

metodologie che ne accrescono l'etica, la trasparenza, la rilevanza clinica e il valore sociale sono al centro di un'altra importante iniziativa, la Giornata internazionale dei Trial clinici. Sotto l'egida dell'European clinical research infrastructures Network (Ecrin), ogni anno il 20 maggio si commemora il giorno in cui James Lind avviò nel 1747 il primo trial randomizzato che confrontava diversi trattamenti per lo scorbuto tra i marinai della marina militare inglese. In questa occasione, la Fondazione Gimbe ribadisce con fermezza che registrare tutti i trial clinici e pubblicarne tutti i risultati è un obbligo scientifico, etico e morale e invita tutti gli attori della ricerca clinica a condividere le azioni intraprese. In particolare, per il 2014 le azioni della Fondazione mirano a sensibilizzare le Istituzioni sull'importanza della registrazione dei trial clinici, che non rappresenta un optional metodologico, ma un requisito fondamentale per l'approvazione dei protocolli da parte dei comitati etici, ai quali spetta anche un'azione di monitoraggio pubblico sui protocolli approvati. Infatti, la ricerca non pubblicata, oltre ad avere pesanti ricadute cliniche ed economiche, infrange il patto sottoscritto con il consenso informato e tradisce la fiducia dei partecipanti, convinti di contribuire al progresso della medicina. Pertanto, i pazienti invitati a partecipare ai trial dovrebbero accettare il reclutamento solo se:

a) il protocollo dello studio è stato registrato ed è pubblicamente accessibile;

b) il protocollo fa riferimento a revisioni sistematiche delle evidenze disponibili che giustificano la necessità del trial;

c) viene fornita una garanzia scritta che i risultati completi dello studio saranno pubblicati e inviati a tutti i partecipanti che lo desiderano e i dati saranno resi disponibili a tutte le parti interessate.

Richieste eccessive? Forse... ma in tal caso il modulo di consenso informato dovrebbe esplicitare ai pazienti quello che oggi accade nella maggior parte dei casi: ovvero che i risultati di un trial vengono resi disponibili alla comunità scientifica solo se di interesse dello sponsor e/o dei ricercatori!

* Presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il fisco**Esenzione sanità
via ai controlli
su 1.650 ticket
nell'Agro nocerino****Roberta Salzano**

ANGRI. Ticket sanitari, al via i controlli degli operatori del distretto n. 61. Ammontano a 1.650 in città le dichiarazioni sulle quali l'Agenzia delle Entrate intende vederci chiaro; gli utenti avrebbero indicato introiti più bassi rispetto alla situazione reddituale reale e dovranno ora corrispondere il costo delle esenzioni utilizzate. Diversi sono però anche gli errori commessi dall'organismo di controllo, che potrebbero fare da apripista a una sfilza di contestazioni. Complessivamente ammontano a 13mila le false esenzioni prodotte in Provincia, per un mancato incasso di 3milioni di euro da parte dell'Asl.

La Sogei, la società di informatica del ministero dell'Economia e delle Finanze, ha verificato tutte le autodichiarazioni prodotte dai cittadini sulla base delle dichiarazioni dei redditi dell'anno 2011, riferite all'anno precedente. Fitto l'elenco dei soggetti che ha fruito dei ticket anche in assenza dei requisiti, la Sogei ha inviato la black list a tutte le aziende sanitarie della Regione, compreso il distretto 61.

Gli accertamenti sulle auto-certificazioni sono decollati in seguito al decreto commissariale n. 70 del 30 settembre 2011, che richiama il decreto ministeriale del 2009 «Verifica delle esenzioni in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite il supporto del sistema tessera sanitaria».

—
**Il blitz
Stretta
anti-truffe
al lavoro
gli ispettori
del distretto
sanitario
di Angri**
—

Già nel 2011 la Sogei ha riscontrato inesattezze in 600 domande, delle quali 100 presentavano errori formali facilmente sanabili. Predisposto un pool ad hoc al distretto di via Di Giacomo, che sta passando al setaccio tutte le richieste inoltrate, contattando gli interessati per la produzione della eventuale documentazione probatoria, da presentare entro 30 giorni.

I tecnici si sono concentrati sulle esenzioni E05, per i soggetti con reddito non superiore ai 10 mila euro, E07 per i cittadini extracomunitari iscritti al sistema sanitario nazionale, con permesso di soggiorno, ed E08 per coloro che hanno subito un trapianto e rientrano in un nucleo familiare, con Isee non superiore ai 22 mila euro. Dal 1 aprile sono invece partiti i rinnovi delle fasce E01, E02, E03 ed E04. Capitolo a parte i disoccupati, agli uffici di collocamento sarà chiesto di verificare le certificazioni di disoccupazione prodotte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

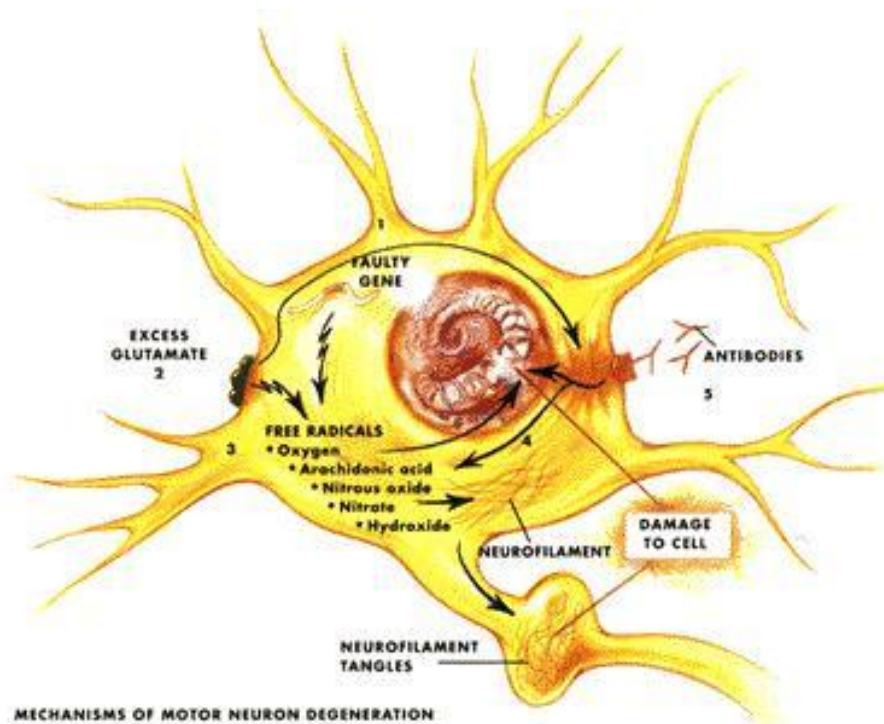


Tassa Controlli anti-evasione nell'ufficio ticket dell'Asl



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



ISABELLA QUINTI *

LE IMMUNODEFICIENZE Primitive costituiscono un gruppo eterogeneo di circa duecento malattie causate da difetti dei geni (più di cento geni sono stati ad oggi identificati), implicati nei normali meccanismi della risposta immunitaria. Chi ne è affetto ha un maggior rischio di infezioni, malattie infiammatorie ed autoimmuni e di neoplasie. La diagnosi precoce è di estrema importanza: quanto prima viene iniziata la terapia, tanto maggiore è la probabilità di evitare che le infezioni e le altre complicanze provochino danni irreversibili a carico di organi ed apparati.

È stato stimato che negli Stati Uniti circa il 70-90% dei pazienti affetti da Immunodeficienze Primitive non hanno ricevuto una diagnosi corretta. In Italia fin da circa quindici anni, 65 centri italiani hanno istituito un gruppo collaborativo ed un modello operativo "web-based" per la gestione di malattie rare che ha consentito di produrre, diffondere ed aggiornare protocolli di diagnosi e terapia con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza dei soggetti con immunodeficienze primitive. Grazie a tale sforzo, molti pazienti affetti da Immunodeficienze Primitive vengono seguiti con schemi di terapia aggiornati e condivisi.

Resta però molto da fare. Ad esempio, la forma più comune di immunodeficienza anticorpale è la Immunodeficienza Comune Variabile. In genere colpisce un individuo ogni

10.000 soggetti circa, il che porta a stimare circa 5.000 pazienti in Italia. Solo il 20% è però, al momento, è seguito nei centri di riferimento regionali. Al fine di identificare e diagnosticare la malattia nei pazienti ancora misconosciuti verrà, nei prossimi mesi, implementata la banca dati nazionale con l'aiuto di un esperto di elaborazione dei dati che coadiuverà nei singoli centri, i medici responsabili per l'inserimento delle informazioni e l'applicazione delle linee guida elaborate.

L'obiettivo è quello di fornire a tutti i pazienti la possibilità di una diagnosi certa e precoce, di offrire la possibilità di essere trattati, anche presso il proprio ospedale, secondo protocolli terapeutici aggiornati e di definire la storia naturale della malattia e i rischi di complicanze a lungo termine al fine di attuare adeguate misure di prevenzione. Tutto questo in linea con le direttive del Parlamento Europeo che già dal 28 aprile 2010, giornata Mondiale per le Immunodeficienze Primitive, ha rico-

**A differenza
dell'Aids, insorgono
spontaneamente**

Immunodeficienze.

Un gruppo di 200 malattie genetiche rare (primitive). Ritardi di diagnosi e rischi
Una rete nazionale di 65 centri specialistici per i trattamenti

Scoprire subito se le nostre difese non si attivano

nosciuto la necessità di impegnare risorse in uno spirito di collaborazione tra tutti i Paesi membri, firmando una "Call to action" per assicurare una maggiore visibilità al problema delle immunodeficienze primitive ed incoraggiare gli stati membri ad includere tali malattie rare nel loro piano sanitario. Le linee guida continuamente aggiornate consentiranno anche di includere nuove prospettive terapeutiche tra cui l'uso di immunoglobuline per uso sottocutaneo ad utilizzo facilitato dalla somministrazione sottocutanea di jaluronidasi e il possibile uso di nuovi prodotti di immunoglobuline ingegnerizzate glicosilate. In particolare, queste ultime potranno consentire un risparmio di immunoglobuline umane polivalenti ad ampio spettro anticorpale ed un loro utilizzo prioritario per i pazienti affetti da Immunodeficienze Primitive. Questo è tanto più importante oggi, dato il notevole aumento nel consumo di immunoglobuline polivalenti, passato in poco tempo dai 20 ai 51 grammi per 1000 abitanti, legato alla dimostrata efficacia terapeutica in patologie diverse dalle immunodeficienze primitive che potrebbero beneficiare di immunoglobuline di sintesi.

** Responsabile del Centro Regionale Lazio per le Immunodeficienze Primitive, Policlinico Umberto I, Roma.*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IMMUNODEFICIENZA I SEGNALE DI ALLARME



Più di due
otiti in
un anno



Più di due
sinusiti gravi
in un anno
(in pazienti
non allergici)



Almeno una
polmonite
l'anno per
più di 1 anno



Diarrea
cronica
con perdita
di peso



Infezioni
virali
ricorrenti



Frequente
necessità
di antibiotici
per via
endovenosa



Ascessi
ricorrenti di
cute/organi



Candidiasi
orale
o cutanea
persistente



Infezione da
microbatteri
atipici



Familiarità
per immuno-
deficienza

Infezioni. Dal congresso europeo dei microbiologi le novità su esami diagnostici e terapie contro l'antibiotico-resistenza. Analisi attendibili in solo 8 ore invece di giorni. Un kit entro un anno. L'importanza delle cure combinate

Il super-test rapido scova 800 patogeni

IRMA D'ARIA

BARCELONA

SCOVARE virus e batteri nel minor tempo possibile per capire l'origine dell'infezione ed intervenire con la terapia più appropriata. È questa la strategia su cui stanno lavorando gli esperti di tutto il mondo preoccupati dell'aumento delle infezioni e dell'antibiotico-resistenza che rende sempre più

spuntate le nostre difese. All'ultimo congresso della European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (Escmid), a Barcellona, sono stati presentati i risultati dello studio Radical su un nuovo test molecolare, nato dalla ricerca militare contro il bioterrorismo, in grado di individuare oltre 800 patogeni batterici, fungini o virali nell'arco di sole 8 ore rispetto a diversi giorni necessari oggi per effettuare le colture. I ricercatori hanno condotto un'analisi retrospettiva sui campioni di oltre 180 pazienti con sospette infezioni gravi per confrontare i risultati di questa nuova tecnologia (messa a punto da Abbott) con quelli delle colture oggi in uso. Dopo aver esaminato i dati preliminari, i medici indipendenti del panel di valutazione hanno dichiarato che avrebbero prescritto una terapia diversa in oltre il 50% dei casi. Secondo l'autore dello studio, Jean-Louis Vincent, responsabile del reparto di terapia intensiva all'Hôpital Erasme, «questi risultati confermano che il nuovo test potrebbe essere utilizzato per identificare i microorganismi più rapidamente rispetto alle colture di laboratorio». Lo studio sarà completato entro la fine del 2014 e il dispositivo per la diagnosi in vitro con marchio CE, sarà disponibile nei paesi europei entro i prossimi 12 mesi.

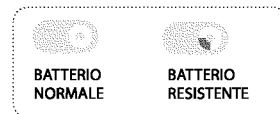
L'altro fronte su cui si concentrano le ricerche è quello delle terapie: «I farmaci sono sempre meno efficaci ed oggi un medico può trovarsi di fronte ad un ceppo che risulta resistente a tutti gli antibiotici», avverte Marco Falcone, ricercatore presso il Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive della Sapienza di Roma e membro del team internazionale che ha redatto le linee-guida europee per la gestione delle infezioni da batteri multi-resistenti in ospedale. Visto che persino la famiglia di farmaci "ultima risorsa" - i carbapenemi, utilizzati per curare infezioni mortali - risulta inefficace in più della metà dei pazienti trattati e visto che ormai da anni non ci sono più state nuove classi di antibiotici, si punta sulla combinazione di più molecole. Un esempio di cui si è parlato all'Escmid è l'as-

sociazione di ceftolozane, una nuova cefalosporina (molto potente in vitro contro lo *Pseudomonas Aeruginosa*), con il tazobactam, noto ed efficace inibitore della lattamasi. Contro le infezioni ospedaliere da *Klebsiella pneumoniae*, già si usa la combinazione ertapenem e doripenem.

Ma si battono altre strade. L'università di Melbourne ha sviluppato un tessuto antibatterico che può uccidere una vasta gamma di agenti patogeni, in 10 minuti. Anche la nanotecnologia viene in aiuto: con delle microsonde grandi non più di un capello, infatti, già da anni i ricercatori del Centro di nanotecnologia di Londra stanno studiando le modalità con cui gli antibiotici si legano al batterio, lo indeboliscono e lo distruggono: capito il meccanismo si sintetizzerà la nuova medicina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

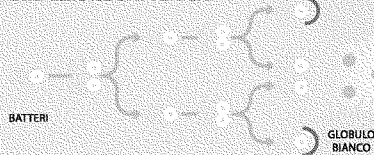
COME UN BATTERIO
DIVENTA RESISTENTE



Ad ogni divisione del batterio il suo Dna genera due copie talvolta non identiche, perché una soffre una mutazione genetica



L'INFEZIONE BATTERICA

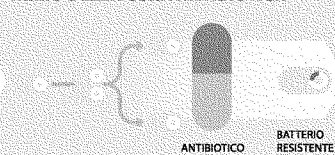


- 1 I batteri iniziano a moltiplicarsi in una zona del corpo
- 2 Il sistema immunitario si accorge del pericolo e attacca i batteri

I SINTOMI



INIZIO DELLA CURA ANTIBIOTICA



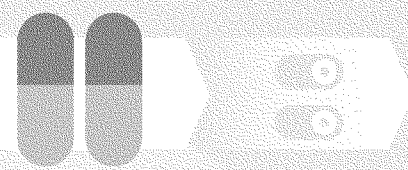
- 3 Arriva l'antibiotico che blocca la proliferazione dei batteri normali
- 4 I batteri resistenti hanno il campo libero

MIGLIORIE



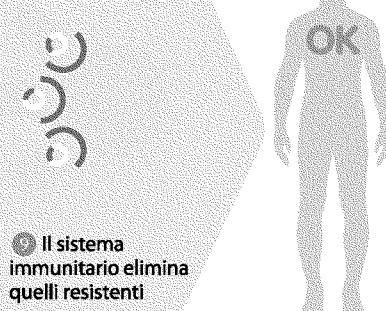
- 5 I batteri normali sono distrutti
- 6 Il sistema immunitario rallenta l'azione

CURA ANTIBIOTICA ADEGUATA



- 7 La cura antibiotica prosegue ancora per almeno 3 giorni

GUARIGIONE



- 5 I batteri normali superstiti non possono moltiplicarsi

CURA ANTIBIOTICA INCOMPLETA (O INADEGUATA)



- 7 Davanti ai miglioramenti, viene sospesa la cura antibiotica

I BATTERI RIPRENDONO VIGORE

- 8 Il sistema immunitario più debole lascia vivi molti batteri, compresi quelli resistenti

Batterio normale

IL NUOVO ESAME DIAGNOSTICO

Utile per malattie infettive.

Utilizza un campione biologico del paziente

Individua oltre 800 patogeni e funghi

Il risultato arriva nell'arco di 6-8 ore

Il test sviluppato dalla Abbott sarà disponibile in Europa entro i prossimi 12 mesi

SOMMINISTRAZIONE DI ANTIBIOTICI IN MODO IMPROPRIO

Nel consumo di carni di allevamento contaminate di antibiotici

Assunzione di antibiotici per influenze e altre infezioni virali

Se il gene mutato è quello su cui agiva l'antibiotico il nuovo batterio sarà resistente

Assunzione di antibiotico

I batteri resistenti sopravvivono e si moltiplicano anche in presenza di antibiotici



RICADUTA
Febbre e dolore

CONTRATTACCO DEI BATTERI

- 9 I batteri resistenti che rimangono silenti sono pronti ad invadere il corpo giorni, mesi o anni dopo, appena le difese si abbassano

Batterio resistente

Batterio normale

Materiale genetico

Batterio mutato (resistente ad antibiotici)

INFORMAZIONI PALLA SIMONETTI

RSalute

LA REPUBBLICA
MARTEDÌ 27 MAGGIO 2014/NUMERO 855



Lo sport. Alleanza tra cardiologi e Zumba fitness contro i pigri
Le lettere. Osteoporosi, spalla, depressione: risposte d'esperti



L'importanza
delle lenti con filtri
per la protezione
della vista
contro i raggi solari
I consigli per bimbi,
anziani e adulti
Un aiuto anche
nella stagione
dei pollini

Occhio al sole

Sessualità. Il dolore come difesa di una intimità non desiderata ■ **Infezioni.** Il super-test che scova 800 virus e batteri in otto ore ■
Malattie rare. Diagnosticare in tempo le immunodeficienze primitive: una Rete nazionale per arrivare subito al trattamento ■
Alimentazione. Verso le nuove linee guida: le norme da divulgare ■ **Sanità.** Sarà il farmacista a consegnare il foglio illustrativo aggiornato ■

ALLERGIE.

Congiuntivite da polline mai strofinarsi gli occhi e niente passeggiate nei campi

CON l'arrivo della bella stagione si trascorre sempre più tempo all'aria aperta e al sole. Una piacevole abitudine che non deve far scordare le indispensabili precauzioni per proteggere gli occhi. Sole, vento e pollini stagionali li espongono infatti a diversi rischi.

Soprattutto per i disturbi da allergia, che continuano ad essere in progressivo aumento nel nostro Paese. Le allergie variano da regione a regione, in base alle piante che fioriscono in quella determinata zona in una certa stagione dell'anno e dall'umidità e, soprattutto, dall'inquinamento. L'aumento delle polveri

sottili nell'aria provoca infatti non solo tosse e bronchite, ma anche disturbi agli occhi, come prurito, lacrimazione e rossore. Infine è stato dimostrato da tempo che le polveri sottili, quando arrivano sulle mucose insieme ai pollini, facilitano lo sviluppo di reazioni allergiche a questi ultimi.

Spiega l'oftalmologo del San Raffaele, Francesco Loperfido: «È necessario tenere sotto controllo il calendario della fioritura e seguire alcune semplici regole per tenere a bada il disturbo. Quando l'allergia colpisce, gli occhi si arrossano e prudono: la congiuntivite allergica è caratterizzata dalla mancanza di secrezione purulenta e si ricono-

sce per il forte prurito e gonfiore della congiuntiva. Inoltre si verifica una lacrimazione intensa. L'importante è non strofinarsi gli occhi, perché si peggiora la reazione allergica. Con questo gesto si "mescolano" gli anticorpi e gli antigeni (polline o altri allergizzanti). In presenza di luce solare intensa, clima secco e forte vento, la congiuntiva tende ad asciugarsi, gli occhi si arrossano e la persona avverte una fastidiosa sensazione di bruciore e prurito».

Altri consigli utili? «Evitare o ridurre al minimo il contatto con gli allergeni: niente passeggiate nei campi nei periodi a rischio. Un occhiale da sole di qualità è poi un'ottima barriera protettiva. Sono da preferire quelli con montature avvolgenti che aiutano a tenere lontani pollini e corpi estranei. È utile l'uso di salviette umidificate anti allergiche. E per chi usa lenti a contatto, meglio quelle giornaliere, che consentono di eliminare quotidianamente eventuali allergeni presenti sulla lente».

(al. mar.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Oggetto

Il 60% degli italiani possiede occhiali da sole, ma di questi il 30% non li indossa quasi mai o mai, il 18% raramente e solo il 52% li ritiene indispensabili.



Baby

Il 66,8 per cento dei bambini dai 4 ai 10 anni non porta occhiali da sole nonostante sia proprio questa l'età in cui si hanno maggiori vantaggi dalla protezione.